

также увеличение ЦИК (8,9 [7,0;10,0] против 8,5 [7,0;11,0] у женщин, $p < 0,05$). У женщин обнаружено статистически значимое повышение уровней иммуноглобулинов А и М (10,5 [0,9;12,0] и 9,6 [1,1;18,0] против 5,0 [1,9;5,4] и 2,0 [1,5;2,3] у мужчин соответственно, $p < 0,05$), титра компонента (62,5 [60,0;65,0] против 58 [56,0;60,0] у мужчин, $p < 0,05$), фагоцитарной активности нейтрофилов (69,0 [60,0;78,0] против 64,5 [42,5;76,5] у мужчин, $p < 0,05$).

Заключение:

1. Среди пациентов с хламидийиндуцированной патологией поражение глаз наблюдается чаще у мужчин.

2. Статистически значимое различие у мужчин и женщин соотношения CD4/CD8, а также увеличение количества Т-хелперов, достоверное увеличение у мужчин ЦИК ($p < 0,05$) свидетельствует о преобладании у мужчин аутоиммунного компонента в процессе обострения заболевания, что обуславливает более выраженное поражение суставов (полиартриты), двустороннее поражение глаз по сравнению с женщинами.

3. Уровень общего холестерина у мужчин с хламидийиндуцированной патологией глаз достоверно ниже, чем у женщин, что, вероятно, связано с более тяжёлым течением заболевания и с более выраженным аутоиммунным компонентом патологического процесса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП). Информационный бюллетень №110 [Электронный

ресурс]. – Режим доступа <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/ru/>. – Дата доступа 31.03.2016.

2. Immune system differences in men with hypo- or hypercholesterolemia / M.F. Muldoon [et al.] // Clin. Immunol. Immunopathol. – 1997. – Vol.84, №2. – P. 145–149.
3. Davison K.M. Food intake and blood cholesterol levels of community-based adults with mood disorders [Electronic resource] / K.M. Davison, B.J. Kaplan // BMC Psychiatry, 2012. – Mode of access: <http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-12-10>. – Date of access: 31.03.2016.
4. Serum concentration of acute phase protein and lipid profile in HIV-1 seropositive patients and its relationship to the progression of the disease / P.S.Ogunro [et al.] // Niger Postgrad Med. J. – 2008. – Vol.15, №4. – P.219–224.

GENDER INDICATIONS OF CLINICAL AND LABORATORY INDICES IN PATIENTS WITH CHLAMYDIA-INDUCED PATHOLOGY

Alekseychik S.E., Alekseychik D.S., Pankratova Yu.Yu.

Belarusian State Medical University, Minsk, Republic of Belarus

In patients infected with Chlamydia trachomatis, the presence of associated diseases, the state of the immune system, cholesterol levels were studied, indications of the disease progression depending on the sex were defined.

Keywords: Chlamydia, uveitis, arthritis.

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ СИСТЕМНОГО СКЛЕРОЗА НА РАННИХ СТАДИЯХ

В.Г.Апанасович, С.П.Еленская, А.В.Полянская, С.В.Хидченко

Белорусский государственный медицинский университет, г.Минск, Республика Беларусь

Проведен анализ длительности установления диагноза системного склероза у 24 пациентов. Выявлены основные трудности, которые могут возникать при установлении диагноза на ранних стадиях. Описаны новые предварительные критерии для диагностики очень раннего системного склероза, что позволяет улучшить прогноз заболевания.

Ключевые слова: системный склероз, диагностика.

Введение. Системный склероз (СС) – хроническое аутоиммунное заболевание, характеризующееся генерализованной микроангиопатией,

иммунной дисрегуляцией и активацией процессов фиброобразования. Патогенетическое развитие СС представляет собой сложный и не до конца

изученный процесс, в основе которого лежит микроваскулярное повреждение. На ранних стадиях заболевания наблюдается генерализованная васкулопатия, дальнейшее прогрессирование которой приводит к фиброзной гиперплазии интимы, фиброзу адвентиции, резкому сужению и/или облитерации сосудов и последующей ишемии [1]. И как следствие этих процессов происходит активация фибробластов, ключевое событие в развитии фиброза [2]. И, несомненно, важен тот факт, что именно на ранних стадиях заболевания происходит детерминация характера течения и формирования висцеральной патологии.

Клинические проявления СС отличаются большим многообразием, однако при анализе течения ранней стадии заболевания было отмечено, что заболевание обычно дебютирует синдромом Рейно и плотным отеком кистей, стоп, лица. Как правило, вазоспастические проявления возникают раньше других проявлений болезни.

Трудности при постановке диагноза СС на ранней стадии могут возникать по объективным причинам. В первую очередь они могут быть обусловлены длительно и изолированно протекающим синдромом Рейно. Частота этого феномена в популяции составляет примерно 5–10%. Существует так называемый «первичный» феномен, или болезнь Рейно, который протекает доброкачественно и имеет благоприятный прогноз. Вместе с тем при ряде заболеваний, в том числе СС, встречается «вторичный» синдром Рейно. Проблеме дифференциальной диагностики первичного и вторичного феноменов посвящен ряд публикаций [3]. Как было указано ранее, другие «не-Рейно» признаки, характерные для СС, могут развиваться в течение длительных лет.

Материалы и методы. В исследование были вовлечены 24 пациента с СС: 23 женщины и 1 мужчина. Диагноз верифицирован согласно критериям АКР. Средний возраст пациентов составил $52,13 \pm 9,3$ лет.

Результаты и обсуждение. Сроки установления диагноза СС составили: в течение 3 месяцев от начала первых клинических проявлений заболевания – у 1 пациентки (4,2%), в течение 6 месяцев – у 4 пациентов (16,7%), в течение 1 года – у 5 (20,8%), в течение 3 – у 9 (37,5%), в течение 5 лет – у 2 пациентов (8,3%), свыше 5 лет – у 3 пациентов (12,5%). Таким образом, выявление СС в течение первого года от начала болезни наблюдалось в 41,7% случаев, а за 3 года от первых проявлений диагноз выставлен абсолютному большинству пациентов – 19 (79,2%).

У 9 (37,5%) пациентов синдром Рейно возник одновременно или за несколько дней до появле-

ния плотной припухлости кистей, у 2 (8,3%) наблюдаемых – в сроки до 3 месяцев.

Вазоспастические нарушения предшествовали кожной симптоматике в течение 6–12 месяцев у 11 (45,8%) пациенток. У одной отсутствие отчетливой кожной симптоматики в течение длительного времени (6 лет) затруднило диагностику. СС был выставлен уже при наличии явного поражения легких и пищевода. Определенное влияние оказали и социальные аспекты (больная переехала из другой страны, эпизодически появлялась на прием к врачу).

Таким образом, вазоспастические нарушения по типу синдрома Рейно могут достаточно долго предшествовать поражению кожи. А именно этот временной промежуток между дебютом вазоспастических нарушений и появлением первых кожных изменений является интервалом терапевтических возможностей, когда можно приостановить прогрессирование заболевания и развитие необратимых склеротических изменений.

Следует отметить, что в 1 случае плотный отек кистей, стоп и лица предшествовал синдрому Рейно в течение 8 месяцев. С подозрением на недифференцированный артрит пациент был направлен из поликлиники в отделение ревматологии республиканского ревматологического центра. Исключены патология щитовидной железы с резким снижением ее функциональной активности, почечная и сердечная недостаточность. Заподозрен диагноз СС. Характерной органной патологии не выявлено. Однако иммунологическое исследование позволило выявить антинуклеарные антитела (АНА), а также высокое содержание специфических для СС антител к Scl-70. Через 2 недели появились клинические проявления синдрома Рейно, что подтвердило корректность диагноза.

Выявление иммунологических маркеров заболевания (антинуклеарных антител, а также некоторых специфичных для СС аутоантител) является важным направлением в ранней диагностике СС. К ним относятся антицентромерные антитела (АЦА) и антитела к Scl-70 [4, 5]. Как правило, у больных с СС выявляется только один тип этих аутоантител. Важно, что носительство определенных аутоантител имеет также четкие генетические ассоциации, отражая определенный субтип болезни. Приведенный выше случай убедительно указывает на важную роль в ранней постановке диагноза специфических аутоантител.

Также, диагностически значимым методом является широкопольная видеокапилляроскопия ногтевого ложа [6]. Данное исследование широко используется в ревматологических центрах за

рубежом и позволяет дифференцировать синдром Рейно при СС, при котором капилляроскопические изменения носят специфичный характер.

По нашим наблюдениям, в диагностике СС участвовали «цепочки» врачей: чаще всего «участковый терапевт – ревматолог поликлиники – «республиканский ревматологический центр» – 19 (79,2%) случаев. Иногда включался дополнительный специалист (ангиохирург, хирург, невролог – в 3 (12,5%) случаях, дерматолог – в 1), одна пациентка пришла самостоятельно на консультацию в республиканский ревматологический центр. Следует отметить, что в 2 случаях сосудистыми хирургами выполнена симпатэктомия, в связи с упорным и прогрессирующим синдромом Рейно.

Постановка диагноза СС не вызывала затруднений в большинстве случаев на уровне звена «ревматолог поликлиники – республиканский ревматологический центр» при наличии 2 клинических проявлений: синдрома Рейно и плотного отека кожи кистей и лица. Дополнительно выполняются иммунологические маркеры и определяется вовлечение внутренних органов. Наличие одного клинического синдрома повышает значимость иммунологических исследований и капилляроскопии в ранней диагностике СС. Длительность установления диагноза в основном определяется на уровне участкового врача и, иногда, хирурга, ангиохирурга, невролога.

Заключение. Не прекращается поиск новых возможных критериев для установления диагноза СС и определения адекватного терапевтического подхода. На сегодняшний день накопленные данные в исследовании СС позволили сформулировать алгоритм очень ранней диагностики системной склеродермии [7]. Согласно предложенному алгоритму, у практикующего врача любой специальности должно возникнуть подозрение на СС при наличии у пациента синдрома Рейно (анамнестически или объективно) особенно в сочетании с отеком кисти. Такому больному необходимо определить уровень АНА. При выявлении всех вышеперечисленных критериев следует отправить пациента к ревматологу, знакомому с клинической картиной СС. Ревматолог решает вопрос о целесообразности исследования уровня специфических антител и, при возможности, назначения капилляроскопии. При положительном результате одного из данных признаков может быть выставлен диагноз очень раннего системного склероза, и этот пациент должен обязательно наблюдаться у ревматолога.

Выводы:

1. В стране имеется преимущество в работе «цепочки» терапевт–ревматолог, позволяющая выявлять пациентов системным склерозом.

2. Настороженность врачей терапевтов, а также сосудистых хирургов недостаточна в отношении диагностики системного склероза на ранней стадии развития.

3. Внедрение в практику выявления иммунологических маркеров заболевания способствует ранней диагностике заболевания.

4. Актуальным является применение метода широкопольной капилляроскопии в диагностике ранней стадии системного склероза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гусева Н.Г. Системная склеродермия / Гусева Н.Г. // Диффузные болезни соединительной ткани; сост. Я.А. Сигидин, Н.Г. Гусева, М.М. Иванова. – М.: Медицина, 2004 – С.343–487.
2. Ананьева Л.П. Ранняя системная склеродермия – современный алгоритм диагностики (лекция) / Ананьева Л.П./ Научно-практическая ревматология – 2012 – 51(2)– С.87-93.
3. Алекперов Р.Т. Феномен Рейно/Алекперов Р.Т./ Ревматология. Клинические рекомендации; под ред. Е.Л. Насонова – Изд. 2-е – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010 – с.558–69.
4. Antibodies in systemic sclerosis and fibrosing syndromes: clinical indications and relevance / Cepeda E.J., Reveille J.D./Curr Opin Rheumatol– 2004- Vol 16- P 723-732.
5. Correlation of serum anti-DNA topoisomerase I antibody levels with disease severity and activity in systemic sclerosis / Hu P.Q.[et al.] //Arthr Rheum – 2003 – Vol 48- P 1363–73.
6. Studies in patients with connective tissue disorders / Maricq HR [et al.] // Bibl Anat. – 1977 – Vol 16 Pt 2 – P 135–41.
7. The challenge of early systemic sclerosis for the EULAR Scleroderma Trail and Research group (EUSTAR) community. It is time to cut the Gordian knot and develop a prevention or rescue strategy / Matucci-Cerinic M. [et al.] // Ann Rheum Dis – 2009 - Vol 68 -P 1377–80.

PROBLEMS OF SYSTEMIC SCLEROSIS DIAGNOSIS AT EARLY STAGES

Apanasovich V.G., Yelenskaya S.P., Polyanskaya A.V., Khidchenko S.V.

Belarusian State Medicinal University, Minsk, Republic of Belarus

The duration of systemic sclerosis diagnosis in 24 patients was analyzed. Main difficulties which may be the case when making a diagnosis at early stages were revealed. We described new preliminary criteria for the diagnosis of very early systemic sclerosis, which allow for improving the disease prognosis.

Keywords: systemic sclerosis, diagnosis.