

7. Губарь, Е.Е. Клиническая характеристика больных ранним аксиальным спондилоартритом (российская когорта пациентов) / Е.Е.Губарь [и др.] // Научно-практическая ревматология. – 2014. – №5. – С.507–512.
8. Sieper J., Rudwaleit M. Assess spondyloarthritis international Society (ASAS) handbook: a guide to The Assessment of SpondyloArthritis // Ann. Rheum. Dis. – 2009. – Vol.68, No.2. – P.1–44.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПАТОМОРФОЛОГИИ В РЕВМАТОЛОГИИ

О.А.Юдина, М.В.Дмитриева, А.Ф.Пучков

УЗ «Городское клиническое патологоанатомическое бюро», г.Минск, Республика Беларусь

Правильный выбор объекта для морфологического исследования, полно представленные данные лабораторных исследований и качественно собранный анамнез позволяют провести дифференциальную диагностику и верифицировать диагноз при системных заболеваниях соединительной ткани.

Ключевые слова: морфологическая диагностика, болезни соединительной ткани.

Ревматологическая патология включает широкий спектр заболеваний, в основе которых лежит системная дезорганизация соединительной ткани. Особенности течения заболеваний и локализация поражения в различных органах-мишенях в ряде случаев затрудняют диагностику, в то время как выбор ткани для морфологического исследования зачастую лежит в основе правильного диагноза. Качественное выполнение и оценка биопсии из поврежденного участка совместно с анализом клинических данных и лабораторных показателей является ценным инструментом для верификации диагноза, выбора терапевтической тактики и прогноза.

Цель исследования: дать характеристику методов морфологического исследования органов и тканей при различной ревматологической патологии.

Основная часть. Диагностика болезней соединительной ткани, в целом, предполагает исключение инфекционного этиологического фактора. Так, клиническая картина системного васкулита может быть ассоциирована с инфекцией, вызванной риккетсиями, спирохетами, аспергиллами и другими микроорганизмами.

Морфологическое исследование поврежденных тканей с применением гистохимических окрасок (ШИК-реакция, окраска по Грокоту и по Грамму) и иммуногистохимических (CMV, EBV, HBV, HCV и др.) позволяет дифференцировать многие формы вирусов, бактерий и грибов. Дифференциальная диагностика инфекционных форм васкулита от неинфекционных основана как на выявлении самих микроорганизмов (бактерий,

грибов), так и на выявлении специфических форм воспалительной реакции в ответ на воздействие инфекционного агента. Например, при сифилисе, туберкулезе или лепре в пораженных тканях формируются специфические гранулемы, указывающие на этиологию. Однако в ряде случаев воздействие инфекционного возбудителя оказывается важным в патогенезе ревматологической патологии, например, васкулита или хламидийного артрита. Так, доказано, что вирус гепатита С инициирует развитие криоглобулинемического васкулита, включенного в СНСС классификацию васкулитов, принятую в 2012г. [1, с.23].

Морфологическое исследование является составной частью диагностического процесса при всех группах ревматологических заболеваний: ревматической болезни сердца, системных поражениях соединительной ткани, системных васкулитах, артритах, артрозах и артропатиях, болезнях костей, хряща и остеохондропатии.

Диагноз ревматической болезни сердца основывается на клинических и лабораторных данных. Широкое применение в последние годы получила эндомикардиальная биопсия. Морфологическое исследование клапанов сердца при протезировании по поводу развившегося порока зачастую выявляет склеротические, дистрофические и дегенеративные изменения соединительной ткани.

Для диагностики системных поражений соединительной ткани на помощь приходит гистологическое исследование кожи и почек при подозрении на системную красную волчанку и смешанное заболевание соединительной ткани, кожи и мышц при подозрении на дерматомиозит, глубо-

Частота (процент) вовлечения органов и тканей при различных формах васкулита [1, с.645]

	Частота (процент) вовлечения органов и тканей				
	МПА	Гранулематоз с полиангиитом	Синдром Чарга-Стросса	ПШГ	КриогЭ- васкулит
Почки	90	80	45	50	55
Легкие	50	90	70	< 5	< 5
Кожа	40	40	60	90	90
ЛОР органы	35	90	50	<5	<5
Скелетная мускулатура	60	60	50	75	70
Центр. и периф. НС	30	50	70	10	40
ЖКТ	50	50	50	60	30

кая биопсия кожи для исключения склеродермии и т.д.

Морфологическое исследование биоптатов приобретает все большее значение в диагностике системных васкулитов. СНСС 2012 классификация васкулитов прежде всего основана на типах пораженных сосудов и выделяет васкулиты крупных сосудов, сосудов среднего размера и малых сосудов. При этом терминология отражает не только размеры сосудов, но и их структурные и функциональные особенности. Так, различия среди выделенных типов сосудов коррелируют с функцией и восприимчивостью к специфическим вариантам васкулитов.

Трудности диагностики конкретной формы васкулита связаны с многообразием клинической картины, наличием стертых форм и многочисленных масок заболеваний, чередованием обострений и ремиссий в течение болезни. Поэтому морфологическое исследование пораженного органа является одним из наиболее важных методов диагностики.

Диагноз васкулита крупных сосудов и сосудов среднего калибра может быть установлен на основании морфологического исследования фрагмента удаленного сосуда. Для диагностики васкулитов мелких сосудов можно исследовать фрагменты кожи, слизистой верхних дыхательных путей, ткани легких, скелетной мускулатуры, нервной системы и желудочно-кишечного тракта.

Важное место в диагностике поражения почек при ревматологической патологии занимает оценка нефробиопсии. Так, при развитии протеинурии у больных с ревматоидным артритом и другой суставной патологией гистологически возможно выявление амилоидоза, интерстициального нефрита, гломерулонефритов и других заболеваний. В настоящее время без почечной биопсии невозможно провести качественную диагностику и дифференциальную диагностику нефрита при систем-

ной красной волчанке. Определение класса нефрита, индексов активности и хронизации позволяет не только выбрать оптимальную терапевтическую тактику, но и прогнозировать течение заболевания.

Оценка морфологических изменений в нефробиоптате в случаях вовлечения почек при системных и органном васкулитах с проведением световой и иммунофлюоресцентной (ИФ)/иммуногистохимической (ИГХ) методик позволяют провести дифференциальную диагностику малоиммунных (МИ) и иммунокомплексных (ИК) форм васкулитов. Эффективность биопсии почки достигает 80%, тогда как биопсии слизистой оболочки носа, уха или легкого имеют низкую специфичность (0–42%) [3, с.63]

Гистологические признаки некротизирующего васкулита одинаковы в почках и в других органах. Например, лейкоцитокластический ангиит, поражающий прямые сосуды мозгового вещества почки аналогичен процессу в дермальных венах, а некротизирующий капиллярит в клубочках подобен процессу в альвеолярных капиллярах. Морфологическим проявлением периферической нейропатии является некротизирующий артериолит и артериит в периневральных пространствах, а вовлечение гастроинтестинальных сосудов приводит к изъязвлениям и геморрагиям ЖКТ.

Гистологическая демонстрация некротизирующего васкулита как такового не является диагностическим критерием малоиммунного или АНЦА васкулита без дополнительных серологических, клинических или лабораторных данных. Например, гистологически неразличимые некротизирующие артерииты в биоптатах скелетной мышцы, периферического нерва или кожи могут быть вызваны узелковым полиартериитом, микроскопическим полиангиитом, гранулематозом с полиангиитом, синдромом Чарга-Стросса. В то же время, дермальный некротизирующий ангиит

может быть проявлением не только АНЦА васкулита, но и пурпуры Шенляйн-Геноха, криоглобулинемического васкулита, васкулита при сывороточной болезни, ревматоидного васкулита и других васкулитов с вовлечением малых сосудов [2, с.658-659.]. Основываясь только на оценке биопсийных данных, патолог может представить описательный диагноз (некротизирующий артериит или лейкоцитокластический ангиит) с дифференциальным диагнозом категорий васкулитов, которые могут быть причиной указанных повреждений.

Некротизирующее гранулематозное воспаление при гранулематозе с полиангиитом часто поражает верхние и нижние дыхательные пути (респираторный тракт), но может развиваться повсюду,

например, в дерме и под кожей, приводя к появлению красных плотных кожных узлов.

Выводы. Морфологическая диагностика васкулитов является надежным методом верификации заболевания, а в некоторых случаях и установления его этиологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Nomenclature of Systemic Vasculitides / J.C.Jennette [et al.] // Arthritis & Rheumatism. – 2013. Vol 65, №1. – P.1-11.
2. Neptinstall's Pathology of the Kidney: in 2 vol. / Ed by Jennette J.C. [et al.]. - Philadelphia: LippincottWilliams&Wilkins, 2007. – 1531p.
3. Раденска-Лоповок, С.Г. Ревматические заболевания. Морфологическая диагностика / С.Г.Раденска-Лоповок. – М., Практическая медицина, 2014. – 94с.

КОМОРБИДНОСТЬ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ПО ДАННЫМ КЛИНИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

¹ В.Е.Ягур, ¹ Н.Ю.Достанко, ¹ К.А.Чиж, ² Ю.М.Досин

¹ Белорусский государственный медицинский университет, г.Минск, Республика Беларусь

² Белорусский государственный педагогический университет им. М.Танка, г.Минск, Республика Беларусь

Проведено ретроспективное исследование коморбидности при системной красной волчанке (СКВ) по базе данных Республиканского центра ревматологии (212 больных, 709 наблюдений в динамике). Предложена комплексная оценка тяжести состояния больных СКВ, включающая степень тяжести СКВ (по Mex-SLEDAI), модифицированный индекс коморбидности Каплана-Фейнштейна (МИКФ) и индекс снижения функциональных резервов (ИСФР) организма по пяти системам. Изучена прогностическая ценность биомаркеров коморбидности.

Ключевые слова: системная красная волчанка, коморбидность, ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, патология желудочно-кишечного тракта, инфекции.

Введение. Термин «коморбидность» предложил в 1970 году известный американский врач-эпидемиолог А.Р.Feinstein [1].

Некоторое время термины «коморбидность» и «полиморбидность» противопоставляли друг другу. Коморбидность определяли как существование у больного двух и более хронических заболеваний, связанных между собой единым патогенетическим механизмом, а полиморбидность – как наличие у больного нескольких заболеваний, патогенетически не связанных между собой. В 1998г. Н.С.Крамер и М. van den Akker определили термин «коморбидность», как сочетание у одного больного двух и более хронических заболеваний, патогенетически взаимосвязанных между собой или совпадающих по времени вне зависимости от активности каждого из них [2].

Такой подход позволяет рассматривать термины «коморбидность» и «полиморбидность» («полипатия», «мультиморбидность») в качестве синонимов.

Коморбидность представляет собой одну из самых сложных и актуальных проблем современной медицины. В первую очередь с ней сталкиваются врачи-интернисты при работе с больными пожилого и старческого возраста, у которых с возрастом происходит «накопление» хронических заболеваний – в среднем у них диагностируют 4–5 заболеваний, что приводит к развитию «синдрома взаимного отягощения» [3].

Интерференция заболеваний затрудняет их диагностику и лечение, увеличивает риск осложнений, ухудшает качество жизни и прогноз.

Увеличение продолжительности жизни больных системной красной волчанкой (СКВ) также