

ХАРАКТЕР ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ПО ДАННЫМ ПРИЖИЗНЕННОГО МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

**К.А. Чиж¹, М.В. Дмитриева², А.М. Федорук³,
А.Л. Рекун², Н.Ф. Сорока¹**

¹Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика Беларусь

²УЗ «9-я Клиническая больница г. Минска»

³РНПЦ трансплантации органов и тканей, Минск, Республика Беларусь

Патология почек при ревматических заболеваниях является значимым фактором в выборе лечебной тактики и во многом определяет характер течения и прогноз болезни. Этот тезис приобретает еще большее звучание с учетом внедрения в клиническую практику концепции хронической болезни почек (ХБП), согласно которой даже минимальные, но стойкие, изменения функционального состояния почек существенно повышают риск серьезных осложнений. Наличие хронических повреждений почечной ткани является одним из критериев установления диагноза ХБП. В связи с этим все больше расширяются показания к проведению прижизненной пункционной биопсии почек. Многообразие нефрологической патологии делает необходимым проведение биопсии для уточнения характера почечных повреждений, и их тщательной оценке с помощью световой, иммунофлуоресцентной и электронной микроскопии с целью назначения адекватной терапии.

Цель: исследовать характер почечных повреждений и изучить их удельный вес у пациентов ревматологического отделения.

Методы исследования. Прижизненная пункционная биопсия почек (ПБ) выполнена за период с 2004 по 2012 г. 146 пациентам ревматологического отделения УЗ «9-я Клиническая больница г. Минска» (Республика Беларусь). Среди них было 27 мужчин и 119 женщин. Средний возраст составил 40,9 года (от 18 лет до 71 года). Полученный при биопсии материал исследовали с помощью световой и иммунофлуоресцентной микроскопии. Во всех случаях проводили окраску на амилоидоз.

Результаты. Чаще выявлялся волчаночный нефрит (66 случаев), вторичный амилоидоз почек (35) и хронический гломерулонефрит (ХГН) (5) как осложнения ревматоидного артрита, реже — малоиммунный нефрит (7) на фоне системных васкулитов (гранулематоз Вегенера, микроскопический полиангиит) и IgA-нефропатия (2) вследствие пурпуры Шенлейна — Геноха. У 2 пациентов со спондилоартритом установлен диагноз амилоидоза почек, у 1 — IgA-нефропатия. В единичных случаях выявлены различные формы вторичного ХГН и тубуло-интерстициальный нефрит (болезнь Шегрена, системный склероз, псориатический артрит), криоглобулинемический нефрит, миеломная почка и диабетическая нефропатия, а также тромботическая микроангиопатия у пациентки с антифосфолипидным синдромом. Первичный ХГН установлен в 7 случаях. Неинформативными оказались 6 результатов биопсии, 4 па-

циентам исследование выполнено повторно. В 5 случаях проведение ПБ позволило изменить первоначальный диагноз.

У пациентов с системной красной волчанкой в 70% случаев установлены пролиферативные (III и IV) морфологические классы люпус-нефрита. Среди первичных и вторичных гломерулонефритов, кроме волчаночного, примерно с одинаковой частотой отмечали фокально-сегментарный гломерулосклероз и мезангиопролиферативный гломерулонефрит.

Серьезных осложнений при проведении ПБ не выявлено. В 5% случаев при контрольном ультразвуковом исследовании определяли подкапсульные гематомы небольших размеров, не требующие медицинского вмешательства и разрешавшиеся в короткие сроки.

Выводы. Патология почек является частым и тяжелым клиническим проявлением или осложнением у пациентов ревматологического профиля. Разнообразие характера нефрологических повреждений и однотипность их клинических и лабораторных проявлений требует широкого применения прижизненной пункционной биопсии почек с целью раннего выявления серьезных осложнений. Особого внимания в связи с потенциальной тяжестью требуют пациенты с наличием активных форм волчаночного нефрита и лица с ревматоидным артритом с изменениями в анализах мочи для исключения вторичного амилоидоза почек.

РІВНІ С-РЕАКТИВНОГО БІЛКА ТА ФАКТОРА НЕКРОЗУ ПУХЛИНИ-α В СИРОВАТЦІ КРОВІ ХВОРИХ ІЗ РІЗНИМИ ВАРІАНТАМИ АНТИФОСФОЛІПІДНОГО СИНДРОМУ

С.В. Шевчук, І.П. Кувікова

Вінницький національний медичний університет
ім. М.І. Пирогова

Науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів
Вінницького національного медичного університету
ім. М.І. Пирогова, Вінниця

Кардіоваскулярні захворювання — найчастіша причина смерті хворих на антифосфолипідний синдром (АФС). Щонайменше 18,9% хворих на АФС помирають від інфаркту міокарда (ІМ) і ще 13,2% — від інсульту. Причина підвищеної серцево-судинної смертності при АФС залишається до кінця не з'ясованою. Обговорюється ціла низка причин та механізмів, серед яких найбільше значення відводиться дії системного запального процесу.

Мета: вивчити рівні С-реактивного білка (СРБ) та фактора некрозу пухлини (ФНП)-α в сироватці крові хворих із різними варіантами АФС та оцінити їх зв'язок із клінічними проявами атеросклеротичного ураження судин.

Методи дослідження. Проведене дослідження включало 82 хворих, 34 (41,6%) з яких із первинним АФС (ПАФС), 48 (58,4%) — із вторинним АФС (ВАФС), на фоні системного червоного вовчаку. Контрольну групу становили 37 практично здорових особи, репрезентативних за віком і статтю. Діагноз АФС встановлювався на основі міжнародних класифікаційних

критеріїв (2006) (Myakis S. et al., 2006). ПАФС верифікувався у пацієнтів за відсутності ознак інших захворювань. Діагноз СЧВ встановлювали за допомогою діагностичних критеріїв Американської колегії ревматологів (1997) (Hochberg M.C., 1997).

Лабораторна оцінка, окрім рутинних методів дослідження активності запального процесу, включала визначення в сироватці крові імуноферментним методом вмісту СРБ та інтерлейкіну-6 із використанням стандартних наборів фірм «ИМТЕК» (Росія), «IMMUNOTECH» (Франція).

Результати. Вміст СРБ у здорових осіб в середньому становив $5,04 \pm 0,23$ мг/л і у 70,3% осіб його рівень був нормальним. У хворих із ПАФС реєстрували більш високі рівні СРБ. Так, за середніми величинами цей показник у пацієнтів із ПАФС перевищував такий у контролі на 15%. У хворих з ВАФС середня концентрація СРБ становила $7,31 \pm 0,38$ мг/л і була достовірно вищою не лише за такий у контрольній групі, а також і в групі пацієнтів із ПАФС (на 45 та 26% відповідно). В цілому в групі пацієнтів із ВАФС лише третина (33,3%) пацієнтів мали нормальний рівень СРБ, 18,7% — помірно високий і 47,9% — високий. Серед пацієнтів з АФС з ураженням серцево-судинної системи лише у 36,9% осіб вміст СРБ був $< 5,9$ мг/л, а у 50,6% пацієнтів — $> 7,0$ мг/л, тоді як серед хворих без клінічних проявів атеросклеротичного ураження судин нормальний рівень СРБ був у 70,6% обстежених, високий — у 29,4% осіб. Детальний аналіз концентрації СРБ показав, що у хворих з ішемічним інсультом та ІМ середній рівень СРБ достовірно на 21% був вищим, ніж у хворих із транзиторною ішемічною атакою (ТІА) та стенокардією. Серед хворих з інсультами та ІМ частка осіб з нормальним рівнем СРБ була на 29% меншою, ніж серед хворих із ТІА та стенокардією, а частка хворих із високим рівнем цього показника — на 32,9% більшою, виявлені відмінності достовірні.

Аналіз показав, що у пацієнтів із ПАФС, а особливо з ВАФС, наявне значне підвищення середньої концентрації ФНП- α (на 27,4 та 20,0% відповідно) порівняно з контролем. Кількість осіб з нормальним рівнем ФНП- α серед здорових осіб становила 73%, в той час як серед хворих з ПАФС — 58%, а серед осіб з ВАФС — лише 27%. Частка осіб з високим рівнем цього цитокіну достовірно зростала з 10,8% у контрольній групі до 26,5% — серед хворих із ПАФС і 58% — серед хворих із ВАФС. Нами не виявлено достовірних відмінностей за середнім рівнем ФНП- α та при його ранжируванні між хворими без клінічних проявів ураження серцево-судинної системи та хворими з ураженнями судин, хоча кількість осіб з помірно високими та високими цифрами цього показника серед останніх була дещо більшою. Однак встановлено, що у хворих з ІМ та ішемічним інсультом вміст ФНП- α в сироватці крові був достовірно вищим (на 34,8), ніж у хворих з ТІА та стенокардією. Підвищені рівні ФНП- α в останній групі виявлялись у 36,9% і були достовірно нижчими, ніж у групі з ІМ та ішемічним інсультом, де частка пацієнтів із високим рівнем ФНП- α сягала 61%.

Висновки. У хворих із ПАФС, а особливо з ВАФС відзначено підвищення маркерів запального проце-

су в сироватці крові. Рівні СРБ та ФНП- α можуть бути ранніми маркерами атеросклеротичного ураження серця та судин і предикторами серцево-судинних катастроф.

ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ ЛІПІДНОГО СПЕКТРА У ПАЦІЄНТІВ ІЗ АНТИФОСФОЛІПІДНИМ СИНДРОМОМ ТА ЇХ ЗВ'ЯЗОК З ІНДИВІДУАЛЬНИМ РИЗИКОМ ІШЕМІЧНИХ ПОДІЙ ЗА ШКАЛОЮ SCORE

С.В. Шевчук, Ю.С. Сегеда

*Вінницький національний медичний університет
ім. М.І. Пирогова*

*Науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів
Вінницького національного медичного університету
ім. М.І. Пирогова, Вінниця*

Серцево-судинні катастрофи (інфаркт міокарда, інсульт, раптова серцева смерть) — основні причини летальності у пацієнтів із антифосфоліпідним синдромом (АФС). У структурі причин смертності пацієнтів із АФС інфаркт міокарда та інсульт посідають 2-ге та 3-тє місце і становлять 18,9 та 13,2% відповідно. Основною причиною розвитку серцево-судинних ускладнень вважається порушення ліпідного обміну, тому у більшості запропонованих методик розрахунку індивідуального ризику дисліпідемія є ключовою ознакою. Однак роль дисліпідемії у прогнозуванні розвитку кардіоваскулярних ускладнень у пацієнтів із АФС не встановлена. Залишаються не з'ясованими також і особливості порушень ліпідного обміну в цій категорії пацієнтів.

Мета: вивчити особливості порушень ліпідного обміну та встановити їх взаємозв'язок із рівнем кардіоваскулярного ризику за шкалою SCORE у хворих на АФС.

Методи дослідження. Проведене дослідження включало 77 хворих, розподілених на дві групи: 34 (44,1%) хворих із первинним АФС (ПАФС), 43 (55,9%) хворих із вторинним АФС (ВАФС) на фоні системного червоного вовчачка. До контрольної групи увійшли 37 практично здорових особи. Групи хворих були зіставні за віком і тривалістю захворювання. Діагноз АФС встановлювали на основі міжнародних класифікаційних критеріїв 2006 р. Показники загального холестерину (ЗХС), ХС ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВЩ) і тригліцеридів (ТГ) у сироватці крові визначали за стандартно прийнятою методикою. Значення ХС ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ) розраховували за формулою Friedwald:

$$\text{ХС ЛПНЩ} = \text{ЗХС} - \text{ХС ЛПВЩ} - (0,45 \cdot \text{ТГ}).$$

Для стратифікації ризику серцево-судинних подій у пацієнтів із АФС та у практично здорових осіб контрольної групи застосовували шкалу SCORE. Статистичний аналіз результатів проводили за допомогою стандартних методів із застосуванням пакета прикладних програм Microsoft «Excel 7,0».

Результати. У ході дослідження виявлено високу поширеність дисліпідемії серед пацієнтів із АФС. Так, найвища частота дисліпідемії була в групі пацієнтів із ВАФС (67,4%). У групі з ПАФС виявлено менше (на 26,2%) осіб з дисліпідемією, ніж серед пацієн-