

УДК 616.5-002.525.2

Ш. Н. Оспанова

АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ В СЕМИПАЛАТИНСКОМ РЕГИОНЕ

Семипалатинская государственная медицинская академия

В представленной работе анализируются особенности течения системной красной волчанки (СКВ) в Семипалатинском регионе. В исследуемую группу включены больные с достоверным диагнозом СКВ по критериям Американской коллегии ревматологов. Анализ характера течения СКВ у обследованных больных показал, что доминирует подострое течение (66%). Острое течение характерно для лиц молодого возраста до 30 лет и составляет 6,7%. Хроническое течение – лишь 27,3% и преобладает у лиц старшей возрастной группы. При анализе активности выявлены преимущественно II и III степени (82%). Таким образом, характер течения, степень активности, частота и выраженность клинических синдромов соответствуют тяжелому течению СКВ.

Ключевые слова: системная красная волчанка, особенности течения

Системная красная волчанка (СКВ) даже в начале XXI века остается тяжелым заболеванием с неизвестной этиологией, недостаточно изученным патогенезом и неблагоприятным исходом. Чрезвычайно высокое медицинское и социальное значение определяются несколькими обстоятельствами: болеют преимущественно женщины молодого детородного возраста; пик заболевания приходится на 14–25 лет; заболевание характеризуется неуклонным прогрессированием с неполными ремиссиями и частыми обострениями, приводящими к ранней потере трудоспособности. Частота смертельных исходов при СКВ в 3 раза выше, чем в общей популяции. Особенностью СКВ является клинический полиморфизм. СКВ встречается во всех климатогеографических зонах и на всех континентах. Изучение климатогеографических, этнических особенностей СКВ является актуальной проблемой [1–10].

Методика. Нами были изучены истории болезни 149 больных СКВ, находившихся на лечении в ревматологическом отделении консультативно-учебного центра Семипалатинской государственной медицинской академии с 1986 по 2001 гг. В исследуемую группу включены больные только с достоверным диагнозом СКВ, при наличии 4 и более диагностических критериев Американской коллегии ревматологов (АКР). Все больные госпитализировались в клинику неоднократно, кроме умерших в первый год заболевания. В последующем больные находились под наблюдением в поликли-

нике центра не менее одного раза в квартал. Последние данные о состоянии больных относятся к ноябрю 2001 г. Больные СКВ были разделены на группы по возрасту и сопоставимы по течению, активности и продолжительности заболевания (табл. 1).

Женщины представляют абсолютное большинство, что соответствует данным о преимущественном заболевании СКВ. Мужчины составили только 3% от общего числа больных. При этом все они заболели СКВ в возрасте старше 40 лет; течение болезни было доброкачественным; все – живы. Исследуемые больные заболели в возрасте от 13 до 63 лет (средний возраст 26,6). Это подтверждает известную закономерность развития СКВ в молодом возрасте. Характер течения и степень активности СКВ определялись по классификации В.А. Насоновой (1972 г.) [3] и дополнялись количественной оценкой активности по шкале SLAM (Systemic Lupus Activity Measure) (Lianq M.H. с соавт., 1988) [3] (табл. 2).

Результаты. Обращает на себя внимание явное преобладание больных с высокой активностью СКВ (82%); минимальная степень составила только 18%.

Прогностическая значимость возраста предопределила целесообразность анализа распределения всех больных, включенных в исследование по этому параметру. Оценка критериев активности в сравниваемых группах показала, что до 30 лет характерна наиболее высокая активность (II–III сте-

Таблица 1

Общая характеристика больных СКВ, включенных в исследование

Число больных (n)	Пол		Возраст, лет					
	жен.	муж.	до 19	20–29	30–39	40–49	50–59	60 и старше
149 %	144	5	15	37	51	27	17	2
	96,7	3,3	10,1	24,8	34,2	18,1	11,4	1,3

Таблица 2

Распределение больных по характеру течения и активности

Число больных (n)	Активность, степень			Течение		
	I	II	III	острое	подострое	хроническое
149 %	27	85	37	10	98	41
	18,1	57,2	24,7	6,7	66	27,3

пени); у больных старше 50 лет – активность только I и II степени. Установлено, что чем старше возраст исследуемых больных, тем ниже показатель активности. Более 1/3 больных заболели в возрасте до 30 лет. Так называемый “подростковый” вариант развития встречался в 10% случаев и отличался агрессивностью течения; у больных в этой подгруппе – только острое или подострое течение заболевания и высокая степень активности. У 5 больных из “подростковой” группы наступила смерть, причиной которой послужила высокая активность волчаночного процесса.

Анализ вариантов течения СКВ исследуемых больных показал, что в целом доминирует подострое течение (66%), а 75% его приходится на возраст до 40 лет. Острое течение в 70% приходится на пациентов до 30 лет. Хроническое течение составляет лишь 27,3% и преобладает у пациентов старшей возрастной группы. Наиболее часто из критериев АКР встречались эритема, поражение почек, поражение нервной системы, гематологические нарушения: анемия, лейкопения (табл. 3).

Из общих проявлений СКВ наиболее часто наблюдалась алоpecia, причем в 15% случаев при высокой активности наблюдалось полное выпадение волос. Частота таких общих признаков, как повышенная утомляемость, слабость также была высокой. У трети больных наблюдались потеря веса и уменьшение мышечной массы. Выраженность этого признака, как правило, соответствовала степени активности заболевания (значительная потеря веса (до 30 кг) была характерна для больных с III степенью активности). Следующим проявлением общих симптомов была лихорадка, которая выявлена у половины исследуемых больных. Анализировалась лихорадка, связанная с активностью волчаночного процесса (от 37,5 до выраженных подъемов – 38,0–39,0). При высокой активности процесса фебрильная температура держалась в течение суток и не исчезала до купирования активности. Выраженность лихорадки, как правило, коррелировала с активностью СКВ, особенно час-

то она наблюдалась у больных с генерализованным васкулитом.

Суставной синдром характеризовался вовлечением в процесс преимущественно мелких суставов кистей, лучезапястных, голеностопных, реже – крупных. Часть больных отмечала утреннюю скованность. У некоторых пациентов наблюдались преходящие сгибательные контрактуры. Несмотря на значительную частоту суставного синдрома в целом, необходимо отметить, что проявления артрита встречались только в 25% случаев и выражались подострым артритом. В основном поражение суставов проявлялось полиартралгией. Выраженность болевого синдрома была умеренной.

Наиболее распространенным вариантом кожного синдрома были эритематозные высыпания на лице по типу “бабочки”. Неспецифический вариант сыпи встречался реже, но при высокой активности заболевания такая сыпь у некоторых паци-

Таблица 3

Частота критериев АКР (1982) у больных СКВ

Критерии	Частота критериев	
	n	%
Эритема	97	66,4
Дискоидная волчанка	27	18,1
Фотосенсибилизация	46	30,8
Стоматиты	102	68,4
Артрит	37	24,8
Артралгии	87	58,3
Серозит	58	38,9
Поражение почек	96	64,4
Поражение нервной системы	83	55,7
Анемия	110	73,8
Лейкопения	79	53,0
Тромбоцитопения	10	6,7
Антитела к ДНК	75	50,3
АНФ	69	46,3
Ложноположительная реакция Вассермана	38	25,5

ентов покрывала весь кожный покров. Как правило, поражение кожи сочеталось с поражением слизистой оболочки ротовой полости. У исследуемых больных наблюдались проявления хейлита, гингивита, стоматита; от поверхностных катаральных изменений до глубоких язвенно-некротических. Анализ проявлений полисерозитов показал, что наиболее часто встречался плеврит (24,8%), преимущественно адгезивный с болями в грудной клетке, связанными с глубоким дыханием, кашлем и переменной положением тела. В случаях выпотного плеврита была характерна двусторонность поражения. Реже наблюдался перикардит (12,7%), и выявлены единичные случаи перитонита (1,3%). В целом частота полисерозитов доходила до 40%.

Были выделены 3 типа поражения почек: активный нефрит с нефротическим синдромом, активный нефрит без нефротического синдрома и нефрит с мочевым синдромом. Определение нефрита было дано на основании тщательного клинико-лабораторного обследования. У 19 больных наблюдался нефрит с нефротическим синдромом. Этот синдром характеризовался стойкими отеками у части больных по типу анасарки с отеком передней брюшной стенки, поясницы, с наличием транссудата в плевральных и брюшной полостях; массивной протеинурией; гиперхолестеринемией и диспротеинемией. Отмечалось повышение артериального давления – более 140/90 мм рт. ст. У всех больных выявлены изменения на глазном дне. У 23 – диагностирован нефрит без нефротического синдрома. У 37 – наблюдался нефрит с мочевым синдромом. Больные с признаками активного нефрита, высокой активностью волчаночного процесса, соответствующими лабораторными изменениями были включены в группу для анализа особенностей субтипа с волчаночным нефритом.

Признаком поражения нервной системы являлся церебральный васкулит, который характеризовался такими симптомами, как головная боль; головокружение; нарушение сна; повышенная возбудимость или депрессия, вплоть до психоза; очаговые центральные расстройства в виде нарушения мозгового кровообращения; периферические нейропатии; асептический менингит; судорожный синдром. Выраженная неврологическая симптоматика диагностировалась, как правило, у больных с высокой активностью волчаночного процесса и сочеталась с другими проявлениями болезни (дерматит, алопеция, лихорадка, кардит, нефрит, пневмонит). Выявленные больные с тяжелой неврологической симптоматикой объединены в группу для анализа субтипа с ведущим поражением нервной системы.

Выводы. Поражения кожи и суставов являлись ведущими в клинике у наблюдаемой группы боль-

ных. Одними из частых проявлений заболевания (60%) были симптомы нефрита и генерализованного васкулита. Характерна многоликость поражения нервной системы. В сравнение с другими синдромами серозиты встречались реже. При анализе клинико-лабораторных данных исследуемой группы больных выявлены выраженная полисиндромность, достоверное преобладание тяжелых вариантов течения – острого и подострого (72,7%) – и высокой активности заболевания (82%).

ANALYSIS OF THE CLINICAL POLYMORPHISM OF SLE IN SEMIPALATINSK REGION

Sh.N. Ospanova

The peculiarities of SLE course in Semipalatinsk region have been analyzed at the present work. The patients with authentic diagnosis of SLE by criterion AKR were involved in the investigated group. The analysis of SLE course of the patients showed that the subacute course dominated (66%). The acute course was typical for young persons till 30 years old and compounded 6,7%. The chronic course compounded only 27,3% and was typical for the patients of elder age group. Predominantly the II and III level (82%) of activity were revealed during the analysis. Consequently, the character of course, the level of activity, frequency and intensity of clinical syndromes corresponded with difficult current of SLE.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алекберова З.С., Насонова В.А., Решетняк Т.М. и др. Особенности системной красной волчанки у русских и грузин // Науч.-практич. ревматология. 2001. № 2. С. 13–17.
2. Мазур М.В., Мошняга М.Г., Жук В.М. и др. О распространенности системной красной волчанки в Молдове // Тер. архив. 1992. № 11. С. 93–95.
3. Насонов Е.Л. Противовоспалительная терапия ревматических болезней. М., 1996.
4. Расулов У.Р. Особенности клинического течения диффузных болезней соединительной ткани в условиях Таджикистана: Автореф. дис. д-ра. мед. наук. М., 1990.
5. Blanco F.J. et al. Clinical and serological infestations of 307 Spanish patients with systemic lupus erythematosus // Rev-Clin-Esp. 1995. Vol. 195. № 80. P. 534–540.
6. Hess E.V., Farhey Y. Epydemiology, genetic, etiology and environment relationships of systemic lupus erythematosus // Curr-Opin. Rheumatol. 1994. Vol. 6. № 5. P. 474–480.
7. Symmons D.P. Frequency of lupus in people of African origin // Lupus. 1995. Vol. 4. № 3. 176–178.
8. Wang F., Wang C., Tan C. et al. Systemic lupus erythematosus in Malaysia // Lupus. 1997. № 3. P. 248–253.
9. Zonana-Nacach A., Roseman J., Mc. Gwin G. et al. SLE in three ethnic groups // Lupus. 2000. № 9. P. 101–109.
10. Zhang-N., Wigley-R., Zeng-Q. Rheumatic diseases in China // Chung-Hua-Fu-Chan-Ko-Tsa-Chin. 1995. Vol. 30. № 50. P. 284–286.