

ДЕБЮТНІ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ПРОЯВИ ВУЗЛИКОВОГО ПОЛІАРТЕРІІТУ (РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ)

Паєлів Л.Б., Яременко О.Б., Харкевич Т.Ю., Федьков Д.Л., Матіящук І.Г.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Ключові слова: вузликосий поліартеріт, антинеїтрофільні цитоплазматичні антитіла, клінічні прояви.

Вступ. Вузликосий поліартеріт (ВП) – це некротизуюче запалення середніх та дрібних артерій без гломеруло-нефриту і ураження артеріол, капілярів та венул [3]. Класифікаційні критерії ВП було затверджено Американською Колегією Ревматологів (ACR) у 1990 р., однак вони мають недостатньо високу специфічність – 86,9% [4]. Порівняно невисока захворюваність на ВП (у світі – від 9 до 77 випадків на 1 млн. населення [6], в Україні – 5-10 на млн. [1]), поліморфність клінічних проявів з ураженням різноманітних органів та систем, відсутність специфічних лабораторних маркерів значно ускладнюють розробку прийнятного діагностичного алгоритму, особливо для ранніх стадій захворювання. У 2008 р. Французька група з вивчення васкулітів переглянула класифікаційні критерії ACR і розробила критерії виключення ВП, до яких віднесли антинеїтрофільні цитоплазматичні антитіла (АНЦА), бронхіальну астму, гломеруло-нефрит, ураження верхніх дихальних шляхів, наявність криоглобулінів [2]. Парадокс полягає в тому, що в позитивні діагностичні критерії ввійшли лише 3 з 10 критеріїв ACR. Отже, подальше вивчення ранніх клінічних проявів ВП як фундаментальної складової діагностичного процесу залишається актуальною проблемою.

Мета роботи: вивчити особливості клінічних проявів та лабораторних змін в дебюті ВП.

Матеріали і методи дослідження.

Проведено ретроспективний аналіз історій хвороб хворих зі встановленим при вступі діагнозом ВП, недиференційованого шкірного або системного васкуліту, недиференційованого артрити чи системного захворювання сполучної тканини, які перебували на лікуванні в ревматологічних відділеннях Центральної міської (Олександрівської) клінічної лікарні м. Києва з 1979 р. по 2010 р. З урахуванням аналізу подальшого перебігу хвороби діагноз ВП, який відповідав би критеріям ACR [4] і критеріям Міжнародної погоджувальної конференції у Chapel Hill (1993) [3], було встановлено 112 хворим. Серед них було 39 жінок (34,8%) і 73 чоловіка (65,2%). Вік хворих в дебюті захворювання – від 11 до 70 років (в середньому 41,5 років). Оцінювали клініко-демографічні дані, включаючи перші симптоми дебюту захворювання, спектр та зміст всіх клінічних проявів, лабораторні дані, у т.ч. інфікованість вірусами гепатиту В та С, ревматоїдний фактор (РФ), антинуклеарний фактор (АНФ), АНЦА. Для оцінки активності захворювання ретроспективно визначали Бермін-

гемський індекс активності васкулітів (BVAS) [5]. Вірогідність різниці між частотою симптомів ураженням органів і систем визначали непараметричними методами.

Результати та обговорення.

Як видно з табл. 1, вірогідно частіше першими проявами ВП були лихоманка (в середньому до 38,6°C), міалгії, втрата маси тіла (в середньому до 10,8 кг), артрит, ураження шкіри і периферична полінейропатія ($p < 0,05$). Улюблена локалізація міалгій в дебюті ВП – м'язи гомілки (60%). Ізольовано не залучалися м'язи верхніх кінцівок та міжреберні м'язи. Ніколи не уражались м'язи шиї, голови, сідниць. У третини хворих з суглобовим синдромом були артралгії, у 2/3- артрит, що носив у 90% випадків симетричний оліго- або поліартичний характер. Найчастішою локалізацією суглобового синдрому були гомілково-ступневі та колінні суглоби, які залучалися відповідно у 70% і 54% хворих. У жодного хворого не спостерігалось ізольованого ураження суглобів стоп, кульшових, плечових суглобів та хребта. Суглобами виключення дебюту ВП були суглоби груднини та скронево-нижньощелепні.

Структура уражень шкіри в дебюті ВП: підшкірні вузли та некротично-виразкові зміни (по 24,5%), геморагічна пурпура, макули та поліморфна висипка (по близько 15%), папули (6%) і рідше везикули (2%). Улюблена локалізація шкірного висипу – нижні кінцівки (3/4 хворих), від'ємна локалізація – обличчя і волосиста частина голови. Типовими проявами були периферична сенсорна полінейропатія у вигляді “шкарпеток” та “рукавичок” та мононеврит з формуванням “звисаючої стопи (кисті)”. У 7% хворих з ВП визначалися ознаки ураження ЦНС: виражений головний біль, судомний синдром, геміпарез/геміплегія, гемігіпестезія, дієнцефальні пароксизми, синдром менінгізму. Рідше першими симптомами ВП були ураження ЧМН (II, VII, VIII пари). Такий високоспецифічний діагностичний критерій, як біль в яєчках, зустрічався в дебюті захворювання лише у близько 3% хворих.

Основні зміни лабораторних показників хворих на ВП: анемія (31%), підвищення ШОЕ (66%) та С-реактивного білка (60%), лейкоцитоз (37%), тромбоцитоз (27,1%), еозінофілія (8,9%), позитивні РФ (12,5%), АНФ (1,8%), перинуклеарні-АНЦА (16%), цитоплазматичні-АНЦА (11,6%), підвищення креатиніну (16%), позитивні маркери гепатиту В (9%) та С (1%). Середнє значення BVAS у хворих ВП складало $21,8 \pm 7,03$, що свідчить про високу активність та

Загальна клінічна характеристика хворих з ВП в дебюті захворювання (М±σ)

Показники		Кількість хворих (загалом n=112)
Стать, n (%)	Чол.	73 (65,2)
	Жін.	39 (34,8)
Середній вік хворих в дебюті захворювання, діапазон		41,5±14,5 (від 11 до 70)
Лихоманка, n (%)		107 (95,5)
Втрата маси тіла (в середньому до 10,8 кг), n (%)		68 (60,7)
Ураження м'язів	Міалгії, n (%)	88 (78,6)
	Міозит, n (%)	6 (5,36)
	М'язова слабкість, n (%)	12 (10,7)
Ураження суглобів	Артралгії, n (%)	27 (24,1)
	Артрит, n (%)	54 (48,2)
Біль в яєчках, n (%)		2 (2,74)
Ураження шкіри, n (%)		49 (43,8)
Ураження нервової системи	Периферична сенсорна полінейропатія, n (%)	35 (31,1)
	Мононеврит, n (%)	7 (6,25)
	Ураження ЦНС, n (%)	8 (7,14)
	Ураження черепно-мозкових нервів, n (%)	7 (6,25)
Діастолічна АГ, що вперше виникла, n (%)		33 (29,5)
Ураження шлунково-кишкового тракту	Абдомінальний біль, n (%)	15 (13,4)
	Блювання, n (%)	5 (4,46)
Ураження серцево-судинної системи	Синдром Рейно, n (%)	18 (16,1)
	Ліведо, n (%)	9 (8,04)
	Кардіалгії, n (%)	7 (6,25)
	Аритмії, n (%)	4 (3,57)
Ураження органів дихання	Кашель, n (%)	22 (19,6)
	Задишка, n (%)	17 (15,2)
	Біль в грудній клітці, n (%)	5 (4,46)
Ураження ретикуло-ендотеліальної системи	Лімфаденопатія, n (%)	4 (3,57)

мультисистемність проявів дебюту захворювання. Однак, у хворих в дебюті ВП були лише 2 критерії АСР.

Висновки. Перші 5 найчастіших симптомів у хворих ВП: лихоманка, міалгії нижніх кінцівок, втрата маси тіла, симетричний оліго- або поліартрит, ураження шкіри (підшкірні вузли та некротично-виразкові зміни) та периферична сенсорна полінейропатія у вигляді “шкарпеток” та “рукавичок”. Виявлені особливості суглобового синдрому, міалгій, шкірних проявів та неврологічної симптоматики можуть покращити ранню діагностику ВП.

Рецензент: чл.-кор. НАМН України, д.мед.н., професор Нетяженко В.З.

ЛІТЕРАТУРА

1. Казимирко В.К. Ревматология: учебное пособие для врачей в вопросах и ответах [Текст] / Казимирко В.К., Коваленко В.Н. – Донецк. – 2009. – с. 626.
2. Henegar C. A paradigm of diagnostic criteria for polyarteritis nodosa: analysis of a series of 949 patients with

vasculitides [Text] / Henegar C., Pagnoux C., Puechal X., et al. // *Arthritis Rheum.* – 2008. – Vol.58. – P. 1528-1538.

3. Jennette J.C. Nomenclature of systemic vasculitides. Proposal of an international consensus conference [Text] / Jennette J.C., Falk R.J., Andrassy K., et al. // *Arthritis Rheum.* – 1994. – Vol.37. – P.187-192.

4. Lightfoot R.W. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of polyarteritis nodosa [Text] / Lightfoot R.W., Michel B.A., Bloch D.A., Hunder G.G., Zvaifler N.J., McShane D.J., et al // *Arthritis Rheum.* – 1990. – Vol.33. – P. 88–93.

5. Mukhtyar C. Modification and validation of the Birmingham vasculitis activity score (Version 3) [Text] / Mukhtyar C., Lee R., Brown D., et al. // *Ann Rheum Dis.* – 2009. – Vol. 68. – P.1827-1832

6. Watts R.A. Epidemiology of vasculitis [Text] / Watts R.A., Scott D.I., Ball G.V., Bridges S.L., eds. // *Vasculitis*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press. – 2008. – P.7-22.

**ДЕБЮТНЫЕ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ
ПРОЯВЛЕНИЯ УЗЕЛКОВОГО ПОЛИАРТЕРИИТА
(РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ)**

*Павлив Л.Б., Яременко О.Б., Харкевич Т.Ю.,
Федьков Д.Л., Матиящук И.Г.*

*Национальный медицинский университет
имени А.А. Богомольца, Киев, Украина*

Резюме. Изучали особенности клинических проявлений и лабораторных изменений в дебюте узелкового полиартериита (УП) у 112 больных. К 5 наиболее частым симптомам УП относятся: лихорадка, миалгии нижних конечностей, потеря массы тела, симметричный олиго- или полиартрит, поражение кожи (подкожные узлы и некротическо-язвенные изменения) и периферическая сенсорная полинейропатия. Выявленные особенности суставного синдрома, миалгий, кожных проявлений и неврологической симптоматики могут улучшить раннюю диагностику УП.

Ключевые слова: узелковый полиартериит, антинейтрофильные цитоплазматические антитела, клинические проявления.

**CLINICAL AND LABORATORY MANIFESTATIONS
OF POLYARTERITIS NODOSA ONSET
(RETROSPECTIVE ANALYSIS)**

*L. Pavliv, O. Iaremenko, T. Kharkevich, D. Fedkov, I.
Matiyashchuk*

*National O. Bohomolets Medical University,
Kyiv, Ukraine*

Summary. The early features of clinical manifestations and laboratory changes in 112 patients with polyarteritis nodosa (PAN) were investigated. Fever, myalgias of leg muscles, weight loss, symmetric oligo- or polyarthritis, cutaneous lesions (subcutaneous nodes and ulceration) and peripheral sensory polyneuropathy are the first five most frequent symptoms in PAN patients. The detection of musculoskeletal features, skin manifestations and neurological symptoms may improve early diagnosis of PAN.

Key words: polyarteritis nodosa, anti-neutrophil cytoplasmic antibodies, clinical manifestations.