

Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарёва

Медицинский институт

# Системная красная волчанка (СКВ)

Выполнила: студентка 407б группы  
Прокопьева Анна Аркадьевна

Преподаватель: Дьячкова Анна Альбертовна

Саранск, 2021

**Системная красная волчанка (СКВ)** – системное аутоиммунное заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся гиперпродукцией органонеспецифических аутоантител к различным компонентам клеточного ядра с развитием иммуновоспалительного повреждения тканей и внутренних органов

# Классификация СКВ

## По течению :

- Острое течение заболевания
- Подострое течение
- Первично-хронический вариант течения

## Клинико-иммунологические варианты :

- СКВ в дебютом в детском и подростковом возрасте
- СКВ у пожилых
- СКВ у мужчин
- Подострая кожная красная волчанка
- Вторичный АФС
- Синдром неонатальной волчанки

# Этиология

- **Факторы окружающей среды.** Существует мнение, что некоторые вирусы(Э-Б?), токсические вещества и ЛС могут быть причиной развития СКВ (феномен «молекулярной мимикрии» волчаночных ААГ и вирусных белков ). УФО стимулирует апоптоз клеток кожи с появлением на их мембране ААГ, индуцируя развитие аутоиммунного процесса у генетически предрасположенных индивидуумов
- **Генетические особенности .** Высокая конкордантность по СКВ у монозиготных близнецов, связь СКВ с наследственным дефицитом отд. компонентов С, повышенная частота HLA-DR2 и HLA-DR3 у б-х СКВ , полиморфизм генов FcγRII – рецепторов, участвующих в элиминации ИК
- **Гормональные влияния** СКВ развивается в основном у женщин детородного возраста. У пациенток с СКВ наблюдают избыточный синтез эстрогенов и пролактина, стимулирующих иммунный ответ
- **Полиэтиологическая концепция**

# Патогенез СКВ

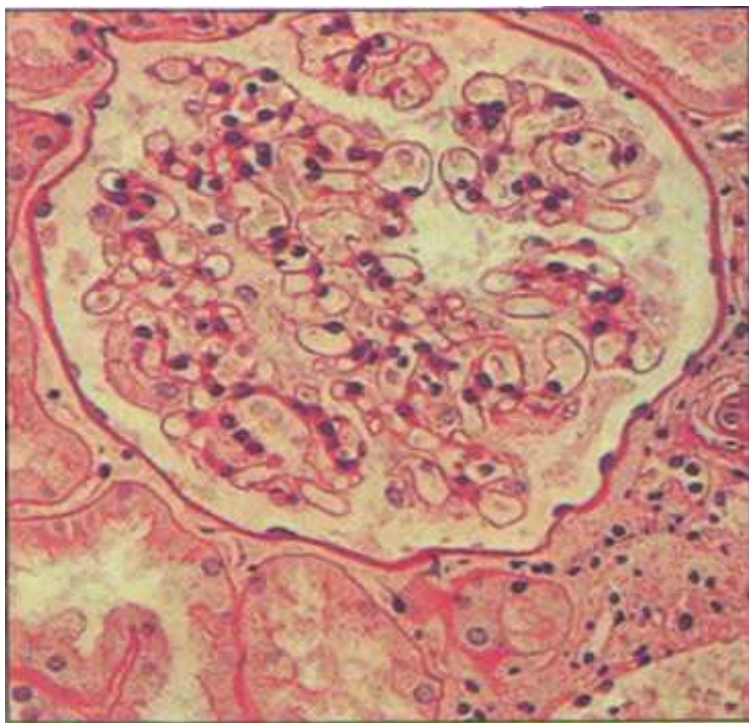
Патогенез СКВ определяют 2 тесно взаимосвязанных процесса :

- На ранней стадии заболевания преобладает поликлональная (В- клеточная) активация иммунитета, в дальнейшем – антигенспецифические (Т- клеточные) иммунные реакции;
- Фундаментальное иммунное нарушение, лежащее в основе СКВ – врожденные или индуцированные дефекты программированной гибели клеток (апоптоза)

# Патоморфология

Основные виды гистологических изменений :

1. Фибриноидные изменения, свойственные дезорганизации соединительной ткани
2. Склероз ( особенно х-но формирование фиброзных тканей вокруг селезеночных артерий – феномен «луковой шелухи»)
3. Гематоксилиновые тельца – очаги внеклеточного расположения базофильного вещества, являющегося продуктом дегградации ядерного вещества
4. Сосудистые изменения – в интиме развиваются фибриноидные изменения, утолщения эндотелиальной выстилки



**6.73 Системная красная волчанка.** На срезе биоптата почки видны пролиферативные изменения в трех клубочках (окраска гематоксилином и эозином,  $\times 143$ ).



# Клиническая картина

## Поражения кожи :

- **Фотосенсибилизация** (центробежная эритема Биетта)
- **сосудистая (васкулитная) бабочка,**
- **синдром Роуэлла** (многочисленные эритематозные, резко отечные кольцевидные высыпания, напоминающие многоформную эксудативную эритему)
- **дискоидная волчанка** ( характерные черты -эритема, инфильтрация, гиперкератоз, атрофия)
- **диссеминированная красная волчанка**  
(множественные, рассеянные по различным участкам кожного покрова очаги дискоидной волчанки)
- **капилляриты** ( отечная эритема с мелкоточечными геморрагиями на подушечках пальцев рук, ладонях, подошвах)
- **алопеция**





**3.73 Системная красная волчанка** наиболее часто поражает женщин детородного возраста с темным цветом кожи. У 33-летней женщины из Восточной Индии видна сыпь на щеках.



**3.74 Системная красная волчанка.** Классическая сыпь в виде «бабочки» у 17-летней пациентки, у которой сыпь сочеталась с лихорадкой, потерей массы тела и полиартропатией.



**3.75 Системная красная волчанка.** Персистирующая эритематозная сыпь может появляться на участках, доступных воздействию солнечных лучей.



**90. Дискоидная красная волчанка.** Вследствие закупорки фолликулов кожа выглядит бугристой. Рубцевание бляшек приводит к необратимому выпадению волос.



**Рисунок 2-9. Рубцовая алопеция: дискоидная красная волчанка.** Эритема, роговые пробки в устьях волосяных фолликулов, атрофия и рубцовые изменения кожи головы



# Клиническая картина

## Поражение опорно-двигательного аппарата :

- **Артрит** (мелкие суставы кистей, симметричное поражение, рецидивирующее течение)
- **Тендиниты, теносиновиты** (м.б. преходящие сгибательные контрактуры пальцев рук – напоминают РА)
- **Поражение скелетной мускулатуры** ( миалгии, мышечная слабость, атрофия)

Поражение дыхательной системы (плевриты, легочная гипертензия, острый волчаночный пневмонит)

Поражение сердечно-сосудистой системы ( перикардит, эндокардит Либмана-Сакса, миокардит, АГ )

Поражение органов пищеварения

# Артрит при системной красной волчанке



# Поражение почек:

| Класс нефрита  | Морфологические особенности  | Клинические проявления  |
|--|--|---|
| Класс I : минимальные изменения                                  | Норм. клубочки при световой микроскопии и наличие депозитов в мезангии при иммунофлюоресценции     | Отсутствуют изменения в моче, функция почек нормальная. Прогноз благоприятный   |
| Класс II : мезангиальный пролиферативный гломерулонефрит         | Различная степень мезангиальной гиперклеточности с наличием иммунных депозитов в мезангии          | Протеинурия <1 г\сут, гематурия, Ф-я почек сохранена. Прогноз благопр. при отсутствии трансформации в более тяжелый морф. тип нефрита |
| Класс III : фокальный гломерулонефрит ( очагов. пролиферативный) | Пролиферация периферич. капил. петель сегментарным распределением, вовлечением менее 50% клубочков | Протеинурия 1-2 г\сут. М.б. нефротический синдром. высокий риск развития ХПН  |
| Класс IV диффузный пролиферативный                               | Морфология та же, что при классе III, но в процесс вовлечено более 50% клубочков                   | Выраженная протеинурия, гематурия. Высокая частота АГ и ХПН   |
| Класс V : мембранозный гломерулонефрит                           | Равномерное утолщение базальной мембраны   | Протеинурия более 3 г\л, нефр. синдром.   |
| Класс VI : нефросклероз  |  | Клинические и лабораторные признаки ХПН. Прогноз неблагоприятный.   |

# Поражение ЦНС

- Головная боль
- Поражение черепно-мозговых и глазных нервов с развитием нарушения зрения
- Транзиторные ишемические атаки, инсульты
- Периферическая невропатия
- Острый психоз
- Органический мозговой синдром ((эмоциональная лабильность, эпизоды депрессии, нарушение памяти)
- Судорожные припадки (большие, малые, по типу височной эпилепсии)





**3.76** Черепно-мозговая нейропатия является частым неврологическим проявлением системной красной волчанки. У данного больного — парез лицевого нерва. Правый глаз смотрит «вниз и кнаружи». Зрачок фиксирован и расширен, имеется односторонний птоз.

# Диагностические критерии СКВ

- **Высыпания на скулах** (фиксированная эритема (плоская или приподнятая) , имеющая тенденцию к распространению к носогубной складке)
- **Дискоидная сыпь** ( эритематозные приподнятые бляшки с прилегающими чешуйками , на старых очагах могут быть атрофические рубцы)
- **Фотодерматит** (в анамнезе или по наблюдению врача)
- **Эрозии и язвы** в ротовой полости (изъязвления полости рта или носоглотки, обычно болезненные, должны быть зарегистрированы врачом)
- **Артрит** ( неэрозивный артрит 2 и более периферических суставов , проявляющийся болезненностью, отеком, выпотом)

# Диагностические критерии

- **Серозиты** (плеврит: плевральные боли, шум тения плевры и\или наличие плеврального выпота; перикардит: ЭхоКГ или выслушиваемый врачом шум трения перикарда)
- **Поражение почек** ( стойкая протеинурия  $>0,5$  г\сут или цилиндры – эритроцитарные, канальцевые, смешанные), гематурия
- **Поражение ЦНС** ( судороги, психоз – при отсутствии приема лекарств и метаболических нарушений)
- **Гематологические нарушения** (лейкопения лимфопения, тромбоцитопения)
- **Иммунологические нарушения**

# Антифосфолипидный синдром

- АФС- клинико-лабораторный симптомокомплекс, включающий венозные и/или артериальные тромбозы, различные формы акушерской патологии( чаще всего привычное невынашивание беременности) , тромбоцитопению, а также разнообразные неврологические, кожные, сердечно-сосудистые , гематологические нарушения)
- Характерный иммунологический признак АФС – АТ к фосфолипидам (АТ к кардиолипину классов IgG, IgM, волчаночный антикоагулянт)
- Вторичный АФС – на фоне СКВ( у 30-60% больных)
- Первичный АФС – при отсутствии системной аутоиммунной патологии

# Рекомендуемые клинические

## исследования

- ОАК (↑СОЭ, анемия, лейкопения, лимфоцитопения, тромбоцитопения)
- ОАМ ( м.б. протеинурия, гематурия, цилиндрурия)
- Биохимические исследования (отклонения неспецифичны, зависят от характера поражения внутренних органов в различные периоды болезни)
- Иммунологические исследования (АНФ; АТ к двуспиральной ДНК; АТ к Sm; АКЛ )
- Инструментальные методы исследования (рентгенография органов грудной клетки -1 раз в год; ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ сосудов; ЭГДС; ЭЭГ по показаниям)

# Причины смерти больных СКВ

- **Инфекции**
- **Волчаночный нефрит, почечная недостаточность и ее осложнения**
- **Поражение сердечно-сосудистой системы**
- **Поражение ЦНС**

# Лекарственная волчанка

Препараты, вызывающие появление в крови АНА и проявления лекарственной волчанки :

- Прокаинамид
- Гидралазин
- Изониазид
- Метилдопа
- Хлорпромазин

Препараты, способные провоцировать волчаночный синдром :  $\beta$ -АБ, хинидин, Д-пеницилламин



# Лечение СКВ

## Цель лечения :

- Достижение клинико-лабораторной ремиссии
- Предотвращение поражения жизненно важных органов и систем, в первую очередь, почек и ЦНС
- Улучшение качества жизни

# Медикаментозное лечение

- **ГКС** : больным с низкой активностью заболевания – преднизолон 10 мг/сутки ; при умеренной активности - средние дозы (20-40 мг\сут); при высокой активности болезни и тяжелом поражении ЦНС, почек, системы крови – высокие дозы (1мг\кг веса\сут и более)
- **Цитотоксические препараты** ( циклофосфамид, азатиоприн, метотрексат, циклоспорин)
- **НПВП**
- **Аминохинолиновые производные**
- **Экстракорпоральные методы лечения**

Спасибо за  
внимание!