

Доскараева П. Т., Булешов М.А., Имашева С.С.,  
Жагинарова Л.К., Жумагулова Г.Ж., Анарбаева А.М.

## ХАРАКТЕРИСТИКА ТРАДИЦИОННЫХ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ ГОРОДСКОГО И СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ЮКО

УДК: 616-002.525.2:616.1/.4(574.5)

*During research it is taped that the systemic scleroderma has own features of a current of patients among inhabitants of village and a city. At patients from village were registered a serious current of disease with complications.*

### Актуальность

Характерной особенностью системной склеродермии (ССД) является прогрессирующая дезорганизация соединительной ткани. Рано развивающиеся процессы фиброза и склероза обуславливают функциональную недостаточность ряда органов и систем.

Изучение метаболизма компонентов соединительной ткани - коллагена, протеогликанов, фибронектина и ламинина, входящих в состав основного вещества и волокнистых структур соединительной ткани важно для выяснения некоторых сторон патогенеза ССД. Одним из ведущих нарушений метаболизма соединительной ткани при ССД является избыточное накопление коллагеновых белков в коже и висцеральных органах, причины накопления в организме больного ССД до настоящего времени окончательно не установлены. Одни исследователи связывают развитие фиброза с повышением биосинтеза коллагеновых белков, в научной литературе имеется достаточное количество доказательств этого положения [1].

По мнению других авторов, причиной склеродермического поражения кожи у больных ССД является снижение активности коллагеназы - ключевого фермента гидролиза коллагена.

В России в 1999 году было зарегистрировано более 12 млн больных с заболеваниями костно-мышечной системы, что на 16,9% больше, чем в 1995 году, при этом рост «первичной» заболеваемости составил 9,7% [2].

Французский клиницист Пюиссан характеризовал положение склеродермии в группе коллагенозов как «старой бедной родственницы», подчеркивая большие затруднения в изучении заболевания: «в связи с отсутствием специфических лабораторных критериев она не изучается в лабораториях».

Стереотипная в своем клиническом аспекте и утомительная благодаря своей хроничности, она оставлена клиницистами; не поддающаяся большинству медикаментов и капризная, неожиданная по прогнозу, она приводит в отчаяние терапевтов; она не дает ни хорошей статистики, ни вкладов с демонстративной точки зрения...» [3].

**Материалы и методы:** В исследовании участвовало 45 больных с диагнозом ССД, находившихся на лечении в ревматологических отделениях

Областной клинической больницы (ОКБ) и клиники Международного Казахско-Турецкого университета (МКТУ) им. Яссави за период с 2004 по 2009 годы.

А также, находящиеся на диспансерном («Д») учете в городских (ЦГП, ГП%1, ГП№2, ГП№3, ГП№4, ГП№5) и ведомственных (свинцового, фосфорного заводов, железной дороги, УВД) поликлиника города Шымкента Южно- Казахстанской области.

Диагноз всех больных с ССД, включенных в исследование, соответствовал отечественным (Н.Г. Гусева, 1993) и зарубежным (АРА, 1980) диагностическим критериям ССД. Характер течения определялся в соответствии с классификацией Н.Г. Гусевой (1993).

Все 45 больных - женщины, возраст их составил - от 21 до 58 лет. Длительность заболевания ССД составила от одного года до 18 лет (средняя продолжительность 5,8 лет ± 1,57).

**Результаты и обсуждение:** Дебют заболевания характеризовался чаще клиническими проявлениями ССД и одновременным развитием выраженного синдрома Рейно у всех 45 (100%) больных. Изолированный суставной синдром имелся у 68,9% больных ССД. Наличие признаков синдрома Рейно отмечалось в первые 3 года болезни у 82% больных ССД.

Таблица №1

Традиционные периферические проявления у больных ССД

№	Анализируемые признаки	ССД (20 больных из села)		ССД (25 больных из города)		Всего (45)	
		аабс	%	аабс	%	аабс	А %
1	Синдром Рейно	220	1100,0	225	1100,0	445	1100,0
2	Дигитальные трофические нарушения (рубчики, язвочки, некрозы)	113	665,0	116	664,0	229	664,4 S
3	Поражения кожи	117	885,0	114	556,0	331	668,9
4	Гиперпигментация	110	550,0	112	448	222	448,9
5	Телеангиэктазии	112	660,0	113	552,0	225	555,5
6	Кальциноз	6 6	330,0	4 4	116,0	110	222,2
7	Остеолиз	7 7	335,0	8 8	332,0	115	333,3
8	Суставной синдром	1 11	555,0	220	880,0	331	668,9
9	Сгибательные контрактуры	8 8	440,0	9 9	336,0	117	337,7

Все исследуемые больные имели полиморфную картину заболевания (таблица №2), при сопоставлении с больными из села были выявлены следующие особенности: синдром Рейно имелся у всех больных ССД (100%), но у жителей села (65,0%) был более выражен, чаще развивались дигитальные язвы и некрозы. У больных, наблюдавшихся в амбулаторно-поликлинических учреждениях (АПУ) города (64,0%) развитие дигитальных трофических нарушений коррелировало с длительностью заболевания.

Кожные проявления у больных из города также были менее выражены, чем у больных из села (14/56,0% и 17/85,0% соответственно).

Гиперпигментация варьировала в пределах 10/50,0% - 12/48,0%, развивалась и по типу очаговых и по типу диффузных поражений кожи. У больных из города реже наблюдались телеангиэктазии, остеолит (13/52,0% и 8/32,0% соответственно) и кальциноз чаще у больных из села (6/30,0%), чем у больных из города (4/16,0%). Телеангиэктазии, кальциноз и остеолит также коррелировали с длительностью болезни.

Суставной синдром (артралгии, артриты и эрозивный артрит) наблюдался у больных обеих групп в виде артритов мелких суставов кистей, лучезапястных и коленных, реже поражались другие суставы конечностей. У 60% больных суставной синдром сопровождался утренней скованностью, различной длительности (от 10-15 минут до полу-часа).

Наряду с признаками склеродактилии у больных из города отмечалось также поражение пери-

артикулярных тканей с фиксированными подвывихами и фиброзными сгибательными контрактурами в области кистей и крупных суставов.

По данным рентгенологического исследования в обеих группах больных ССД выявились различные стадии поражения суставов с преимущественной локализацией в суставах кистей и запястья, с анкилозом, коррелирующие с длительностью заболевания, сочетающихся у части больных с остеолитом и/или кальцинозом, свойственным ССД.

Таким образом, можно еще раз удостовериться, что основными и ранними проявлениями ССД являются синдром Рейно и суставной синдром. Немаловажное значение имеет и то, что у больных сельского населения клинические проявления заболевания более выражены и чаще развиваются осложнения.

#### **Литература:**

1. Соловьева Н.И., Волкова З.И., Щербаков А.В. Изучение общей протеолитической и коллагенолитической активности в клетках крови больных системной склеродермией.
2. Сырцев А. В., Котовская М. А., Соловьев С. К. и др. Молекулярно-биологические маркеры HLTV-1 у пациентов с ревматоидным артритом (РА) и системной красной волчанкой (СКВ) в России. Тез. 4 съезда ревматологов России. Науч.-практ ревматол. 2005; 3: 121.
3. Mishiro S., Hoshi Y., Takeda K. NonF, nonB hepatitis specific antibodies directed at a host-derived epitope: implication for an autoimmune process. Lancet 1990; 2: 1400-1403.

**Рецензент: к.мед.н., доцент Тургаева А.Е.**