

гломерулярных функций, дизэмбриогенез почек на органном и тканевом уровнях и их сочетание. У детей с НСХГН – выраженность тубулоинтерстициального компонента, сопровождающаяся изменением состояния митохондрий в сочетании с гломерулярными повреждениями врожденного и приобретенного характера.

## **ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ (РА) С ПОРАЖЕНИЕМ ПОЧЕК**

**Л.А. Соколова<sup>2</sup>, Т.И. Баранова<sup>1</sup>, А.А. Хрюстов<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup> МБУ ЦГКБ №6, нефрологическое отделение,*

*<sup>2</sup> Кафедра скорой медицинской помощи ГОУ ВПО УГМА Минздрава России,  
г. Екатеринбург*

### **Актуальность:**

Поражение почек встречается в 25% случаев у больных РА и является тяжелым висцеральным проявлением. Прогрессирующая почечная недостаточность (ПН) занимает одно из первых мест среди причин смерти больных РА, а развитие АА-амилоидоз почек быстро приводит к терминальной ПН и гемодиализ часто не в состоянии предотвратить раннюю смерть.

### **Материалы и методы исследования:**

Ретроспективный анализ 1130 историй болезней больных, с достоверным диагнозом РА, позволил выявить у 188 (16,6%) пациентов изменение мочевого осадка по типу изолированного мочевого синдрома (ИМС) и нефротического синдрома (НС). Из них 40 пациентам проведена нефробиопсия (НБ) и изучены морфологические варианты патологии почек (у 2 больных выявлена мембранозная нефропатия по данным НБ, вызванная применением препаратов солей золота). Обследование больных включало: изучение медицинской документации и клинический осмотр; лабораторные исследования: общий анализ крови (ОАК) и мочи (ОАМ), суточная протеинурия (СПУ), микроальбуминурия (МАУ), ФКМ,

посев мочи на стерильность, биохимические показатели сыворотки крови. Для оценки степени активности заболевания использовали индекс DAS28 [Prevoo M.L.L. et al., 1995]. Функция почек определялась по формуле Cockcroft-Gault (СКФ). По наличию в плазме крови РФ выделяли серопозитивный и серонегативный варианты РА. Выраженность иммунного воспаления оценивали по уровню IgA, M, G,  $CH_{50}$  фибриногена, серомукоида, СРП, РФ, ЦИК, иммуноглобулинов (Ig) классов A, M, G. Нефробиоптаты исследовались на базе морфологического отдела ЦНИЛ Уральской Государственной Медицинской Академии.

#### **Основные результаты исследований:**

С помощью монофакторного анализа, по методу Kaplan-Meier, выявлено негативное влияние ряда независимых факторов на выживаемость у больных РА с поражением почек: возраст в дебюте РА 45 и более лет, а также дебют патологии почек в 59; 54÷60 лет, высокая активность основного заболевания, протеинурия > 0,3 г/л и эритроцитурия < 2 в п/зр. в ОАМ, нарастание СПУ > 0,4 г. через 1,5 года после появления мочевого синдрома, гипопроteinемия (<59 г/л), снижение гемоглобина (<124 г/л), увеличение СРП (>12 мг/л), ЦИК (>140 усл. ед.), серомукоида (>0,35 усл. ед.), фибриногена ( $\geq$  4,8 г/л), гиперхолестеринемия (>5,2 ммоль/л), длительность АГ > 8,6; 3÷13 лет.

При морфологическом исследовании 38 нефробиоптатов, выявлено два основных вида структурных нарушений в почках: у 20 больных АА-амилоидоз почек, у 16 (42,1%) – МезПГН и в 2 случаях сочетание АА-амилоидоза с МезПГН. Вторичный амилоидоз почек клинически протекал с НС у 10 (45,5%) больных, у 12 (54,5%) – ИМС, МезПГН клинико-лабораторно проявился только ИМС.

Оценено влияние разных морфологических форм поражения почек у больных РА на выживаемость: так у пациентов с АА-амилоидозом в сроки до 10 лет функция почек была сохранена в 5,5%, а у больных с МезПГН соответственно в 81,3% случаев. Различия в функциональном состоянии почек в исследуемых группах появились уже через 1 год после дебюта нефропатологии. Получены статистически значимые отличия влияния различных видов терапии РА с АА-амилоидозом почек на выживаемость: из применяемых препаратов только МТ не ухудшал функцию почек.

#### **Выводы:**

1. Частота поражения почек у больных РА выявлена в 16,6% случаев. На выживаемость больных РА с поражением почек влияли: возраст в дебюте РА более 45 лет, высокая активность РА, ПУ > 0,3 г/л в ОАМ, МГУ < 2 в п/зр., нарастание суточной протеинурия > 0,4 г через 1,5 года, гипопроteinемия и анемия, повышение СРП, ЦИК, серомукоида, фибриногена, гиперхолестеринемия.

2. При анализе нефробиоптатов в 20 (52,6%) случаев выявлен АА-амилоидоз, в 16 (42,1%) МезПГН и в 2 (5,3%) сочетание АА-амилоидоза с МезПГН. Вторичный амилоидоз почек клинически протекал с нефротическим синдромом в 10 (45,5%) случаев, у 12 (54,5%) больных - изолированный мочевого синдром. Своевременное проведение нефробиопсии позволяет вовремя верифицировать морфологические изменения для осуществления адекватной коррекции базисной терапии.