



## ОПЫТ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ СУСТАВНЫХ СИМПТОМОВ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ

*Саматов Дилшод Каримович*

*Самаркандский государственный медицинский университет  
Самарканд, Узбекистан*

Поражение суставов занимает важное место в клинической картине системной красной волчанки (СКВ). Артрит, поражающий два или более периферических суставов, проявляющийся болезненностью, отеком и выпотом является одним из основных критериев СКВ ACR (1997), а степень выраженности артрита - показателем активности по шкале BILAG (2004) и SELENA-SLEDAI (2005). Несмотря на значительное число исследований, касающихся поражений суставов при СКВ, многие вопросы в этой проблеме до настоящего времени остаются нерешенными и требуют дальнейшего изучения.

**Цель исследования.** Изучение частоты и характера суставных проявлений при СКВ в зависимости от варианта ее течения и степени активности заболевания.

**Материалы и методы.** Обследовано 80 больных с СКВ (75 женщин, 5 мужчин), находившиеся на стационарном лечении в ревматологическом отделении клиники №1 Самаркандского Государственного медицинского института. Все больные были жителями из числа коренного населения.

Диагноз СКВ был обоснован наличием клинических проявлений и данными лабораторных исследований. Для подтверждения диагноза требовалась не менее 4 из 11 критериев ACR (1997) и критерии SLICC (2012), согласно которым для установления диагноза СКВ должно быть 4 критерия, одним из которых должен быть иммунологический (любой из: а-ДНК, АНФ, Sm, а-KL, С3, С4).

Средний возраст больных в начале болезни составил  $23,0 \pm 0,6$  лет, в момент установления диагноза -  $25,3 \pm 0,8$  лет, в настоящее время -  $32,1 \pm 0,9$  лет. Активность



болезни по шкале ECLAM на момент первого и последнего поступления в стационар составила соответственно  $19,4 \pm 0,7$  и  $14,4 \pm 0,8$  баллов. Частота поражения кожи выявлена у 100%, поражение почек - у 85,0%, ЦНС - у 33,8%, пневмонит, плеврит, перикардит и васкулиты соответственно – у 45,0%, 30,0%, 22,5% и 20,0% больных. Острое течение СКВ обнаружено у 30%, подострое – у 48,8%, хроническое течение – у 21,2% больных.

Исследование суставного синдрома включало определение выраженности боли в суставах – по оценке больного (визуальная аналоговая шкала – ВАШ), индекса экссудации, манипуляционной способности кистей, числа припухших и болезненных суставов, степени их функциональной недостаточности.

Всем больным проведено рентгенологическое исследование. При подозрении на поражение коленных суставов (35 больным) проводилось ультразвуковое исследование. При помощи данного обследования оценивались состояние контуров сустава, суставной щели, хрящей, мягких тканей, кортикального слоя кости, капсулы, объем жидкости в суставах и суставных сумках.

**Результаты и обсуждение.** У больных СКВ основные формы суставного синдрома - артралгии и артриты были выявлены у 86,3% пациентов.

**Таблица. Частота и характер поражений суставов при СКВ**

| Суставы            | Характер поражения | Частота (%) |
|--------------------|--------------------|-------------|
| Височно-челюстные  | Артралгии          | 18,8%       |
| Грудинно-ключичные | Артралгии          | 17,5%       |
|                    | Артриты            | 7,5%        |
| Плечевые           | Артралгии          | 22,5%       |
|                    | Артриты            | 8,8%        |
| Локтевые           | Артралгии          | 30,0%       |
|                    | Артриты            | 11,3%       |
| Лучезапястные      | Артралгии          | 30,0%       |
|                    | Артриты            | 31,3%       |
| Пястно-фаланговые  | Артралгии          | 28,8%       |
|                    | Артриты            | 53,8%       |



|                                     |  |                |
|-------------------------------------|--|----------------|
| Проксимальные межфаланговые суставы | Артралгии<br>Артриты                             | 30,0%<br>55,0% |
| Поражение обеих кистей              | Синдром Жакку                                    | 11,3%          |
| Тазобедренные                       | Артралгии<br>Остеонекроз головки бедренной кости | 22,5%<br>3,8%  |
| Коленные                            | Артралгии<br>Артриты                             | 27,5%<br>17,5% |
| Голеностопные                       | Артралгии<br>Артриты                             | 25,0%<br>21,3% |
| Таранно-пяточные                    | Артралгии<br>Артриты                             | 12,5%<br>22,5% |
| Предплюсневые                       | Артралгии<br>Артриты                             | 30,0%<br>35,0% |
| Плюснефаланговые                    | Артралгии<br>Артриты                             | 31,3%<br>36,3% |
| Позвоночник                         | Артралгии  | 21,3%          |

Помимо активности, стадии и давности СКВ характер суставного синдрома зависел и от размеров пораженных суставов. Воспалительные явления чаще выявлялись у больных со средней и высокой активностью заболевания, при остром и подостром течении СКВ. Артралгия, без признаков активного воспаления – при низкой активности и хроническом течении.

По локализации артриты чаще развивались симметрично в мелких - пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых, таранно-пяточных, предплюсневых, плюснефаланговых и лучезапястных суставах (соотношение артриты/артралгии соответственно составили - 1,9, 1,8, 1,8, 1,2 1,04). Мигрирующие артралгии чаще выявлены в крупных суставах, в основном, тазобедренном (соотношение артралгии/артриты -5,9), плечевом суставе (соотношение артралгии/артриты -2,6), позвоночнике, грудинно-ключичном (соотношение артралгии/артриты -2,6) и сакроилеальном сочленении. В средних суставах (локтевых, коленных,



голеностопных) характер поражения оказался смешанным, где имели место, как артриты, так и артралгии (соотношение артралгии/артриты соответственно - 2,7, 1,6 и 1,2).

Поражение мелких суставов сопровождалось другими симптомами СКВ: синдромом Рейно (22,5%), «сетчатым ливедо» (17,5%) и эритемой в области суставов (16,3%). У 11,3% больных поражение межфаланговых и пястно-фаланговых суставов отличалось особой тяжестью: атрофией межкостных мышц, резкой болезненностью сухожильно-связочного аппарата, формированием выраженных деформаций и фиксированных сгибаний пальцев.

Степень артралгии плечевых, локтевых и коленных суставов (22,5, 30,0 и 27,5%) оказалась соответственно в 2,5, 2,6 и 1,6 раза выше степени артритов (8,8, 11,3 и 17,5%). При УЗИ у больных с артралгиями коленных суставов наблюдалось равномерное и незначительное утолщение суставной капсулы (37,1%) и умеренное повышение количества суставной жидкости (у 14,3%). При артритах визуализировались неравномерность контуров сустава, наличие свободной жидкости в полости, значительное утолщение суставной капсулы и неравномерность кортикального слоя костей (у 34,3%). В 14,2% случаях при ультразвуковом исследовании контуры суставов были ровными, эхогенность кортикального слоя костей, передних и задних рогов медиального и латерального мениска коленных суставов и суставная жидкость оказались однородными (нормальные показатели).

У 3,8% пациентов (все женщины, возраст -  $26,3 \pm 3,2$  лет, давность -  $3,2 \pm 1,8$  лет) выявлено тяжелое осложнение СКВ - асептический некроз головки бедренной кости. Характерным признаками асептического некроза явились боль, характеризующаяся неопределенной локализацией и склонностью к широкой иррадиации: в область поясницы и ягодицы, голени, в паховую область и часто - в область коленного сустава, а также значительное ограничение движения (пациенты



избегали активных движений ногой). При рентгенографическом исследовании головка бедренной кости была гомогенно затемнена, структура головки смазанная. Высота по сравнению со здоровой стороной была снижена. Поверхность сустава местами имела вид уплотненных фасеток. Наблюдалось незначительное расширение суставной щели. При магнитно-томографическом исследовании в передне-верхней части субхондриального отдела головки выявлялись участки остеонекроза (от 1 до 3 штук) различной интенсивности, размерами 5-8 мм, ограниченных по периферии серповидной полосой низкой интенсивности (симптоматика II стадии).

Суставной синдром при СКВ сопровождался признаками поражения мышечно-миалгией, миозитоми атрофией (у 43,8% больных). Боли в мышцах имели мигрирующий характер и чаще всего отмечались в мышцах шеи, плечевого пояса, плеча, предплечья, межкостных мышцах кистей, тазового пояса и бедра.

Таким образом, по нашим данным у 86,3% больных с СКВ имел место суставной синдром, причем в патологический процесс вовлекались все суставы, особенно часто, мелкие суставы кистей и стоп. Частота артритов возрастала среди пациентов со средней и высокой активностью патологического процесса, при остром и подостром течении, частота артралгии - при хроническом течении заболевания, со средней и низкой активностью патологического процесса.

Типичная картина суставного синдрома при СКВ проявилась в виде артрита мелких суставов, для которого была характерна симметричность, небольшая припухлость и болезненность средней интенсивности. Тяжелое поражение мелких суставов-деформирующая артропатия Жакку регистрировалась не часто (11,3%), но во всех случаях способствовала недостаточности функции суставов и необратимой утраты трудоспособности больных.

Артралгия, без признаков воспаления чаще выявлялась в крупных суставах, имела мигрирующий характер и сопровождалась симптомами поражения мышц.



Артралгия и миалгия явились продромальными признаками СКВ, так как боли и скованность в костях и мышцах отмечались задолго до развития заболевания. Переохлаждение, перемена погоды, инсоляция, физическая нагрузка, нервно-психические воздействия провоцировали появление продромальных признаков.

В клинической картине СКВ также имело место тяжелое осложнение артрита тазобедренного сустава - остеонекроз головки бедренной кости, который способствовал значительному ухудшению общего состояния пациентов. Поэтому обследование больного СКВ, помимо общей описательной характеристики опорно-двигательного аппарата и других систем, должно включать и количественные объективные критерии суставного синдрома, рентгенологические, ультразвуковые и денситометрические исследования, позволяющие оценить характер поражения и функциональные возможности суставов.

### **Список литература**

1. ШОДИКУЛОВА Г. З. и др. OSHQOZON ICHAK TRAKTI YUQORI QISMI PATOLOGIIYASI BO'LGAN BEMORLARDA BIRIKTIRUVCHI TO'QIMA DIPLAZIYASI KECISHINING KLINIK-LABORATOR XUSUSIYATLARI //ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ. – 2023. – Т. 4. – №. 2.
2. Мансур Т. М., Вохидов Ж. Ж. ОПТИМИЗАЦИЯ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ДИФФУЗНОЙ АЛОПЕЦИИ //SCIENTIFIC APPROACH TO THE MODERN EDUCATION SYSTEM. – 2023. – Т. 2. – №. 14. – С. 200-214.
3. Толибов М. М. и др. ОПТИМИЗАЦИЯ К ЛЕЧЕНИЮ ТЯЖЕЛЫХ ОБОЖЖЕННЫХ БОЛЬНЫХ //SCIENTIFIC APPROACH TO THE MODERN EDUCATION SYSTEM. – 2023. – Т. 2. – №. 14. – С. 190-199.
4. Мансур Т. М., Вохидов Ж. Ж. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ВИТИЛИГО //SCIENTIFIC APPROACH TO THE MODERN EDUCATION SYSTEM. – 2023. – Т. 2. – №. 14. – С. 234-244.
5. Мансур Т. М., Вохидов Ж. Ж. СОВРЕМЕННОЙ МЕТОДЫ АЛОПЕЦИЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ //SCIENTIFIC APPROACH TO THE MODERN EDUCATION SYSTEM. – 2023. – Т. 2. – №. 14. – С. 225-233.



6. Шодикулова Г. З., Вохидов Ж. Ж. СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ДИАГНОСТИКУ И ЛЕЧЕНИЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) //THE THEORY OF RECENT SCIENTIFIC RESEARCH IN THE FIELD OF PEDAGOGY. – 2023. – Т. 1. – №. 6. – С. 101-112.
7. Шодикулова Г. З., Вохидов Ж. Ж. ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА //THE THEORY OF RECENT SCIENTIFIC RESEARCH IN THE FIELD OF PEDAGOGY. – 2023. – Т. 1. – №. 6. – С. 56-67.
8. Khusainova M. A. et al. Cardiac arrhythmias in patients with rheumatoid arthritis //Science and Education. – 2023. – Т. 4. – №. 2. – С. 130-137.
9. Zikirayayevna S. G., Xudoyberdiyevna S. N., Jamshedovich V. J. FEATURES OF PATHOLOGY THYROID GLAND IN A WOMAN WITH RHEUMATOID ARTHRITIS //Spectrum Journal of Innovation, Reforms and Development. – 2022. – Т. 4. – С. 49-54.
10. Mardonov B. A., Sherbekov U. A., Vohidov J. J. Сучасні підходи до лікування пацієнтів з вентральною грижею та сумісними патологіями //Клінічна та експериментальна патологія. – 2018. – Т. 17. – №. 3.
11. Шамсиев А. М. и др. Программа для определения качества жизни пациентов после перенесенной герниопластики по поводу послеоперационных вентральных грыж //Агентство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан. – 2018.
12. Сайинаев Ф. К. и др. МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ //Молодежь и медицинская наука в XXI веке. – 2018. – С. 436-438.
13. Эгамбердиев А. А. и др. Усовершенствованный метод ненатяжной герниоаллопластики при паховых грыжах //Молодежь и медицинская наука в XXI веке. – 2018. – С. 448-450.
14. Саидмуратов К. Б. и др. ХИРУРГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ РУБЦОВЫМИ СТРИКТУРАМИ МАГИСТРАЛЬНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ //Молодежь и медицинская наука в XXI веке. – 2018. – С. 434-436.
15. Мардонов Б. А., Шербеков У. А., Вохидов Ж. Ж. Современные подходы к лечению пациентов с вентральными грыжами симультанными патологиями //Клінічна та експериментальна патологія. – 2018. – №. 17, № 3. – С. 118-125.
16. Sulatanbaevich B. A., Yakhshiboevich S. Z., Jamshedovich V. J. Acute cholecystitis in elderly and senile patients //Вопросы науки и образования. – 2018. – №. 24 (36). – С. 85-88.



17. Yakhshiboevich S. Z., Jamshedovich V. J., Kamariddinova K. M. Problem of recurrence of single-chamber liver echinococcosis after surgical treatment and ways to solve them (Literature review) // Вопросы науки и образования. – 2018. – №. 24 (36). – С. 91-95.
18. Sulatanbaevich B. A., Yakhshiboevich S. Z., Jamshedovich V. J. Role of chemotherapy in prophylaxis of the liver echinococcosis recurrence // Вопросы науки и образования. – 2018. – №. 24 (36). – С. 88-90.
19. Шербеков У. А., Алиева С. З. К., Вохидов Ж. Ж. Тактика ведения больных желчекаменной болезнью с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией // Academy. – 2018. – Т. 2. – №. 6 (33). – С. 85-89.