

**ВЛИЯНИЕ ПРЕФОРМИРОВАННЫХ ФАКТОРОВ НА ВЫРАЖЕННОСТЬ  
СУСТАВНОГО СИНДРОМА ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ  
ПО ДАННЫМ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ  
МНОГОПРОФИЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА  
(УНИВЕРСИТЕТСКАЯ КЛИНИКА № 1) ОНМЕДУ**

**Кравчук Ольга Евгениевна**  
кандидат медицинских наук

**Гриценко Мария Владимировна**  
магистрант

Одесский национальный медицинский университет, Одесса (Украина)

**Аннотация.** Показана важность использования преформированных факторов в лечении суставного синдрома у больных системной красной волчанке. Отмечены результаты лечения через 6 месяцев.

**Ключевые слова:** системная красная волчанка, суставной синдром, преформированные факторы.

---

**INFLUENCE FACTORS PREFORMED ON THE EXPRESSION  
OF ARTICULAR SYNDROME IN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS  
ACCORDING RHEUMATOLOGICAL DEPARTMENT OF DIVERSIFIED  
MEDICAL CENTER (UNIVERSITY CLINIC № 1) ODESSA NATIONAL  
MEDICAL UNIVERSITY**

**Kravchuk Olga Evgenievna**  
candidate of medical science

**Gritsenko Maria Vladimirovna**  
undergraduate

Odessa National Medical University, Odessa (Ukraine)

**Abstract.** Was shown the importance of the use of preformed factors in the treatment of articular syndrome in patients with systemic lupus erythematosus and was shown the results of treatment after 6 months.

**Key words:** systemic lupus erythematosus, articular syndrome, preformed factors.

Системные заболевания соединительной ткани – одна из наиболее актуальных медико-социальных проблем современной ревматологии и медицины в целом. Это обусловлено тяжестью течения, полисиндромностью поражения внутренних органов, частотой развития серьёзных осложнений, что приводит к увеличению показателей временной и стойкой утраты трудоспособности и высокой летальности [1-3].

Системная красная волчанка (СКВ) является классическим представителем системных заболеваний соединительной ткани, её распространенность отличается в разных климатогеографических зонах и составляет от 4 до 250 случаев на 100 тыс. населения [4-6]. В последнее время отмечается тенденция к увеличению заболеваемости, что характеризуется расширением возрастного дебюта заболевания (СКВ стали фиксировать с 14-15 летнего возраста, а также после 40) по данным Одесского городского ревматологического центра за последние 23 года.

Системная красная волчанка – хроническое аутоиммунное ревматическое заболевание неизвестной этиологии, в основе патогенеза которого лежит гиперпродукция широкого спектра органоспецифических аутоантител к различным компонентам ядра и иммунных комплексов, что вызывает иммуновоспалительное повреждение внутренних органов с нарушением их функции [1-2]. Характерная особенность СКВ – многообразие клинических проявлений и вариантов течения болезни. Атипичные варианты дебюта и течения, полисиндромность, широкий спектр сопутствующей патологии – всё это затрудняет проведение дифференциальной диагностики и лечение данных пациентов.

По данным Американской коллегии ревматологов одним из 11 достоверных критериев постановки диагноза является артрит. Это проявление СКВ наиболее часто встречается в разные периоды заболевания, включая дебют.

Поражение опорно-двигательного аппарата встречается у 80-90 % больных СКВ. Часто артрит является первым и единственным симптомом заболевания на протяжении достаточно длительного времени [7].

Артриты при СКВ, имеют в большинстве случаев остро-подострый характер, склонны к периодическим обострениям с дальнейшими ремиссиями и могут полностью исчезать, не давая клинически выраженных остаточных явлений. Однако в ряде случаев отмечаются артриты, которые носят подостро-хронический характер и по тяжести течения очень похожи на ревматоидный артрит. При этом может наблюдаться стойкая деформация и деформация суставов, подвывихи, ульнарная девиация [8-9].

Учитывая частоту и выраженность суставного синдрома при подостром течении СКВ и, в связи с этим, необходимость в дополнительном назначении повышенных доз нестероидных противовоспалительных препаратов и глюкокортикостероидов, которые неблагоприятно влияют на желудочно-кишечный тракт и не всегда дают стойкий эффект, возникла необходимость исследовать эффективность преформированных факторов с лекарственными препаратами натурального происхождения на стойкость и выраженность суставного синдрома.

В качестве препарата натурального происхождения нами выбран пелоидодестиллят, который достаточно давно используется в комплексном лечении суставного синдрома при других нозоформах, и представляет собой вытяжку из Куяльницкой грязи.

В основном препарат используется в виде примочек, нами же выбран метод доставки препарата с помощью электрофореза, поскольку этот метод способствует глубокому проникновению в ткани, снятию отека и воспаления, а в сочетании с магнитотерапией, улучшающей микроциркуляцию и снятие болевого синдрома, по нашему мнению, дают положительный противовоспалительный и обезболивающий эффект.

Цель исследования: оценка эффективности лечения суставного синдрома при СКВ с преформированными факторами по сравнению с традиционной схемой лечения.

В исследовании приняли участие 36 пациентов с подострым течением СКВ, в нее вошли женщины в возрасте от 28 до 50 лет. Для постановки диагноза СКВ руководствовались классификационными критериями ACR (1997), наличием не менее 4 из 11 критериев. Все пациентки были разделены на две группы – группу наблюдения и контрольную группу.

В качестве базисной терапии в группе наблюдения использовался цитостатик метотрексат (15 мг / в неделю) в сочетании с нестероидным противовоспалительным препаратом (аэртал – 100 мг 2 раза в сутки) и преформированными факторами в виде фонофореза пелоидодестиллята (с помощью синусоидальных модулированных токов на выпрямленном режиме 50 % 50 Гц, интенсивностью тока 0,04-0,06 мА / см, продолжительностью 10-15 мин, ежедневно курсом 14-16 процедур) и магнитотерапии (низкочастотную, индуктивностью 20-30 мТл, продолжительностью 20-25 мин).

Контрольная группа получала лечение в виде базисного препарата метотрексат (15 мг / в неделю) и нестероидного противовоспалительного препарата (аэртал – 100 мг 2 раза в сутки).

Оценка эффективности лечения проводилась по шкале ВАШ, контроль острофазовых показателей воспаления (СОЭ, С-реактивный белок, серомукоид, фибриноген), подвижность суставов оценивалась при помощи угломера.

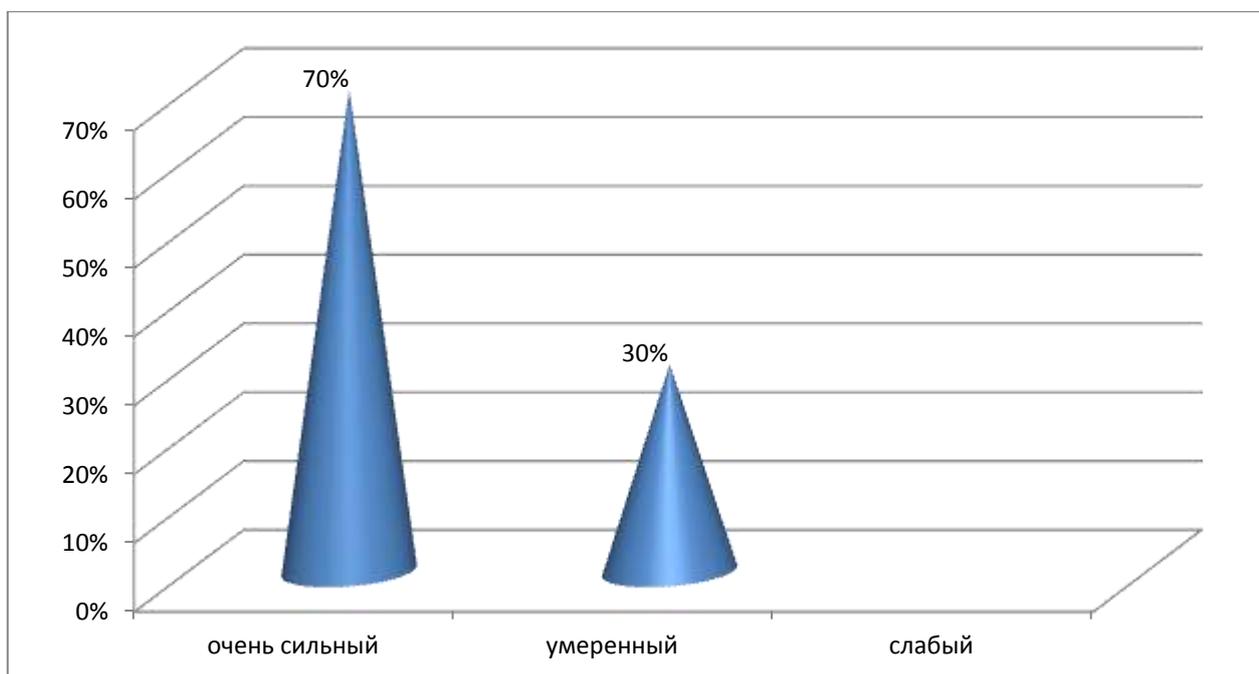
Результаты исследования:

У 75 % пациентов наблюдалось поражение мелких суставов кистей рук (межфаланговых, пястно-фаланговых), у 25 % поражение крупных суставов (плечевых, локтевых, коленных).

Суставной синдром у большинства пациентов носил стойкий характер со всеми признаками воспаления (отёчность, краснота, нарушение функции) и в последующем переходил в стойкую полиартралгию.

При рентгенографии у лиц до 40 лет (35 % обследованных) обнаруживалось уменьшение рентген-щели сустава, умеренный остеопороз. У лиц старшей возрастной группы наряду с этими изменениями присутствовали признаки деформирующего остеоартроза. Явления деструкции субхондральной кости с узорами, подвывихов и анкилозов не наблюдалось.

Болевой синдром, который оценивался по визуальной аналоговой шкале ВАШ был интенсивным и продолжительным у всех обследованных женщин (Рис. 1).



**Рис. 1. Выраженность болевого синдрома по шкале ВАШ у женщин с СКВ ( $p \leq 0,05$ )**

У исследуемых больных были обнаружены зависимость уровня острофазовых показателей воспаления от выраженности болевого синдрома, которые подтверждены лабораторно.

Таблица 1

**Острофазовые показатели воспаления у женщин  
с СКВ в зависимости от выраженности болевого синдрома**

Показатели	Умеренно выраженный болевого синдром	Очень сильный болевой синдром	P
СРБ(мг/л)	7,45 ± 0,36 ↑↑	9,3 ± 0,42 ↑↑↑	< 0,05
Фибриноген (г/л)	4,3 ± 0,5г/л ↑↑	5,2 ± 0,7г/л ↑↑↑	
Серомукоид (ед.)	0,260 ± 0,003 ↑↑	0,320 ± 0,002 ↑↑↑	< 0,05
СОЭ(мм/ч)	54 мм/ч ↑↑	59 мм/год ↑↑↑	< 0,05

После проведенного лечения у пациентов группы наблюдения отмечалось значительное уменьшение выраженности болевого синдрома по шкале ВАШ, а также улучшение биохимических показателей крови по сравнению с контрольной группой, у 80 % пациентов увеличилась активная и пассивная подвижность суставов.

Таблица 2

**Сравнительная оценка острофазовых показателей воспаления  
у женщин, в разных группах проводимой терапии**

Показатель	1 группа n = 15		2 группа n = 15		P 1,2
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	
СРБ (мг/л)	9,5 ± 0,52	5,6 ± 0,23 ↓41 %	9,6 ± 0,47	3,3 ± 0,29 ↓60 %	< 0,05
Фибриноген (г/л)	5,2 ± 0,7	4,8 ± 0,3	5,1 ± 0,6	3,4 ± 0,8	> 0,05
Серомукоид (ед.)	0,320 ± 0,002	0,280 ± 0,004	0,320 ± 0,003	0,200 ± 0,002	< 0,05
СОЭ (мм/час)	53 ± 1,06	32 ± 0,96 ↓40 %	55 ± 2,21	24 ± 0,48 ↓56 %	< 0,05

Стойкий эффект относительно суставного синдрома сохранялся в течение 3х месяцев, что говорит о целесообразности повторных курсов лечения раз в триместр.

Таким образом, суставной синдром при СКВ носит стойкий характер и часто переходит в выраженную артралгию. Он не сопровождается деструкцией субхондральной кости. Комплексная терапия суставного синдрома при СКВ с преформированными факторами, такими как фонфорез пелоидодестиллята и магнитотерапия на пораженных суставах, является оправданной, что подтверждается положительной динамикой изменений клинических, биохимических показателей и может быть рекомендована в качестве альтернативной схемы лечения.

### **Список использованных источников**

1. Дядык А.И. Системная красная волчанка: некоторые вопросы этиологии и патофизиологии / А.И. Дядык, А.Э. Багрий, И.В.Ракитская та ін. // Укр. ревм. журн. 2009. № 2 (36). С. 61-66.
2. Журавлева Л.В. Особенности дифференциальной диагностики системной красной волчанки / Л.В. Журавлева, И.В. Летик, Н.К. Александрова // Східноєвропейський журнал внутрішньої та сімейної медицини. 2015. № 1. С. 25-35.
3. Клинические рекомендации по ревматологии / под ред. акад. Е.Л. Насонова. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2010. С. 429-481.
4. Коваленко В.М. Системний червоний вовчак: патогенетичні особливості клінічної симптоматики, сучасна діагностична і терапевтична тактики ведення хворих // Укр. ревматол. журн. 2010. Т. 39. №. 1. С. 13-23.
5. Cervera R. Systemic lupus erythematosus pathogenesis, clinical manifestations and diagnosis. In Bijlsma JWJ(ed) EULAR / R. Cervera, G. Espinosa, D. D'Cruz // Compendium on rheumatic diseases. BMJ Publishing Group. 2009. P. 257-269.
6. D'Cruz D.P. Systemic lupus erythematosus / D.P. D'Cruz, M.A. Khamashta, G.R. Hughes // Lancet. 2007. V. 369. P. 587-596.

7. Bertsias G. EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus. Report of a Task Force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics / G. Bertsias, J.P.A. Ioannidis, J. Boletis et al. // Ann. Rheum. Dis. 2008. V. 67. P. 195-205.
8. Абрагамович У.О. Особливості ремоделювання кісткової тканини у хворих на системний червоний вовчак залежно від ступеня зниження мінеральної щільності кісткової тканини // Львівський клінічний вісник. 2014. № 4 (8). С. 39-42.
9. Антипова О.В. Артропатия Жакку при системной красной волчанке / О.В. Антипова, Т.И. Злобина, М.В. Складнова // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). 2007. Т. 74. №. 7. С. 25-28.