

Клинико-демографическая характеристика, кардиоваскулярный профиль и терапевтическая стратегия у пациентов с системной красной волчанкой

А.А. Гоибназаров, С.М. Шукурова, Ф.М. Зоидова, Ф.У. Курбонова

ГОО "Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан", Душанбе, Таджикистан

Цель исследования. Оценить клинико-демографические особенности, структуру органических и кардиоваскулярных поражений, а также характер терапии и динамику активности заболевания у пациентов с системной красной волчанкой на госпитальном этапе.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ 137 историй болезни пациентов с системной красной волчанкой, которые были госпитализированы в ревматологические отделения ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» (Душанбе) и Согдийской областной клинической больницы им. С. Кутфидинова (Худжанд) в период с 2021 по 2024 год. Диагноз верифицировали по действующим классификационным критериям ACR 1997, SLICC 2012 и/или EULAR/ACR 2019.

Результаты. Большинство пациентов были женщинами репродуктивного возраста (90,5%, медиана возраста 36,7 лет), соотношение женщин и мужчин составило 9,5:1. У большинства больных при дебюте было отмечено полиорганное поражение: у 59,1% диагностирован люпус-нефрит, у 68,6% — гематологические нарушения. Распространённость артериальной гипертензии и дислипидемии достигала 56,9% и 36,5% соответственно, 6,6% уже перенесли инсульт или инфаркт миокарда. Выделены факторы, ассоциированные с кардиоваскулярными осложнениями при системной красной волчанке: более старший возраст, длительность заболевания более 5 лет, люпус-нефрит, антифосфолипидные антитела, стойкая активность (SLEDAI $\geq$ 6), избыточная масса тела и дислипидемия. Несмотря на снижение медианы индекса SLEDAI-2K с 14 до 7 баллов на фоне госпитальной терапии, только у 33,6% пациентов был достигнут целевой показатель (SLEDAI $\leq$ 5).

Заключение. Системная красная волчанка у пациентов на госпитальном этапе проявляется высокой частотой полиорганного поражения и значимой кардиоваскулярной и коморбидной нагрузкой. Выявленные клинико-метаболические факторы указывают на необходимость ранней оценки риска и более агрессивной кардиопротективной тактики.

Ключевые слова:

системная красная волчанка, факторы риска, кардиоваскулярные осложнения, артериальная гипертензия, полиорганное поражение, кардиопротективная тактика

Для цитирования:

Гоибназаров А.А., Шукурова С.М., Зоидова Ф.М., Курбонова Ф.У. Клинико-демографическая характеристика, кардиоваскулярный профиль и терапевтическая стратегия у пациентов с системной красной волчанкой. Евразийский научно-медицинский журнал «Сино». 2026; 7(1): 69-79. <https://doi.org/10.54538/2707-5265-2026-7-1-69-79>

DOI: 10.54538/2707-5265-2026-7-1-69-79

Clinical and demographic characteristics, cardiovascular profile and therapeutic strategy in patients with systemic lupus erythematosus

A.A. Ghoibnazarov, S.M. Shukurova, F.M. Zoidova, F.U. Qurbonova

State Educational Institution "Institute of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan", Dushanbe, Tajikistan

Objective: To assess the clinical and demographic features, the structure of organ and cardiovascular involvement, as well as the nature of therapy and disease activity dynamics in patients with systemic lupus erythematosus (SLE) at the hospital stage.

Materials and Methods: A retrospective analysis of 137 case histories of patients with systemic lupus erythematosus (SLE) was conducted. They were hospitalized in the rheumatology departments of the Shifobakhsh National Medical Center of the Republic of Tajikistan (Dushanbe) and the Sughd Regional Clinical Hospital named after S. Kutfidinov (Khujand) between 2021 and 2024. The diagnosis was verified according to the current classification criteria of ACR 1997, SLICC 2012, and/or EULAR/ACR 2019.

Results: The majority of patients were women of reproductive age (90.5%, median age 36.7 years), with a female-to-male ratio of 9.5:1. Most patients had multiple organ involvement at presentation: 59.1% were diagnosed with lupus nephritis, and 68.6% had hematological disorders. The prevalence of arterial hypertension and dyslipidemia reached 56.9% and 36.5%, respectively, and 6.6% had already suffered a stroke or myocardial infarction. Factors associated with cardiovascular complications in systemic lupus erythematosus were identified: older age, disease duration greater than 5 years, lupus nephritis, antiphospholipid antibodies, persistent lupus activity (SLEDAI $\geq$ 6), overweight, and dyslipidemia. Despite a decrease in the median SLEDAI-2K score from 14 to 7 points during hospital therapy, only 33.6% of patients achieved the target (SLEDAI $\leq$ 5).

Conclusion: Systemic lupus erythematosus (SLE) in hospitalized patients presents with a high incidence of multiorgan damage and significant cardiovascular and comorbid burden. The identified clinical and metabolic factors indicate the need for early risk assessment and more aggressive cardioprotective strategies.

Key words:

systemic lupus erythematosus, risk factors, cardiovascular complications, arterial hypertension, multiple organ damage, cardioprotective tactics

For citation:

Ghoibnazarov A.A., Shukurova S.M., Zoidova F.M., Qurbonova F.U. Clinical and demographic characteristics, cardiovascular profile and therapeutic strategy in patients with systemic lupus erythematosus. *Eurasian Scientific and Medical Journal "Sino"*. 2026; 7(1): 69-79. <https://doi.org/10.54538/2707-5265-2026-7-1-69-79>

ВВЕДЕНИЕ

Системная красная волчанка (СКВ) – хроническое мультисистемное аутоиммунное заболевание, проявляющееся продукцией широкого спектра аутоантител, формированием иммунных комплексов и развитием иммуновоспалительного повреждения различных органов и тканей [1]. Распространенность СКВ в мире составляет 30–150 случаев на 100 000 населения, с выраженной половой диспропорцией (соотношение женщин и мужчин 9:1) и пиком заболеваемости в репродуктивном возрасте [2]. Патогенез обусловлен сложным взаимодействием генетики, гормонов и окружающей среды. Это приводит к нарушению иммунной толерантности и хронической активации врожденного и адаптивного иммунитета [3].

Системная красная волчанка представляет значительные трудности для своевременной диагностики из-за неспецифичности ранних симптомов и отсутствия единого диагностического теста, особенно в регионах с ограниченными ресурсами здравоохранения. Для улучшения диагностики СКВ классификационные критерии, такие как ACR 1997, SLICC 2012 и EULAR/ACR 2019, постоянно совершенствуются, чтобы повысить чувствительность на ранних стадиях болезни [4, 5].

Несмотря на прогресс в терапии, достигнутый с применением антималярийных препаратов, иммуносупрессантов и биологических агентов, качество жизни пациентов с СКВ остаётся сниженным, а прогноз серьёзным, во многом из-за развития органных повреждений и коморбидных состояний, среди которых особое место занимают кардиоваскулярные патологии, являющиеся ведущей причиной поздней летальности [7].

Кардиоваскулярный риск при системной красной волчанке обусловлен первичным иммуновоспалительным поражением сердца и сосудов (перикардит, миокардит, васкулит), а также ускоренным атеросклерозом на фоне хронического воспаления, метаболических нарушений, вызванных болезнью и её лечением (особенно глюкокортикоидами) [8, 9, 10].

По данным ряда исследований, риск развития ишемической болезни сердца у женщин с системной красной волчанкой в возрасте 35–44

лет повышен в 50 раз по сравнению с общей популяцией [10].

В Республике Таджикистан вопросы клинико-демографической характеристики, структуры осложнений и факторов кардиоваскулярного риска у пациентов с системной красной волчанкой остаются недостаточно изученными, особенно в условиях реальной клинической практики с ограниченным доступом к современным методам диагностики и лечения. Понимание этих особенностей необходимо для оптимизации стратегий ведения пациентов, ранней диагностики осложнений и улучшения долгосрочного прогноза.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить клинико-демографические особенности, структуру органных и кардиоваскулярных поражений, а также характер терапии и динамику активности заболевания у пациентов с системной красной волчанкой на госпитальном этапе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В ретроспективное исследование вошли 137 пациентов с диагнозом СКВ, которые проходили лечение в ревматологических отделениях ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» в Душанбе и Согдийской областной клинической больницы имени С. Кутфидинова в Худжанде с 2021 по 2024 годы. Диагноз СКВ ставился ревматологами на основе клинических и лабораторных данных, используя классификационные критерии ACR 1997, SLICC 2012 и/или EULAR/ACR 2019.

Путём анализа историй болезни были зарегистрированы следующие параметры:

- Демографические данные (пол, возраст на момент установления диагноза и на момент госпитализации).

- Клинические данные (длительность заболевания, начальные симптомы, органные поражения на момент диагностики и в анамнезе, триггерные факторы (УФ-облучение, беременность, прием лекарств), семейный анамнез аутоиммунных заболеваний).

- Данные о коморбидности, включающие артериальную гипертензию (АГ), дислипидемию, хроническую болезнь почек (ХБП, СКФ

Таблица 1. Общая характеристика больных с системной красной волчанкой
Table 1. General characteristics of patients with systemic lupus erythematosus

Параметры	Количество больных (n=137)
Женский пол, n (%)	124 (90,5%)
Мужской пол, n (%)	13 (9,5%)
Возраст на момент диагноза (лет), Ме (Q1-Q3)	32,4 (24-41)
Возраст на момент анализа (лет), Ме (Q1-Q3)	36,7 (27-46)
Длительность заболевания (мес.), Ме (Q1-Q3)	36 (18-60)
Индекс массы тела (кг/м ²), Ме (Q1-Q3)	24,4 (21,2-27,6)
Распределение по ИМТ, n (%):	
- Дефицит массы тела (<18,5)	10 (7,3%)
- Нормальная масса тела (18,5-24,9)	77 (56,2%)
- Избыточная масса тела (25-29,9)	36 (26,3%)
- Ожирение (ИМТ ≥30)	14 (10,2%)

<60 мл/мин/1,73 м²), сахарный диабет, остеопороз, гипотиреоз, депрессивные/тревожные расстройства, ишемическую болезнь сердца.

- Данные о кардиоваскулярных осложнениях (КВО), такие как перикардит, признаки субклинического атеросклероза по УЗИ брахиоцефальных артерий, подтвержденные макрососудистые события, венозные и артериальные тромбозы, клапанная патология, миокардит/миокардиальная дисфункция, подозрение на легочную артериальную гипертензию (по данным эхокардиографии).

- Данные о проводимой терапии: приём гидроксихлорохина, системных глюкокортикоидов, иммуносупрессантов (азатиоприн, циклофосфамид, метотрексат, микофенолата мофетил), биологических препаратов.

- Оценка активности заболевания: с использованием индекса SLEDAI-2K (Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index 2000) на момент госпитализации и выписки, где степень активности классифицировалась как высокая (≥11 баллов), умеренная (6–10), низкая (1–5) и ремиссия (0).

Для изучения факторов, ассоциированных с кардиоваскулярными осложнениями (КВО), пациенты были разделены на две группы: с наличием КВО (перикардит, миокардит, подтвержденные макрососудистые события, тромбозы, легочная гипертензия) и без КВО. Проведен сравнительный анализ по возрасту, длительности заболевания, наличию люпус-нефрита, индексу массы тела, активности заболевания,

дислипидемии и приёму глюкокортикоидов.

Для статистического анализа использовались описательные методы: для количественных данных с нормальным распределением – среднее арифметическое и стандартное отклонение ($M \pm \sigma$), с ненормальным распределением – медиана и межквартильный размах (Ме (Q1-Q3)). Качественные данные представлены в виде абсолютных чисел и процентов (n, %). Для сравнения количественных переменных между двумя независимыми группами применялся t-критерий Стьюдента (для нормального распределения) или U-критерий Манна-Уитни, а для сравнения качественных переменных – критерий хи-квадрат (χ^2) или точный критерий Фишера. Статистическая значимость различий определялась при уровне $p < 0,05$. Обработка данных проводилась с использованием программного пакета IBM SPSS Statistics (версия 26.0).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Клинико-демографические данные пациентов с СКВ показывает, что большинство из них – женщины (n=124, 90,5%). Соотношение женщин и мужчин составило 9,5:1 (табл. 1). Медиана на момент начала исследования была 36,7 лет (27–46), а на момент постановки диагноза – 32,4 года (24–41). К моменту анализа средняя продолжительность заболевания составила 36 месяцев (18–60). Медиана индекса массы тела составила 24,4 кг/м². Избыточный вес наблюдался у 26,3% пациентов, а ожирение – у 10,2%,

Таблица 2. Органные поражения при дебюте и коморбидность у пациентов с системной красной волчанкой (n=137)

Table 2. Organ damage at onset and comorbidity in patients with systemic lupus erythematosus (n=137)

Параметры	Количество больных (n=137)	
	n	%
Органные поражения на момент постановки диагноза:		
- Опорно-двигательная система (артрит/миалгия)	116	84,7%
- Кожно-слизистые поражения	105	76,6%
- Гематологические нарушения	94	68,6%
- Люпус-нефрит	81	59,1%
- Серозит (плеврит/перикардит)	45	32,8%
- Нервно-психические проявления	21	15,3%
Сопутствующие заболевания:		
- Артериальная гипертензия	78	56,9%
- Дислипидемия	50	36,5%
- Депрессивные/тревожные расстройства	33	24,1%
- ХБП (СКФ <60 мл/мин/1.73м ²)	30	21,9%
- Остеопороз	26	19,0%
- Сахарный диабет	18	13,1%
- Гипотиреоз	14	10,2%
- Ишемическая болезнь сердца	8	5,8%

Примечание: процент от общего количества больных; ХБП – хроническая болезнь почек; СКФ – скорость клубочковой фильтрации

Note: percentage of the total number of patients; CKD – chronic kidney disease; GFR – glomerular filtration rate

что увеличивает риск сердечно-сосудистых и метаболических заболеваний.

Структура начальных симптомов проявлялась преобладанием неспецифических проявлений: немотивированная слабость и утомляемость (90,5%), артралгии/артрит (84,7%), кожные проявления (76,6%). Лихорадка наблюдалась у 43,1% пациентов, а серозит – у 23,4%. Среди потенциальных триггеров дебюта или обострения СКВ наиболее часто отмечалось воздействие ультрафиолетового излучения (42,3% пациентов), что подтверждает влияние этого фактора, тогда как семейная агрегация аутоиммунных заболеваний регистрировалась примерно у четверти больных (24,1%), что указывает на вклад генетических факторов. Беременность выступала провоцирующим фактором у 15,3% женщин репродуктивного возраста, а подозрение на лекарственно-индуцированную волчанку зафиксировано у 5,8%.

На момент выявления диагноза у подавляющего большинства пациентов уже имелись признаки мультисистемного поражения, что свидетельствует о высокой агрессивности заболевания в изучаемой популяции (табл. 2).

Как видно из данных таблицы, органические поражения при дебюте СКВ преобладают мультисистемные поражения, среди которых часто встречаются вовлечение опорно-двигательного аппарата (артрит/миалгия у 84,7% пациентов), кожно-слизистые проявления (76,6%). Значительная доля больных имела гематологические нарушения (68,6%) и люпус-нефрит (59,1%). У 32,8% пациентов диагностировали серозит (плеврит или перикардит), а у 15,3% - нервно-психические расстройства. Сопутствующая патология (коморбидность) у госпитализированных пациентов с СКВ охватывала широкий спектр заболеваний. Среди пациентов наиболее распространёнными были артериальная гипер-

тензия (АГ) (56,9%) и дислипидемия (36,5%). У каждого пятого (21,9%) была диагностирована хроническая болезнь почек (ХБП) со скоростью клубочковой фильтрации (СКФ) менее 60 мл/мин/1,73 м². Частота остеопороза составила 19,0%, сахарного диабета - 13,1%, гипотиреоза - 10,2%. Ишемическая болезнь сердца была зарегистрирована у 5,8% больных.

Структура КВО охватывала АГ у 56,9% пациентов, дислипидемию - у 36,5%, перикардит - у 24,1%, субклинический атеросклероз по данным УЗИ брахиоцефальных артерий - у 13,1%, макрососудистые события (инсульт/инфаркт миокарда) - у 6,6% пациентов, венозные и артериальные тромбозы - у 5,8%, клапанную патологию - у 4,4% и признаки миокардиальной дисфункции/миокардита - у 3,6%. Лёгочная артериальная гипертензия по результатам скрининга была выявлена у 2,2% пациентов (рис. 1).

Для выявления предикторов кардиоваскулярных осложнений был проведён сравнительный анализ пациентов с наличием (n=65) и от-

сутствием (n=72) КВО (табл. 3).

Сравнительный анализ выявил статистически значимые различия между группами пациентов с СКВ в зависимости от наличия КВО: пациенты с КВО (n=65) были достоверно старше пациентов без КВО (n=72): средний возраст составил $42,1 \pm 9,8$ лет против $31,5 \pm 8,2$ лет ($p < 0,001$). Клинико-anamнестический профиль пациентов с КВО имел более длительное течение СКВ (продолжительность заболевания свыше 5 лет у 69,2% против 25,0%), значимо более частым наличием в анамнезе люпус-нефрита (69,2% против 50,0%) и длительным использованием высоких доз глюкокортикоидов (89,2% против 62,5%). Все эти различия статистически значимы ($p < 0,05$). Параметры активности заболевания и метаболические факторы также отличались: стойкая активность болезни (SLEDAI ≥ 6) выявлялась почти в два раза чаще в группе с КВО (46,2% против 25,0%, $p = 0,012$). Кроме того, у этих пациентов значимо преобладали метаболические нарушения – избыточная масса тела (49,2% против 25,0%, $p = 0,004$) и



Рис. 1. Структура кардиоваскулярных осложнений у пациентов с СКВ
Fig. 1. Structure of cardiovascular complications in patients with SLE

Таблица 3. Сравнительная характеристика пациентов с СКВ в зависимости от наличия кардиоваскулярных осложнений**Table 3. Comparative characteristics of patients with SLE depending on the presence of cardiovascular complications**

Параметры	Пациенты с КВО (n=65)	Пациенты без КВО (n=72)	P
Средний возраст на момент анализа, лет (M±σ)	42,1±9,8	31,5±8,2	<0,001
Длительность СКВ >5 лет, n (%)	45 (69,2%)	18 (25,0%)	<0,001
Длительный приём ГК (>10 мг/сут. >6 мес.), n (%)	58 (89,2%)	45 (62,5%)	<0,001
Наличие люпус-нефрита в анамнезе, n (%)	45 (69,2%)	36 (50,0%)	0,028
Стойкая активность заболевания (SLEDAI ≥6), n (%)	30 (46,2%)	18 (25,0%)	0,012
ИМТ >25 кг/м ² , n (%)	32 (49,2%)	18 (25,0%)	0,004
Дислипидемия, n (%)	40 (61,5%)	10 (13,9%)	<0,001

Примечание: для сравнения количественных показателей использован t-критерий Стьюдента, для категориальных переменных – критерий χ^2 или точный критерий Фишера

Note: for comparison of quantitative indicators, the Student's t-criterion was used, for categorical variables – the χ^2 criterion or the Fisher exact criterion



Рис. 2. Характер проведенной терапии у пациентов с СКВ
Fig. 2. The nature of the therapy administered to patients with SLE

дислипидемия (61,5% против 13,9%, $p < 0,001$).

Терапевтическая стратегия в изучаемый период зависела от ограниченной доступности современных патогенетических препаратов. Глюкокортикоиды были назначены 84,7% пациентов, гидроксихлорохин – 75,2%, азатиоприн – 32,8%, циклофосфамид – 14,6%, метотрексат

– 11,7%. Микофенолата мофетил применялся только у 5,1%, а биологические препараты (ритуксимаб) – у 0,73% пациентов (рис. 2).

На фоне госпитальной терапии отмечалось статистически значимое снижение медианы SLEDAI-2K с 14 (9–18) до 7 (4–11) баллов, при этом доля пациентов с высокой активностью

(≥ 11 баллов) уменьшилась с 71,5 до 23,4%, а частота умеренной активности (6–10 баллов) увеличилась, и доля больных с низкой активностью или ремиссией ($\text{SLEDAI} \leq 5$) возросла до 33,6%. Однако у двух третей пациентов к моменту выписки сохранялась умеренная или высокая активность заболевания, что свидетельствует о неполном достижении терапевтических целей и может указывать на потенциально неблагоприятный прогноз.

Проведённое ретроспективное исследование позволило сформировать клиничко-демографический портрет госпитализированного пациента с системной красной волчанкой в Таджикистане. Типичная пациентка — женщина репродуктивного возраста (медиана 36,7 лет), у которой заболевание началось с неспецифических симптомов, таких как усталость (90,5%) и артралгии (84,7%), и быстро прогрессировало, вызывая полиорганные поражения с высокой частотой люпус-нефрита (59,1%) и гематологических нарушений (68,6%). Соотношение женщин и мужчин 9,5:1 полностью соответствует глобальным эпидемиологическим данным [1, 11], что, вместе с тяжёлым фенотипом при госпитализации, косвенно указывает на позднюю диагностику заболевания в изучаемой популяции.

Значительная коморбидная нагрузка, представленная в первую очередь артериальной гипертензией (56,9%) и дислипидемией (36,5%), создаёт фундамент для ускоренного атеросклероза, что согласуется с результатами многонациональных исследований, в которых метаболический синдром встречается у 42–58% пациентов с СКВ [12]. Зарегистрированная частота остеопороза (19,0%) оказалась ниже, чем в западных популяциях (27–37%). Зарегистрированная частота остеопороза (19,0%) оказалась ниже, чем в западных популяциях (27–37%), что на фоне длительного приёма высоких доз глюкокортикоидов большинством пациентов, с высокой вероятностью объясняется недооценкой проблемы из-за ограниченного применения денситометрии в рутинной клинической практике и подчёркивает необходимость внедрения систематического скрининга.

При системной красной волчанке, помимо высокой распространённости артериальной

гипертензии и дислипидемии, у каждого четвёртого пациента (24,1%) регистрировался перикардит, что превышает среднемировые показатели (16–21%) и может отражать фенотипические особенности заболевания в азиатских популяциях [14]. Наиболее клинически значимым является тот факт, что 6,6% относительно молодых пациентов (медиана возраста 36,7 лет) уже перенесли макрососудистые события (инфаркт миокарда или инсульт).

Это наглядно иллюстрирует экстремально высокий сердечно-сосудистый риск, многократно превышающий популяционный, что подтверждается данными проспективных исследований [7, 15]. Выявленный комплекс предикторов КВО (большой возраст, длительность СКВ > 5 лет, наличие люпус-нефрита, стойкая активность заболевания, дислипидемия, избыточная масса тела) находится в полном соответствии с современной концепцией их мультифакторного генеза. Риск возникает в результате синергии хронического иммуновоспалительного процесса, прямого поражения сосудов (васкулопатия), побочных эффектов длительной терапии глюкокортикоидами и традиционных метаболических факторов [10, 16]. Эти результаты подчёркивают, что каждый госпитализированный пациент с СКВ должен рассматриваться как человек с высоким или очень высоким сердечно-сосудистым риском, что требует активного скрининга и превентивных мероприятий.

Анализ терапии показал значительные ограничения, связанные с доступностью лекарственных средств. При практически универсальном использовании глюкокортикоидов (84,7%) и относительно высокой частоте назначения гидроксихлорохина (75,2%) доступ к современным иммуносупрессантам (микофенолата мофетил - 5,1%) и биологическим препаратам (0,73%) критически низкий, что контрастирует с международными стандартами лечения, рекомендованными EULAR [5, 17].

Данное несоответствие напрямую коррелировало с недостаточной эффективностью терапии: значимое снижение медианы индекса SLEDAI-2K с 14 до 7 баллов не позволило достичь целевого уровня низкой активности или ремиссии ($\text{SLEDAI} \leq 5$) к моменту выписки

у трети пациентов (33,6%). Сохранение высокой активности заболевания у 23,4% пациентов при выписке является тревожным сигналом. Это указывает на необходимость оптимизации терапевтических стратегий и расширения доступа к современным методам лечения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Госпитализированные пациенты с системной красной волчанкой в Таджикистане характеризуются тяжёлым полиорганным поражением и значительной кардиометаболической нагрузкой уже на этапе диагностики, что обусловлено комплексом предикторов сердечно-сосудистых осложнений и подтверждает их мультифакторный генез, а существующий разрыв между реальной клинической практикой, ограниченной доступностью современных препаратов и международными стандартами терапии ведёт к недостаточному контролю активности СКВ и сохраняет высокий риск прогрессирующего органного повреждения. Полученные результаты подчёркивают важность внедрения комплексной стратегии, которая объединяет раннюю стратификацию риска, активную модификацию управляемых факторов и оптимизацию иммуносупрессивной терапии, чтобы улучшить отдалённый прогноз у определённой категории больных.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Dai X., Fan Y., Zhao X. Systemic lupus erythematosus: updated insights on the pathogenesis, diagnosis, prevention and therapeutics. *Signal Transduct Target Ther.* 2025;10(1):102. <https://doi.org/10.1038/s41392-025-02168-0>.
2. Tian J., Zhang D., Yao X., Huang Y., Lu Q. Global epidemiology of systemic lupus erythematosus: a comprehensive systematic analysis and modelling study. *Ann Rheum Dis.* 2023;82(3):351–356. <https://doi.org/10.1136/ard-2022-223035>.
3. Akhil A., Bansal R., Anupam K., Tandon A., Bhatnagar A. Systemic lupus erythematosus: latest insight into etiopathogenesis. *Rheumatol Int.* 2023;43(8):1381–1393. <https://doi.org/10.1007/s00296-023-05346-x>.
4. Aringer M., Petri M. New classification criteria for systemic lupus erythematosus. *Curr Opin Rheumatol.* 2020 Nov;32(6):590-596. <https://doi.org/10.1097/BOR.0000000000000740>
5. Fanouriakis A., Kostopoulou M., Andersen J., et al. EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus: 2023 update. *Ann Rheum Dis.* 2024;83(1):15–29. <https://doi.org/10.1136/ard-2023-224762>.
6. Шолкина П.А., Шумилова А.А., Решетняк Т.М. Варианты течения и индекс повреждения при системной красной волчанке. *Современная ревматология.* 2025;19(4):81–85. Sholkina P.A., Shumilova A.A., Reshetnyak T.M. Variants of course and damage index in systemic lupus erythematosus. *Modern Rheumatology.* 2025;19(4):81–85. <https://doi.org/10.14412/1996-7012-2025-4-81-85>.
7. Исламова Э.Р., Кенжегереева А.Б., Кемелбекова Б.Н., Бакытжанова Ж.Б., Сарсенбаева З.Е., Садык С.С. и др. Оценка распространенности коморбидности и кардиоваскулярного риска у пациентов с системной красной волчанкой. *Вестник Казахского Национального медицинского университета.* 2020;(1-1):631–635. Islamova E.R., Kenzhegerieva A.B., Kemelbekova B.N., Bakytzhanova Zh.B., Sarsenbaeva Z.E., Sadyk S.S. et al. Assessment of comorbidity prevalence and cardiovascular risk in patients with systemic lupus erythematosus. *Bulletin of Kazakh National Medical University.* 2020;(1-1):631–635.
8. Панафидина Т.А., Попкова Т.В., Кондратьева Л.В. Частота и структура поражения сердца при системной красной волчанке. *Доктор.Ру.* 2022;21(2):72–79. Panafidina T.A., Popkova T.V., Kondratyeva L.V. Frequency and structure of cardiac involvement in systemic lupus erythematosus. *Doctor.Ru.* 2022;21(2):72–79. <https://doi.org/10.31550/1727-2378-2022-21-2-72-79>
9. Шукурова С.М., Зоидова Ф.М., Хамроева З.Д., Курбонова Ф.У. Морфофункциональная характеристика сердца при иммуновоспалительных ревматических заболеваниях. *Rheumatology of Kazakhstan.* 2024;(1):32–36. Shukurova S.M., Zoidova F.M., Khamroeva Z.D., Kurbonova F.U.

- Morphofunctional characteristics of the heart in immunoinflammatory rheumatic diseases. *Rheumatology of Kazakhstan*. 2024; (1):32–36. <https://doi.org/10.24353/qr.2024.36.20.007>
10. Appleton B.D., Major A.S. The latest in systemic lupus erythematosus-accelerated atherosclerosis: related mechanisms inform assessment and therapy. *Curr Opin Rheumatol*. 2021; 33(2):211–218.
 11. Lemrabott M., Mah S.M., Awa J., Sidi Hamoud M.Y., Meyine M., Abed A. et al. Lupus Nephropathy in Mauritania: A Clinical and Longitudinal Study from the National Hospital Center of Nouakchott. *Cureus*. 2025 Aug 21;17(8):e90636. <https://doi.org/10.7759/cureus.90636>
 12. Rabrenović V., Petrović M., Rabrenović M., Rančić N. Association between metabolic syndrome and lupus nephritis activity. *J Med Biochem*. 2024;43(4):565–573. <https://doi.org/10.5937/jomb0-45732>.
 13. Wang Z, Yang J, Shi Q, Liu B, Liang Y, Zhou Y, Li G. Potential causal effect of SLE on osteoporosis, and the mediation effect: a Mendelian randomisation study. *Lupus Sci Med*. 2025;12(2):e001735. <https://doi.org/10.1136/lupus-2025-001735>.
 14. Vyas V., Vyas V., Sharma A., Kumar P.A. Cardiac Involvement in Systemic Lupus Erythematosus. *Rev Cardiovasc Med*. 2025;26(11):42760. <https://doi.org/10.31083/RCM42760>.
 15. Atzeni F., Rodríguez-Pintó I., Cervera R. Cardiovascular disease risk in systemic lupus erythematosus: Certainties and controversies. *Autoimmun Rev*. 2024;23(10):103646. <https://doi.org/10.1016/j.autrev.2024.103646>.
 16. Crow M.K. Pathogenesis of systemic lupus erythematosus: risks, mechanisms and therapeutic targets. *Ann Rheum Dis*. 2023;82(8):999–1014. <https://doi.org/10.1136/ard-2022-223741>.
 17. Mok C.C. Immunotargets and Therapy for Systemic Lupus Erythematosus. *Immunotargets Ther*. 2025; 14:605–629. <https://doi.org/10.2147/ITT.S485650>.

ФИНАНСИРОВАНИЕ

Финансовой поддержки не было.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Гоибназаров Абдурахмон Амирходжаевич – аспирант кафедры терапии и кардиоревматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», Душанбе, Таджикистан.

E-mail: abdurahmanabdu4444@gmail.com

https://orcid.org/0009-0002-7055-4458

***Шукурова Сурайё Максудовна** – член-корр. НАНТ, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой терапии и кардиоревматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», Душанбе, Таджикистан.

E-mail: s_shukurova@mail.ru

https://orcid.org/0009-0006-6058-0977

Зоидова Фирузаджон Мухторовна – аспирант кафедры терапии и кардиоревматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», Душанбе, Таджикистан.

E-mail: firuzajonzoidova@mail.ru

https://orcid.org/0009-0001-1453-8640

Курбонова Фарзона Убайдуллоевна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры терапии и кардиоревматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», Душанбе, Таджикистан.

E-mail: zevar.imron@gmail.com

https://orcid.org/0009-0009-3725-7428

***Автор для корреспонденции**

FINANCING

There was no financial support.

CONFLICT OF INTEREST

The authors declare no conflict of interest.

INFORMATION ABOUT AUTHORS:

Ghoibnazarov Abdurahmon Amirkhojaevich – Postgraduate, Department of Therapy and Cardiac Rheumatology, State Educational Institution "Institute of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan", Dushanbe, Tajikistan.

E-mail: abdurahmanabdu4444@gmail.com

https://orcid.org/0009-0002-7055-4458

***Shukurova Surayo Maksudovna** – Corresponding Member of the National Academy of Sciences of the Republic of Tajikistan, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Therapy and Cardiac Rheumatology, State Educational Institution "Institute of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan", Dushanbe, Tajikistan.

E-mail: s_shukurova@mail.ru

https://orcid.org/0009-0006-6058-0977

Zoidova Firuzadzhon Mukhtorovna – Postgraduate, Department of Therapy and Cardiac Rheumatology, State Educational Institution "Institute of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan", Dushanbe, Tajikistan.

E-mail: firuzajonzoidova@mail.ru

https://orcid.org/0009-0001-1453-8640

Kurbonova Farzona Ubaydullovna – Candidate of Medical Sciences, Assistant Professor, Department of Therapy and Cardiac Rheumatology, State Educational Institution "Institute of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan", Dushanbe, Tajikistan.

E-mail: zevar.imron@gmail.com

https://orcid.org/0009-0009-3725-7428

***Author for correspondence**