

2. Теоретически возможным является прогнозирование обострений РА в амбулаторной практике.
3. По данным метода многофакторного регрессионного анализа образование РФ в большей степени связано с нарушением функции макрофагов, чем лимфоцитов и нейтрофиль-

ных гранулоцитов.

4. При прогнозировании уровня РФ методами математического моделирования наиболее воспроизводимые результаты получены при определении МП в моноцитах.
5. При появлении в крови РФ параллельно растет уровень $\text{Na}^+ - \text{K}^+$ АТФ-азы в нейтрофилах.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Бутенко З.А., Глузман Д.Ф., Зак К.П. Цитохимия и электронная микроскопия клеток крови и кроветворных органов. Киев. «Наукова думка», 1978, 248.
2. Зборовский А.Б., Сивордова Л.Е., Деревянко Л.И., и др. Эффективность Д-пенициллина и метотрексата при лечении ревматоидного артрита в зависимости от уровня ревматоидных факторов разных классов. Тер. архив, 1999, 71, 1, 60-63.
3. Иммунология. Под ред. У.Пола. Т. I. М., Мир, 1987, 480.
4. Клиническая иммунология и аллергология. Под ред. Л.Йегера. Т.2. М., Медицина, 1990, 528.
5. Клиническая ревматология. Под ред. Х.Л.Ф.Каррея. М., Медицина, 1990, 448.
6. Лабораторные методы исследования в клинике. Справочник. Под ред. Меньшиков В.В. М., Медицина, 1987, 368.
7. Лилли Р. Патогистологическая техника и практическая гистохимия. М., Мир, 1969, 648.
8. Ревматические болезни. Рук-во для врачей. Под ред. В.А.Насоновой, Н.В.Бунчука. М., Медицина, 1997, 520.
9. Ройт А. Основы иммунологии. М., Мир, 1991, 412.
10. Сейсенбасов А.Ш., Немцов Б.Ф., Алибекова Р.И., Овсянникова Р.С. Клиническое отражение иммунологической неоднородности ревматоидного артрита. Ревматология. 1987, 1, 12-17.
11. Сигидин Я.А., Жуковская Г.Н. Новый принцип лечения ревматоидного артрита - комбинированная базисная терапия. Клини. мед., 1990, 1, 119-124.
12. Хейгоу Ф.Г.Дж., Кваглино Д. Гематологическая цитохимия. М., Медицина, 1983, 320.
13. Choy E., Panayi G. Mechanisms of action of second line agents and choice of drugs in combination therapy. Clin. Exp. Rheumatol., 1999, 17, 6, suppl. 18, 20-28.

Summary

Relation between rheumatoid factor (RF) and levels of Myeloperoxidase (MPO), $\text{Na}^+ - \text{K}^+$ -ATPase (ATPase), 5'-Nucleotidase (5'-NT), Succinate dehydrogenase (SDG) in cells of peripheral blood of rheumatoid arthritis (RA) patients was investigated. 83 RA patients were observed. The activities of MPO, ATPase, 5'NT, SDG in blood cells were determined by histochemical methods. In patients having increasing MPO activity in monocytes, normal level of SDG in lymphocytes and decreasing of 5'NT in monocytes and lymphocytes increasing of RF level was noted in 3 weeks after histochemical changes ($p < 0.05$). Determination of MPO in monocytes was the most informative test for forecasting of immunological changes in RA. The role of macrophage system in RA is discussed.

Key words: RA, RF, macrophage, lymphocytes, myeloperoxidase, succinate dehydrogenase, $\text{Na}^+ - \text{K}^+$ -ATPase.

УДК: 616.5-002.525.2-07

Поступила 03.08.2000 г.

ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ У РУССКИХ И ГРУЗИН

З.С.Алекберова,* В.А.Насонова,* Т.М.Решетняк,*

В.Г.Цитладзе,** Е.Ю.Картвелишвили,** Н.Г.Каландадзе.**

Институт ревматологии (дир. - академик РАМН В.А.Насонова) РАМН, Москва*

Центр ревматологии Грузии, Тбилиси**

Резюме.

Представлен сравнительный анализ клинических признаков и лабораторных данных у больных СКВ в разных этнических и расовых группах (грузин и русских).

Ключевые слова: СКВ, этнические особенности.

Известно, что системная красная волчанка (СКВ), поражающая преимущественно мо-

лодых женщин, характеризуется широким спектром клинических и лабораторных проявлений,

различным течением. Такая гетерогенность процесса явилась основанием для идентификации возможных субтипов СКВ, определяющих нередко прогноз заболевания.

В последние годы повысился интерес к особенностям СКВ у больных разной расовой и этнической принадлежности. В ряде статей указывается на то, что СКВ не встречается в Западной и Центральной Африке [10, 13], поэтому эта территория может рассматриваться как «убежище» от СКВ. Эту точку зрения не разделяют другие исследователи. Так, Z.Amoura et al. [4], проанализировав материал за период с 1980 по 1998 гг. из 710 больных, госпитализированных в стационары Парижа, обнаружили 20 (2,9%) больных, отвечающих критериям АКР (1982), - жителей Западной и Центральной Африки. Среди вышеуказанных 20 больных было 16 женщин и 4 мужчин, средний возраст начала болезни 24,6 лет, при этом у 6 больных первые симптомы СКВ появились еще тогда, когда они проживали в Африке, у 14- уже в период нахождения их во Франции. Процент других этнических групп с СКВ (уроженцев Северной Африки, Азии и выходцев из французской Вест- Индии) составил 8,8, 5,5 и 10,5 соответственно.

Расхождения в отношении частоты СКВ некоторые авторы пытаются объяснить недоступностью медицинской помощи в некоторых регионах Африки, например, для индийцев Западной Африки. Thi D.L.Huong et al. [12] при сравнении клинических признаков СКВ у больных африканцев с 278 больными французами выявили, что частота фотосенсибилизации и эритемы на скуловой области у первых была ниже. На низкую частоту кожных проявлений у уроженцев Западной и Центральной Африки ранее указывали M.Petri et al. [11].

Существуют сведения об особенностях СКВ в разных регионах СНГ. Так, еще в 1988г. в работе Н.Г.Каландадзе [1] у грузин был выделен особый вариант СКВ с гектической лихорадкой в дебюте, средний возраст этих больных, преимущественно женского пола, составил $21,4 \pm 0,8$ лет. Обращало на себя внимание, что уже в ранние сроки (дни от начала лихорадки) обнаруживались LE- клетки в большом количестве и АНФ гомогенного типа свечения. В группе пациентов с фебрильной лихорадкой по началу болезни больные были старше по возрасту - $28,5 \pm 2,0$ лет, а количество LE- клеток у них было умеренным. При этом мужчи-

ны и женщины поражались с одинаковой частотой и, напротив, при третьем варианте дебюта СКВ у лиц старше 40 лет преобладали ревматоидоподобный суставный синдром, выявлялся крапчатый или смешанный тип свечения АНФ.

В другом регионе бывшего СССР - Средней Азии - также прослежен ряд особенностей СКВ. У.Р.Расулов [3], например, указывает, что у больных СКВ в Душанбинской группе ведущими и самыми ранними были суставной, кожный и кардиальный симптомы. В этой же группе частота гепатомегалии и поражения желудочно- кишечного тракта была выше по сравнению с Московской группой больных СКВ. Особый интерес представляет редкость поражения почек у больных СКВ из Таджикистана по сравнению с больными, обследованными в Москве. У больных СКВ Душанбинской группы нефротический синдром не выявлялся вообще. Для больных СКВ из Таджикистана (преимущественно коренных национальностей) по сравнению с таковыми Московской группы было характерно преобладание клинических критериев АКР (1982) над лабораторными. Сходство признаков СКВ у некоренных больных Душанбинской и Московской групп позволили автору предположить роль этнических факторов в формировании клинических проявлений СКВ.

Влиянию факторов внешней среды на СКВ посвящено немало работ. Например, показано, что у китайцев, проживающих в Сан-Франциско, частота болезни та же, что у лиц белой расы этого же региона [5], или частота СКВ у индийцев, живущих в Великобритании, выше, чем в этой же этнической группе, проживающей в Индии [9].

Интересные данные опубликовали F.Wang et al. [14] в отношении клинических проявлений СКВ и выживаемости больных 3 различных рас, проживающих в одной географической зоне. Установлено, что у китайцев была самая высокая частота СКВ, однако выживаемость была ниже, чем у малазийцев и, особенно, у индийцев. Анализ иммунологических нарушений показал, что антитела к нативной ДНК определялись реже у малазийцев (у 58% обследованных) против 70% у китайцев и 73% у индийцев.

Представленные выше данные свидетельствуют о том, что СКВ в различных этнических группах может иметь ряд особенностей.

Нам не встретилось работ, в которых на одно-моментно подобранных группах наблюдавших-ся проспективно больных СКВ разных наций и национальностей - жителей СНГ были проанализированы клинико- лабораторные проявления.

Цель настоящей работы: сравнить клинические признаки и лабораторные параметры у больных СКВ грузин и русских.

Материал и методы.

По специально составленной карте были подобраны больные СКВ, I группа- 87 больных грузин и II группа - 88 русских. В обеих группах были сопоставлены более 30 параметров, наиболее значимых для диагностики СКВ. Статистическая обработка проведена в программе Statistica'99 Edition для Windows, с использованием непараметрических методов – Mann-Whitney U Test и χ^2 .

Результаты и обсуждение.

Результаты сопоставления (таблица 1) показали, что на момент обследования боль-

При анализе характера течения СКВ обращает на себя внимание более высокая частота подострого варианта у грузин (55% против 9% у русских). Вместе с тем, ранее прослеженная особенность СКВ в грузинской популяции, проявляющаяся гектической лихорадкой в дебюте [1], нашла подтверждение и в настоящем исследовании. Так, у 1/3 больных I группы наблюдалась гектическая лихорадка, что в 2 раза чаще, чем у больных II группы.

Достоверных различий по активности заболевания на момент обследования в сравниваемых группах не выявлено. Тем не менее, тенденция к более высокой активности заболевания по классификации В.А. Насоновой у больных II группы сохранялась и при подсчете активности по SLEDAI.

Поражение кожи и фотосенсибилизация у больных различных этнических популяций довольно широко обсуждается в литературе. По нашим наблюдениям фотосенсибилизация более чем в 4 раза чаще встречалась у больных

Таблица 1.

Общая характеристика больных СКВ.

	I группа (M±SD)		II группа (M±SD)		p
Возраст (годы)	38,32±11,39		29,59±9,70		<0,0001
Пол (м/ж)	14/73		32/56		
Возраст возникновения первого симптома (лет)	28,83±12,27		21,84±8,90		<0,005
Возраст установления диагноза (лет)	29,60±11,29		25,42±9,08		<0,0001
Классификация В.А. Насоновой	n=84	%	n=88	%	<0,05
Активность I ст.	16	19	8	9	n.s.
II ст.	42	50	51	58	
III ст.	26	31	29	33	
Течение	n=87	%	n=88	%	
острое	15	17	14	16	<0,0001
подострое	48	55	8	9	
хроническое	23	28	66	75	
SLEDAI при поступлении	17,95±12,59		26,13±15,34		<0,0001
SLEDAI при выписке	4,60±7,49 (n=47)		12,63±21,99		n.s.

ные из Грузии были старше по возрасту, соответственно и начало заболевания у них приходилось на 28,8 лет против 21,8 лет у русских. Во II группе несколько больше было мужчин, что, возможно, связано со специальным подбором больных и особым интересом лаборатории ревматизма к проблеме «мужской» СКВ.

русской национальности по сравнению с грузинской. «Бабочка» с одинаковой частотой встречалась в сравниваемых группах, а дисконидные высыпания были более свойственны русской популяции с СКВ (табл.2).

В работе Z.Amoura et al. [4] представлены сравнительные данные о частоте критериях СКВ (АКР) у больных Западной и Централь-

ной Африки и французов. Показано, что среди первых не наблюдалось фотосенсибилизации, среди вторых она отмечалась у 37,1% больных.

объяснение неодинаковой частоте синдрома Рейно у больных разных этнических групп, подчеркивает значение внешнесредовых факторов,

Таблица 2.
Частота диагностических критериев СКВ у больных разных национальностей.

Критерии ACR	I группа (грузины, n=87)		II (русские, n=88)		p
	n=87	%	n=88	%	
«Бабочка»	72	83	78	89	n.s.
Дискоидные высыпания	11	13	31	35	0,0009
Фотосенсибилизация	18	21	82	93	0,0009
Энантема	4	5	62	70	0,0009
Артриты	74	85	72	82	n.s.
Серозиты	21	24	68	77	0,0009
Нефрит	49	56	30	34	0,0051
Неврологические нарушения	7	8	21	24	n.s.
Гематологические нарушения	14	16	68	77	0,00001
Иммунологические нарушения	71	82	75	85	n.s.
АНФ	59	68	84	95	0,00001
Титр АНФ (m(log2)±SD)	5,60±1,25		7,71±1,21		<0,001
Другие клинические признаки:					
Лихорадка в дебюте заболевания	29	33	14	16	0,012
Синдром Рейно	24	28	41	47	0,0145

Низкая частота кожных проявлений у уроженцев Западной и Центральной Африки согласуется с данными Petri et al., которые обнаружили, что черные больные СКВ реже, чем белые, имели «бабочку» и фотосенсибилизацию. С этой особенностью СКВ у африканцев некоторые авторы [6] связывают плохой прогноз СКВ по сравнению с белыми.

Мы поддерживаем точку зрения некото-

в частности, редкость синдрома Рейно у больных, живущих в Гонконге, связывается с теплым климатом этого региона. С этим положением согласуется и достоверно меньшая частота синдрома Рейно у больных грузинской популяции.

Нефрит достоверно чаще развивался у больных грузин, а серозит- у русских с СКВ.

Лабораторные показатели также отлича-

Таблица 3.
Гематологические показатели у больных СКВ

	I группа (грузины, n=87)	II группа (русские, n=88)	p
Гематологические нарушения	16%	77%	<0,0001
Гемоглобин (г/л)	110,19±16,50	105,98±22,36	n.s.
Лейкоциты	4755,88±1054,34	4100,91±1486,43	<0,005
Тромбоциты	235310,30±58368,22	115240,60±75368,93	0,00001

рых авторов о том, что нельзя полностью исключить влияния внешнесредовых факторов, а именно, значение адаптационных к солнцу механизмов у грузин, проживающих в более теплых климатических условиях. В какой-то степени здесь можно провести аналогию с синдромом Рейно. С.Но et al. [7], пытались найти

лись в этих двух группах.

Как следует из таблицы 3, гематологические нарушения наблюдались чаще у русских больных с СКВ по сравнению с «грузинской СКВ». Особо обращает на себя внимание тромбоцитопения у больных II группы, высоко достоверно отличающаяся в сравниваемых груп-

пах. Этот показатель четко ассоциируется с хроническим вариантом СКВ (по В.А. Насоновой) у больных русской национальности. Последний, как известно, характеризуется моноорганным началом, в частности, тромбоцитопенией, которая диагностируется исходно как синдром Верльгофа.

Анемия наблюдалась примерно с одинаковой частотой в обеих популяциях. Значительной лейкопении не было ни в той, ни в другой из групп.

Иммунологические расстройства (суммарно анти-ДНК, LE-клетки, криопреципитины) встречались в одинаковом проценте случаев, в то же время АНФ выявлялся чаще и в более высоком титре у больных II группы (табл.2).

Изучение особенностей СКВ в разных этнических группах сохраняет свою актуальность. Появляются все новые данные, даже по таким, казалось бы, не столь важным клиническим симптомам, как усталость. Недавно большой группой авторов [15] был проведен анализ частоты «симптома хронической уста-

лости» при СКВ в трех группах больных – испанцев, афроамериканцев и лиц белой расы. Этот симптом был обнаружен примерно с одинаковой частотой (82,6%, 85,5% и 88,7% соответственно). В заключении делается вывод о мультифакториальной природе этого симптома, включающей роль психосоциальных факторов и активность болезни.

М.Lockshin, заключая свою статью "What is SLE?" [8], пишет, что клиническое выделение вариантов СКВ важно для будущего поколения ревматологов, ибо может стать базой для научных исследований и решения клинических проблем.

Таким образом, знание клинико-лабораторных особенностей СКВ в разных этнических и расовых группах представляется важным, поскольку создает предпосылки для ранней диагностики и выбора адекватной терапии уже на начальных этапах болезни, во многом определяющих прогноз заболевания.

Примечание: выражаем благодарность Решетняку Д.В. за помощь в статистической обработке полученных результатов.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Каландадзе Н.Г. Ранняя диагностика, особенности лечения и диспансеризация больных системной красной волчанкой. Автореф. дисс. канд. мед. наук, М., 1988.
2. Насонова В.А. Системная красная волчанка. М., Медицина, 1972.
3. Расулов У.Р. Особенности клинического течения диффузных болезней соединительной ткани (системной красной волчанки и системной склеродермии) в условиях Таджикистана. Автореф. дисс. докт. мед. наук, М., 1990.
4. Amoura Z., Thi Huong Du, Cacoub P. et al. Systemic lupus erythematosus in patients native to West and Central Africa: comment on the article by Bae et al. *Arthr. Rheum.*, 1999, 42, 7, 1560-1561.
5. Fessel W. Systemic lupus erythematosus in the community: incidence, prevalence, outcome and first symptoms. *Arch. Inter. Med.*, 1974, 134, 1027-1034.
6. Gladman D., Urowitz M. Prognosis subsets and mortality in SLE. In *Lupus erythematosus*. 5th Ed. Baltimore, 1997, 1213-1227.
7. Ho C., Mok C., Wong R. Late onset systemic lupus erythematosus in southern Chinese. *Ann. Rheum. Dis.*, 1998, 57, 437-440.
8. Lockshin M. What is SLE? *J. Rheum.*, 1989, 16, 419-420.
9. Malavija A. Prevalence of systemic lupus erythematosus in India. *Lupus*, 1993, 2, 115-118.
10. Nired O., Sturfelt G. Does the black population in Africa get SLE? If not, why not? In Isenberg D., Tucker L. editors. *Controversies in Rheumatology*. St. Louis Mosby, 1997, 65-73.
11. Petri M., Perez-Gutthann S., Londgenecker J. et al. Morbidity of SLE; role race and socioeconomic status. *Am. J. Med.*, 1991, 91, 345-353.
12. Thi Huong Du, Papo T., Beaufils H. et al. Renal involvement in SLE: a study of 180 patients from a single center. *Medicine (Baltimore)*, 1999, 78, 148-166.
13. Schur P. Genetic of SLE. *Lupus*, 1995, 4, 425-437.
14. Wang F., Wang C., Tan C. et al. Systemic lupus erythematosus in Malaysia. *Lupus*, 1997, 3, 248-253.
15. Zonana-Nacach A., Roseman J., Mc Gwin G. et al. SLE in three ethnic groups. *Lupus*, 2000, 9, 101-109.

Summary

Comparative analysis of clinical manifestations and laboratory data in patients with SLE in different ethnic and race groups (Georgians and Russians) is presented.

Key words: *SLE, ethnic peculiarities.*

Поступила 01.12.2000 г.