



# Факторы неблагоприятного прогноза при волчаночном нефрите (клиническое наблюдение)

Профессор кафедры госпитальной терапии лечебного факультета Никитина Н.М.,  
ассистент кафедры госпитальной терапии лечебного факультета Александрова О.Л.

Заведующий кафедрой госпитальной терапии лечебного факультета, д.м.н.,  
профессор Ребров А.П.

# Системная красная волчанка (СКВ)

системное аутоиммунное заболевание  
неизвестной этиологии,  
характеризующееся гиперпродукцией  
органоспецифических аутоантител к  
различным компонентам клеточного ядра с  
развитием иммуновоспалительного  
повреждения тканей и внутренних органов\*

\*- Российские клинические рекомендации. Ревматология/под ред. Е.Л. Насонова.- М.: ГЭОТАР – Медиа, 2020.- С.113.

# ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- заболеваемость СКВ колеблется от 4 до 250 случаев на 100000 населения.
- пик заболеваемости приходится на 15-25 лет.
- женщины страдают в 8-10 раз чаще мужчин. Смертность при СКВ в 3 раза выше, чем в популяции.

\*- Российские клинические рекомендации. Ревматология/под ред. Е.Л. Насонова.- М.: ГЭОТАР – Медиа, 2020.- С.113.

# Выживаемость

В настоящее время выживаемость больных существенно возросла и достигает через 10 лет после постановки диагноза 80%, а через 20 лет-60%

поражения почек и  
ЦНС



Определяют прогноз

# КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ВОЛЧАНОЧНОГО НЕФРИТА

Быстропрогрессирующий нефрит -



Нефрит с  
минимальным  
мочевым  
синдромом



Нефрит с  
выраженным  
мочевым  
синдромом



Нефрит с нефротическим  
синдромом

# Морфологическая классификация гломерулонефрита (ГН)

**КЛАСС I:** Минимальные изменения

**КЛАСС II (8 -30%):** Мезангиальный  
пролиферативный ГН

**КЛАСС III (10- 25%):** Фокальный ГН

**КЛАСС IV (20- 60%):** Диффузный  
пролиферативный ГН

**КЛАСС V (10- 20%):** Мембранозный ГН

**КЛАСС VI:** Нефросклероз

## 5-Летняя выживаемость у с больных IV классом волчаночного нефрита

Годы	Выживаемость %
1953-1969: без патогенетической терапии	17
1970-1979: высокие дозы глюкокортикоидов (ГК) – системно: применение программной пульс-терапии	55 ( повышение в 3 раза)
1980-1995: циклофосфамид	80
1995-2010: микофенолата мофетил+- циклофосфамид. Комбинации с ГК и ритуксимабом	>91

[https://www.Rmj.Ru/articles/revmatologiya/sovremennye\\_predstavleniya\\_ob\\_intensivnoy\\_terapii\\_sistemnoy\\_krasnoy\\_volchanki/](https://www.Rmj.Ru/articles/revmatologiya/sovremennye_predstavleniya_ob_intensivnoy_terapii_sistemnoy_krasnoy_volchanki/)



# Клинический случай.

М., 59 лет





Больная М., 59 лет поступила в ревматологическое отделение 28.08.15 г. с жалобами на:

- периодические боли, припухание в мелких суставах кистей, стоп
- наличие эритематозных высыпаний на коже лица, груди, спины, верхних конечностей,
- повышение температуры тела до 37,6-38°C,
- наличие отеков стоп, голеней,
- синдром Рейно
- выраженную общую слабость, отсутствие аппетита,

Признаки	АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ (1995-август 2015)										
Даты	1995 г (36 лет)	1995- 2000 гг	ф.2000 г	Июль 2000 г	Октябрь 2000 г	2004 г	2005 г	2006 – 2014 гг.	Январь 2015 г	Апрель- июнь 2015 г	
Дерматит	+	<b>С Т а Б И Л Ь Н О е</b>	+	+						+	
с. Рейно	+		+	+	+	+	+	+	+	+	
Нефрит	нет										
Лихорадка	+			N				+		+	
Артралгия				+	+		+	+	↓		
Артрит	+									+	
Фотосенсибилизация					+	+	+	+	↓		
АД	N									↑	
Креатинин/мочевина	N			↑							
LE клетки	+										
Суточная протеинурия					3,5 г	N			N	1,34 г	
Гематурия					+	N			N		
Анемия	+									+	
Преднизолон внутрь	55 мг/ сут	10 мг/ сут	30мг/ сут	<b>ОТМЕНА</b>	10мг/ сут	10 мг/ сут	Отмена* (30мг)	10 мг/ сут	10 мг/ сут	Отмена* (гастропа тия)	
Пульс терапия ЦФ					1000 мг						

# Госпитализация 28.08.2015 г.



*Дерматит*



*Артрит более 2 суставов*



*Нефрит:*

**В общем анализе мочи эритроциты более 5 в п.зр., протеинурия >3 г/л , проба Нечипоренко- лейкоциты 4100 в п.зр. (N до 1 – 2 тыс); эритроциты 3700 (N до 2-4 тыс. в п.зр.),**

**БХ: креатинин - 309 мкмоль/л (49-90 мкмоль/л); общий белок – 54 г/л ( 65- 85 г/л), альбумины – 24 г/л (40-50 г/л),**

**+АТ к ДНК- 189,3 МЕ/ мл (N до 25 МЕ/мл), + ANA- скрин.**

# Изменение клинического течения нефрита

2000-2015

Август 2015

С минимальным  
клиническим изменением

Протеинурия – 1.34г/с в  
сутки

Микрогематурия

АД - N

Функция почек сохранена

Быстропрогрессирующий  
гломерулонефрит

Выраженный  
нефротический синдром

Артериальная гипертензия

Быстрое развитие  
почечной недостаточности

Биопсия не выполнялась:  
нефрит мембранозный (V тип)?

нефрит IV морфологического типа –  
диффузный пролиферативный?

?

# БИОПСИЯ ПОЧКИ

Морфологическая картина соответствует IV-G классу Lurus-нефрита: диффузный глобальный пролиферативный эндо- и экстракапиллярный Lurus – нефрит. Индекс активности 5 баллов, индекс хронизации 7 баллов.

## SLEDAI 2 K – индекс активности СКВ

- ⌘ Артрит -2 балла
- ⌘ Гематурия – 4 балла
- ⌘ Протеинурия – 4 балла
- ⌘ Высыпания – 2 балла
- ⌘ Алопеция – 2 балла
- ⌘ Повышение уровня антител к ДНК – 2 балла
- ⌘ Тромбоцитопения – 1 балл
- ⌘ Лейкопения – 1 балл
- ⌘ Лихорадка – 1 балл

} 21 балл

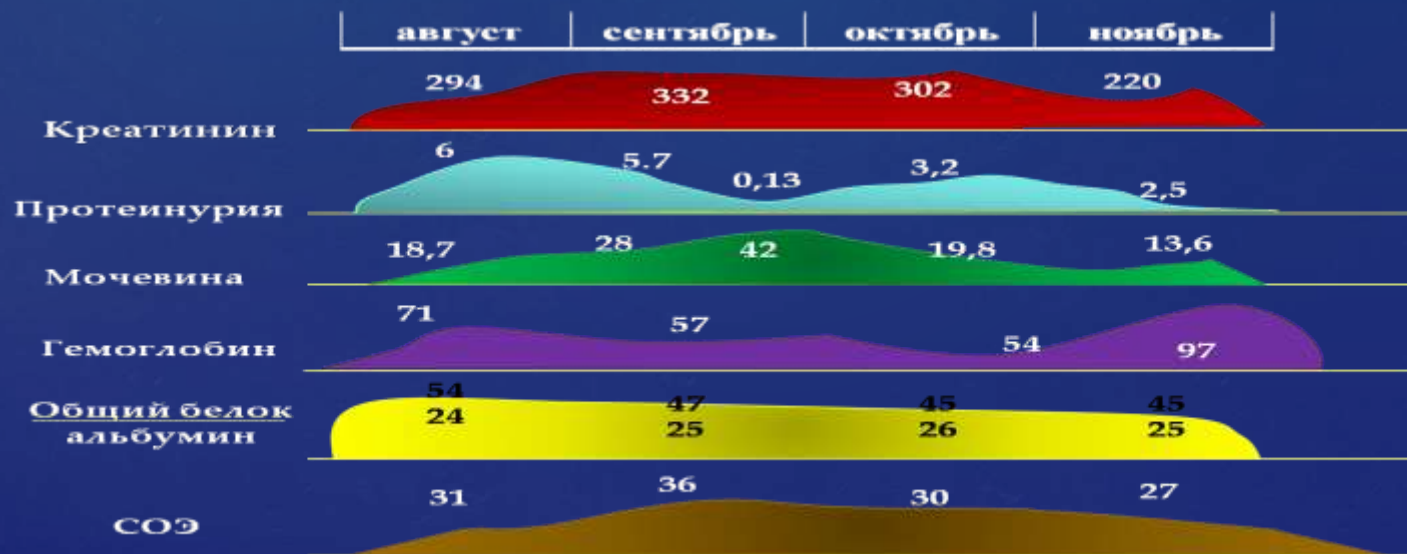
### **Диагноз:**

Системная красная волчанка, хроническое течение, активность III ст. ( SLEDAI 2 K – 21 балл). Фотодерматит, хейлит, цитопения (лейкопения, тромбоцитопения, хроническая вторичная поливалентная анемия средней тяжести), полиартрит, Ro I ст., алопеция, нефрит с нарушением функции почек, IV морфологический класс. Положительные АТ к ДНК, ANA- скрин.

Осложнения: ОПН на фоне ХПН. Дисэлектролитемия. Экстрасистолия. Асистолия 4.11.15г. Асцит, двухсторонний гидроторакс. Правосторонний пневмоторакс. Рецидивирующий отек легких. Вторичная артериальной гипертензия. Гастропатия, энтероколонопатия (медикаментозная, уремическая). Медикаментозный синдром Иценко- Кушинга. Сахарный диабет, стероидный тип, впервые выявленный.



<u>ПРИЗНАКИ</u>	<b>Течение заболевания</b>										
Даты	28.08	14.09	20.09	23.09	26.09	30.09	14.10	18.10	22.10	1.11	
Лихорадка ↑	+	±			+	+	+	±			
АД ↑		+			+	-	-	+	+	+	
С. Рейно +											
Стоматит		+	+	+	↓						
Пульс – терапия: МП / ЦФ			Сентябрь 400мг№1 500мг№7				250мг№5		500 мг№1 800мг№1		
Преднизолон внутри внутри	50 мг/ сутки										
Гемодиализ									№ 14		





# Факторы, осложнявшие лечение СКВ

- катетер-ассоциированная инфекция (2.10.15)
- правосторонняя нижнедолевая пневмония
- сахарный диабет, стероидный тип

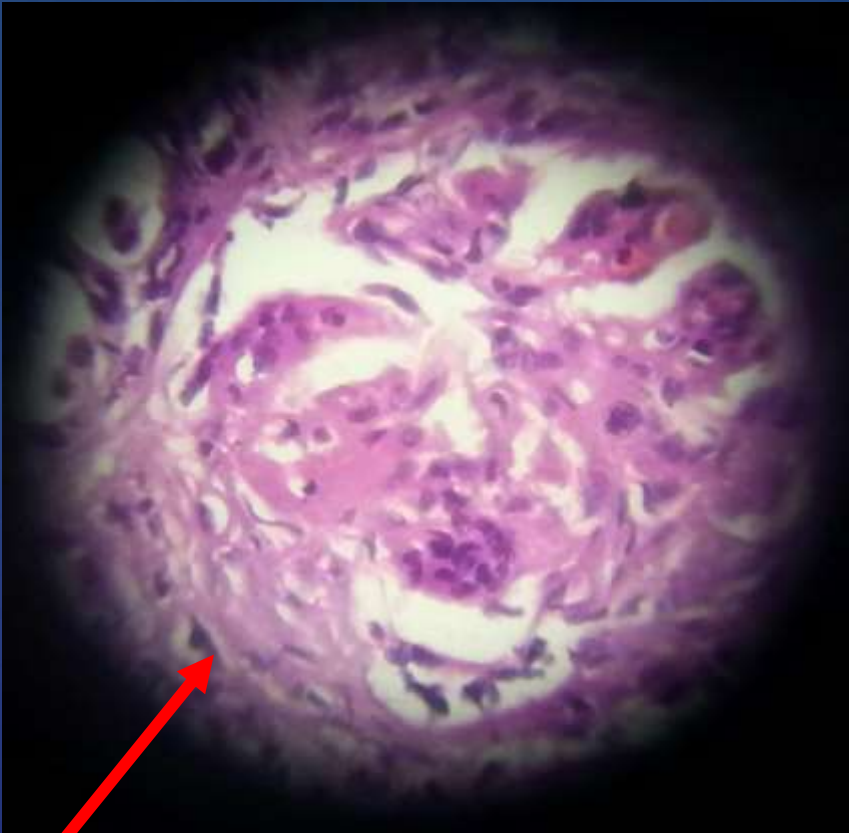
- Прогрессирование ХПН
- Неконтролируемая АГ
- Гипергидратация – отек легких

Смерть

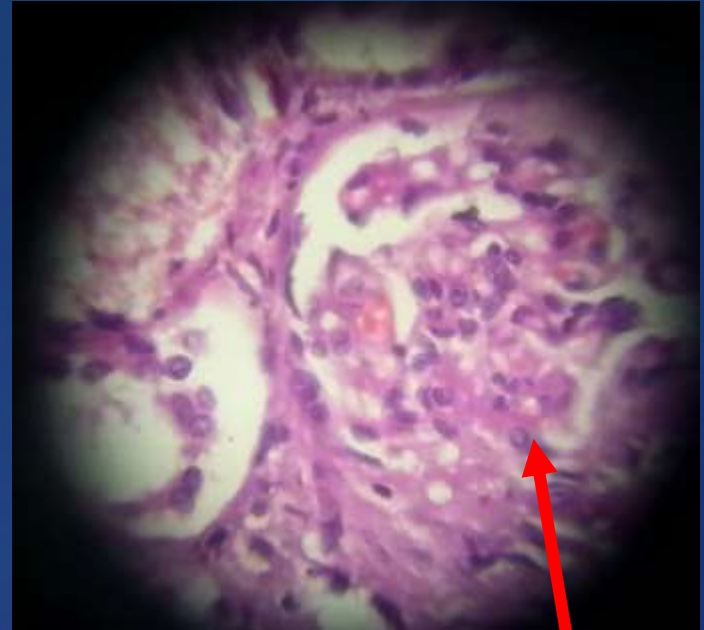


Результаты  
патологоанатомического  
исследования  
(4.11.2015)

# ПОЧКИ



Фиброз

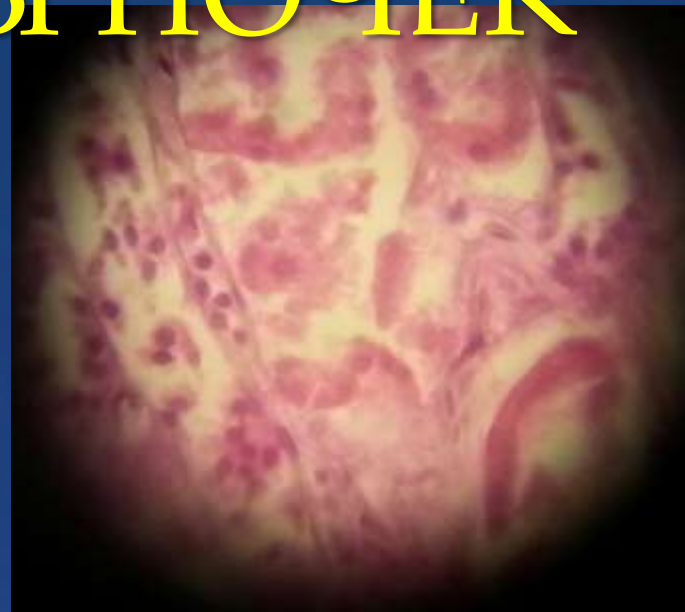


Мезенгиальная  
пролиферация

# КАНАЛЬЦЫ ПОЧЕК

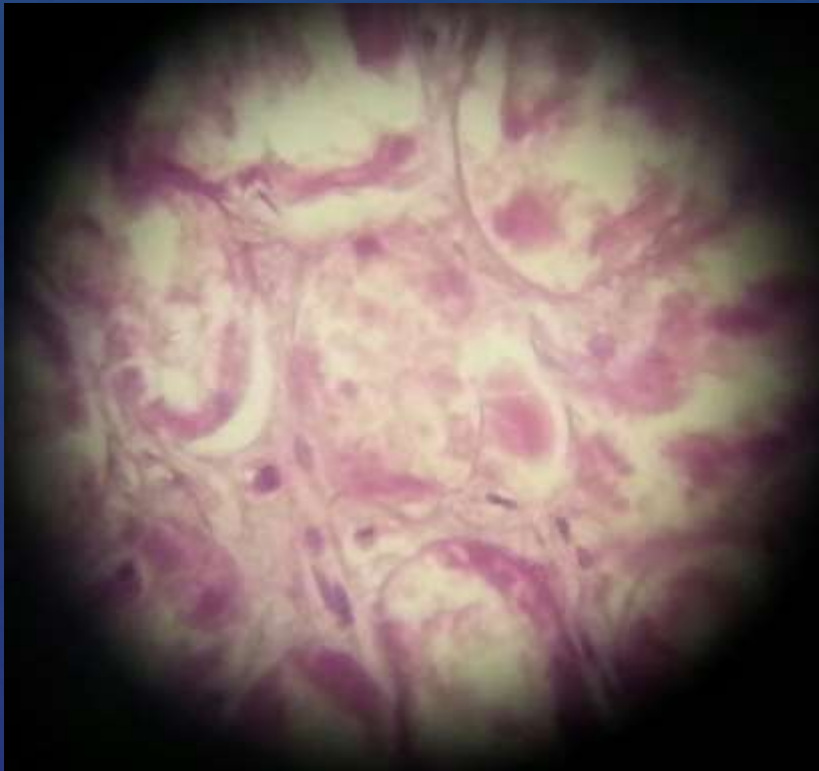


Атрофия  
канальцев



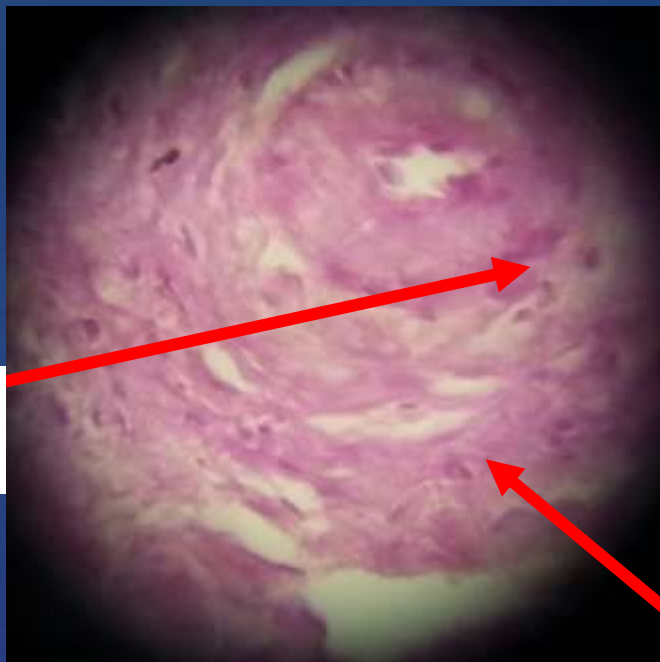
Некроз

# КАНАЛЬЦЫ ПОЧЕК



**Некроз  
канальцев**

# ПОЧЕЧНЫЕ СОСУДЫ



Склероз

Фиброз



# Факторы неблагоприятного прогноза при волчаночном нефрите

По данным литературы	У больной М.
Повышение креатинина в дебюте болезни	-
Артериальная гипертензия в дебюте	-
Высокая протеинурия в дебюте	-
Большая давность нефрита	До (15 лет)
Отсроченное начало иммуносупрессивной терапии	-
Нефротический синдром IV морфологический тип	+
Интерстициальный фиброз	+
Атрофия канальцев	+
Тромбоцитопения	+
Низкий уровень гематокрита	-



# Особенности случая

- Трансформация волчаночного нефрита: из типа нефрита с минимальными изменениями (мембранозного типа?) в быстро прогрессирующий нефрит (нефрит «с полудуниями») на фоне самостоятельной отмены пациенткой поддерживающей терапии (5 мг преднизолона)  
Рефрактерное течение нефротического синдрома, развитие ОПН, прогрессирование ХПН
- Неэффективность активной программной терапии и заместительной почечной терапии (гемодиализ №14).
- Невозможность проведения адекватной терапии из-за развития осложнений (сахарного диабета, тяжелых инфекций).

# Заключение

- Характер поражения почек определяет прогноз при системной красной волчанке
- Выявление изменений в моче требует трактовки для принятия решения о необходимости своевременной коррекции терапии
- Отказ от базисной противовоспалительной терапии может повлечь за собой ухудшение клинической картины заболевания
- Возможна трансформация одного типа нефрита в другой, что обуславливает необходимость биопсии почки, в том числе, повторной, во всех случаях изменения течения болезни
- Развитие почечной недостаточности – фактор риска инфекционных осложнений, осложняющих проведение активной терапии



Благодарим  
за внимание!