

УДК 616-08:615.03

ХАРАКТЕРИСТИКА ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ СИНХРОННОЙ ТЕРАПИИ

¹Султанова Т.Ж., ²Мусаев А.Т., ²Стабаева Г.С., ²Ложкин А.А., ²Жанен З.М.,
²Алипбаева Б.У., ²Анарова Д.С., ²Курманова Ж.Б., ²Махмудова М.И., ²Сатыбалдиева Г.Н.

¹Казахский медицинский университет непрерывного образования, Алматы;

²Казахский Национальный Медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова,
Алматы e-mail: musaev.dr@mail.ru

Исследована эффективность синхронной терапии у 40 больных системной красной волчанкой (СКВ) тяжелого течения и высокой степени активности с системными проявлениями. Субъективная оценка эффективности проводимой терапии отмечалась больными уже на 2-3й день: значительные улучшения 12 больных, улучшение – 27 больных. На 4-5 день лечения нормализовались общеклинические лабораторные показатели: значительно снизилась скорость оседания эритроцитов, уровень С-реактивного белка и циркулирующих иммунных комплексов. Изучена эффективность синхронной терапии в лечении СКВ с системными проявлениями высокой степени активности и тяжелым течением. Результаты исследования показали значительную эффективность синхронной терапии в лечении СКВ с системными проявлениями как по клиническим данным, так и по анализу лабораторных данных. Полученные клинические и лабораторные данные свидетельствуют о несомненном преимуществе применения синхронной терапии в лечении СКВ с поражением жизненно важных органов, высокой степенью активности.

Ключевые слова: системная красная волчанка, антифосфолипидный синдром, синхронная терапия, люпус-нефрит, цитостатики

CAPABILITY OF PHARMACOLOGICAL CORRECTION OF SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS WITH SYNCHRONOUS THERAPY

¹Sultanova T.Zh., ²Musaev A.T., ²Stabayeva G.S., ²Lozhkin A.A., ²Zhanen Z.M.,
²Alipbayeva B.U., ²Anarova D.S., ²Kurmanova Zh.B., ²Makhmudova M.I., ²Satibaldiyeva G.N.

¹Kazakh medical university of continuing education, Almaty;

²Kazakh National Medical university after S.D. Asfendiarov, Almaty, e-mail: musaev.dr@mail.ru

The efficiency of synchronous therapy in 40 patients with systemic lupus erythematosus (SLE), a heavy flow and a high degree of activity with systemic manifestations. Subjective evaluation of the effectiveness of the therapy was observed in the patients already 2-3y Day: significant improvement in 12 patients, improvement – 27 patients. At 4-5 days of treatment were normalized general clinical laboratory parameters: significantly decreased erythrocyte sedimentation rate, C-reactive protein, and circulating immune complexes. The efficiency of synchronous therapy in the treatment of SLE with systemic manifestations of a high degree of activity and severe. The results showed significant efficiency synchronous therapy in the treatment of SLE with systemic manifestations both clinical data and laboratory data for analysis. These clinical and laboratory evidence of undoubted advantages of using synchronous therapy in the treatment of SLE with damage to vital organs, a high degree of activity.

Keywords: systemic lupus erythematosus, antiphospholipid syndrome, synchronous therapy, lupus-nephritis, cytostatics

Актуальность проблемы

Системная красная волчанка (СКВ) – хроническое полисиндромное заболевание, преимущественно поражающее молодых женщин и девушек, развивающееся на фоне генетически обусловленного несовершенства иммунорегуляторных процессов, с развитием аутоиммунного и иммунокомплексного воспаления [5, 6].

В Казахстане системная красная волчанка встречается повсеместно. По нашим клиническим наблюдениям, это заболевание в последние годы имеет тенденцию к росту и отличается агрессивностью течения.

Клиника СКВ характеризуется полиморфизмом. Наиболее часто заболевание

начинается незаметно, с неспецифических симптомов: повышения температуры, болей в суставах, недомогания и слабости, трофических расстройств, похудания, различных кожных высыпаний.

Суставной синдром – наиболее частое клиническое проявление, наблюдающийся почти у 90% больных. У ряда больных может развиваться деформирующий неэрозивный артрит кистей (синдром Жакку).

Классические эритематозные высыпания в области спинки носа и щёк («бабочка») имеют большое диагностическое значение. Могут встречаться и другие поражения кожи типа фотодерматоза в области открытых участков кожи, дискоидной эритемы, крапивницы. Диагностическое зна-

чение имеет повышенное выпадение волос, которое, как и сетчатое ливедо может быть иногда единственным клиническим признаком активности СКВ [3].

Наиболее характерными признаками поражения сердца при СКВ является перикардит, но при люпус-кардите могут поражаться все оболочки сердца. По современным литературным данным российских и зарубежных исследователей при СКВ с антифосфолипидным синдромом, в частности у мужчин, наблюдалась ассоциация венозных тромбозов с атеросклеротическими изменениями сосудов, которые могут явиться факторами риска инфаркта миокарда. У больных СКВ рано развивается атеросклеротическое поражение коронарных сосудов, атеротромбоз, приводящие к сосудистым катастрофам. Выявляются аневризмы коронарных артерий, а в некоторых случаях и коронариты.

При вовлечении в патологический процесс сосудов мелкого и среднего калибра наблюдаются симптомы васкулита-сетчатое ливедо, дигитальные инфаркты, рецидивирующий тромбофлебит и хронические язвы голеней, ассоциирующиеся с антифосфолипидным синдромом заболевание, в основе которого лежит выработка специфических антител к фосфолипидам [4].

При СКВ патология со стороны легких развивается на 2-3 году болезни и характеризуется одышкой, иногда кровохарканьем, аускультативно -ослаблением дыхания, наличием незвучных влажных хрипов в нижних отделах. В наших наблюдениях был случай инфаркт пневмонии, клиника тромбоэмболии мелких ветвей в легочную артерию на фоне антифосфолипидного синдрома.

При длительном течении СКВ классический люпус-нефрит отмечается у половины больных. В некоторых случаях люпус-нефрит может быть в дебюте заболевания, проявляющийся изолированным мочевым, нефритическим синдромами, повышением артериального давления до очень высоких цифр, как систолического, так и диастолического, высокими показателями азотистых шлаков, подтверждающих развитие почечной недостаточности.

Также при длительном течении СКВ отмечается поражение ЖКТ почти у половины больных. Могут наблюдаться различные гастропатические явления, желудочно-кишечные кровотечения и боли в животе. Необходимо помнить, что абдоминальный синдром может быть следствием проводимой патогенетической терапии [1, 2].

За последнее время стали встречаться тяжелые формы поражения ЦНС, сопровождающиеся упорными головными болями,

повышением внутричерепного давления, диплопией в основе которого вероятно, лежит васкулит. В нашей клинике в течение 10 лет наблюдения наиболее запоминающим были два случая тяжелого быстро прогрессирующего менингоэнцефалита с исходом в отек мозга.

Цель исследования

Изучение эффективности синхронной терапии при тяжелом течении и высокой степени активности СКВ с системными проявлениями.

Материалы и методы исследования

Обследовано 40 больных СКВ с системными проявлениями с различной тяжестью течения и степенью активности. Возраст больных – от 16 – 49 лет (женщин – 38; 94%, мужчин – 2; 6%). По системности поражения выделены больные с люпус-нефритом – 7 (17%), с поражением ЦНС – 6 (16%), с АФС синдромом – 7 (17%). У 20 больных (50%) в большей степени отмечались поражения кожи, сосудов (синдром Рейно), суставов. У больных с люпус-нефритом (артериальной гипертензией, нефротическим синдромом), АФС синдромом, поражением ЦНС, менингоэнцефалитическим синдромом наблюдались высокая степень активности и тяжелое течение, что явилось основанием для подбора синхронной терапии на фоне проводимого патогенетического лечения.

Результаты исследования и их обсуждение

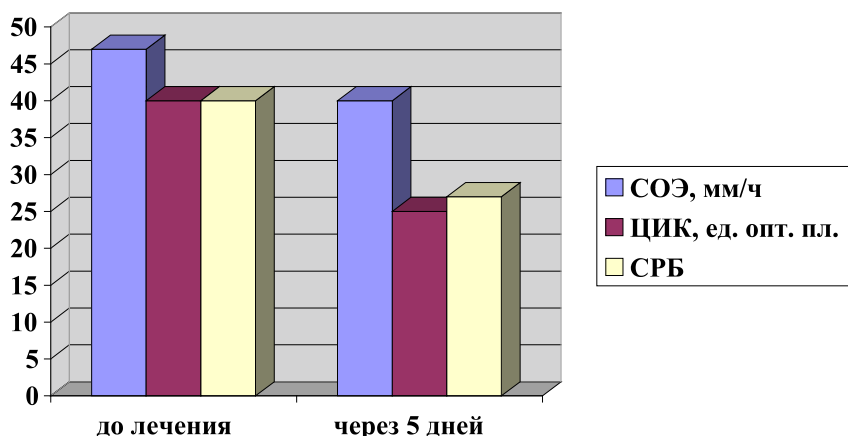
При СКВ клиника заболевания настолько полиморфна, что единой схемы лечения, приемлемой для всех больных нет. Должен быть строгий индивидуальный подход к терапии в каждом конкретном случае.

Применяемые нестероидные противовоспалительные препараты эффективны при болях в мягких тканях, суставах, головных болях, а также при индуцированной медикаментами волчанке.

Аминохинолиновые препараты делагил 0,5 г/сутки, плаквенил 0,4 г/сутки применяются при низкой активности болезни на фоне фотосенсибилизации и умеренного поражения кожи и суставов. Аминохинолиновые препараты также, как и НПВП назначаются в комбинации с глюкокортикостероидами (ГКС).

При высокой степени активности и с системными проявлениями заболевания (поражением внутренних органов), ГКС терапия обязательна. Начальная доза определяется из расчета 1-2 мг преднизолона на 1 кг массы тела в день и обычно составляет 50 мг/день и более.

В лечении СКВ широко применяются иммунодепрессанты, такие как азатиоприн, циклофосфан, метотрексат в обычных стандартных дозах.



Влияние синхронной терапии на динамику лабораторных показателей

В качестве интенсивной терапии при СКВ применяется пульс-терапия метилпреднизолоном (солу-медрол) в/венно, чаще всего по 1000 мг 3 дня подряд в один или в 2 приема, а также комбинированная терапия метилпреднизолоном и циклофосфаном (при этом в первый день в/венно вводят 1000 мг метилпреднизолона и 1000 мг циклофосфана, а в последующие 2 дня вводится только метилпреднизолон по 1000 мг). Комбинированная пульс-терапия может быть терапией выбора при СКВ с тяжелым люпус-нефритом с нефротическим синдромом и нейролюпусом, генерализованным васкулитом. При неэффективности терапии ГКС и цитостатиками применяются экстракорпоральные методы (плазмаферез, гемосорбция).

В последние годы в практику терапевтической деятельности прочно вошла альтернативная интенсивная и синхронная терапия /пульс-терапия с предварительным я и резистентности к проводимой стандартной терапии.

Назначали синхронную терапию: предварительный плазмаферез/проведением плазмафереза, которая применяется при тяжелом течении заболевания с последующим введением 1000 мг метилпреднизолона и 1000 мг циклофосфана в течение 3-х дней. В дальнейшем в синхронную терапию повторяли ежемесячно однократно с минимальной дозой метилпреднизолона и циклофосфана в течение от 6 до 12 месяцев.

При применении синхронной терапии были получены положительные результаты в динамике заболевания. Субъективная оценка эффективности проводимой терапии отмечалась больными уже на 2-3й день: значительные улучшения 12 больных, улучшение – 27 больных, положительного результата не получено у 1 больного. На 4-5 день

лечения нормализовались общеклинические лабораторные показатели: значительно снизилась скорость оседания эритроцитов, уровень С-реактивного белка и циркулирующих иммунных комплексов.

Выводы

Нами была изучена эффективность синхронной терапии в лечении СКВ с системными проявлениями высокой степени активности и тяжелым течением. Результаты исследования показали значительную эффективность синхронной терапии в лечении СКВ с системными проявлениями как по клиническим данным, так и по анализу лабораторных данных.

Полученные результаты свидетельствуют о несомненном преимуществе применения синхронной терапии в лечении СКВ с поражением жизненно важных органов, тяжелым течением и высокой степенью активности.

Список литературы

1. Бертсиас Г.И. Рекомендации EULAR по лечению системной красной волчанки // Научно-практическая ревматология. – 2008. – № 1. – С. 93-96.
2. Клюквина Н.Г., Насонов Е.Л. Иммуносупрессивная терапия системной красной волчанки: достоинства, недостатки и возможности совершенствования // Русский медицинский журнал. – 2007. – № 8. – С. 635-636.
3. Диффузные болезни соединительной ткани: Руководство для врачей. И.Б. Беляева и др. / Под ред. В.И. Мазурова. – М.: Мед. книга, 2011. – С. 67-69.
4. Bertolli A.M., Alarcon G.S., Calvo-Alen J. et al. Systemic lupus erythematosus in a multiethnic US cohort. Clinical features, course and outcome in patients with late-onset disease. *Arthr Rheum* 2006.
5. Systemic Lupus Erythematosus. George C. Tsokos, M.D. *N Engl J Med* 2011; 365:2110-2121. December 1, 2011.
6. Systemic lupus erythematosus, Larissa Lisnevskaja, Grainne Murphy, David Isenberg. *The Lancet/ Volume 384, No. 9957, p. 1878–1888, 22 November 2014.*