

## FEATURES OF THE CLINICAL PICTURE OF LUPUS ARTHRITIS

Khamraeva N.A.<sup>1</sup>, Muhsinova Sh.M.<sup>2</sup> (Republic of Uzbekistan)

Email: Khamraeva512@scientifictext.ru

<sup>1</sup>Khamraeva Nasiba Abdurasulovna – assistant;

<sup>2</sup>Muhsinova Shahlo - graduate student,

DEPARTMENT OF INTERNAL MEDICINE №1,  
SAMARKAND STATE MEDICAL INSTITUTE,  
SAMARKAND, REPUBLIC OF UZBEKISTAN

**Abstract:** 80 patients with SLE (75 women, 5 men) who were hospitalized in the rheumatology department of the clinic №1 of the Samarkand State Medical Institute were examined. The diagnosis of systemic lupus erythematosus (SLE) was justified by the presence of clinical manifestations and laboratory data. The study of articular syndrome included the determination of the severity of pain in the joints - according to the patient's assessment, the exudation index, the manipulative ability of the hands, the number of swollen and painful joints, the degree of their functional insufficiency. In our observations in patients with SLE, joint damage was detected in 86.3% of patients. Arthritis in SLE was symmetrical, the cup developed in small - metacarpophalangeal, proximal interphalangeal, thoracic-calcaneal, tarsus, metatarsophalangeal and radiocarpal joints. Examination of the patient with SLE, in addition to the general descriptive characteristics of the musculoskeletal system and other systems, should include quantitative objective criteria for articular syndrome, x-ray, ultrasound and densitometric studies, allowing to assess the nature of the lesion and the functionality of the joints.

**Keywords:** joint damage, arthritis, arthralgia, osteonecrosis, systemic lupus erythematosus.

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ЛЮПУС АРТРИТА

Хамраева Н.А.<sup>1</sup>, Мухсинова Ш.М.<sup>2</sup> (Республика Узбекистан)

<sup>1</sup>Хамраева Насиба Абдурасуловна – ассистент;

<sup>2</sup>Мухсинова Шахло – студент магистратуры,  
кафедра внутренних болезней №1,

Самаркандский государственный медицинский институт,  
г. Самарканд, Республика Узбекистан

**Аннотация:** обследованы 80 больных СКВ (75 женщин, 5 мужчин) находившиеся на стационарном лечении в ревматологическом отделении клиники №1 Самаркандского государственного медицинского института. Диагноз системной красной волчанки (СКВ) был обоснован наличием клинических проявлений и данными лабораторных исследований.

*Исследование суставного синдрома включало определение выраженности боли в суставах – по оценке больного, индекса экссудации, манипуляционной способности кистей, числа припухших и болезненных суставов, степени их функциональной недостаточности. В наших наблюдениях у больных СКВ поражение суставов было выявлено у 86,3% пациентов. Артриты при СКВ были симметричными, чаще развивались в мелких - пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых, таранно-пяточных, предплюсневых, плюснефаланговых и лучезапястных суставах. 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.*

**Ключевые слова:** поражение суставов, артрит, артралгия, остеонекроз, системная красная волчанка.

Поражение суставов занимает важное место в клинической картине системной красной волчанки (СКВ). Артрит, поражающий два или более периферических суставов включен в список основных диагностических критериев ACR (1997). Степень выраженности артрита (тяжелая, средняя, легкая) является показателем активности СКВ по шкале BILAG (2004), SELENA-SLEDAI (2005) [5, 13, 19].

Е.Л. Лучихина (1998) при обследовании 228 пациентов СКВ в 80,5% случаях выявила поражение суставов, Т.А. Лисицина (2014) диагностировала артриты у 67,8% пациентов. Однако, в работе Е.А. Филатовой и др., (2012) комплекс симптомов, обозначенных под условными названиями «системное воспаление», «поражение сердечно-сосудистой системы», «рено-паренхиматозное поражение» и «кожные изменения» встречаются чаще (8-23%) чем поражение опорно-двигательного аппарата (6%) [3, 7].

По данным Жорняк А.П., Ивановой М.М. (2005), Антиповой О.В. и др., (2007) при СКВ воспалительные поражения очень часто локализуются в межфаланговых, пястно-фаланговых и лучезапястных суставах, а плечевые и коленные суставы - поражаются редко. Тазобедренные суставы, позвоночник и сакроилеальное сочленение являются «суставами исключения».

Несмотря на значительное число исследований, касающихся поражений суставов при СКВ, многие вопросы в этой проблеме до настоящего времени остаются нерешенными и требуют дальнейшего изучения. Особенно, очень мало данных об особенностях поражения средних и крупных суставов при СКВ, о роли нарушений кальций-фосфорного

метаболизма, остеопороза и взаимосвязи люпус артрита с другими клиническими и костно-мышечными проявлениями заболевания.

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

**Материалы и методы.** Обследованы 80 больных СКВ (75 женщин, 5 мужчин) находившиеся на стационарном лечении в ревматологическом отделении клиники №1 Самаркандского Государственного медицинского института. 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).

Обследование больных проводилось по федеральным клиническим рекомендациям по диагностике и лечению системной красной волчанки ФГБУ "НИИР им. В.А. Насоновой" РАМН (2014). Проведен ретроспективный анализ медицинской документации в соответствии со специально разработанной исследовательской картой. Начало болезни определялось в момент появления симптоматики, которая достоверно могла быть связана с СКВ. Активность болезни оценивалась с помощью шкалы SLEDAI-1 (Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index, 1992).

Все пациенты были коренными жителями (100%). Преобладали лица женского пола (1:9), занимающиеся сельхоз трудом (30%) и со средним образованием (75%). 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. Поражение кожи (100%) явилось превалирующим синдромом в клинической картине СКВ. Поражение почек выявлено - у 85,0%, ЦНС - у 33,8%, пневмонит, плеврит, перикардит и васкулиты соответственно – у 45,0%, 30,0%, 22,5% и 20,0% больных. Преобладало острое и подострое течение СКВ (30,0 и 48,8%), у 21,2% пациентов заболевание имело хроническое течение.

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 (УЗИ). При помощи данного обследования

оценивалось состояние контуров сустава, суставной щели, хрящей, мягких тканей (частично), кортикального слоя кости, капсулы, объем жидкости в суставах и суставных сумках.

Статистическая обработка полученных данных проведена с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0. Использовалась простая описательная статистика, непараметрический корреляционный анализ по методу Спирмена.

**Результаты и обсуждение.** В наших наблюдениях у больных СКВ поражение суставов было выявлено у 86,3% пациентов (таблица 1).

Артриты при СКВ были симметричными, чаще развивались в мелких - пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых, таранно-пяточных, предплюсневых, плюснефаланговых и лучезапястных суставах. Соотношение артриты к артралгиям в указанных суставах соответственно составило – 1,9, 1,8, 1,8, 1,2, 1,2 и 1,04.

Мигрирующие артралгии чаще выявлены в крупных суставах, в основном, тазобедренном суставе, сакроилеальном сочленении (соотношение артриты/артралгии - 0,17), позвоночнике, в плечевом суставе (соотношение артриты/артралгии - 0,3), грудинно-ключичном сочленении и локтевых суставах (соотношение артриты/артралгии - 0,4). В коленных и голеностопных суставах характер поражения оказался смешанным, где отмечались одинаково как артриты, так и артралгии (соотношение артриты/артралгии – 0,6 и 0,8).

*Таблица 1. 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	30,0%
	Артриты	55,0%
Поражение обеих кистей	Синдром Жакку	11,3%
Тазобедренные	Артралгии	22,5%
	Остеонекроз головки бедренной кости	3,8%
Коленные	Артралгии	27,5%
	Артриты	17,5%

Голеностопные	Артралгии Артриты	25,0% 21,3%
Таранно-пяточные	Артралгии Артриты	12,5% 22,5%
Предплюсневые	Артралгии Артриты	30,0% 35,0%
Плюснефаланговые	Артралгии Артриты	31,3% 36,3%
Позвоночник	Артралгии	21,3%

Припухлость, при артритах мелких суставов была нестойкая, сопровождалась болью средней интенсивности (по ВАШ  $4,5 \pm 0,5$  см.) и небольшим ограничением движений. При артритах мелких суставов показатели возраста больных ( $36,3 \pm 4,6$  лет) и давности заболевания ( $135,6 \pm 7,6$  месяцев) оказались достоверно выше, чем у больных с артралгиями ( $27,6 \pm 3,8$  лет;  $102 \pm 5,2$  месяцев,  $P_{1,2} < 0,05$ ). Количественные показатели суставного синдрома: интенсивность боли по ВАШ составила  $3,5 \pm 0,8$  см., количество припухших суставов -  $4,6 \pm 1,2$ , число болезненных суставов -  $6,4 \pm 1,4$  б, показатель манипуляционной способности кистей –  $85,5 \pm 7,8\%$ , утренняя скованность –  $40,5 \pm 5,4$  мин.

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. Наблюдалось резкое снижение манипуляционной способности кистей (в среднем до  $35,5 \pm 4,8\%$ ). Такой тип поражения соответствовал критериям D. Allarcon-Segovia (1988) деформирующей артропатии кистей - синдрому Жакку (А.П. Жорняк, М.М. Иванова, 2005; О.В. Антипова и др., 2007). Артропатический индекс Жакку (JAI, вычислялся по степени выраженности деформации кистей и количеству пораженных суставов) у 6,3% больных оказался меньше 5 баллов (JAI  $\leq 5$ , умеренная артропатия), у 5,0% - больше 5 баллов (JAI  $> 5$ , выраженная артропатия). Средний возраст больных с деформирующей артропатией кистей составила  $30,6 \pm 3,2$  лет, продолжительность СКВ –  $98,4 \pm 8,4$  месяцев.

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 ног). 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 мышц - миалгией, миозитами и 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. Атрофические изменения возникали постепенно и имели системный характер.

У 40,0% больных артралгия (оссалгия, миалгия) отмечалась до развития СКВ. Основная часть этой группы больных указывала, что продромальные боли были непостоянными. При перемене погоды, особенно, в летний период и в вечерние часы (26,3%) наблюдалось усиление боли. У 16,3% больных в анамнезе имели место настораживающие симптомы СКВ, такие как общая слабость, беспричинное периодическое субфебрильное повышение температуры (неспецифического характера), боли в лимфатических узлах.

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. Дистрофические и атрофические изменения в мышцах возникали постепенно, имели системный характер, приводили к общему истощению и исхуданию пациентов. Артралгия и миалгия явились продромальными признаками СКВ, т.к., 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 литературы / References*

1. Асеева Е.А., Соловьев С.К., Насонов Е.Л. Современные методы оценки активности системной красной волчанки. // Научно-практическая ревматология. -2013. -№3. стр. 186-201.
2. Алекберова З.С., Измаилова Ф.И., Кудяев М.Т., Насонов Е.Л. Этнические аспекты ревматических заболеваний. // Современная ревматология. - 2012. -№12. стр. 21-24.
3. Жорняк А.П., Иванова М.М. Деформирующая артропатия кистей (Синдром Жакку) при СКВ. // Научно-практическая ревматология. - 2005. - № 4. - С. 42-46.
4. Иргашева У.З., Ишанкулова Н.Н., Тоиров Э.С. Значение клиникоинструментальных методов исследования при диагностике

- поражений сердца у больных ревматоидным артритом //Тюменский медицинский журнал. – 2012. – №. 2.
5. *Иргашева У.З., Тоиров Э.С., Ахмедов И.А.* Электрокардиографические изменения у больных артериальной гипертонией женщин перименопаузального и постменопаузального возраста //Академический журнал Западной Сибири. 2012. №. 1. С. 10-10.
  6. *Клюквина Н.Г., Асеева Е.А., Ломанова Г.В., Ведерникова Е.А.* Индекс тяжести у больных системной красной волчанкой. //Научно-практическая ревматология. 2014;52(4):410–416.
  7. Краткое руководство по диагностике, лечению и профилактике остеопороза: рекомендации для терапевтов, ревматологов и врачей общей практики / под ред. А.Л. Аляви. Ташкент. 2010.-31 с.
  8. *Лисицына Т.А.* Психические расстройства у больных ревматоидным артритом и системной красной волчанкой. //Автореф. дис. ... д-ра мед.наук. М. 2014. 32 С.
  9. *Насонов Е.Л., Насонова В.А.* Ревматология: национальное руководство// М.: ГЕОТАР-Медиа. 2010. 720 С.
  10. Остеоартроз в общемедицинской практике. Методические рекомендации. Правительство Москвы. Департамент здравоохранения. Москва, 2007 год.
  11. *Тоиров Э.С., Имамов А.Х.* Особенности лечения невротических нарушений у больных ревматоидным артритом //Клиническая медицина. 2010. Т. 88. №. 1. С. 49-53.
  12. *Тоиров Э.С. и др.* Пограничные нервно-психические расстройства у больных с хроническими заболеваниями суставов //Клин мед. – 2002. – Т. 80. №. 8. С. 33-6.
  13. *Филатова Е.А.* Кожные проявления СКВ и их взаимосвязь с активностью заболевания. //Автореф. дис. ... к.мед.наук.- М. - 2009. - 15 С.
  14. *Хамраева Н.А., Тоиров Э.С.* Оценка эффективности "пульс терапии" у больных с системной красной волчанкой //Вестник Хакасского государственного университета им. НФ Катанова. 2015. №. 12. С. 103-106.
  15. *Шамсиев А.М., Атакулов Д.О., Юсупов Ш.А., Юлдашев Б.А.* Влияние экологических факторов на частоту хирургических заболеваний у детей./Проблемы опустынивания в Центральной Азии и их региональное стратегическое решение //Тезисы докладов. Самарканд. 2003. С. 86-87.
  16. *Pasero G., Marson P.* История изучения системной красной волчанки. Перевод С.Ш. Шабановой (по материалам 3-dEULAR Courseon SLE, 2007 г.) //Научно-практическая ревматология № 4. 2008. с.88-93
  17. *Kasymov S.Z., Davlatov S.S.* Hemoperfusion as a method of homeostasis protection in multiple organ failure syndrome // Akademicheskij zhurnal Zapadnoy Sibiri. 2013. Т. 9. №. 1. С. 31-32.



18. *Malik A. et al.* Hypertension-related knowledge, practice and drug adherence among inpatients of a hospital in Samarkand, Uzbekistan //Nagoya journal of medical science. 2014. T. 76. №. 3-4. C. 255.
19. *Toirov E., Soliev T., Aminov H.* Diagnostic and treatment of borderline neuro-psychotic disorders in patients with rheumatic diseases //Methodic recommendations, Tashkent. 2004.
20. *Toirov E.* Structure of neurotic disorders in patients with rheumatoid arthritis and their relationship with the clinical and laboratory indexes //Medical and Health Science Journal. 2010. T. 1. C. 31-38.
21. *Toirov E.S., Imamov A.K.* Peculiarities of therapy of neurotic disorders in patients with rheumatoid arthritis //Klinicheskaja meditsina. 2010. T. 88. №. 1. C. 49-53.
22. *Shamsiyev A.M., Khusinova S.A.* The Influence of Environmental Factors on Human Health in Uzbekistan //The Socio-Economic Causes and Consequences of Desertification in Central Asia. Springer, Dordrecht, 2008. C. 249-252.
23. *Shodikulova G.Z., Toirov E.S., Babamuradova Z.B.* Clinical biochemical features in patients with undifferentiated connective tissue dysplasia //European science review. 2016. №. 1. C. 129-131.