

Мартынов, А.Н. Бойко, И.А. Вознюк, Н.Ю. Лащ, С.А. Сиверцева, Н.Н. Спирин, Н.А. Шамалов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2020. – Т.120. - №6. – С.7-16.

2. Коняева В.В. Энцефалопатия, ассоциированная с COVID-19: опыт клинических наблюдений в практической работе невролога / В.В. Коняева // Лечебное дело. – 2020. - №3. – С.43-46.

3. Супонева Н. А. Синдром Гийена–Барре в городах Российской Федерации: эпидемиология, диагностические и терапевтические возможности региональных клиник / Н. А. Супонева, М. А. Пирадов, Е. В. Гнедовская // Здравоохранение Российской Федерации. – 2013. - № 1. – С.19–25.

4. Терновых И.К. Неврологические проявления и осложнения у пациентов с COVID-19 / И.К.Терновых, М.П. Топузова, А.Д. Чайковская, П.Ш. Исабекова, Т.М. Алексеева // Трансляционная медицина. – 2020. - Т.7. -№3. – С.21-29.

5. Auwal Abdullahi. Is Guillain-Barré Syndrome Associated With COVID-19 Infection? A Systemic Review of the Evidence / Auwal Abdullahi, Sevim Acaroz Candan, Melda Soysal Tomruk, Nuray Elibol, Olumide Dada, Steven Truijen, Wim Saeys // Frontiers in Neurology. – 2021. – Т.11 – С.1-10.

6. Donatella Ottaviani. Barré Syndrome in Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Case Report From an Italian COVID-hospital / Ottaviani Donatella, Boso Federica, Tranquillini Enzo, Gapeni Ilaria, Pedrotti Giovanni, Cozzio Susanna, Guarrera Giovanni M., Giometto Bruno // Neurol Sci. – 2020. - Т.41. - № 6. – С.1351-1354.

7. Sedaghat Z. Guillain Barre syndrome associated with COVID-19 infection: A case report / Z. Sedaghat, N. Karimi // J Clin Neurosci. – 2020. - №76. – С.233–235.

УДК 616.13-031.63-002

Бобылева Е.А., Вишнева Е.М., Смоленская О.Г.

УЗЕЛКОВЫЙ ПОЛИАРТЕРИИТ

Кафедра факультетской терапии, эндокринологии, аллергологии и иммунологии

Уральский государственный медицинский университет

Екатеринбург, Российская Федерация

Bobyleva E. A., Vishneva E. M., Smolenskaya O. G.

NODULAR POLYARTERITIS

Department of Faculty Therapy, Endocrinology, Allergology and Immunology
Ural State Medical University Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: bobylevaekaterina21@gmail.com

Аннотация. Узелковый полиартериит-это заболевание с длинной историей, однако в его изучении всё ещё много пробелов. Работа посвящена сравнению классического варианта узелкового полиартериита и современных

представлений о данном заболевании, а также обобщению литературных данных из русскоязычных и иностранных источников о патогенезе, клинике, диагностике и лечении узелкового полиартериита.

Annotation. Polyarteritis nodosa is a disease with a long history, but there are still many gaps in its study. The work is devoted to the comparison of the classic variant of polyarteritis nodosa and modern ideas about this disease, also to the generalization of literary data from Russian-speaking and foreign sources about pathogenesis, clinical picture, diagnosis and treatment of polyarteritis nodosa.

Ключевые слова: узелковый полиартериит, системный васкулит, иммунные комплексы, классификационные критерии, глюкокортикоиды

Key words: nodular periarteritis, systemic vasculitis, polyarteritis, immune complexes, classification criteria, glucocorticoids

Введение

Узелковый полиартериит (УП) – это системный некротизирующий васкулит с преимущественным поражением артерий мышечного типа среднего и мелкого калибра и вторичными изменениями органов и систем. Впервые заболевание было описано в 1866 году терапевтом Адольфом Куссмаулем и патологом Рудольфом Мейером. Учитывая, что воспалительные процессы поражают в основном стенку сосудов, а не периартикулярные ткани, термин «узелковый периартиит» обоснованно заменен термином «узелковый полиартериит» [4;5].

Заболевание встречается редко, хотя в последние годы имеется тенденция к увеличению заболеваемости. Сейчас по разным данным число случаев варьирует от 0,5 до 6,3 на 100000 населения [14].

Цель исследования – оценка современного понимания клиники, диагностики и лечения узелкового полиартериита в сравнении с классическим представлением о заболевании.

Материалы и методы исследования

По данной теме был проведён поиск и анализ научной литературы с использованием библиографических баз данных научных публикаций: PubMed, Cyberleninka, РИНЦ, РМЖ, e-library.

Результаты исследования и их обсуждение

Этиология. В настоящее время наиболее часто возникновение УП связывают с вирусом гепатита В. В развитии заболевания предполагается роль таких вирусов (ВИЧ, ЦМВ, вирус Эпштейн – Барра), некоторых лекарств, стафилококковых и грибковых инфекций. [5;10].

Симптомы заболевания. С течением времени клиническая картина заболевания менялась. На сегодняшний день первыми признаками узелкового полиартериита считаются лихорадка, уменьшение массы тела более чем на 4 кг за месяц [14].

Миалгии встречаются с частотой 31-58% и проявляются в основном интенсивными болями в икроножных мышцах [1].

Поражение суставов проявляется в 50% случаев в виде артралгий или транзиторного не деформирующего артрита [1].

Частота поражения кожи варьирует от 41 до 43% и проявляется в основном в виде сетчатого ливедо. Подкожные узелки обнаруживаются сейчас всего в 5% случаев, однако в работах более раннего периода они описывались значительно чаще [8;10].

У 80% больных наблюдается поражение периферической нервной системы в виде множественного асимметричного неврита с преобладанием моторных нарушений. [8;14].

Почки поражаются с частотой 90%. Чаще встречается сосудистый тип почечной патологии, при котором поражаются преимущественно междольевые артерии, реже артериолы. Артериальная гипертензия развивается у трети больных [1;8].

Поражение желудочно-кишечного тракта выявляется в 60%. Причиной боли в животе являются ишемический энтерит и колит. [8].

Сердечно-сосудистая система страдает в 70%, что проявляется гипертрофией миокарда левого желудочка, аритмиями, тахикардией. Коронариит может стать причиной стенокардии и инфаркта миокарда [8;14].

Эпидидимид по данным биопсии обнаруживают у 80% больных [14].

В монографии Е. М. Тареева имеются данные о поражении серозных оболочек таких как плеврит и перикардит. Хотя в настоящее время такие поражения не описываются в клинической картине УП [10].

В ранних исследованиях отмечалась значимость поражения лёгких. По данным Rose 1957 года поражение лёгких проявляется в виде «хронической пневмонии и опухолеподобного синдрома». В настоящее время считается, что поражение лёгких не характерно для УП. Оно встречается менее, чем в 15% случаев и проявляется лёгочным васкулитом или интерстициальной пневмонией [10;14].

Патогенез. Основным патогенетическим механизмом в развитии узелкового полиартериита считается отложение в стенках мелких и средних артерий иммунных комплексов. Это происходит главным образом из-за того, что запас комплемента в сыворотке крови ограничен, а значит при формировании большого количества иммунных комплексов его не хватает для их солюбилизации. Они оседают в сосудистой стенке и вызывают воспаление. Длительное воздействие иммунных комплексов на стенку сосуда приводит к морфологическим изменениям- фибриноидному некрозу. [2;3].

Перспективным направлением в изучении патогенеза узелкового полиартериита является обнаружение дисбаланса между регуляторными Т-лимфоцитами и Т-хелперами. В исследованиях крови с помощью метода проточной цитометрии у пациентов с узелковым полиартериитом по сравнению со здоровыми людьми было выявлено, что количество Т-хелперов увеличено, а функциональная активность регуляторных Т-лимфоцитов нарушена [12].

Классификация. Клинические варианты течения: классический вариант течения УП, кожно-тромбангитический вариант, моногранный узелковый периартериит.

По течению узелкового полиартериита выделяют следующие варианты: благоприятное (доброкачественное), медленно прогрессирующее, рецидивирующее, быстро прогрессирующее и острое, или молниеносное [7;10].

Диагностика. Лабораторные изменения при УП неспецифичны и отражают активность болезни. Диагноз узелкового полиартериита ставится по классификационным критериям, разработанным и принятым Американской коллегией ревматологов в 1990 году. Всего существует 10 критериев, которые включают характерные клинические синдромы и морфологические изменения. Для диагностики морфологических изменений используют биопсию кожно-мышечного лоскута, печени и биопсию почек. При морфологическом исследовании выявляют интрамуральную и периваскулярную лимфогистиоцитарную инфильтрацию артерий мышечного типа и артериол, а также фибриноидный некроз стенки сосуда. При невозможности выполнения биопсии или при получении неспецифических результатов показана ангиография. В последние годы вместо ангиографического исследования применяется цветное дуплексное картирование сосудов. Патогномоничный ангиографический признак - аневризмы артерий среднего калибра, а также отсутствие контрастирования дистальных сегментов внутриорганных артерий и артериол (симптом обгоревшего дерева). Диагноз узелкового полиартериита ставится при наличии трёх и более критериев, при этом с чувствительность составляет 82,2%, а специфичность 86,6% [1;2;5;6;8].

В настоящее время имеются данные об использовании новых методов диагностики узелкового полиартериита.

ПЦР с обратной транскрипцией в реальном времени для выявления мРНК моэзина у больных с узелковым полиартериитом. В исследуемой группе сравнивались пациенты с пятнистым артериитом, поверхностным венозным тромбозом и узелковым полиартериитом. Число копий мРНК моэзина у пациентов с УП было достоверно больше, чем у других групп пациентов [11].

¹⁸F- ФДГ ПЭТ/КТ наглядно отображает участки воспаления в артериях, а также участки узловой эритемы. В поражённых сосудах и узелках происходит накопление препарата, что изображается на снимке разными цветами [13].

Лечение. Для лечения узелкового полиартериита без HBV инфекции рекомендуется использование цитостатиков в сочетании с глюкокортикоидами. Лечебный режим состоит из индукционной и поддерживающей терапии [13].

Индукционная терапия. Пациентам с ограниченным поражением сосудов и невысокой воспалительной активностью целесообразно назначение средних доз глюкокортикоидов: преднизолон перорально 0,5-1,0 мг/ кг массы тела в сутки.

Пациентам с тяжёлым быстро прогрессирующим течением необходимо раннее назначение комбинированной терапии глюкокортикоидами и цитостатиками. Т.е. помимо преднизолона назначают циклофосфамид перорально в дозе 0,5-2,0 мг/кг/сут или внутривенно методом «пульсов» в дозе 10-15 мг/кг/сут каждые 4 нед (около шести сеансов) [7].

Поддерживающая терапия. После достижения ремиссии необходимо медленно снижать дозировку преднизолона под строгим контролем активности заболевания до поддерживающей дозы 5-10 мг/сут. При сохранении ремиссии и отсутствии обострений продолжительность применения ГК обычно не превышает двух лет. Применение циклофосфамида для лечения УП не должно превышать 3-6 месяцев и при необходимости этот препарат заменяют на азатиоприн [7].

Прогноз. Прогноз узелкового полиартериита зависит от своевременной постановки диагноза и раннего назначения соответствующего лечения. Без лечения прогноз неблагоприятный с высокой летальностью. При своевременно начатой комбинированной терапии пятилетняя выживаемость достигает 80% [1].

Выводы:

1. Узелковый периартериит имеет длинную историю изучения и, хотя наука не стоит на месте до окончательного понимания всех процессов, происходящих в организме при его развитии ещё далеко.

2. Изучение и понимание всех звеньев патогенеза узелкового полиартериита может стать ключевым моментом для развития новых эффективных методов лечения.

3. Клиническая картина УП меняется с течением времени, что является важным для развития методов диагностики заболевания.

4. В настоящий момент имеются данные об использовании высокотехнологичных методов диагностики УП, но они не нашли широкого применения, и диагноз всё ещё ставится преимущественно по диагностическим критериям, принятым Американской коллегией ревматологов в 1990 году.

Список литературы:

1. Насонов Е.Л., Насонова В.А. Ревматология национальное руководство. — М.: ГЭОТАР- Медиа, 2008. — 547-549 с.
2. Насонов Е.Л., Баранов А.А., Шилкина Н.П. Васкулиты и васкулопатии. — Ярославль: Верхняя Волга, 1999. — 302-321 с.
3. Зорников Д.Л., Литусов Н.В., Новосёлов А.В. Иммунопатология: учебное пособие. — Екатеринбург: Издательство УГМУ, 2017. — 18-20 с.
4. Бортная Т.Н. Ревматология. Новейший медицинский справочник. — М.: ЭКСМО, 2010. — 59 с.
5. Муркамилов И.Т. Узелковый полиартериит: распространенность, факторы риска и возможности терапии (обзор литературы и клиническое наблюдение) / Муркамилов И.Т., Айтбаев К.А., Фомин В.В., Юсупов Ф.А., Муркамилова Ж.А. // The scientific heritage. — 2020. — №47. — С. 31-36.
6. Логвиненко С.И. Узелковый полиартериит (болезнь куссмауля-мейера) - трудный диагноз в практике врача-терапевта / Логвиненко С.И., Ефремова О.А., Придачина Л.С., Щербань Э.А., Романова А.В., Свиридов А.А. // Научные ведомости. — 2014. — №11. — С. 258-261.
7. Дядык А.И. Узелковый полиартериит / Дядык А.И. // Киев: Здоровье Украины. — 2013. — №13. — С. 19,53.
8. Мухин Н.А. Узелковый полиартериит, ассоциированный с вирусом гепатита В (клинический разбор) / Мухин Н.А., Розина Т.П., Новиков П.И., Шоломова В.И., Сидорова Е.И., Абдурахманов Д.Т., Моисеев С.В. // М.: Клиническая медицина. — 2015. — №6. — С. 5-12.
9. Абдурахманов Д.Т. НВV-ассоциированный узелковый полиартериит / Абдурахманов Д.Т., Розина Т.П., Новиков П.И. // М.: Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. — 2012. — №3. — С. 67-71.
10. Тареев Е.М. Коллагенозы: монография / Е.М. Тареев — М.: Медицина, 1965. — С. 311-325
11. Тамихиро Каваками. Повышенный уровень мРНК моззина в коже пациентов с узловым полиартериитом на основе ПЦР с обратной транскрипцией в реальном времени / Тамихиро Каваками, Тацуро Окано, Сора Такеучи, Ёсинао Сома // Journal of Dermatological Science. — 2016. — С.1-4.
12. Ясухиро Симодзима. Функциональный дисбаланс между регуляторными Т-лимфоцитами и Т-хелперами в патогенезе узелкового полиартериита / Ясухиро Симодзима, Ватару Исии, Дай Кишида, Казухиро Фукусима и Шуичи Икеда // Современная ревматология. — 2016. — С.1-8.
13. Ромен Шолльхаммер. 18F-FDG ПЭТ / КТ-визуализация подколенного васкулита, связанного с узелковым полиартериитом // Ромен Шолльхаммер, Пол Шварц, Мари-Лор Джулли, Энн Фам-Ледард, Патрик Мерси, Филипп Фернандес, Жан-Батист Пинаки // Клиническая ядерная медицина. — 2017. — С.1-3.
14. Узелковый полиартериит. Справочник заболеваний MedElement [Электронный ресурс]. URL: <https://diseases.medelement.com/disease/5519> (дата обращения: 25.03.2021)