

ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РЕЗКО КОНТИНЕНТАЛЬНЫХ КЛИМАТИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Н.А. Хамраева

Самаркандский Государственный медицинский институт

Ключевые слова: Системная красная волчанка, миокардит, эндокардит, пневмонит, плеврит, центральная нервная система, климат.

Таянч сўзлар: Тизимли қизил югурик, миокардит, эндокардит, пневмонит, плеврит, марказий асаб тизими, иқлим.

Key words: Systemic lupus erythematosus, myocarditis, endocarditis, pneumonitis, pleurisy, central nervous system, climate.

Явные клинические симптомы поражения сердца при системной красной волчанке обнаруживаются у 51,4% больных. Поражение легких при СКВ часто указывается, как инфекционное осложнение вследствие иммуносупрессивной терапии, особенно длительного лечения большими дозами кортикостероидов, нежели в результате тяжелого течения самого заболевания. Частыми симптомами поражения нервной системы явились нарушение сна, которое проявлялось в виде удлинения продолжительности времени засыпания, уменьшения глубины и длительности ночного сна, быстрого пробуждения и дневной сонливости. Неконтролируемая активность волчаночного процесса явилась причиной появления тяжелых проявлений, таких как пневмонит, плеврит и перикардит (серозиты и полисерозиты) и васкулиты.

КЕСКИН КОНТИНЕНТАЛ ИҚЛИМ ШАРОИТИДА ЯШОВЧИ ТИЗИМЛИ ҚИЗИЛ ЮГУРИК КУЗАТИЛГАН БЕМОРЛАРДА ИЧКИ АЪЗОЛАРИНИНГ ЗАРАРЛАНИШИ ХУСУСИЯТЛАРИ

Н.А. Хамраева

Самарқанд Давлат Тиббиёт Институти

Тизимли қизил югурик билан касалланган беморларнинг 51,4 % да юракнинг зарарланишининг аниқ клиник симптомлари кузатилди. ТҚЮ да иммуносупрессив терапия натижасида инфекция асоратлари қўшилиши, асосан кортикостероидлар билан ўзоқ даволаш ҳамда касалликнинг ўзини оғир кечиши кўп ҳолларда ўпканинг зарарланишига олиб келади. Нерв тизимининг зарарланиши асосий белгиси ўйку бузилиши ҳисобланиб, ўйкунинг чуқурлиги ва давомийлигининг камайиши, тез уйғониш ҳамда кундузги ўйкучанлик билан намоён бўлади. Патогенетик жараёни фаоллигини бошқариб бўлмайдиган сабаблари пневмонит, плеврит ва перикардит (серозит ва полисерозитлар) ва васкулитларнинг оғир кўринишлари ҳисобланади.

FEATURES OF DAMAGE OF INTERNAL ORGANS IN PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS LIVING IN THE CUTTING OF CONTINENTAL CLIMATIC CONDITIONS

N.A. Hamrayeva

Samarkand State Medical Institute

Explicit clinical symptoms of heart failure in systemic lupus erythematosus are found in 51.4% of patients. Lung damage in SLE is often indicated as an infectious complication due to immunosuppressive therapy, especially long-term treatment with large doses of corticosteroids, rather than as a result of the severe course of the disease itself. Frequent symptoms of damage to the nervous system were sleep disturbances, which manifested itself in the form of lengthening the time of falling asleep, reducing the depth and duration of night sleep, rapid awakening and daytime sleepiness. Uncontrolled activity of the lupus process caused the appearance of severe manifestations, such as pneumonitis, pleurisy and pericarditis (serosites and polyserosites) and vasculitis.

Актуальность: Вопрос о неблагоприятных прогнозах системной красной волчанки (СКВ) обсуждается во многих исследованиях, которые существенно различаются в зависимости от общего уровня жизни, качества медицинского обслуживания, популяции больных, а также от времени и места проведения исследований [1,4,6].

Цель исследования: Изучить особенности поражения внутренних органов у больных СКВ, проживающих в резко континентальных климатических условиях.

Материал и методы исследования: Основу диссертации составляют результаты обследования 80 больных СКВ (75 женщин, 5 мужчин) находившиеся на стационарном лечении в трех клиниках: Республиканском ревматологическом центре при клинике №3 ТМА,

ревматологическом отделении 1-клиники СамМИ и в терапевтическом отделении клиники АндМИ. Все больные были жителями из числа коренного населения.

Диагноз СКВ был обоснован наличием клинических проявлений и данными лабораторных исследований. Из инструментальных методов исследования: ЭКГ, для исследования функционального состояния сердца - ЭхоКГ в М-режиме, рентгенография грудной клетки, и осмотр невропатолога для подтверждения изменений со стороны нервной системы.

Результаты исследования и их обсуждение: На основании анализа жалоб, объективного обследования, рентгенологических, ЭКГ и ЭхоКГ исследований поражение сердца было диагностировано у 54,1% пациентов СКВ: при остром, подостром, хроническом течении – у 12,5%, 55,2%, 79,6%, при низкой, средней и высокой активности – у 17,6%, 58,1%, 61,4%, при продолжительности заболевания до 1 года, 1-5 лет и более 5 лет - у 23,1%, 62,3%, 91,3% обследованных.

Основными критериями поражений сердца при СКВ (обследованы 52 пациента) явились перебои и чувство замирания сердца (48,1%), одышка (42,3%), боль и неприятные ощущения (25,0%), сердцебиение связанное или несвязанное с физическими нагрузками (19,2%). Приглушение тонов отмечалось у 54,1%, слабый пульс – у 40,3%, систолический шум на верхушке - у 17,3%. Признак сердечной недостаточности (СН), появление отеков на нижних конечностях, отмечено у 26,9% больных: минимальные – у 1,9%, заметные – у 21,2%, значительные – у 3,8%.

У 48,1% пациентов имело место нарушение ритма и проводимости сердца: тахикардия (19,2%), блокада ножек пучка Гиса (11,5%), желудочковые экстрасистолы (7,7%), брадикардия (5,8%), мерцательная аритмия (3,8%).

На ЭхоКГ часто отмечались признаки гипертрофии стенок сердца (34,6%), в частности, гипертрофия задней стенки левого желудочка (ЛЖ) и межжелудочковой перегородки (19,2%), обоих желудочков (15,4%), дилатация полости левого желудочка (7,7%), усиление сократимости сердца (34,6%) и гипокинезия стенок (13,5%). У 23,1% больных фракция выброса (ФВ) ЛЖ была $\geq 50\%$ (нормальные показатели), у 25,0% больных - в пределах 40-48% (признаки СН), у 7,7% - ниже 40,0% (признаки тяжелой СН).

Наибольшую группу составили больные с поражением миокарда - миокардитами - 40,4%. Наряду с миокардитом у 17,3% пациентов выявлено поражение эндокарда - эндокардит, у 13,5% - поражение перикарда – перикардит, у 9,6% - недостаточность митрального клапана, у 1,9% - сочетанный митральный порок.

Наряду с выявленными формами поражений сердца у 15,4% пациентов, несмотря на имеющиеся «сердечные» жалобы, объективные симптомы, изменений на ЭКГ и ЭхоКГ исследованиях клиническая форма поражения сердца не была включена в структуру основного диагноза. Эта часть пациентов была включена в группу с малосимптомным вариантом сердечной патологии.

Основанием для постановки диагноза «миокардит» явились активность патологического процесса, гипертрофия одного из желудочков, нарушения ритма и проводимости (желудочковые экстрасистолы, тахикардия, блокада левой или обеих ножек пучка Гиса). Возраст больных составил от 24 до 51 лет (средний возраст - $27,1 \pm 1,9$ лет), продолжительность заболевания от 12 до 60 месяцев (в среднем - $40,3 \pm 4,1$ мес.).

Частота хронической СН среди пациентов СКВ составила 26,9%. Частой причиной хронической СН явились пороки сердца, сочетание миокардитов с эндокардитами или перикардитами. Развитие хронической СН наблюдалось среди пациентов более старшего возраста и при продолжительном течении заболевания.

Таким образом, при СКВ явные клинические симптомы поражения сердца обнаруживаются у 51,4% больных. Лечащие врачи в первую очередь обращают внимание на признаки поражения миокарда, эндокардита и перикарда. Критериями диагноза поражений сердца является гипертрофия одного из желудочков, желудочковые экстрасистолы, пароксизмальная тахикардия, блокада левой или обеих ножек пучка Гиса, гипокинезия стенок, снижение

фракции выброса. Боли в области сердца длительные, имеют тупой характер. Признаки СН выявляются у 26,9% больных. Возраст больных с поражениями сердца старше, чем при поражении почек, кожи и суставов. Дифференциальная диагностика ревматических пороков от пороков сердца при СКВ сопровождается определенными трудностями. К критериям, облегчающим распознавание пороков сердца при СКВ, относятся отсутствие ревматического анамнеза, совпадение по времени обострения суставного, кожного синдрома, наличие признаков эндокардита с признаками васкулита (в настоящее время или в анамнезе), раннее развитие признаков хронической СН. Необходимо подчеркнуть, что у части больных (15,4%) на фоне тяжелого кожного синдрома признаки поражения сердца остаются нераспознанными, даже когда имеются инструментальные изменения указывающие на патологию сердечной мышцы (малосимптомное течение).

Поражение легких при СКВ часто указывается, как инфекционное осложнение вследствие иммуносупрессивной терапии, особенно длительного лечения большими дозами кортикостероидов, нежели в результате тяжелого течения самого заболевания [1,4,7,9]. Проявлениями легочной патологии могут быть плеврит, острый волчаночный пневмонит, диффузное интерстициальное поражение легких и фиброз легочной ткани (редко), легочная гипертензия, тромбоэмболия ветвей легочной артерии, «синдром спавшегося легкого» (снижение дыхательных объемов без поражения паренхимы легкого).

По данным объективного и рентгенологического исследования поражение легких было установлено у 32,3% больных. Возраст пациентов составил $28,2 \pm 1,7$ лет, давность заболевания - $41,1 \pm 7,2$ месяцев. Признаками поражения легких явились кашель со скудным отделением мокроты, одышка, влажные мелкопузырчатые хрипы и укорочение легочного звука, усиление легочного и сосудистого рисунка, участки гомогенного затемнения различной интенсивности и размера (при рентгенологическом исследовании).

При поражении легких острое, подострое, хроническое течение СКВ было обнаружено у 11,8%, 41,1%, 47,1%, продолжительность заболевания до 1 года, 1-5 лет и более 5 лет - у 11,8%, 70,6%, 17,6% больных СКВ.

Поражение легких, как следствие вторичной инфекции и волчаночного васкулита легочных сосудов было отмечено – у 11,5% пациентов. У 7,7% больных поражение легких сочеталось с плевритом, у 13,5% - плевритом и перикардитом (полисерозит). Плевральные и перикардиальные выпоты были необильными, часто наблюдалась тенденция к пролиферативным процессам. Поражение серозных оболочек часто диагностировалось по плевроперикардиальным спайкам или по признакам утолщения костальной, междолевой, медиастинальной плевры (плеврит), листьев перикарда (перикардит) при рентгенологическом и ЭхоКГ исследовании.

По данным литературы поражение нервной системы является неблагоприятным признаком СКВ и наблюдается от 25 до 75% больных [5,7]. В Северо-Западном Федеральном округе России (город Петрозаводск, Республика Карелия) среди больных СКВ частота поражения нервной системы составила 58,5% [А.Н. Новицкая, 2008] [5,6], в Хабаровском крае (Дальний Восток) поражение центральной нервной системы (ЦНС) – у 97,3% больных [Э.Н. Оттева, 2002] [7,8].

Т.А. Лисицына и др., (2009) [2,3] выявили высокую распространенность психических нарушений (66%) у пациентов СКВ. В спектре психических нарушений основное место занимают тревожно-депрессивные расстройства (83%). По данным А.Н. Новицкой (2008) [5] наиболее частыми клиническими вариантами, характеризующие вовлечение нервной системы при СКВ являются астенический (76,5%), цефалгический (54,8%), депрессивный (42,1%), вестибулярный (41,9%) и эпилептический (18,7%) синдромы. У 19,3% больных системной красной волчанкой развивались острые нарушения мозгового кровообращения.

Э.Н. Оттевой (2002) [7,8] выявила разнообразные признаки поражения нервной системы при СКВ: астеновегетативный синдром, менингоэнцефалит, менингоэнцефаломиелит, полиневрит-радикулит. Часто развиваются психозы, либо на фоне кортикостероидной тера-

пии, либо как клиническое проявление заболевания или по причине ощущения безвыходности страдания.

В наших исследованиях после клинико-инструментального исследования и осмотра невропатолога поражение ЦНС было установлено у 15,4% больных. Частыми симптомами поражения нервной системы явились нарушение сна, которое проявлялось в виде удлинения продолжительности времени засыпания, уменьшения глубины и длительности ночного сна, быстрого пробуждения и дневной сонливости. Также были выявлены головные боли, повышенная физическая и психическая утомляемость, постоянное чувство усталости, раздражительность и рассеянность. Судорожные припадки отмечены у 5,7% больных, острое нарушение мозгового кровообращения – у 3,8% пациентов.

Выводы: Таким образом, в резко континентальных климатических условиях клиническое течение СКВ имеет свои особенности, как в дебюте, так и на более поздних сроках.

Неконтролируемая активность волчаночного процесса явилась причиной появления тяжелых проявлений, таких как пневмонит, плеврит и перикардит (серозиты и полисерозиты) и васкулиты. Меньшая частота и позднее выявление сердечной, легочной патологии и поражения ЦНС обуславливает проведение высокоспецифичных и точных иммунологических исследований – титров аутоантител к этим органам. Сравнительно тяжелое течение СКВ с развитием полиморфизма признаков вполне может быть связано с влиянием факторов резко континентального климата – выраженными амплитудами дневных и ночных, летних и зимних температур, засушливой природы, низкой относительной влажностью воздуха, длительными весенними и летними солнечными днями.

Использованная литература:

1. Асеева Е.А., Соловьев С.К., Клюквина Н.Г. //Необратимые органические повреждения в когорте пациентов с СКВ (РЕНЕССАНС). //Научно-практическая ревматология. -2016. -№4(54). стр. 404–411.
2. Лисицына Т.А. Психические расстройства у больных ревматоидным артритом и системной красной волчанкой. //Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - Москва. -2014. – 32 С.
3. Лисицына Т.А., Серавина О.Ф., Вельтищев Д.Ю. Нарушения сна у больных ревматоидным артритом и системной красной волчанкой: эффективность и безопасность препарата золпидем (санвал). // Научно-практическая ревматология. -2010. -№5. стр. 80-84.
4. Лучихина Е.Л. Анализ структуры летальных исходов при системной красной волчанке. //Автореф. дис. ... к. мед. наук. - Москва. - 1998. - 15 С.
5. Новицкая А.С. Клиника и диагностика неврологических расстройств при СКВ. //Автореф. дис. ... к. мед. наук. - Москва. - 2008. - 15 С.
6. Новикова Д.С., Попкова Т.В., Панафидина Т.А., Маркелова Е.И. и др. Роль воспаления в развитии аутономной кардиальной дисфункции при системной красной волчанке. //Научно-практическая ревматология. -2008. -№6. стр. 4-11.
7. Оттева Э.Н. Современное течение и лечение системной красной волчанки (по материалам Хабаровского края) // Дис.канд.мед.наук, М.- 2002
8. Травкина И.В. Клинико-иммунологическая и магнито-резонансно- томографическая характеристика поражений центральной нервной системы у больных системной красной волчанки.//Дис.докт.мед.наук, М.,- 1993//.
9. Seban Mariana. Поражение дыхательной системы при СКВ. //Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. (на русском языке). - М. - 2015. -14 С.