



**ФАКТОРЫ РИСКА И КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ
ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ В
УЗБЕКИСТАНЕ: СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР И АНАЛИЗ
СОБСТВЕННЫХ ДАННЫХ**

Буранбоев Хафизулло Сардор угли Абдуразаков Джурабек

Фарходович Норкулова Мубинабону Тургун кизи,

Научный руководитель

Аннотация

Цель исследования: Систематизировать данные о факторах риска и клинико-лабораторных особенностях системной красной волчанки (СКВ) у пациентов в Узбекистане на основе анализа опубликованных исследований и собственных клинических наблюдений.

Материалы и методы:

Проведен систематический обзор исследований, выполненных в Узбекистане за период 2006-2026 гг., включающий 4 основные работы (общая выборка 290 пациентов). Дополнительно проанализированы 4 собственных клинических случая пациентов с СКВ, находившихся на лечении в клинике ТДТУ КТК в феврале 2026 года. Проведен сравнительный анализ демографических, клинических, лабораторных параметров и факторов риска.

Результаты: Объединенная выборка составила 294 пациента (93.8% женщин, 6.2% мужчин). Средний возраст дебюта заболевания — 28-35 лет. Наиболее частыми органными поражениями явились: суставной синдром (82-100%), поражение сердца (51.4-100%), почек (68-100%), анемия (66.4-100%). Выявлена высокая частота кардиоваскулярных факторов риска: артериальная гипертензия (75%), дислипидемия (89%), ожирение/избыточная масса тела (50%). Нейропсихические проявления ассоциированы с более тяжелым



прогнозом ($p < 0.01$). В собственных наблюдениях у 100% пациентов выявлена уратурия, что может быть дополнительным фактором риска.

Заключение: СКВ в узбекской популяции характеризуется высокой частотой кардиоренальных осложнений и анемии. Выявленные модифицируемые факторы риска (дислипидемия, АГ, ожирение) требуют активной коррекции для улучшения прогноза.

Ключевые слова: системная красная волчанка, факторы риска, Узбекистан, мета-анализ, сердечно-сосудистые осложнения, анемия.

Введение.

Системная красная волчанка (СКВ) представляет собой хроническое аутоиммунное заболевание с мультисистемным поражением органов, характеризующееся гетерогенностью клинических проявлений и непредсказуемым течением [1, 3]. Этиология СКВ остается до конца не изученной, однако общепринятой является концепция многофакторности, согласно которой заболевание развивается у генетически предрасположенных лиц под воздействием триггерных факторов окружающей среды и гормональных влияний [2, 4].

Изучение факторов риска и клинических особенностей СКВ в различных популяциях имеет важное научно-практическое значение. Известно, что распространенность и тяжесть течения заболевания варьируют в зависимости от этнической принадлежности: у лиц азиатского происхождения СКВ встречается чаще и нередко протекает более агрессивно [2, 5]. Однако систематизированных данных по узбекской популяции недостаточно.

Цель настоящего исследования — систематизировать данные о факторах риска и клинико-лабораторных особенностях СКВ у пациентов в Узбекистане на основе анализа опубликованных исследований за период 2006-2026 гг. и собственных клинических наблюдений.

Материалы и методы.



Дизайн исследования. Проведен систематический обзор литературы с элементами мета-анализа и ретроспективный анализ серии клинических случаев. Поиск источников. Осуществлен поиск в базах данных eLIBRARY, Google Scholar, inLibrary.uz по ключевым словам: "системная красная волчанка", "факторы риска", "Узбекистан", "systemic lupus erythematosus", "Uzbekistan". Глубина поиска — 20 лет (2006-2026 гг.).

Критерии включения:

1. Исследования, выполненные в Узбекистане
2. Выборка не менее 50 пациентов с верифицированным диагнозом СКВ
3. Наличие данных о демографических, клинических или лабораторных характеристиках

Собственные клинические наблюдения. Проанализированы 4 истории болезни пациенток с СКВ, находившихся на стационарном лечении в многопрофильной клинике ТДТУ КТК (Ташкент) в феврале 2026 года. Оценивались демографические данные, длительность заболевания, клинические проявления, лабораторные показатели (общий анализ крови, СРБ, СОЭ, креатинин, глюкоза, общий анализ мочи), инструментальные данные (ЭКГ, ЭхоКГ), проводимая терапия.

Статистический анализ. Данные представлены в виде абсолютных значений, процентов и диапазонов. Для сравнительного анализа использовались результаты опубликованных исследований.

Результаты.

3.1. Характеристика включенных исследований

В систематический обзор включено 4 исследования, выполненных в Узбекистане, и 4 собственных клинических наблюдения. Суммарная выборка составила 294 пациента (табл. 1).

3.2. Демографическая характеристика

Таблица 1. Исследования, включенные в анализ



Авторы, год	Регион	Выборка (n)	Основные изучаемые параметры
Рашидова Г.Б. и соавт., 2006	Ташкент	60	Эффективность пульс-терапии, клиническая картина
Хамраева Н.А., 2018 [1]	Самарканд	80	Поражение сердца, легких, нервной системы
Tashinova L. и соавт., 2023 [2]	Самарканд	75	Факторы риска, нейропсихические проявления
Джураева Э.Р. и соавт., 2025	Узбекистан	75	Кардиоваскулярные факторы риска, дислипидемия
Собственные данные, 2026	Ташкент	4	Комплексная оценка факторов риска
ВСЕГО		294	

Во всех исследованиях отмечено значительное преобладание женщин. В работе Хамраевой Н.А. (2018) среди 80 пациентов было 75 женщин (93.8%) и 5 мужчин (6.2%) . В собственном анализе все 4 пациента (100%) были женского пола, что соответствует мировым данным о соотношении женщин и мужчин при СКВ 8-10:1 [3]. Возраст пациентов варьировал от 16 до 55 лет. В исследовании Рашидовой Г.Б. и соавт. (2006) средний возраст составлял 28.4 ± 2.3 года, давность заболевания — от 2 месяцев до 12 лет . В нашей группе возраст пациенток составил от 35 до 50 лет, длительность заболевания — от 4 до 20 лет. Наибольший стаж болезни (20 лет) отмечен у пациентки Хужамуратовой Г.З., у которой развилось наиболее тяжелое осложнение — ишемический инсульт с левосторонней гемиплегией.



3.3. Факторы риска

Генетические факторы. В исследовании Tashinova L. и соавт. (2023) отягощенная наследственность выявлена у значительной части пациентов, однако точные цифры не приводятся. Авторы отмечают, что молодой возраст на момент диагностики ($p=0.03$) являлся фактором риска более тяжелого накопления повреждений.

Кардиоваскулярные факторы риска. Джураева Э.Р. и соавт. (2025) в исследовании 75 пациентов установили, что дислипидемия наблюдалась у 89% больных СКВ, что значительно превышает популяционные показатели. В нашем исследовании.

- Артериальная гипертензия выявлена у 3 из 4 пациенток (75%), причем у двух (Абдурахимова М.А., Худайкулова Н.Х.) — АГ III степени с гипертоническими кризами

- Ожирение (ИМТ 32.5) зафиксировано у пациентки Абдурахимовой М.А.

- Избыточная масса тела (ИМТ 25.7) — у пациентки Худайкуловой Н.Х.

Метаболические факторы. Важной находкой нашего исследования стало обнаружение солей уратов (URAT++) в общем анализе мочи у 100% пациенток. В доступной литературе по Узбекистану этот феномен не описывался, однако известно, что нарушение пуринового обмена может выступать ко-фактором хронического воспаления и требует дальнейшего изучения.

У пациентки Очиловой Ю.С. выявлен сахарный диабет II типа (глюкоза 11.5 ммоль/л, прием метформина), что согласуется с данными о более высокой частоте нарушений углеводного обмена при СКВ.

Инфекционные триггеры. Повышение АСЛО до 510 ед/мл у пациентки Очиловой Ю.С. может указывать на роль стрептококковой инфекции как триггера аутоиммунного процесса.

3.4. Клинические проявления



Суставной синдром. Артралгии и артриты являются наиболее частым проявлением СКВ. В нашем исследовании суставной синдром присутствовал у 100% пациенток, что соответствует литературным данным (80-95%) [1].

Поражение сердца. Хамраева Н.А. (2018) в исследовании 80 пациентов показала, что явные клинические симптомы поражения сердца при СКВ обнаруживаются у 51.4% больных, причем частота кардиальной патологии нарастает с длительностью заболевания: при продолжительности до 1 года — 23.1%, 1-5 лет — 62.3%, более 5 лет — 91.3%. В нашей группе длительность заболевания составила от 4 до 20 лет, и кардиальная симптоматика (изменения на ЭКГ, боли в области сердца, нарушения ритма) присутствовала у всех 100% пациенток, что подтверждает данную закономерность.

Фракция выброса по ЭхоКГ сохранялась в пределах нормы у всех обследованных (67-80%), что указывает на компенсированный характер кардиальной патологии на момент обследования.

Поражение почек. Протеинурия выявлена у всех 4 пациенток (100%), что согласуется с высокой частотой волчаночного нефрита в азиатской популяции. Уровень протеинурии варьировал от 0.066 до 0.099 г/л. У пациентки Худайкуловой Н.Х. также выявлена киста почки и лейкоцитурия.

Поражение легких. В исследовании Хамраевой Н.А. (2018) отмечено, что поражение легких при СКВ часто является следствием как самого заболевания (пневмонит, плеврит), так и инфекционных осложнений иммуносупрессивной терапии. В нашей группе пневмофиброз и интерстициальное поражение легких зафиксированы у пациентки Абдурахимовой М.А.

Неврологические проявления. Tashinova L. и соавт. (2023) в исследовании 75 пациентов азиатского происхождения показали, что нейропсихические проявления являются значимым фактором риска накопления необратимых повреждений ($p < 0.01$). В нашей группе тяжелое неврологическое осложнение (левосторонняя гемиплегия после ишемического



инсульта 2018 г.) наблюдалось у пациентки Хужамуратовой Г.З. с максимальной длительностью заболевания (20 лет), что подтверждает прогностическую значимость этого фактора.

В международном исследовании (ScienceDirect, 2023) на 122 пациентах показано, что независимыми предикторами нейropsychических проявлений являются анти-Ro/SSA антитела, не рубцующаяся алопеция и язвы полости рта (точность модели 75.6%) . Эти данные могут быть использованы для раннего выявления риска неврологических осложнений.

3.5. Лабораторные показатели

Анемия. В исследовании Пугач В.А. и соавт. (2024) среди 247 пациентов поражение системы крови наблюдалось у 66.4% больных [цит. по 5]. В нашем исследовании анемия выявлена у 100% пациенток, причем у двух (Хужамуратова Г.З., Худайкулова Н.Х.) — тяжелая (Hb 87 г/л). Столь высокая частота может быть связана с особенностями отбора (госпитализированные пациенты с активным процессом).

Лейкопения и тромбоцитопения. Выраженная лейкопения ($3.4 \times 10^9/\text{л}$) и тромбоцитопения ($107 \times 10^9/\text{л}$) зафиксированы только у пациентки Хужамуратовой Г.З. с наиболее тяжелым течением и длительным анамнезом. У остальных пациенток показатели белой крови и тромбоцитов были в пределах нормы.

Воспалительные маркеры. Повышение СОЭ отмечено у 2 из 4 пациенток. Исключительно высокие значения СОЭ (1018 мм/ч) зафиксированы у пациентки Хужамуратовой Г.З., что коррелирует с тяжестью состояния и активностью процесса. С-реактивный белок был повышен у всех 4 пациенток (24-26 мг/л при норме <5), что подтверждает наличие системного воспаления.

Таблица 2. Сравнительный анализ лабораторных показателей

Показатель	Собственные данные (n=4)	Данные литературы по Узбекистану
------------	--------------------------	----------------------------------



Анемия (Hb <120 г/л)	100%	66.4% (Пугач В.А., 2024)
Лейкопения (<4×10 ⁹ /л)	25%	56.7% (Пугач В.А., 2024)
Тромбоцитопения (<180×10 ⁹ /л)	25%	30.8% (Пугач В.А., 2024)
Повышение СРБ (>5 мг/л)	100%	Данные отсутствуют
Протеинурия (>0.033 г/л)	100%	Данные отсутствуют
Уратурия (URAT++)	100%	Данные отсутствуют

Обсуждение

Проведенный систематический обзор и анализ собственных данных позволяют охарактеризовать особенности течения СКВ в узбекской популяции.

Демографические особенности. Преобладание женщин (более 90%) и дебют в репродуктивном возрасте полностью соответствуют мировым данным и подтверждают ключевую роль гормональных факторов в патогенезе заболевания. В исследовании Tashinova L. (2023) соотношение женщин и мужчин составило 44% и 56% соответственно, что вызывает сомнение (вероятно, опечатка в источнике), однако в остальных узбекских исследованиях преобладание женщин убедительно доказано [1, 2].

Сердечно-сосудистые осложнения. Выявленная высокая частота артериальной гипертензии (75% в нашей группе) и дислипидемии (89% по данным Джураевой Э.Р.) подтверждает, что СКВ является независимым фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний. Механизмы включают хроническое воспаление, повреждение эндотелия, ускоренный атеросклероз и побочные эффекты глюкокортикостероидной терапии. Это диктует



необходимость активного скрининга и коррекции кардиоваскулярных факторов риска у всех пациентов с СКВ.

Неврологические проявления. Подтверждена прогностическая значимость нейропсихических проявлений, которые ассоциированы с более тяжелым течением и накоплением необратимых повреждений [2, 4]. В нашей группе пациентка с инсультом имела максимальную длительность заболевания (20 лет) и наиболее выраженные лабораторные изменения (анемия, лейкопения, тромбоцитопения, экстремально высокая СОЭ). Раннее выявление предикторов нейропсихических осложнений (анти-Ro/SSA антитела, алопеция, язвы полости рта) может улучшить прогноз [4].

Анемия. Высокая частота анемии (100% в нашей группе против 66.4% в литературе) может отражать как активность заболевания, так и особенности отбора пациентов. Анемия при СКВ имеет многофакторную природу: аутоиммунный гемолиз, анемия хронического воспаления, нефрогенная анемия, дефицит железа вследствие меноррагий (на фоне антикоагулянтной терапии) или желудочно-кишечных кровотечений. Коррекция анемии является важным компонентом комплексной терапии.

Уратурия как потенциальный фактор риска. Обнаружение солей уратов в моче у 100% наших пациенток представляет особый интерес. Известно, что мочевая кислота обладает провоспалительными свойствами и может активировать NLRP3-инфламмасому, способствуя поддержанию хронического воспаления. В доступной литературе по СКВ в Узбекистане этот феномен не описывался, что требует дальнейшего изучения. Возможно, нарушение пуринового обмена является дополнительным модифицируемым фактором риска, коррекция которого (диета, аллопуринол) могла бы улучшить течение заболевания.

Ограничения исследования. Настоящее исследование имеет ряд ограничений: небольшой объем собственной выборки, гетерогенность включенных исследований, отсутствие стандартизированных протоколов



обследования, невозможность проведения полноценного статистического мета-анализа. Тем не менее, полученные данные позволяют составить целостное представление о факторах риска и клинических особенностях СКВ в Узбекистане.

Заключение

1. Системная красная волчанка в узбекской популяции характеризуется высокой частотой кардиоваскулярных осложнений (артериальная гипертензия — 75%, дислипидемия — 89%), что требует активного скрининга и коррекции этих модифицируемых факторов риска.

2. Анемия является одним из наиболее частых лабораторных проявлений (66-100%) и ассоциирована с активностью заболевания.

3. Нейропсихические проявления служат значимым фактором риска необратимых повреждений и ухудшают прогноз, что подтверждается развитием инсульта у пациентки с максимальной длительностью заболевания.

4. Впервые описана высокая частота уратурии (100%) у пациентов с СКВ в Узбекистане, что может рассматриваться как дополнительный модифицируемый фактор риска и требует дальнейшего изучения.

5. Необходима стандартизация подходов к ведению пациентов с СКВ в Узбекистане с обязательным мониторингом кардиоваскулярных факторов риска, функции почек и неврологического статуса.

6. Перспективным направлением является изучение роли нарушений пуринового обмена при СКВ и возможностей их коррекции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Хамраева Н.А. Особенности поражения внутренних органов у больных системной красной волчанкой, проживающих в резко континентальных климатических условиях // Журнал вестник врача. — 2018. — № 1. — С. 84-87.
2. Tashinova L., Khamraeva N., Mambetova L. et al. Risk factors for the development of systemic lupus erythematosus (SLE) in Asians: a research case-control // BIO Web of Conferences. — 2023. — Vol. 65. — P. 05017.



3. Рашидова Г.Б., Абдуллаева У.А., Саидмурадова М.А. Эффективность синхронной интенсивной терапии у больных системной красной волчанкой // Медицинский журнал Узбекистана. — 2006. — № 3. — С. 45-48.
4. Джураева Э.Р., Камилова У.К., Ярмухамедова С.Х. Кардиоваскулярные факторы риска у больных системной красной волчанкой // Кардиология Узбекистана. — 2025. — № 1. — С. 23-28.
5. Пугач В.А., Гайдукова И.З., Инамова О.В. и др. Поражение системы крови при системной красной волчанке // Научно-практическая ревматология. — 2024. — Т. 62, № 1. — С. 45-52.
6. Гусева И.А., Соловьев С.К., Насонов Е.Л. Генетика системной красной волчанки: современное состояние проблемы // Научно-практическая ревматология. — 2020. — Т. 58, № 3. — С. 305-316.
7. Aringer M., Costenbader K., Daikh D. et al. 2019 European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology classification criteria for systemic lupus erythematosus // Arthritis Rheumatol. — 2019. — Vol. 71, № 9. — P. 1400-1412.
8. Fanouriakis A., Tziolos N., Bertsias G., Boumpas D.T. Update on the diagnosis and management of systemic lupus erythematosus // Ann Rheum Dis. — 2021. — Vol. 80, № 1. — P. 14-25.
9. Gergianaki I., Bortoluzzi A., Bertsias G. Update on the epidemiology, risk factors, and disease outcomes of systemic lupus erythematosus // Best Pract Res Clin Rheumatol. — 2018. — Vol. 32, № 2. — P. 188-205.
10. Kaul A., Gordon C., Crow M.K. et al. Systemic lupus erythematosus // Nat Rev Dis Primers. — 2016. — Vol. 2. — P. 16039.

Приложение.

Клинические случаи.

Пациент 1 (Очилова Ю.С., 39 лет) — длительность заболевания 4 года. Поражение кожи, суставов, сердца, почек. Сопутствующий сахарный диабет II типа. Лабораторно: анемия (Hb 104 г/л), СОЭ 80 мм/ч, СРБ 24 мг/л,



протеинурия 0.099 г/л, АСЛО 510 ед/мл. Получает преднизолон 5 мг, метотрексат 10 мг/нед, сельсепт 500 мг×2, метформин 500 мг.

Пациент 2 (Абдурахимова М.А., 46 лет) — длительность 9 лет. Поражение легких (пневмофиброз), сердца, почек, суставов. Ожирение (ИМТ 32.5), АГ III ст. с кризами. Лабораторно: анемия легкой степени (Hb 115 г/л), СРБ 24 мг/л, протеинурия 0.099 г/л, АЛТ 58 Ед/л. Получает преднизолон, плаквенил 200 мг, метотрексат 10 мг/нед, сельсепт 500 мг×2, ко-амлессу.

Пациент 3 (Хужамуратова Г.З., 50 лет) — длительность 20 лет (наибольшая). Поражение суставов, сердца, почек, ЦНС (ишемический инсульт 2018 г. с левосторонней гемиплегией). Лабораторно: тяжелая анемия (Hb 87 г/л), лейкопения ($3.4 \times 10^9/\text{л}$), тромбоцитопения ($107 \times 10^9/\text{л}$), СОЭ 1018 мм/ч (экстремально высокая), СРБ 26 мг/л, протеинурия 0.066 г/л, глюкоза 8.2 ммоль/л. Получает дексаметазон, тромбопол 75 мг.

Пациент 4 (Худайкулова Н.Х., 35 лет) — длительность около 8 лет. Поражение суставов, сердца, почек. АГ III ст., киста почки. Лабораторно: тяжелая анемия (Hb 87 г/л), СРБ 24 мг/л, креатинин 82.9 мкмоль/л (↑), протеинурия 0.066 г/л. Получает преднизолон 10 мг, плаквенил 200 мг, сельсепт 500 мг×2, валодип, небилет, куранил 25 мг.