

УДК 616.5-002.525.2-08	UDC 616.5-002.525.2-08
СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА КАК ТРУДНЫЙ ДИАГНОЗ	SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS AS A DIFFICULT DIAGNOSIS
Дягтярь Наталья Николаевна <i>ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2», Краснодар, Россия</i>	Degtyar Natalia Nikolaevna <i>SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar, Russia</i>
Чимерева Ирина Сергеевна <i>ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2», Краснодар, Россия</i>	Chimereva Irina Sergeevna <i>SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar, Russia</i>
Иванчура Галина Сергеевна <i>ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2», Краснодар, Россия</i>	Ivanchura Galina Sergeevna <i>SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar, Russia</i>
В статье представлены клинические случаи, подтверждающие сложность диагностики системной красной волчанки.	The article presents the clinical cases that demonstrate the diagnostic difficulties of systemic lupus erythematosus.
Ключевые слова: СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА, ДИАГНОСТИКА	Key words: SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS, DIAGNOSTIC

Системная красная волчанка (СКВ) – тяжелое заболевание, при котором иммунная система человека воспринимает собственные клетки как чужеродные и начинает с ними бороться. При этом в организме вырабатываются вещества, способные повредить многие органы и ткани (сосуды, кожу, суставы), а также внутренние органы (почки, легкие, сердце, печень, головной мозг и другие). Девять из десяти больных СКВ – женщины, причем у половины из них первые симптомы заболевания появляются в возрастном периоде 15–25 лет.

При СКВ распространено поражение:

- кожи (высыпания, фотосенсибилизация).
- полиорганное, включая почки, ЦНС, суставы, серозные оболочки.

Лабораторные данные

Антинуклеарные антитела (99 %), антитела к двуспиральной ДНК (40–60 %), сниженный уровень компонента комплемента С3 (50–70 %). В результате многообразия клинических проявлений СКВ называют «великой притворщицей». При наличии эритемы-бабочки, признаков поражения, по крайней мере, одной системы органов и положительных результатов серологического исследования поставить диагноз несложно. В клинической картине, как правило, преобладают общие симптомы (субфебрильная температура, утомляемость, артралгия), не позволяющие сразу заподозрить СКВ. Это заболевание следует исключать у всех молодых женщин с признаками системного заболевания или инфекции, не подтвержденной результатами посева и не поддающейся антимикробной терапии.

Если СКВ проявляется поражением одного органа или системы органов, то врач может не заподозрить наличие этого заболевания. Так, диагноз «плеврит» или «перикардит» чаще наводит на мысль о вирусной инфекции. Только выявление у пациента антинуклеарных антител подтверждает СКВ. Определенную помощь в дифференциальной диагностике мо-

жет оказать анализ плевральной жидкости. При СКВ она представляет собой экссудат, содержащий преимущественно лимфоциты.

Если единственным проявлением СКВ служит гемолитическая анемия или тромбоцитопения, то установить их причину можно только по результатам исследования на антинуклеарные антитела. В противном случае может быть поставлен ошибочный диагноз идиопатической аутоиммунной гемолитической анемии или тромбоцитопенической пурпуры.

Особенно сложна дифференциальная диагностика при поражении ЦНС, которое может быть единственным проявлением СКВ. Так, причина инсультов и эпилептических припадков нередко остается невыясненной, а неврит зрительного нерва и поперечный миелит оцениваются как признаки рассеянного склероза.

Поражение суставов при отсутствии других симптомов СКВ легко принять за ревматоидный артрит, поскольку оба заболевания протекают со сходным суставным синдромом. Кроме того, у трети больных ревматоидным артритом обнаруживаются антинуклеарные антитела. В таких случаях СКВ может остаться недиагностированной до тех пор, пока не появятся симптомы поражения других органов.

Американской коллегией ревматологов разработаны диагностические критерии СКВ, которые исходно предназначались для исследовательских целей, но эффективно используются и в клинической практике.

Диагностические критерии СКВ:

1. Эритема-бабочка. Стойкие красные пятна или бляшки на скулах, не захватывающие носогубные складки.

2. «Дискоидные» красные бляшки с приподнятыми краями, покрытые плотно сидящими чешуйками с роговыми шипиками, которые закупоривают устья волосяных фолликулов.

3. Фотосенсибилизация. Появление сыпи под действием солнечного света.

4. Язвы слизистой рта и носа, обычно безболезненные.

5. Артрит, без эрозий суставных поверхностей, с поражением как минимум двух периферических суставов, проявляется припухлостью, болезненностью и выпотом.

6. Серозит. Плеврит (боль в боку, шум трения плевры, плевральный выпот) или перикардит (шум трения перикарда, изменения на ЭКГ, перикардиальный выпот).

7. Поражение почек. Стойкая протеинурия (более 0,5 мг/сут либо резко положительный результат экспресс-анализа мочи на белок) или клеточные цилиндры.

8. Поражение ЦНС. Эпилептические припадки или психоз, возникающие при отсутствии метаболических нарушений и побочного действия лекарственных средств.

9. Гематологические нарушения. Гемолитическая анемия, или лейкопения (число лейкоцитов в повторных анализах крови ниже 4000 в мкл), или тромбоцитопения (число тромбоцитов в повторных анализах крови ниже 100000 в мкл).

10. Иммунологические нарушения. LE-клетки, или антитела к двухцепочечной ДНК, или антитела к Sm-антигену, или ложноположительные нетрепонемные реакции на сифилис.

11. Антинуклеарные антитела в случае отсутствия лекарственного волчаночного синдрома.

Эти критерии учитывают лишь те признаки СКВ, которые позволяют отличить ее от других ревматических болезней, и не предусматривают частые, но неспецифические проявления (например, артралгию и алопецию).

В клинической картине могут преобладать общие симптомы СКВ, например слабость, лихорадка и снижение массы тела. Диагностическое значение их невелико. Иногда слабость бывает столь выраженной, что

больные едва могут встать, поесть или одеться. Зачастую слабость служит основным проявлением СКВ во время ремиссии.

Трудность диагностики СКВ можно продемонстрировать следующими клиническими примерами:

1. Пациентка Я. заболела весной 2010 г. (в возрасте 23 лет), появились высыпания на коже лица, она обследовалась у дерматолога, диагноз не уточнен, были назначены ГКС (дозу не помнит), высыпания регрессировали. В декабре 2010 г. после перенесенного психоэмоционального стресса температура тела повысилась до 39 °С, принимала жаропонижающие (фервекс и т.д.), без эффекта. Затем присоединилась лимфаденопатия подмышечных лимфоузлов, стала отмечать выпадение волос, слабость, снижение веса на 20 кг, температура тела сохранялась повышенной. 17.01.11 пациентка была госпитализирована в терапевтическое отделение МБУЗ «Городская больница № 20» г. Ростова-на-Дону с диагнозом хронический пиелонефрит, где находилась по 7.02.11, была проведена антибактериальная и симптоматическая терапия. Состояние больной оставалось без динамики.

14.02.11 пациентка была госпитализирована в Специализированную клиническую инфекционную больницу г. Краснодара с диагнозом: лихорадка неясного генеза, где была проконсультирована ревматологом СКАЛ. Установлен предварительный диагноз: недифференцированное системное заболевание соединительной ткани, с клиническими проявлениями СКВ, проведено иммунологическое дообследование, АНФ 1:160, АТ к дДНК +++ (от 18.02.11), установлен диагноз системной красной волчанки.

2. Пациентка Д. заболела весной 2012 г. (в возрасте 18 лет), температура повышалась до 40 °С, лимфаденопатия, была госпитализирована в Специализированную клиническую инфекционную больницу г. Краснодара, причина повышения температуры тела не верифицирована. С 2012 г. периодически один раз в 6–12 мес появлялось повышение температуры тела до

38...39 °С. При увеличении шейных лимфоузлов многократно обращалась к инфекционистам, обследовалась у гематолога в Краевом онкологическом диспансере г. Краснодара. Пациентке были выполнены: пункция спинного мозга, биопсия лимфоузла. Причина лихорадки и лимфаденопатии не установлена. 18.08.2017 была консультирована ревматологом: клинически повышение температуры тела до 38 °С, лимфаденопатия шейных лимфоузлов, синовиты лучезапястных суставов, выпадение волос.

В ОАК – лейкопения, анемия, СОЭ – 54 мм/ч, заподозрена СКВ. Пациентке было назначено дообследование, по результатам установлено: АНФ 1: 5120, АТ к дДНК более 800, Ig к антигену SS-A, ANA Ro52, ANA-PNA, к нуклеосомам, АМА М2 выставлен диагноз 28.08.2017: Системная красная волчанка, высокой степени активности, с поражением ретикулоэндотелиальной системы (лимфаденит), суставов (синовиты лучезапястных суставов), с конституциональными нарушениями (лихорадка), кожи и ее придатков (алопеция), иммунологическими нарушениями (АНФ 1: 5120, АТ к дДНК более 800, Ig к антигенау SS-A, ANA Ro52, ANA-PNA, к нуклеосомам, АМА М2), лабораторными нарушениями (анемия, лейкопения).

На примере приведенных клинических случаев можно сделать вывод о том, что от появления симптомов до развернутой картины заболевания и установления диагноза СКВ могут пройти месяцы и даже годы. Первично с системным заболеванием соединительной ткани может столкнуться врач любой специальности (терапевт, инфекционист, гематолог, дерматолог и т. д.). Поэтому в сложных, клинически неоднозначных ситуациях в спектр диагностического поиска целесообразно включать ревматологическую патологию, для исключения или подтверждения которой необходима консультация врача-ревматолога.

Список литературы

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