

УДК 616.5-002.525.2

ТРУДНОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ

А.В.Иванова, И.В.Дудко, И.П.Яковлева, Л.И.Шелехова, К.В.Вебер

Институт медицинского образования НовГУ, grcvn@yandex.ru

Обследовано 23 больных, проведен анализ особенностей течения заболевания и поздней диагностики системной красной волчанки с целью выявления наиболее информативных критериев диагностики.

Ключевые слова: системная красная волчанка, дебют заболевания, критерии диагностики

23 patients were examined for exposure of systemic lupus erythematosus most informative criteria: the peculiarities of disease and later diagnostics were analyzed.

Keywords: systemic lupus erythematosus, commencement of disease, criteria of diagnostics

Введение

Системная красная волчанка (СКВ) — системное аутоиммунное заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся образованием широкого спектра органоспецифических аутоантител к различным компонентам ядра и иммунных комплексов, вызывающих иммунное воспалительное повреждение внутренних органов [1].

В европейской популяции заболеваемость составляет от 12 до 64 случаев на 100 тыс. населения [2]. Заболевание наиболее часто развивается у женщин, начиная с позднего подросткового возраста, с максимальной частотой в возрасте от 15 до 45 лет. Течение заболевания волнообразное, с чередованием обострений и ремиссий. Смертность при СКВ в три раза выше, чем в популяции [1].

Классическое течение СКВ в большинстве случаев начинается с лихорадки, быстрой утомляемости, болей в суставах с их отеком, а также с появления различных кожных высыпаний, локализующихся чаще на лице, шеи и груди [3]. Реже в дебюте встречается фотосенсибилизация, серозиты (плевриты и перикардиты), артриты (чаще симметричные) мелких суставов кистей. Возможно поражение лучезапястных и коленных суставов. Утренняя скованность не характерна. Для поражения кожи типично появление сосудистой эритемы, проходящей бесследно и дискоидных очагов с гиперемированными краями, инфильтрацией, рубцовой деформацией и депигментацией в центре. Эритема чаще всего располагается в области носа и щек с образованием фигуры «бабочки».

Реже в дебюте СКВ выявляется сухой или выпотной плеврит, поражение сердца (перикардит, миокардит), поражение почек (протеинурия), нервной системы (мигрень, нарушение психики, невропатии, тромбозы) [2].

Трудности диагностики СКВ связаны с разнообразной клинической картиной, когда на протяжении болезни появляются новые признаки заболевания, а ряд симптомов исчезает. Нередко встречаются случаи необычного начала болезни с отсутствием кожных проявлений, моносимптомным течением болезни.

В 1982 г. Американской ревматологической ассоциацией были предложены следующие диагностические критерии СКВ:

— сыпь на скулах: фиксированная эритема на скуловых выступах, имеющая тенденцию к распространению на носогубные складки;

— дискоидная сыпь: эритематозные приподнимающиеся бляшки с прилипающими кожными чешуйками и фолликулярными пробками;

— фотосенсибилизация: кожная сыпь, возникающая в результате необычной реакции на солнечный свет;

— язвы в ротовой полости: изъязвления полости рта или носоглотки, обычно безболезненные;

— артрит, неэрозивный артрит, поражающий два или более периферических сустава, проявляющийся болезненностью, отеком и выпотом;

— серозит: плеврит (плевральные боли или шум трения плевры, наличие плеврального выпота) или перикардит (подтвержденный с помощью ЭхоКГ или выслушиванием шума трения перикарда);

— поражение почек: персистирующая протеинурия выше 0,5 г/сут или цилиндрuria;

— поражение ЦНС, судороги или психоз (в отсутствие приема лекарственных средств или метаболических нарушений);

— гематологические нарушения: гемолитическая анемия с ретикулоцитозом или лейкопения менее $4,0 \times 10^9/\text{л}$ (зарегистрированная 2 раза и более) или тромбоцитопения ниже $100 \times 10^9/\text{л}$ (в отсутствие приема лекарственных препаратов).

Иммунологические нарушения: антитела к двуспиральной ДНК или анти-Sm, увеличение содержания IgG или IgM; ложноположительный тест на волчаночный антикоагулянт при использовании стандартных методов; ложноположительная реакция Вассермана в течение 6 месяцев или при подтвержденном отсутствии сифилиса с помощью реакции иммобилизации бледной трепонемы; повышение титров антинуклеарного фактора (АНФ) [1].

Заболевание не ограничивается указанными выше симптомами, но они обязательно должны присутствовать в различных сочетаниях, причем наличие не менее четырех из них указывает на достоверность диагноза СКВ.

Целью нашего исследования стало выявление наиболее часто встречающихся в настоящее время информативных критериев диагностики СКВ.

Материалы и методы исследования

Проанализировано 69 историй болезни 23 больных с СКВ, прошедших стационарное лечение и обследование в кардиоревматологическом отделении центральной городской клинической больницы за последние 5 лет. Из них 22 женщины и один мужчина, средний возраст 36 лет, средняя длительность заболевания 12 лет.

Результаты и их обсуждение

Начало заболевания приходилось в среднем на 28 лет (от 15 до 50 лет) и дебютировало у всех больных с суставного синдрома. Чаще было характерно поражение мелких суставов кистей, лучезапястных и коленных суставов. В 73% случаев наблюдались эритема, дерматит зоны декольте, в 30% — синдром Рейно. В одном случае в дебюте СКВ выявлен тромбоз мелких ветвей легочной артерии.

Острое начало заболевания отмечалось у 18% больных (лихорадка, выраженный болевой синдром, синовиты мелких суставов, протеинурия, аллопеция), подострое — у 30% больных (суставной синдром, дерматит, субфебрилитет), хроническое течение заболевания имело место у 52% больных (суставной синдром, синдром Рейно, фотосенсибилизация).

Заболевание протекало с поражением жизненно важных органов. Так, поражение ЦНС наблюдалось в 48% случаев, поражение почек — в 57%, поражение сердечно-сосудистой системы — в 40%. Наблюдались следующие поражения системы крови — анемия, лейкопения (39%), тромбоцитопения (17%), синдром ускоренного СОЭ (52%).

При иммунологическом исследовании АНФ выявлялся у 73% больных, антитела к двуспиральной

нативной ДНК — у 86%, циркулирующие иммунные комплексы (ЦИК) — у 60%, LE-клетки — у 48%, антитела к кардиолипину — у 26% (в том числе два достоверных случая антифосфолипидного синдрома — один с тромбозом мелких ветвей легочной артерии и другой с тромбозами глубоких вен нижних конечностей). У 7 человек (40%) выявлялась гиперхолестеринемия.

По данным электрокардиографического исследования гипертрофия левого желудочка наблюдалась в 43% случаев, тахикардальный синдром — в 26%, блокада правой ножки пучка Гиса — в 17%, брадикардия — в одном случае.

Что касается сопутствующих заболеваний, то чаще всего встречались гипертоническая болезнь (60%), хронический тонзиллит (21%). В 17% случаев имели место урогенитальные инфекции (хламидиоз, уреаплазмоз, микоплазмоз), в 13% — хронический гастродуоденит, узловой зоб, ишемическая болезнь сердца. У трех больных был гепатит В, у одного — гепатит С, двое страдали острой недостаточностью мозгового кровообращения, один — туберкулезом легких.

У 4 человек наследственность была отягощена по системным заболеваниям: системная красная волчанка у сестры, ревматоидный артрит у матери, системная склеродермия у тети, системная склеродермия у брата.

В отделении все больные с СКВ получали терапию преднизолоном в сочетании с далагиллом (плаквенилом), а также с азатиоприном (39%) и циклофосфаном (39%). Использовались и комбинации двух базисных препаратов (азатиоприн и плаквенил), что привело к снижению активности СКВ до стойкой ремиссии у 3 больных. В случаях тяжелого течения СКВ у 9 больных (39%) проводилась пульс-терапия (метипред 3 г, циклофосфан 1 г) неоднократно, с положительным эффектом. Реже использовались микофенолата мофетил, ритуксимаб (маптера) и плазмаферез.

У 83% больных диагноз СКВ был выставлен в первый год заболевания. 17% случаев поздней диагностики (на 2-й, 3-й и 8-й год заболевания) связаны преимущественно с выраженным суставным синдромом, что симулировало картину ревматоидного артрита, реактивного артрита с выявлением хламидий, микоплазм, уреаплазм, отсутствием у больных выраженной лихорадки, поражений кожи. У одной больной в течение 5 лет в связи с протеинурией выставился диагноз хронический гломерулонефрит, лечился у нефрологов. Поздней диагностике СКВ способствовало также отсутствие своевременного иммунологического обследования больных. Всем больным проводилась дифференциальная диагностика с реактивными артритами, ревматоидным артритом, системными заболеваниями соединительной ткани, системными васкулитами, гломерулонефритами.

Выводы

1. Трудности диагностики СКВ были связаны с преобладанием в дебюте заболевания суставного синдрома (100%), что требовало исключения в первую очередь ревматоидного артрита. Поражения кожи, синдром Рейно встречались реже (73% и 30% соответственно).

2. В 52% случаев наблюдалось хроническое течение СКВ без выраженной лихорадки, системных проявлений. Реже наблюдалось острое (18%) и подострое (30%) течение заболевания.

3. В развернутой стадии заболевания превалировало поражение почек (57%), ЦНС (47%), сердечно-сосудистой системы (40%).

4. Для своевременной диагностики СКВ в дебюте заболевания необходим тщательный сбор анамнеза, подробное обследование больного с использованием иммунологических тестов (АНФ, антитела к двуспиральной нативной ДНК, антитела к гистонам, антитела к Sm-антигену, антитела к кардиолипинам и волчаночный антикоагулянт) на ранних этапах заболевания.

1. Ревматология: Клинические рекомендации / Под ред. акад. РАМН Е.Л.Насонова. 2-е изд., испр. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 752с.
2. Ревматические болезни: Руководство для врачей / Под ред. В.А.Насоновой, Н.В.Бунчука. М.: Медицина, 1997. 520 с.: ил.
3. Диффузные болезни соединительной ткани: Руководство для врачей. И.Б.Беляева и др. / Под ред. В.И.Мазурова. М.: Мед. книга, 2011. 248 с.

Bibliography (Transliterated)

1. Revmatologija: Klinicheskie rekomendacii / Pod red. akad. RAMN E.L.Nasonova. 2-e izd., ispr. i dop. M.: GEOTAR-Media, 2010. 752s.
2. Revmaticheskie bolezni: Rukovodstvo dlja vrachejj / Pod red. V.A.Nasonovojj, N.V.Bunchuka. M.: Medicina, 1997. 520 s.: il.
3. Diffuznye bolezni soedinitel'noj tkani: Rukovodstvo dlja vrachejj. I.B.Beljaeva i dr. / Pod red. V.I.Mazurova. M.: Med. kniga, 2011. 248 s.