

С.В. Шевчук

Національний науковий
центр «Інститут кардіології
ім. М.Д. Стражеска»,
Український державний НДІ
реабілітації інвалідів МОЗ
України, Вінниця

Ключові слова:

системний червоний
вовчак, серцево-судинні
захворювання, поширеність.

ЧАСТОТА І СПЕКТР СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ ПАТОЛОГІЇ У ХВОРИХ НА СИСТЕМНИЙ ЧЕРВОНИЙ ВОВЧАК

Резюме. Ураження коронарних, мозкових та периферійних артерій у хворих на системний червоний вовчак (СЧВ) діагностують значно частіше, ніж у цілому серед населення України. Частота виявлення ішемічної хвороби серця (стенокардії та інфаркту міокарда (ІМ)) становила 12,6%, цереброваскулярних катастроф — 4,6%, облітеруючого атеросклерозу судин нижніх кінцівок — 4,6%, артеріальної гіпертензії — 39%, застійної серцевої недостатності — 39%, німої ішемії за даними холтерівського моніторування електрокардіограми (ЕКГ) — 36,9%, тромбоемболії легеневої артерії — 1,3%, синдрому Рейна — 48,6%, ураження клапанного апарату — 4,4% та кардиту — 11,3%. Частота виявлення серцево-судинних катастроф серед хворих на СЧВ переважала таку серед дорослого населення України працездатного віку при ІМ в 2,3 рази, артеріальній гіпертензії — 2,4 рази, інсультах — 3,7 рази, миготливій аритмії та пароксизмальній тахікардії — 6,2 рази.

Відомо, що перебіг системного червоного вовчаку (СЧВ) часто супроводжується ураженням серцево-судинної системи (ССС), а фатальні серцево-судинні (СС) катастрофи займають перші позиції у структурі смертності хворих на СЧВ (Stahl-Hallengren С. et al., 2000; Zampieri S. et al., 2005). Спектр СС-патології представлений патологією як запального, так і атеросклеротичного генезу. Серед причин ураження судинної системи у хворих на СЧВ обговорюють механізми, асоційовані з аутоімунним запальним процесом, активізацією атеросклеротичного процесу тощо (Urowitz M.B. et al., 2000; Petri M., 2001; Bruce I.N., 2005; Turiel M. et al., 2005). Ще одним фактором ризику СС-подій у хворих на СЧВ є АФС, який характеризується схильністю до тромбозів, розвитком інфаркту міокарда (ІМ), гострого порушення мозкового кровообігу (ГПМК) навіть за відсутності явного атеросклеротичного ураження артерій (Bulckaen H.G. et al., 2003). Спектр СС-патології у хворих на СЧВ визначають не лише перебігом захворювання, але й віковими, статевими, етнічними, соціально-економічними чинниками. Поширеність СС-патології у хворих на СЧВ та її залежність від статі та віку серед населення України не досліджували.

Мета дослідження — оцінити поширеність і спектр уражень ССС у хворих на СЧВ залежно від статі та віку.

ОБ'ЄКТИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Обстежено 457 хворих на СЧВ віком від 15 до 66 років, які проживають переважно в Центральному та Західному регіонах України.

Серед учасників дослідження було 51 (11,2%) чоловіків, 406 (88,8%) — жінок. Вік хворих у середньому становив $38,6 \pm 0,48$ року; середній зріст — $1,63 \pm 0,003$ м, маса тіла — $69,19 \pm 0,55$ кг, а індекс маси тіла — $25,90 \pm 0,19$. Залежно від віку (Ковешников В.Г., Никитюк Б.А., 1992) хворих розподілили на

групи: 1-ша — 33 пацієнти (юнаки 17–21 року, дівчата 16–20 років), 2-га — перший період зрілого віку становили 136 хворих на СЧВ (чоловіки — 22–35 років, жінки — 21–35 років), 3-тя — другий період зрілого віку становили 276 хворих на СЧВ (чоловіки — 36–60 років, жінки — 36–55 років). Враховуючи велику кількість пацієнтів у цій групі та широкий віковий діапазон, цих обстежених розподілили на дві підгрупи: до 1-ї увійшли 162 хворих віком 36–45 років незалежно від статі, до 2-ї — 114 хворих (чоловіки 46–60 років, жінки — 46–55 років). До 4-ї групи було включено 12 пацієнтів віком старше 55 років (жінки) і старше 60 років (чоловіки).

Діагноз СЧВ встановлювали на основі критеріїв АСР (1997) і формулювали згідно з класифікацією, рекомендованою Асоціацією ревматологів України (2002).

Для оцінки стану ССС усім хворим проводили: електрокардіограму (ЕКГ), ультразвукове дослідження (УЗД) серця, холтерівське моніторування, доплерографію судин нижніх кінцівок. За показаннями проводили магнітно-резонансну томографію (МРТ), ангіографію судин нижніх кінцівок. СС-події в анамнезі були підтверджені відповідними виписками з історій хвороби.

Статистичний аналіз результатів проводили за допомогою стандартних методів із застосуванням пакета прикладних програм Microsoft Excel 7.0. Для оцінки міжгрупової різниці застосовували параметричний критерій Стьюдента, при порівнянні частоти змін — критерій Фішера.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Встановлено, що серед обстежених нами хворих на СЧВ з високою частотою реєструють СС-патологію (табл. 1). Спектр судинної та кардіальної патології включав ураження міокарда, перикарда, ендокарда, коронарних та периферійних артерій,

порушення ритму та провідності і розвиток застійної серцевої недостатності.

Порівнювали частоту СС-подій у хворих на СЧВ з такою в популяції. У хворих на СЧВ артеріальну гіпертензію діагностовано у 180 (39,4%) пацієнтів, 37,7% жінок та 52,9% чоловіків, а серед працездатних — у 39,1%, що суттєво перевищує загальну поширеність артеріальної гіпертензії серед дорослого населення України. Зокрема за даними Міністерства охорони здоров'я в Україні на 1 січня 2003 р. налічувалось понад 9,1 млн хворих на артеріальну гіпертензію, що становило 22,6% (Коваленко В.М., Сіренко Ю.М., 2003), тоді як в 2005 р. — 28,2%, а серед працездатного населення — 16,2%. Подібні дані отримані епідеміологічними дослідженнями Центру профілактичної медицини Російської Федерації, згідно з якими поширеність артеріальної гіпертензії серед чоловічого населення віком 20–54 років становить 23,6–26,9% (Жуковский Г.С. и соавт., 1997). Існують значні відмінності цього показника в різних країнах світу: від 6% — у країнах Африки до 30–35% — у Скандинавських країнах (Muna W.F.T., 1993). Поширеність ішемічної хвороби серця (ІХС), а саме стенокардії та ІМ у хворих на СЧВ також вища, ніж у загальній популяції. Зокрема, серед обстежених нами хворих на СЧВ стенокардію зареєстровано у 11,2% осіб (9,9% жінок та 25,5% чоловіків), тоді як поширеність її у відкритій популяції Тюмені була значно нижчою, 4,4% — у чоловіків та 5,1% — у жінок (Акимова Е.В. и соавт., 2006). Результати повікового аналізу поширеності стенокардії свідчать, що її показники у чоловіків 25–34 років — 1,6%, 35–44 років — 3,7%, 45–54 років — 4,4%, 55–64 роки — 11,7%, у жінок відповідно — 0,5; 1,0; 6,7; 15,2%. У іншому дослідженні, проведеному у Москві, поширеність стенокардії серед чоловіків віком 40–59 років становила 6,4% (Оганов Р.Г. и соавт., 2002). ІМ був зареєстрований у 1,3% хворих на СЧВ, тоді як в загальній популяції працездатного населення України в 2005 р. його частота становила 0,57% (Коваленко В.М., 2006; Корнацький В.М., 2006). Порушення ритму за типом миготливої аритмії та пароксизмальної тахікардії виявили у 3,7% хворих на СЧВ, (2,7% жінок, 11,7% чоловіків), а поширеність їх серед працездатного населення України в 2005 р. — 0,58%, або 58,4 на 100 тис. населення (Коваленко В.М., 2006). Поширеність інсультів серед пацієнтів з СЧВ становила 4,2%, а серед працездатного населення України — лише 1,1%, або 114,5 на 100 тис. населення (Коваленко В.М., 2006), а в цілому — 313,7 на 100 тис. населення (Корнацький В.М., 2006). Проаналізовані за віком показники поширеності ІХС свідчать, що вони майже не відрізняються у чоловіків та жінок (Корнацький В.М., 2006). Максимальне зростання поширеності ІХС відзначають у осіб віком 50–59 років, коли частота ІМ в 3 рази вища, ніж у таких віком 40–49 років і в 9 разів вища, ніж у 30–39 років.

Облітеруючий атеросклероз судин нижніх кінцівок (ОАСНК) реєстрували в 4,4% учасників дослідження, у жінок — 2,9%, чоловіків — 15,7%. Точні дані про поширеність окклюзійно-стенотичних уражень

артерій нижніх кінцівок в Україні не відомі, проте ОАСНК виявляють у 3% дорослого населення Російської Федерації (Затевахин И.И. и соавт., 2005).

До найбільш частоті патології судин нижніх кінцівок належать венозні тромбози глибоких вен. Тромбофлебіт глибоких вен реєстрували в 10,1% обстежених хворих на СЧВ. Артеріальні тромбози в цілому виявляють дещо рідше, ніж венозні. Проявляються ішемією чи інфарктом мозку, коронарних артерій, порушенням периферійного кровообігу. Їх реєстрували у 6,9% наших хворих без суттєвих відмінностей між чоловіками та жінками. Синдром Рейна діагностували у 48,6% хворих, (50,2% жінок, 35,2% чоловіків), кардитом — 11,3%, (12,1% жінок, 5,9% чоловіків).

Результати холтеровське моніторування ЕКГ хворих на СЧВ свідчать про те, що у пацієнтів, у яких не було клінічних маніфестацій з боку серця, досить значна частка з прихованою патологією серця. Так, з 84 таких пацієнтів у 33 осіб (39,2%) була виявлена німа ішемія міокарда (при цьому частота її у жінок становила 34,7%, а у чоловіків — 46,7%). За даними популяційних досліджень, безболівову ішемію міокарда виявляють у 2–5% здорової популяції (Tabone X. et al., 1993). За даними ехокардіографії з 96 хворих на СЧВ без явних клінічних ознак ураження серця у 20 (20,8%) осіб виявлено ураження клапанного апарату серця (у жінок — 20,5%, у чоловіків — 37,5%).

Таким чином, отримані нами дані свідчать про те, що перебіг СЧВ пов'язаний зі значним підвищенням частоти СС-патології, що в цілому підтверджують дані літератури. Характерно, що у спектрі уражень СС провідна частка патології належить захворюванням (ІМ, стенокардія, інсульт), які за патогенезом можна віднести до атеросклеротичних уражень (табл. 1).

Таблиця 1

Частота СС-патології у хворих на СЧВ з урахуванням статі

СС-патологія	Стать	
	Жінки, n (%)	Чоловіки, n (%)
Артеріальна гіпертензія	153 (37,7)	27 (52,9)*
Тромбоз артеріальний	28 (6,9)	3 (5,9)
Тромбоз венозний	39 (9,6)	7 (13,7)
ТІА	25 (6,2)	4 (7,8)
Гострі порушення мозкового кровообігу (ГПМК)	17 (4,2)	2 (3,9)
ТЕЛА	5 (1,2)	1 (2,0)
ІХС (стенокардія, ІМ, пароксизмальна тахікардія та миготлива аритмія):	53 (13,1)	16 (31,4)*
у тому числі ІМ	6 (1,5)	0 (0,0)
у тому числі миготлива аритмія та пароксизмальна тахікардія	11 (2,7)	6 (11,7)*
ОАСНК кінцівок	13 (3,2)	8 (15,7)*
Кардит	49 (12,1)	3 (5,9)
Синдром Рейна	204 (50,2)	18 (35,3)
Серцева недостатність I ступеня	105 (25,9)	27 (52,9)*
Серцева недостатність II ступеня	39 (9,6)	8 (15,7)

*Вірогідні відмінності між жінками та чоловіками, достовірність яких вирахована за точним методом Фішера.

Проведено порівняльний аналіз поширеності СС-патології у хворих на СЧВ залежно від віку (табл. 2). Виявилось, що у хворих на СЧВ з віком достовірно підвищується поширеність артеріальної гіпертензії, гострих порушень мозкового кровообігу, стенокардії, ІМ, порушень ритму (миготлива

аритмія та пароксизмальна тахікардія), облітеруючих захворювань судин нижніх кінцівок, застійної серцевої недостатності, артеріальних та венозних тромбозів та підвищення на рівні тенденції частоти ТІА, тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА), синдрому Рейна, кардиту. Так, якщо артеріальна гіпертензія в осіб першої вікової категорії зустрі-

Нами зареєстровано також вірогідне зниження відносно віку частоти синдрому Рейна. За цим показником понад 50% всіх хворих скаржилися на спазми периферійних судин, а старше 45 років — 42%.

Проведено порівняльний аналіз факторів ризику та стратифікації ризику розвитку СС-подій у хворих на СЧВ залежно від віку та статі (табл. 3). За су-

Таблиця 2

Поширеність СС-патології у хворих на СЧВ залежно від віку

Показник	Вікові групи, n (%)				
	Юнаки та дівчата	Перший зрілий вік	Другий зрілий вік		Похилий вік
	15–21 (n=33)	21–35 (n=136)	36–45 (n=162)	46–55 (n=114)	чол.>60 жін.>55 (n=12)
Артеріальна гіпертензія	5 (15,2)	52 (38,2)*	65 (40,1)*	52 (45,6)*	6 (50,0)*
Тромбоз артеріальний	1 (3,0)	6 (4,4)	10 (6,2)	6 (5,3)	8 (66,6)*
Тромбоз венозний	1 (3,0)	14 (10,3)	18 (11,1)*	6 (5,3)	7 (58,3)*
ТІА	1 (3,0)	6 (4,4)	14 (8,6)	7 (6,1)	1 (8,3)
ГПМК	0 (0,0)	4 (2,9)*	6 (3,7)*	8 (7,0)*	1 (8,4)*
ТЕЛА	0 (0,0)	3(2,2)	0 (0,0)	2 (1,6)	1 (8,3)*
Стенокардія	0 (0,0)	3 (2,2)	22 (13,6)*	22 (19,3)*	8 (66,6)*
Миготлива аритмія та пароксизмальна тахікардія	0 (0,0)	1 (0,74)	8 (4,9)*	7 (6,1)*	1 (8,4)*
ІМ	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (1,9)*	3 (2,6)*	0 (0,0)
ОАСНК	0 (0,0)	0 (0,0)	10 (6,2)*	10 (8,7)*	1 (8,3)*
Кардит	5 (15,2)	11 (8,1)	21 (13,0)	14 (12,3)	1 (8,3)
Синдром Рейна	20 (60,1)	74 (54,4)	79 (48,8)	42 (36,8)*	7 (58,3)
Серцева недостатність I ступеня	5 (15,2)	27 (19,9)	46 (28,4)	51 (44,7)*	3 (25,0)
Серцева недостатність II ступеня	0 (0,0)	7 (5,2)*	19 (11,7)*	19 (16,7)*	2 (16,6)*
Безболіва ішемія міокарда	0 (0,0)	2 (1,5)	8 (4,9)*	19 (16,7)*	4 (33,3)*

*Вірогідні відмінності щодо хворих на СЧВ віком молодше 21 року, достовірність відмінностей вирахована за точним методом Фішера.

чалась у 15,2%, то в осіб похилого віку вона була в кожного другого хворого. Щодо частоти інсультів, то в найменшій віковій групі нами не зареєстровано жодного хворого з випадками гострого порушення мозкового кровообігу (ГПМК), тоді ж як у групі хворих, віднесених до першого зрілого віку, частота інсульту становила 2,9%, а осіб похилого віку було 8,4%, тобто в 2,9 разів більше, ніж у групі пацієнтів віком 21–35 років. Подібні закономірності нами виявлені щодо частоти стенокардії, ОАСНК кінцівок та порушень ритму (миготлива аритмія та пароксизмальна тахікардія). Так, частота стенокардії у групі осіб похилого віку була більшою (у 29 разів), ніж в осіб першого зрілого віку і в 3,5 раза вищою, ніж у групі осіб віком 45–66 років. Меншою мірою залежить від віку, але також достовірно змінюється частота ОАСНК. У групі хворих віком 36–45 років таких було 6,2%, у групі 46–55 років та похилого віку — 8,7% та 8,3% відповідно.

За даними холтеровського моніторингу в кожного третього пацієнта похилого віку виявлено ознаки нічної ішемії, тоді як у групі віком 46–55 років — 16,7%, а в групі 36–45 років — лише 4,9%.

часними уявленнями важливий внесок у формування СС-катастроф вносить надлишкова маса тіла. За даними В.М. Коваленка (2006) в Україні у 56,8% осіб надлишкова маса, з них ожиріння — у 20,4% жінок та 11% чоловіків. Як свідчать наші дослідження, у 55,3% хворих на СЧВ надлишкова маса тіла, з ожирінням — 70 (15,3%) хворих. З віком вірогідно підвищувався індекс маси тіла. Так, у юнаків він на 7% нижчий порівняно з групою хворих першого зрілого віку і на 21% нижчий порівняно з хворими похилого віку.

Серед існуючих факторів ризику СС-катастроф велике значення приділяють діабету і тютюнопалінню. Тютюнопаління відносять до найбільшого, проте керованого фактора ризику розвитку атеросклерозу та СС-ускладнень (Freiman A. et al., 2004). У структурі факторів ризику розвитку атеросклерозу у хворих на СЧВ тютюнопаління реєструють не рідше, ніж гіперліпідемія, артеріальна гіпертензія, цукровий діабет та ін. (Ho K.T. et al., 2005).

Таблиця 3

Поширеність факторів ризику і стратифікація ризику розвитку СС-подій у хворих на СЧВ залежно від віку і статі

Показник		Вік, років	Індекс маси тіла	Цукровий діабет, n (%)	Тютюнопаління, n (%)	10-річний ризик розвитку СС-подій, % (Framingham)*
Вікові групи, років	Юнаки	До 21, n=33	23,4±0,47	1 (3,0)	5 (15,1)	3,5±1,90
	Перший зрілий	21–35, n=136	25,1±0,34***	3 (2,2)	20 (14,7)	3,9±0,93
	Другий зрілий	35–45, n=162	26,3±0,30***	5 (3,1)	11 (6,8)	4,9±0,97
		46–55, n=114	26,8±0,42***	3 (2,6)	13 (11,4)	6,7±1,01
	Похилий	чол.>60, жін.>55, n=12	28,4±0,75***	1 (8,3)	0 (0)***	6,4±2,39
Стать	Жінки (n=406)		26,1±0,21	13 (3,2)	14 (3,5)	2,85±0,34
	Чоловіки (n=51)		24,7±0,46**	0 (0)**	35 (68,6)**	14,1±1,72**
Усі хворі			25,9±0,19	13 (2,8)	49 (10,7)	5,19±0,53

*10-річний ризик розвитку СС-подій вирахований у 240 пацієнтів; **вірогідні відмінності між жінками та чоловіками; ***вірогідні відмінності щодо хворих на СЧВ віком до 21 року, вираховані за точним методом Фішера.

Серед обстежених нами хворих — 10,7% пацієнтів палили, причому частка осіб чоловічої статі, що палять була достовірно (у 19 разів) більшою порівняно із жінками. Щодо вікового розподілу, то нами відзначено, що відсоток осіб, що палять найвищий у юнаків (15,1%), дещо нижчий в осіб першого

зрілого віку (14,7%) і в 1,7 раза нижчий у хворих другого зрілого віку.

Поширеність цукрового діабету у хворих на СЧВ також виявилась вищою, ніж у загальній популяції. Зокрема серед обстежених нами хворих на СЧВ це захворювання виявлено у 3,2% випадків, тоді як поширеність його в Україні в 2001 р. становила 1 млн хворих, тобто 2% населення. Нами не виявлено достовірних відмінностей у частоті виникнення цукрового діабету залежно від віку, проте суттєві відмінності в частоті цього фактора ризику залежно від статі — 3,2% у жінок проти 0% у чоловіків.

Окремим етапом роботи було проведення стратифікації ризику розвитку СС-катастроф у наступні 10 років за системою Framingham. Результати аналізу свідчать, що у хворих на СЧВ у групі юнаків ризик розвитку СС-катастроф становив $3,5 \pm 1,90\%$, і був найнижчим серед всіх вікових груп. З переходом у старшу вікову категорію зростає ризик розвитку СС-катастроф і в осіб першого зрілого віку він становив $3,9 \pm 0,93\%$, другого зрілого — $4,9 \pm 0,97$ та $6,7 \pm 1,01\%$ відповідно, у осіб похилого віку — $6,4 \pm 2,39$. Зазначені відмінності за частотою розвитку серцево-судинних подій між групами були недостовірні. Проте ми виявили вірогідні статеві відмінності щодо стратифікації ризику СС-катастроф за системою Framingham, при якій у жінок ризик СС-захворювань у 5 разів нижчий, ніж у чоловіків.

Потенційні фактори ризику атеросклерозу та СС-катастроф при СЧВ подібні таким у загальній популяції. За даними іноземних досліджень підвищений розвиток СС-захворювань у хворих на СЧВ не завжди залежить від традиційних факторів.

Таким чином, отримані нами дані свідчать про істотне підвищення частоти СС-патології у хворих на СЧВ. Про зростання частоти патології серцево-судинної системи у хворих на СЧВ свідчать також інші дослідники. Ще у 1989 р. Н. Jonsson виявив, що ризик СС-захворювань (стенокардії та ІМ) у хворих на СЧВ у 9 разів вищий, ніж у здорових осіб аналогічного віку і статі, при цьому у 19% реєстрували ураження коронарних артерій і у 8,1% — мозкових артерій. За даними інших дослідників (El-Magadmi et al., 2002), середній ризик розвитку СС-захворювань протягом 10 років у хворих на СЧВ та осіб контрольної групи становив 2,8 та 1,0% відповідно. У Північній Америці захворюваність на ІМ в загальній популяції жінок становила 0,0001%, а при СЧВ за цей період вона була в 5 разів вищою (Urovitz M., Gladman D., 2000). За даними М. Petri та співавторів (1992), частота ІХС становила 8,3%, і ще приблизно 40% пацієнтів мали клінічно безсимптомні ураження коронарних артерій. У цьому дослідженні середній вік обстежених становив 38 років. Клінічні прояви атеросклерозу (стенокардія, ІМ, ураження мозкових та периферійних артерій) реєструють майже в 10% хворих на СЧВ, водночас за результатами автопсії атеросклеротичне ураження судин виявляють більш ніж у 50% випадків (Abu-Shakra M. et al., 1995).

Крім того, нещодавно проведені дослідження за участю пацієнтів із СЧВ та осіб без ознак системного запалення подібного віку і статі, свідчать, що ризик госпіталізації з приводу ІМ, цереброваскулярних

захворювань та застійної серцевої недостатності становив відповідно 2,2; 2,03 та 3,01 і був вищим у пацієнтів із СЧВ 18–44 років порівняно з контрольною групою (Ward M., 1999).

Найбільш поширений стандартний фактор ризику СС-ускладнень при СЧВ — артеріальна гіпертензія (Bruce I.N. et al., 1999; 2003). Підвищення артеріального тиску при СЧВ, як правило, є наслідком враження нирок, терапії глюкокортикостероїдами чи частиною синдрому інсулінорезистентності. За даними різних вчених артеріальну гіпертензію виявляють у 12–49% хворих на СЧВ (Bruce I.N. et al., 2003). Результати проведених нами досліджень свідчать, що артеріальна гіпертензія — найбільш частий прояв СС-патології у хворих на СЧВ (39,4%), а в осіб старше 55 років підвищення артеріального тиску реєстрували у кожного другого пацієнта.

За даними епідеміологічних досліджень у 5% пацієнтів старше 50 років при обстеженні виявляють ОАСНК (Дадвани С.А. і соавт., 2005), а поширеність ІХС серед цієї категорії хворих становить 16–90%. У учасників нашого дослідження ОАСНК діагностовано у 10,9%.

ВИСНОВКИ

1. Ураження коронарних, мозкових і периферійних артерій у хворих на СЧВ виявляють значно частіше, ніж у цілому в жителів України. Частота виявлення ІХС (стенокардія та ІМ) становила 12,6%, цереброваскулярних катастроф — 4,6%, ОАСНК — 4,6%, артеріальної гіпертензії — 39%, застійної серцевої недостатності — 39%, німої ішемії за даними холтеровського моніторування ЕКГ — 36,9%. Спектр СС-патології у хворих на СЧВ був також представлений ТЕЛА (1,3%), синдромом Рейна (48,6%), ураженням клапанного апарату (4,4%) та кардитом (11,3%). Частота виявлення СС-катастроф серед хворих на СЧВ переважала таку серед дорослого населення України працездатного віку в 2,3 раза (ІМ), 2,4 раза (артеріальна гіпертензія) 3,7 раза (інсульт), у 6,2 раза (миготлива аритмія та пароксизмальна тахікардія).

2. Зареєстровано відмінності в частоті СС-патології серед хворих на СЧВ за статтю пацієнтів. У осіб жіночої статі частіше, ніж у чоловіків виявляють діабет (3,2%), а у чоловіків — артеріальну гіпертензію (52,9%), стенокардію (25,5%), ОАСНК (15,7%). 10-річний ризик розвитку СС-катастроф у чоловіків у 4,9 раза вищий, ніж у жінок.

ЛІТЕРАТУРА

Акімова Е.В., Кузнецов В.А., Гафаров В.В. (2006) Динамика распространенности ишемической болезни сердца и риск сердечно-сосудистой смерти в открытой популяции Тюмени. Кардиология, Т. 46, 1: 14–18.

Дадвани С.А., Сыркин А.Л., Азизова О.А., Щербюк А.Н., Думикян А.Ш., Артюхина Е.Г., Ульянов Д.А., Соловьева Н.Г., Дудник А.Б. (2005) Окисляемость липидов плазмы у больных ишемической болезнью сердца и облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей. Кардиология, Т. 46, 4: 55–60.

Жуковский В.Г., Константинов В.В., Варламова Т.А. и др. (1997) Артериальная гипертония: эпидемиологическая ситуация в России и других странах. РМЖ, 9: 551–558.

Затевахин И.И., Цициашвили М.Ш., Золкин В.Н. (2005) Хронические рецидивирующие заболевания аорты и ее ветвей.

В кн.: В.С. Савельева и А.И. Кириенко (ред.) Хирургические болезни. КЭОТАР-Медиа, Москва, Т. 2, с. 196–210.

Коваленко В.М., Сиренко Ю.М. (2003) Реалізація національної програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні. Укр. мед. часоп., 5(37): 97–101.

Коваленко В.М. Динаміка показників стану здоров'я населення України за 1995–2005 роки (2006) Аналітично-статистичний посібник, 72 с.

Ковешников В.Г., Никитюк Б.А. (1992) Медицинская антропология. Здоровье, Киев, 200 с.

Корнацький В.М. (2006) Проблеми здоров'я суспільства та продовження життя. ФЕРЗЬ-ТА, Київ, 135 с.

Оганов Р.Г., Поздняков Ю.М., Волков В.С. (2002) Ишемическая болезнь сердца. Синергия, Москва, 308 с.

Abu-Shakra M., Urowitz M.B., Gladman D.D., Gough J. (1995) Mortality studies in systemic lupus erythematosus. Results from a single center. I. Causes of death. J. Rheumatol., 22(7): 1259–1264.

Bruce I.N., Urowitz M.B., Gladman D.D., Hallett D.C. (1999) Natural history of hypercholesterolemia in systemic lupus erythematosus. J. Rheumatol., 26(10): 2137–2143.

Bruce I.N., Urowitz M.B., Gladman D.D., Ibanez D., Steiner G. (2003) Risk factors for coronary heart disease in women with systemic lupus erythematosus: the Toronto Risk Factor Study. Arthritis Rheum., 48(11): 3159–3167.

Bruce I.N. (2005) Atherogenesis and autoimmune disease: the model of lupus Lupus, 14(9): 687–690.

Bulckaen H.G., Puisieux F.L., Bulckaen E.D., Di Pompeo C., Bouillanne O.M., Watel A.A., Fauchais A.L., De Groote P., Millaire A. (2003) Antiphospholipid antibodies and the risk of thromboembolic events in valvular heart disease, Mayo Clin. Proc. 78(3): 294–298.

El-Magadmi M., Bodill H., Ahmad Y. et al. (2002) Impaired endothelium dependent-flow mediated dilatation of the brachial artery in patients with systemic lupus erythematosus. (abstract). EULAR Annual Congress of Rheumatology.

Freiman A., Bird G., Metelitsa A.I., Barankin B., Lauzon G.J. (2004) Cutaneous effects of smoking J Cutan Med Surg., 8(6): 415–423.

Ho K.T., Ahn C.W., Alarcon G.S., Baethge B.A., Tan F.K., Roseman J., Bastian H.M., Fessler B.J., McGwin G.Jr., Vila L.M., Calvo-Alen J., Reveille J.D. (2005) Systemic lupus erythematosus in a multiethnic cohort (LUMINA): XXVIII. Factors predictive of thrombotic events. Rheumatology (Oxford), 44(10): 1303–1307.

Jonsson H., Nived O., Sturfelt G. (1989) Outcome in systemic lupus erythematosus: a prospective study of patients from a defined population Medicine (Baltimore), 68(3): 141–150.

Muna W.F.T. (1993) Cardiovascular disorder in Africa. World health statistic quarterly, 46(2): 125–133.

Petri M. (2001) Cardiovascular morbidity in the Hopkins Lupus Cohort. In. Atherosclerosis and autoimmunity. Eds.: Y. Schoenfeld, D. Harats, G. Wick. Elsevier, 249–254.

Stahl-Hallengren C., Jonsen A., Nived O., Sturfelt G. (2000) Incidence studies of systemic lupus erythematosus in Southern Sweden: increasing age, decreasing frequency of renal manifestations and good prognosis. J. Rheumatol., 27(3): 685–691.

Tabone X., Mounier Vehier C., Vacheron A. (1993) Silent myocardial ischemia. J. Mal. Vasc., 18(2): 99–104.

Turiel M., Peretti R., Sarzi-Puttini P., Atzeni F., Doria A. (2005) Cardiac imaging techniques in systemic autoimmune diseases Lupus. 14(9): 727–731.

Urowitz M., Gladman D., Bruce I. (2000) Atherosclerosis and systemic lupus erythematosus. Curr. Rheumatol. Rep., 2(1): 19–23.

Ward M. (1999) Premature morbidity from cardiovascular and cerebrovascular diseases in women with systemic lupus erythematosus. Arthritis Rheum., 42(2): 338–346.

Zampieri S., Iaccarino L., Ghirardello A., Tarricone E., Arienti S., Sarzi-Puttini P., Gambari P., Doria A. (2005) Systemic lupus erythematosus, atherosclerosis, and autoantibodies. Ann. NY Acad. Sci., 1051: 351–356.

ЧАСТОТА И СПЕКТР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

С.В. Шевчук

Резюме. Поражение коронарных, мозговых и периферических артерий у больных системной красной волчанкой (СКВ) диагностируют намного чаще, чем в целом среди населения Украины. Частота выявления ишемической болезни сердца (стенокардии и инфаркта миокарда) составляла у 12,8% больных, цереброваскулярных катастроф — 4,6%, облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей — 4,6%, артериальной гипертензии — 39%, застойной сердечной недостаточности — 39%, немой ишемии по данным холтеровского мониторинга ЭКГ — 36,9%, тромбозов легочной артерии — 1,3%, синдрома Рейно — 48,6%, поражением клапанного аппарата — 4,4% и кардита — 11,3%. Частота выявления сердечно-сосудистых катастроф среди больных с СКВ превышала такую среди взрослого населения Украины трудоспособного возраста с инфарктом миокарда в 2,3 раза, артериальной гипертензии — 2,4 раза, инсультов — 3,7 раза, мерцательной аритмии и пароксизмальной тахикардии — 6,2 раза.

Ключевые слова: системная красная волчанка, сердечно-сосудистые заболевания, распространенность.

RATE AND SPECTRUM OF CARDIOVASCULAR PATHOLOGY IN PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

S.V. Shevchuk

Summary. Affection of coronary cerebral and peripheral arteries in SLE patients occurs more frequently than on whole in Ukrainian population. The identification rate ICD (angina pectoris and myocardial infarction) was 12.8%, cerebrovascular diseases — 4.6%, obliterating vascular atherosclerosis of lower extremities — 4.6%, arterial hypertension — 39%, numb ischemia according to HM-ECG — 36.9%, congested heart failure — 39%, TELA — 1.3%, Reynaud's syndrome — 48.6%, valve apparatus damage (4.4%), and carditis (11.3%). The identified rate of cardiovascular diseases excelled that those of Ukrainian population able to work by myocardial infarction 2.3 times, arterial hypertension 2.4 times, strokes 3.7 times, as well as atrial fibrillation and paroxysmal tachycardia — 6.2 times.

Key words: systemic lupus erythematosus, cardiovascular diseases, rate.

Адреса для листування:

Шевчук Сергій Вікторович
03680, Київ, вул. Народного ополчення, 5
Національний науковий центр
«Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска»