

Vol. 2. Issue 3 September 2023

MedUnion



ISSN-2181-3183

УДК 616-1.2-06:616.61

СИМПТОМЫ ПОЧЕЧНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ

Хамраева Н.А. ¹, Халметова Ф.И. ²

¹Ташкентский педиатрический медицинский институт

²Ташкентская медицинская академия
Ташкент, Узбекистан

Аннотация

Среди провоспалительных цитокинов и факторов роста, определяющая роль принадлежит фактору некроза опухоли альфа. В результате обследования у 85,1% больных СКВ поражение почек проявлялось в виде люпус-нефрита. Синдром артериальной гипертензии встречался в 29,7% случаев, синдром хронической почечной недостаточности в 20,9% случаев. На тяжесть поражения почек при СКВ основное влияние имеют степень активности СКВ и течение заболевания. По сравнению с низкой, средней активностью, острым и подострым течением при высокой активности и хроническом течении заболевания степень снижения функции почек оказывается весьма ощутимой.

Ключевые слова: системная красная волчанка, поражение почек.

Abstract

Among pro-inflammatory cytokines and growth factors, the determining role belongs to the tumor necrosis factor alpha. As a result of the examination, in 85,1% of patients with SLE, kidney damage manifested itself in the form of lupus nephritis. Arterial hypertension syndrome was found in 29,7% of cases, chronic renal failure syndrome in 20,9% of cases. The severity of kidney damage in SLE is mainly influenced by the degree of SLE activity and the course of the disease. Compared with low, medium activity, acute

and subacute course, with high activity and chronic course of the disease, the degree of decrease in kidney function is very noticeable.

Key words: systemic lupus erythematosus, kidney damage.

Хулоса

Яллиғланишга қарши цитокинлар ва ўсиш омиллари орасида ҳал қилувчи ўрни ўсма некрози альфа факторига тегишли. Текширув натижасида тизимли қизил югурик билан касалланган беморларнинг 85,1 фоизида буйрак шикастланиши люпус нефрит шаклида намоён бўлди. Артериал гипертензия синдроми 29,7% ҳолларда, сурункали буйрак етишмовчилиги синдроми 20,9% ҳолларда аниқланган. Тизимли қизил югурик билан касалланган беморларда буйрак шикастланишининг оғирлигига асосан касалликнинг фаоллиги ва кечишига асосий таъсир курсатган. Паст, ўрта фаоллик, ўткир ва ўткир ости, юқори фаоллик ва касалликнинг сурункали кечиши билан таққослаганда буйрак фаолиятининг пасайиш даражаси жуда сезиларли.

Калит сўзлар: Тизимли қизил югурик, буйрак шикастланиши.

Актуальность: Одним из наиболее тяжелых проявлений системной красной волчанки (СКВ) является развитие люпус-нефрита [1,2,6,7]. Любое повреждение клеток паренхимы почек приводит к продукции ими медиаторов воспаления, обеспечивающих миграцию лейкоцитов и моноцитов в область повреждения и формированию воспалительного инфильтрата [3,4,8,10]. Среди провоспалительных цитокинов и факторов роста, определяющая роль принадлежит фактору некроза опухоли альфа (ФНО- α) [5,6,7,9]. Работы, посвященные роли ФНО- α , в основном носят экспериментальный характер, и лишь единичные исследования посвящены оценке их клинического значения.

Цель исследования: Изучить тяжесть почечной патологии у больных СКВ на основании комплекса клинико-лабораторных и иммунных исследований.

Материал и методы исследования: В ходе исследования нами было оценено состояние 80

пациентов СКВ (75 женщин, 5 мужчин), находившихся на стационарном лечении в ревматологическом отделении. Диагноз СКВ был обоснован наличием клинических проявлений и данными лабораторных исследований. Для подтверждения диагноза требовалась не менее 4 из 11 критериев ACR (1997) и критерии SLICC (2012). Исследование почек включало общий клинический анализ крови, мочи, биохимический метод с определением количества общего белка, липопротеидов, холестерина, уровня креатинина и мочевины плазмы крови.

Результаты и их обсуждение: В результате обследования у 85,1% больных СКВ поражение почек проявлялось в виде люпус-нефрита. Синдром артериальной гипертензии встречался в 29,7% случаев, синдром хронической почечной недостаточности в 20,9% случаев. Средний возраст больных с люпус нефритом составил $25,9 \pm 3,6$ лет, средняя давность заболевания $34,6 \pm 4,6$ месяцев, средняя активность – $2,1 \pm 0,2$ степени (низкая активность СКВ была у 6,3%, средняя у 73,0%, высокая – у 20,6% пациентов).

Среди всех больных с поражением почек у 16,7% пациентов было характерно острое, у 46,8% - подострое, у 36,5% - хроническое течение СКВ. Из анамнеза прием нестероидных противовоспалительных препаратов отмечался у всех больных. Лечение глюкокортикостероидами получали 23,0% пациентов: пульс-терапию – 4,8%, внутрь (в дозе от 20 до 40 мг/сут) – 8,7%, парентеральное введение – 9,5% (в начальной дозе 90-120 мг/сут., с последующим снижением дозы) больных. Базисная терапия была назначена 30,2% больным с поражением почек: делагил (плаквенил) – 8,7%, циклофосфамид – 7,9%, метотрексат – 7,9%, лефно – 5,6% больным. Анемия была характерна у всех больных с люпус-нефритом. У 93,7% больных люпус-нефрит сопровождался анемией средней и тяжелой степени, у 35,7% больных – тромбоцитопенией (менее $180 \times 10^9/\text{л}$) и у 30,9% больных - реткулоцитозом (более 10%). «Феномен бабочки» различной степени выраженности была диагностирован у всех больных люпус-нефритом. У 67,5% пациентов люпус-нефрит сопровождался фотосенсибилизацией, у 61,1% пациентов – дискоидной сыпью. Суставной синдром и люпус нефрит имели место у 87,3%, васкулиты и люпус-нефрит – у 30,2% пациентов. Клинические признаки поражения почек проявились отеками лица, век, туловища, конечностей, повышением артериального давления, сердцебиением, уменьшением суточного количества мочи. Мочевой синдром у 89,7% больных СКВ характеризовался протеинурией. При микроскопическом исследовании наличие 2-4 эритроцитов в поле зрения

было обнаружено у 24,6%, более 4 эритроцитов – у 75,4%, 1-2 цилиндров – у 27,0%, 3 и более 3 цилиндров – у 48,4% пациентов. У 16,7% больных люпус-нефрит проявлялся признаками острого нефрита, у остальных 68,4% больных - признаками хронического нефрита. При оценке мочевого синдрома у больных с люпус-нефритом в зависимости от степени активности волчаночного процесса отмечалось достоверное увеличение протеинурии в зависимости от активности процесса (I ст - $0,19 \pm 0,02$; II ст. - $0,23 \pm 0,02$, III ст – $0,31 \pm 0,06$ $p < 0,05$; $p < 0,02$). Аналогичная закономерность прослеживалась и при анализе эритроцитурии (I ст - $5,1 \pm 0,03$; II ст. - $5,5 \pm 0,02$, III ст – $6,5 \pm 0,03$ $p < 0,05$; $p < 0,02$) и цилиндрурии (I ст – $2,5 \pm 0,1$; II ст. – $3,0 \pm 0,2$, III ст – $4,2 \pm 0,3$ $p < 0,05$; $p < 0,02$). Степень снижения функции почек зависела от степени активности и течения СКВ. У больных люпус-нефритом среднее содержание креатинина составило $126,5 \pm 1,04$ мкмоль/л, мочевины – $7,1 \pm 0,2$ ммоль/л. При низкой и средней активности, а также остром и хроническом течении СКВ содержание креатинина и мочевины в крови не имели статистические достоверные различия. При высокой активности СКВ у больных с поражением почек содержание креатинина и мочевины было достоверно в 1,18; 1,14 и 1,6; 1,8 раза выше, чем у больных с низкой и средней активностью заболевания. При хроническом течении люпус-нефрита содержание креатинина было достоверно в 1,07 и 1,1, мочевины 1,3 и 1,2 раза выше, чем у больных острым и подострым течением. Эти данные свидетельствует о том, что на степень поражения почек при СКВ имеют основное влияние степень активности

СКВ и течение заболевания. При высокой активности и хроническом течении заболевания степень снижения функции почек оказывается весьма ощутимой. При анализе показателей азотистого обмена в зависимости от длительности болезни, отмечалось повышение уровня мочевины у больных в первые 3 года болезни ($8,7 \pm 0,2$ ммоль/л), с последующим её повышением после 3 лет ($7,0 \pm 0,3$ ммоль/л). Вероятно, данные колебания уровня мочевины отражают течение люпус-нефрита - циклическое чередование обострения и неполной ремиссии. После активного волчаночного процесса, проявляющегося нарушением функции почек с повышением уровня мочевины, наступает этап неполной ремиссии продолжительностью около 1,5-2-х лет с последующим возобновлением активного волчаночного процесса. С целью оценки иммунных нарушений, провоспалительной и противовоспалительной активности при люпус-нефрите были исследованы следующие показатели: провоспалительная активность процесса - фактор некроза опухоли- α (ФНО- α , в мг/л), С-реактивный белок (СРБ, в мг/л), циркулирующие иммунные комплексы (ЦИК, усл. ед), противовоспалительная активность - комплементы С3 и С4 (в г/л). При оценке изменений иммунных показателей у больных люпус-нефритом в зависимости от активности СКВ было отмечено достоверное повышение провоспалительной и воспалительной активности (ФНО- α , СРБ, ЦИК) и снижение показателей противовоспалительной активности (С3 и С4) в зависимости от степени волчаночного процесса. Степень

повышения активности имела выраженную прямую корреляцию с повышением уровня ФНО- α ($r=0,9$), СРБ ($r=0,6$), ЦИК ($r=0,7$), среднюю непрямую корреляцию с иммунными комплексами С3 ($r=-0,54$) и С4 ($r=-0,4$). Также установлены положительные корреляционные связи ФНО- α , СРБ, ЦИК и СОЭ ($r=0,76$; $r=0,44$, $r=0,56$, соответственно), а также наличие отрицательной связи этих показателей с уровнем гемоглобина ($r=-0,62$; $r=-0,54$; $r=-0,67$). Это подтверждает участие данных факторов в иммунном процессе волчаночного воспаления. Показатели ФНО- α , СРБ и ЦИК значительно изменялись. Так, наиболее высокий их уровень отмечался при хроническом течении заболевания, а у больных с острым и подострым течением СКВ был ниже. Показатели комплемента С3 и С4 также изменялись в зависимости от течения заболевания и наименьший их показатель был обнаружен у больных хроническим течением заболевания ($0,65 \pm 0,02$ и $0,077 \pm 0,003$ мг/л). Это еще раз отражает цикличность течения СКВ, с чередованием обострения и не полной ремиссией волчаночного процесса.

Выводы. Таким образом, у 85,1% пациентов развивается поражение почек в виде люпус-нефрита, при котором у каждого третьего больного обнаруживается синдром артериальной гипертензии (29,7%), у каждого пятого пациента развивается хроническая почечная недостаточность (20,9%). После активного волчаночного процесса, проявляющегося нарушением функции почек, наступает этап неполной ремиссии продолжительностью около 1,5-2-х лет с последующим возобновлением активного волчаночного процесса. В

развитии люпус-нефрита имеет значение недостаточная коррекция активности глюкокортикостероидов и базисных препаратов в начале заболевания. В патогенезе почечных поражений особое место имеют иммунный дисбаланс, повышение провоспалительной и понижение противовоспалительной активности. При люпус-нефрите повышается уровень фактор некроза опухоли- α , С-реактивный протеин, циркулирующие иммунные комплексы, снижаются

показатели комплементов С3 и С4, степень этих нарушений более выражена у больных с высокой активностью и хроническим течением СКВ. На тяжесть поражения почек при СКВ основное влияние имеют степень активности СКВ и течение заболевания. По сравнению с низкой, средней активностью, острым и подострым течением при высокой активности и хроническом течении заболевания степень снижения функции почек оказывается весьма ощутимой.

Литература / References

1. Арзиманова Н.А. Клинико-лабораторные и иммунные особенности поражения почек у больных системной красной волчанкой. Ярославль 2009.
2. Шилов Е.М. Волчаночный нефрит: стратегия и лечение // Терапевтический архив. - 2006. -Т.78. - № 5. - С. 76-85.
3. Елисеев М.С., Барскова В.Г., Насонов Е.И. Роль фактора некроза опухоли альфа (ФНО- α) в развитии обменных нарушений и атеросклероза и влияние на них ингибиторов ФНО - α у больных ревматическими заболеваниями. // Научно-практическая ревматология. -2009. - №2. - С. 67-72.
4. Тареева И.Е., Кутырина И.М., Николаев А.Ю., и др. Пути торможения развития хронической почечной недостаточности. // Терапевтический архив. - 2006. - Т.72. - №6. - С. 9-14.
5. Раденска - Лоповок С.Г. Люпус - нефрит. Что нового в морфологической диагностике? // Научно - практическая ревматология. - 2008. - №4. - С. 27 - 30.
6. Хамраева Н.А., Тоиров Э.С. Оценка эффективности" пульс терапии" у больных с системной красной волчанкой. //Вестник Хакасского государственного университета им. НФ Катанова. – 2015. – №. 12. – С. 103-106.
7. Хамраева Н.А. Интенсивный метод терапии системной красной волчанки. //Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2017. – №. 3. – С. 92-95.
8. Хамраева Н.А., Тоиров Э.С. Оценка эффективности "пульс терапии" у больных с системной красной волчанкой // Вестник ХГУ им. Н. Ф. Катанова. 2015. №12.
9. Hamrayeva N.A. The characteristics of articular manifestations systemic lupus erythematosus. //European science review. – 2017. – №. 3-4. – С. 65-67.
10. Jiménez-Morales S, Velázquez-Cruz R, Ramírez Bello J, Bonilla-González E. et al. Tumor necrosis factor-alpha is a common genetic risk factor for asthma, juvenile rheumatoid arthritis, and systemic lupus erythematosus in a Mexican pediatric population. // Hum Immunol. - 2009. - V. 70 - №4. - P. 251-256.