



“ACADEMIA SCIENCE” ILMIY-TADQIQOTLAR MARKAZI

UzACADEMIA

**ILMIY-USLUBIY JURNALI
НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
SCIENTIFIC-METHODICAL JOURNAL**

BARCHA SOHALAR BO‘YICHA

3-JILD

Google Scholar

ICI WORLD of JOURNALS

www.academiascience.uz



Volume 1. Issue 1. July 2022

ТЕЧЕНИЕ ЛЮПУС КАРДИТА ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ

Ибрагимова Ф.Х*Магистрант I курса по внутренним болезням***Султонова М.Х***Научный руководитель к.м.н., доцент***Ибрагимова ФерузаХамиджановна***Ташкентская Медицинская Академия.*

Обследовано 32 больных системной красной волчанкой в возрасте 18-55 года с длительностью заболевания от 5 до 20 лет. Поражение сердца выявлено у 29 человек (88%). При анализе из них ишемические изменения миокарда у 45% пациентов, гипертрофия миокарда у 25% (у 18% - левого желудочка, у 7% - межжелудочковой перегородки), у 20% блокада ножки пучка Гисса (у 17,2% неполная блокада левой ножки, у 2,8% правой ножки), у 5% желудочковая экстрасистолия, у 5% синдром преждевременной реполяризации желудочков. У 70% пациентов выявлена артериальная гипертензия. У 5больных (15%) выявлено развитие асептического эндокардита Либмана — Сакса.

Abstract: *Currently, the incidence of systemic lupus erythematosus ranges from 15 to 170 cases per 100,000 population per year. Lupus often develops in girls or women when there is a hormonal change in the body (for example: childbirth, abortion, long-term use of hormonal drugs, and sometimes we meet a transfer to patients after severe stress). One of them comes against the background of allergic reactions in the body. Among the causes, damage to the cardiovascular system ranks third after infections and renal failure [1,4].*

Key words: *lupus carditis, Liebman-Sachs endocarditis, myocardial hypertrophy, bundle branch block, ventricular extrasystole, premature ventricular repolarization syndrome, arterial hypertension, dilated cardiomyopathy, atrioventricular block*

Аннотация: *В настоящее время заболеваемость системной красной волчанкой составляет от 15 до 170 случаев на 100000 населения в год. Волчанка развивается часто у девушек или женщин когда происходит гормональные изменения в организме (например: род, аборт, долго применение гормональные препаратов а иногда мы встречаем перенос пациентам после сильно стресс). Одни из них приходят на фоне аллергических реакций в организме. Среди причин поражение сердечно-сосудистой системы занимает третье место после инфекций и почечной недостаточности [1,4].*

Ключевые слова: *люпус кардит, эндокардит Либман-Сакса, гипертрофия миокарда, блокада ножки пучка Гисса, желудочковая экстрасистолия, синдром преждевременной реполяризация желудочков, артериальная гипертензия, дилатационная кардиомиопатия, атриовентрикулярная блокада*

Цель исследования: изучить особенности поражения сердца у больных СКВ в зависимости от возраста пациентов,

вариантов течения и длительности заболевания.

Материалы и методы. Обследованы 32 больных СКВ [все женщины] в возрасте

По данным ХМ, у них выявлялась постоянная синусовая тахикардия, частые (более 100/сут.) одиночные и парные предсердные экстрасистолы, пароксизмы предсердной тахикардии (до 168/сут.). Типичным для СКВ является развитие асептического эндокардита Либмана — Сакса, выявляемого у 50–77% больных [12–14], при этом чаще поражается митральный клапан [15], реже — аортальный, трикуспидальный и пульмонарный [16, 17]. Признаки эндокардита Либмана — Сакса были выявлены нами на ЭхоКГ у 5 из 32 больных СКВ, т.е. в 15% случаев. Створки митрального, аортального и трикуспидального (МК, АК, ТК) клапанов были неравномерно утолщены и фиброзированы, однако без вегетаций, тромботических наложений и деформаций. Определялось пролабирование передней створки или обеих створок МК, утолщение и укорочение хорд МК и ТК. В результате этих изменений на МК возникала регургитация 1–2 ст., на ТК — 1 ст., на АК — 1 ст. Чаще всего поражался МК, затем МК+ТК+АК, и, редко, МК+ТК. Определялось уплотнение стенок аорты, колец МК и ТК с кальцинозом отдельных сегментов и корня аорты, утолщение пристеночного эндокарда. У пяти больных были утолщены пульмональные полулуния (ПК) с регургитацией 1 ст. Лишь у одного из 32 пациентов наблюдалось однонаправленное движение створок МК, была снижена скорость диастолического прикрытия передней створки МК, площадь митрального отверстия составляла около 2,5 см², что сочеталось с митральной недостаточностью (МН) 1–2 ст. и АН 1 ст. У 8 пациентов был диагностирован изолированный эндокардит, у 8 — сочетался с очаговым миокардитом, у 7 — с перикардитом, у 4 — имел место эндомиоперикардит. На фоне терапии глюкокортикостероидами азатиоприном

течение небактериального эндокардита у больных СКВ было преимущественно бессимптомным и благоприятным. Нарушения внутрисердечной гемодинамики не вызывали расширения полостей сердца, которые оставались нормальными: ЛП — 35,4±0,78 мм; ПП — 38,3±0,77 мм; КДРЛЖ — 46,9±0,61 мм; ПЖ — 23,96±0,54 мм; ММЛЖ — 169,6±7,55 г; индекс ММЛЖ — 97,1±4,1 г/м²; ФВ — 67,2±0,87%. Длительность заболевания составила, в среднем, 11,6±1,4 года, преобладала активность I–II степени.

Частота перикардита при СКВ составляет 25,6%, а на аутопсии его выявляют в 62,1% случаев [3]. В нашем исследовании перикардит был диагностирован у 7 из 32 пациентов (21,7%) с СКВ, при этом у них определялось утолщение листков перикарда и небольшое количество экссудата в сердечной сумке. Возраст пациентов составил от 17 до 63 лет, длительность заболевания — от двух месяцев до 33 лет; у двух пациентов течение СКВ было острым, у шести — подострым, у пяти — хроническим. Перикардит, как правило, сочетался с эндокардитом или с эндомиокардитом.

Обсуждение. Полученные результаты исследования свидетельствуют о том, что в настоящее время увеличилась частота встречаемости острой подострой протекающих форм СКВ, что имело место у 16 из 32 обследованных, двое из которых умерли. Нам удалось подтвердить известное ранее положение о том, что во всех возрастных группах больных СКВ частота поражений сердца остается достаточно высокой и их диагностика затруднена в связи с бессимптомным течением частым присоединением сопутствующей патологии сердечно-сосудистой системы. В нашем исследовании, помимо разнообразных по

18-55 года с длительность заболевания от 5 до 20 лет. 14 пациента были в возрасте от 17 до 39 лет, 12 больных — 40–50 лет, 6 больных — старше 50 лет. Диагноз СКВ верифицировался на основании 4 или более из 11 критериев Американской ассоциации ревматологов (1982). Согласно классификации В.А. Насоновой (1972), у 4 пациентов течение СКВ было острым, активность III степени; у 17 человек — подострым, активность II степени; у 11 больного — хроническим, активность I степени. Все больные получали преднизолон в сочетании с плаквенилом. Эхокардиографическое исследование (ЭхоКГ) выполнялось на аппарате «Logiq 500» (General Electric) по стандартной методике. Рассчитывали массу миокарда левого желудочка (ММЛЖ) по формуле R. Devereux и N. Reichek; индекс ММЛЖ по формуле: ММЛЖ/площадь поверхности тела; фракция выброса (ФВ) ЛЖ по Simpson (%). Холтеровское мониторирование (ХМ) проводили на приборе «Кардиотехника-4000» («Инкарт», Россия) и Велозгметрия (Corival).

Результаты: поражение сердца выявлено у всех больных СКВ. По данным разных авторов, частота поражения сердечно-сосудистой системы при СКВ составляет от 52 до 89% [5–7]. Лишь у 28 пациентов с длительностью заболевания 6,2±3,4 года и активностью I–II степени, средний возраст которых составил 34 года, патологии сердца выявлено не было, размеры камер сердца и ФВ были нормальными. Так, размеры левого (ЛП) и правого предсердий (ПП) составили 34,8±1,96 мм и 36,9±1,74 мм, соответственно; размер правого желудочка (ПЖ) — 22,69±1,05 мм; конечный диастолический размер (КДР) ЛЖ — 46,3±0,82 мм; ММЛЖ — 157,6±11,7 г; индекс ММЛЖ — 92,7±4,52 г/м²; ФВ ЛЖ — 66,5±1,37%. Известно, что миокард

вовлекается в патологический процесс приблизительно у 10% больных СКВ [8], а по данным аутопсии — в 40–80% случаев [9, 3, 10, 11]. Нами миокардит был диагностирован у 14 из 30 больных СКВ (40%). У 11 из них миокардит был очаговым (субклиническим). У данных пациентов на ЭхоКГ определялись участки фиброза в области передней стенки ЛЖ и/или в межжелудочковой перегородке (МЖП), однако размеры камер сердца и ФВ ЛЖ были нормальными. По данным ХМ, выявлялись нарушения сердечного ритма в виде частой (более 92,3/сут.) одиночной предсердной экстрасистолии (ПЭ), пробежек и неустойчивых пароксизмов предсердной тахикардии (ПТ) (в среднем, 3,3±0,88/сут.) и частой монотропной желудочковой экстрасистолии (61,85±30,2/сут.). У одной из больных развилась атриовентрикулярная блокада III степени. Средний возраст этих 14 пациентов был в возрасте от 17 до 39 лет, 12 больных — 40–50 лет, 6 больных — старше 50 лет. Длительность СКВ колебалась от двух месяцев до 41 года. У 12 пациентов течение СКВ было хроническим, у девяти — подострым. У трех пациентов течение болезни осложнилось развитием диффузного миокардита с исходом в дилатационную кардиомиопатию. При ЭхоКГ у них определялось расширение всех камер сердца, гипокинезия стенок, снижение ФВ, фиброз МЖП и задней стенки ЛЖ, спонтанное контрастирование и пристеночные тромбы. Средний возраст больных составил 44±14,7 лет; длительность заболевания — от 2 месяцев до 10 лет (в среднем, 3,7±3,15 года); преобладало подострое течение с активностью III ст. У двух больных (17 и 47 лет) с признаками эндо- и перикардита, с легочной гипертензией II–III ст. и повторными тромбозами в сосудах малого круга кровообращения наступил летальный исход.