

триглицеридов-3,5 [2,8;4,2], креатинина-136 мкмоль/л [126;148], калия-4,9 [4,3;5,3], СКФ-49,7 [46,3;54], протеинурия у двух пациентов не определялась, у двух других-0.215 г/с и 0.150 г/с. В этой группе отмечены и более высокие среднесуточные колебания АД 177/96 мм.рт.ст.[150/80;210/110].

Выводы: гемодинамически значимые нарушения (стеноз, нефросклероз) почечного кровотока выявлены у 17.7 % и отчётливая связь с изменениями биохимических показателей (креатинин, СКФ, изменение протеинурии, калия) замечена у пациентов со сниженным почечным кровотоком. У пациентов с СД 2 типа при удовлетворительной компенсации углеводного обмена увеличение индексов резистентности обусловлено повышенным уровнем АД.

ТЕЧЕНИЕ ВОЛЧАНОЧНОГО НЕФРИТА ПРИ РАЗЛИЧНОЙ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ В ДЕБЮТЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

В.Л. Думан, Н.В. Чернышева

*ГБОУ ВПО Уральская Государственная Медицинская академия Минздрава России,
г. Екатеринбург*

Для уточнения влияния активности иммуносупрессивной терапии (ИСТ) в дебюте волчаночного нефрита (ВН) на отдаленный почечный прогноз, сравнили течение заболевания у больных с различной патогенетической терапией в первый год развития ВН. В первую группу вошли 15 пациентов (один мужчина и 14 женщин), получавших кроме преднизолона (ГКС) *per os* внутривенную (в/в) пульс терапию (ПТ) ГКС. Суммарная доза преднизолона (СДП), которую получили *per os* в течение первого года пациенты этой группы, составила $198,6 \pm 26,5$ мг/кг. Во вторую группу вошли 37 больных (2 мужчин и 35 женщин), которые не получали ПТ ГКС, а СДП *per os* была в 1,5 раза ниже и составила $124,8 \pm 9,6$ мг/кг ($p=0,018$). Терапию циклофосфамидом (ЦФ) в/в получили 11 пациентов в 1-й груп-

пе и 19 больных 2-й группы. Почечная выживаемость, оцененная при помощи монофакторного анализа методом Kaplan-Meier, у больных 2-й группы получавших ЦФ (n=19) и без ЦФ (n=18) достоверно не различалась ($p=0,067$).

Больные 1-й и 2-й групп достоверно не различались возрастом в дебюте заболевания ($29,3\pm 2,9$ и $31,7\pm 1,6$ лет), длительностью ВН ($9,6\pm 1,6$ и $11,7\pm 1,0$ лет) и активностью ВН в течение первого года болезни. Так не выявлено достоверного различия в суточной потере белка с мочой (СБМ) –соответственно $2,37\pm 0,35$ и $2,36\pm 0,29$, СОЭ ($35,1\pm 2,6$ и $39,1\pm 2,2$ мм/час), уровню фибриногена крови ($4,88\pm 0,33$ и $5,19\pm 0,21$ г/л), количеству LE-клеток ($12,4\pm 3,3/1000$ и $12,9\pm 3,8/1000$), антител (а/т) к односпиральной ДНК ($1/234,0\pm 40,0$ и $1/222,3\pm 26,1$), титру комплемента (CH_{50}) – соответственно $45,5\pm 4,3$ и $38,6\pm 1,5$, IgA ($4,07\pm 0,17$ и $3,59\pm 0,24$ г/л), IgM ($2,96\pm 0,25$ и $3,25\pm 0,24$ г/л), IgG ($18,6\pm 1,1$ и $18,2\pm 0,7$ г/л). В течение последнего года наблюдения отмечено достоверное снижение активности ВН. СБМ снизился в 1-й и 2-й группах соответственно до $0,73\pm 0,14$ и $0,54\pm 0,11$ г, нормализовались значения СОЭ, фибриногена крови, CH_{50} , IgG. В 6-10 раз снизилось содержание LE-клеток крови, в 3-5 раз титр а/т в ДНК, в 1,5-1,7 раза снизился уровень IgA и IgM. Тем не менее, у одного больного в 1-й группе и 10 пациентов во 2-й имело место снижение клубочковой фильтрации ниже 60 мл/мин. Данные монофакторного анализа подтвердили достоверно лучшую выживаемость у больных 1-й группы: почечная выживаемость в сроки 5, 10 и 20 лет была у них 100%, в то время, как во 2-й группе соответственно $88,7\pm 5,3\%$, $74,9\pm 8,7\%$ и $59,9\pm 11,7\%$ ($p=0,047$).

Выявлено, положительное влияние активной терапии ГКС в дебюте ВН на отдаленный почечный прогноз.