

Таблица 3

Сравнительная динамика значений конъюнктивальных индексов при РА в зависимости от наличия патологии вен до и после терапии

ПОКАЗАТЕЛИ	КОНТРОЛЬНЫЕ ЗНАЧЕНИЯ	РА + ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕН (N=66)		РА БЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕН (N=83)	
		До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
КИ1	3,80±0,34	10,41±1,61##	9,92±0,78##	8,50±1,21	7,10±0,71*
КИ2	1,52±0,12	4,40±0,41##	3,90±0,40*##	4,05±0,49	3,33±0,47*
КИ3	0,21±0,10	1,27±0,12##	0,79±0,17*##	0,80±0,21	0,40±0,04*
ОКИ	5,53±0,28	16,10±1,83##	14,60±1,12*##	13,33±2,06	10,80±2,01*

Примечание: достоверность различий средних значений показателей: ## — в группах в зависимости от наличия венозной патологии (p<0,05), * — до и после лечения в каждой подгруппе (p<0,01).

ствующее увеличению венозного давления. В соответствии с полученными результатами нарушения периферического кровообращения способствуют развитию и поддержанию синовита, усилению болевого синдрома, которые в свою очередь приводят к увеличению венозного застоя и усугублению венозной патологии, что согласуется с данными литературы [4]. Формирование подобного патологического круга негативно влияет на течение сочетанной патологии, приводя к снижению эффективности лечения суставного синдрома, которое обусловлено отсутствием терапевтических мероприятий по улучшению венозного кровотока.

Следовательно, сочетание ревматоидного артрита с заболеваниями периферических вен отражается и на качестве жизни пациента, ухудшая прогноз с точки зрения угрозы инвалидизации, повышая стоимость лечения, что делает необходимым своевременное выявление варикозного расширения и тромбофлебита вен нижних конечностей у пациентов с патологией опорно-двигательного аппарата и их целенаправленной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисенко Е. А. Системная гемодинамика и кровообращение кистей при ревматоидном артрите. Автореф. дисс. к.м.н. — Владивосток, 1996.

2. Инструментальные методы исследования сердечно-сосудистой системы. Под ред. Виноградовой Т. С. — М.: Медицина; 1986.

3. Никонова Л. В., Фатихов Р. Г. Ревматоидный артрит: проблемы микрогемодинамики и периферического кровотока. Дифференцированная физическая терапия. Методические рекомендации. — Казань: КГМУ; 2001.

4. Позин А. А. Значение периферического кровообращения в формировании структурных и функциональных нарушений коленных и тазобедренных суставов у больных ревматоидным артритом и остеоартрозом. Автореф. дисс. д.м.н. — Ярославль, 2000.

5. Семикин Г. И., Шеметов Д. А., Аринина Е. Е. и др. К вопросу о состоянии регионарной гемодинамики у пациентов с болями в спине. Научно-практическая ревматология. — 2001; 1: 30-35.

6. Татаркина Н. Д., Дубиков А. И., Любарская О. А. Динамика кровотока в суставах у больных ревматоидным артритом — клинико-инструментальные сопоставления. — Ревматология — 1990; 1: 34-36.

Таблица 4

Сравнительная динамика РВГ показателей больных РА в зависимости от наличия заболеваний периферических вен на фоне лечения

ПОКАЗАТЕЛИ	РА + ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕН				РА БЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕН			
	Правая нижняя конечность		Левая нижняя конечность		Правая нижняя конечность		Левая нижняя конечность	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
РИ	0,585±0,275	0,656±0,220*	0,543±0,258	0,206*	0,595±0,127	0,678±0,115*	0,585±0,109	0,661±0,103*
АЧП	0,700±0,093	0,803±0,098*##	0,693±0,105 ##	0,791±0,102*##	0,750±0,071	0,856±0,049*	0,760±0,085	0,845±0,092*
α	0,103±0,010	0,100±0,004 ##	0,101±0,004 ##	0,098±0,026 ##	0,107±0,007	0,111±0,001	0,106±0,008	0,107±0,007*
β	0,342±0,033##	0,378±0,028##	0,356±0,029##	0,407±0,040*##	0,445±0,007	0,482±0,028*	0,421±0,014	0,459±0,017*
α/β, с	0,279±0,013##	0,264±0,014##	0,265±0,011##	0,245±0,014*##	0,242±0,017	0,229±0,012*	0,249±0,008	0,231±0,008*
α/Т	13,057±0,936##	12,986±0,756##	12,800±0,775##	12,529±0,663##	13,610±0,707	13,976±0,707	13,450±0,354	13,550±0,636
Ac/Ad	3,090±0,012##	2,980±0,042##	3,030±0,099##	2,925±0,035*##	2,813±0,136	2,783±0,124	2,850±0,100	2,754±0,100*
V _{макс.} , О м/с	0,599±0,129##	0,606±0,063##	0,611±0,087##	0,640±0,089##	0,724±0,062	0,750±0,071	0,724±0,048	0,775±0,021*
V _{ср.} , О м/с	0,362±0,047##	0,437±0,054*##	0,384±0,052##	0,446±0,048*##	0,438±0,011	0,480±0,014*	0,435±0,007	0,475±0,007*

Примечание: достоверность различий средних значений показателей: ## — в группах в зависимости от наличия венозной патологии (p<0,05), * — до и после лечения в каждой подгруппе (p<0,001).

Нефриты и нефропатии при ревматологических заболеваниях

А. Н. МАКСУДОВА, к.м.н., ассистент кафедры госпитальной терапии КГМУ.

Поражение почек при системных заболеваниях встречается очень часто. Наиболее часто вторичные нефриты развиваются при системной красной волчанке, системных васкулитах, подагре, системной склеродермии, значительно реже при артритах.

Распространенность ревматической патологии в нефрологической практике отражают данные нашего отделения за последние 15 лет. Больные с ревматической патологией составляют 3-4,5% госпитализированных в нефрологический стационар, однако это самые тяжелые больные, требующие детального обследования, длительного наблюдения, подбора тактики лечения.

Четверть всех нефрологических больных с ревматологической патологией составляют при этом больные с СКВ, это наиболее частая патология. В то же время, геморрагический и другие васкулиты (11,2 и 1,5% соответственно) также составляют большую группу наблюдаемых. Реже встречаются амилоидоз (17%), подагра (9%), ревматоидный артрит, ревматизм с поражением почек и другие ревматические заболевания.

Обсуждая поражения почек при заболеваниях ревматического профиля важно отметить, что на практике встречаются различные варианты поражения.

Первый, наиболее известный вариант, — поражение почек как компонент заболевания. Наиболее характерно развитие «почечного васкулита» при системной красной волчанке, системных васкулитах (особенно при узелковом полиартериите, гранулематозе Вегенера, геморрагическом васкулите), поэтому проявления нефрита являются основными критериями диагностики данных заболеваний. Чуть реже органом-мишенью почки становятся при ревматоидном артрите, системной склеродермии, подагре, смешанной криоглобулинемии.

Вторым, хорошо известным вариантом являются осложнения терапии и, прежде всего, лекарственные нефропатии. Среди лекарственных нефропатий у лиц с ревматологическими заболеваниями лидируют:

— «золотая почка» — хронический тубулоинтерстициальный

нефрит, развивающийся на фоне лечения препаратами золота, ограничивающий применение данной группы медикаментов;

— острая почечная недостаточность, связанная с применением нестероидных противовоспалительных препаратов различных групп;

— хроническая почечная недостаточность, вызванная применением анальгетиков (анальгина, различных смесей анальгина, аспирина, амидопирин, фенацетина, кодеина и т.д.) и, редко, противовоспалительных препаратов;

— артериальная гипертензия и прогрессирование почечной недостаточности на фоне приема циклоспорина — препарата, широко используемого именно при лечении иммунных нефропатий;

— уратная нефропатия при вторичной, лекарственной подагре (циклоsporин, цитостатики, мочегонные и т.д.).

Значительно реже отмечают ОПН, связанную с применением ингибиторов АПФ, передозировкой мочегонных и гипотензивных, рентгеноконтрастных препаратов.

Третья, достаточно часто встречающаяся группа — осложнение заболевания. Наиболее известное осложнение — вторичный реактивный АА-амилоидоз, который наиболее часто выявляется у пациентов с ревматоидным артритом, ювенильным ревматоидным артритом (до 10%), анкилозирующим спондилоартритом, псориатическим артритом. Вторичный амилоидоз значительно реже развивается у больных с ревматоидным артритом при адекватной его терапии, особенно на фоне применения цитостатиков; при уже развившемся амилоидозе назначение цитостатиков способствует стабилизации почечной функции и регрессу симптомов амилоидоза.

Нередким осложнением системных заболеваний являются тромботические — связанные с активностью васкулита или антифосфолипидным синдромом. Возможно развитие тромбоза почечной вены, ишемической болезни почек.

Четвертый вариант — наличие сопутствующего поражения почек и мочевыводящих путей, осложняющих диагностику и лечение нефритов. К ним можно отнести инфекции мочевых путей, диабетическую нефропатию, гипертоническую болезнь и симптоматическую (не почечную) гипертензию, врожденные аномалии развития.

Учитывая разнообразие поражений почек при системных заболеваниях соединительной ткани, для оценки почечного поражения важно оценить мочевой синдром, функцию клубочкового и канальцевого аппарата, наличие «внепочечных признаков активности» (гипертензия, отеки, диурез, нормохромная анемия), определить наличие иммуновоспалительного синдрома.

Мочевой синдром. О вероятном гломерулярном поражении говорит появление дисморфных эритроцитов, протеинурии, цилиндрурии и, особенно их сочетания, что требует обязательного обследования больного. Выявление протеинурии с гематурией и гипертензией на фоне активного воспалительного процесса свидетельствует об активном пролиферативном нефрите; такой пациент требует подбора иммуносупрессивной терапии.

Лейкоцитурия у больных с системными заболеваниями в равной мере может быть связана как с инфекцией мочевых путей, так и активностью нефрита. Минимальный объем исследований должен включать в себя трехстаканную пробу, исследование лейкоформулы мочи и, обязательно, бактериологическое исследование.

Функция клубочков. Для оценки функции почек обязательно надо оценить клубочковую фильтрацию, предпочтительным является подсчет клиренса креатинина, однако для рутинного контроля возможно и использование расчетных методов (формула Кокрофта). Снижение клубочковой фильтрации менее 60 мл/мин. при хроническом заболевании или быстрый прирост креатинина (соответственно снижению фильтрации) при остром заболевании свидетельствуют, соответственно, о хронической и острой почечной недостаточности и требует значительной коррекции терапии в обоих случаях. Впервые выявленная азотемия пациента с ревматологическим заболеванием свидетельствует об активности процесса и требует незамедлительной госпитализации для обследования и назначения адекватной терапии.

Функция канальцев. Для подтверждения канальцевой дисфункции требуется определить концентрационную способность почек, подтвердить канальцевую протеинурию, возможно глюкозурию и аминоксидозурию, рН крови и мочи, определить концентрацию электролитов сыворотки.

В тех случаях, когда активность процесса не удается установить клинически или же нет эффекта от стандартной иммуносупрес-

сивной терапии, требуется проведение наиболее достоверного исследования — биопсии почек.

По частоте и тяжести проявлений среди вторичных нефропатий при системных заболеваниях выделяются быстропрогрессирующий нефрит и нефротический синдром.

Быстропрогрессирующий (злокачественный, подострый, экстракапиллярный) характеризуется неблагоприятным течением и развитием на фоне классического нефрита тяжелой гипертензии и почечной недостаточности. В основе заболевания лежит тяжелое повреждение клубочка, которое может привести к образованию полулуния и необратимой потере почечной функции. Своевременная агрессивная иммуносупрессивная терапия позволяет контролировать заболевание, однако неблагоприятное течение болезни связано с формированием полулуний. Наиболее часто злокачественный нефрит наблюдается при: тяжелом течении геморрагического васкулита, узелкового полиартериита и некротизирующих васкулитов, СКВ, синдрома Гудпасчера.

Нефротический синдром — наиболее частое клиническое проявление вторичных нефропатий, которое наблюдается чаще всего при СКВ и системных васкулитах. Гистологически представлен мембранозной нефропатией и фокально-сегментарным гломерулосклерозом, реже — мезангиопролиферативным нефритом. Фокально-сегментарный гломерулосклероз плохо отвечает на обычную иммуносупрессивную терапию, однако обнадеживают результаты применения циклоспорина А. Причиной нефротического синдрома могут быть амилоидоз и лекарственные нефропатии (золото, пеницилламин, НПВС и т.д.). По некоторым данным, АА-амилоидоз встречается у 5-10% больных ревматоидным артритом, при этом даже при обнаружении депозитов амилоида течение заболевания может быть субклиническим. В то же время, распространенность ревматоидного васкулита не совсем ясна; доказано его развитие у лиц с тяжелым эрозивным артритом, гипоккомплементемией, другими висцеральными проявлениями. Вероятность развития обеих патологий требует чаще проводить биопсию почек у пациентов с ревматическими заболеваниями, как при нефротическом, так и упорном мочевом синдроме.

Применение большого количества нефротоксических медикаментов обратило внимание и на развитие тубулоинтерстициальных нефритов, как острых, так и хронических. Хронический тубулоинтерстициальный нефрит как компонент заболевания является при системной склеродермии, болезни Шегрена, СКВ, смешанных заболеваниях соединительной ткани, редко — при васкулитах.

Хочется подчеркнуть, что определение гистологических изменений не всегда помогает в постановке диагноза, но определяет прогноз и ответ на терапию, агрессивность и вид иммуносупрессивной терапии. Хотелось бы отметить это на примере волчаночного нефрита. Для определения прогноза и терапии используется универсальная клинико-лабораторная классификация волчаночного нефрита. В соответствии с современной классификацией ВОЗ волчаночный нефрит разделяют на 6 классов: класс I, когда морфологическая картина по данным биопсии нормальная; класс II — наблюдается мезангиальная пролиферация клеток; класс III — наблюдается очаговая пролиферация и/или некроз; класс IV — диффузная пролиферация с возможным очаговым некрозом; класс V — мембранозный вариант; класс VI — терминальная стадия нефрита.

Было показано, что большинство случаев не леченного люпус нефрита III и IV классов ведет к почечной недостаточности, в то же время эффективность терапии этих форм доказана контролируемыми исследованиями. Скорость прогрессирования II и V классов может быть разной, терапия их проводится эмпирически и в контролируемых исследованиях не изучена.

Заканчивая краткий обзор патологии почек при заболеваниях ревматологического профиля, хотелось бы еще раз отметить разнообразие патологии. Поражение почек при системных заболеваниях встречается часто и может быть первым проявлением заболевания, в то же время не имеет специфических признаков и представлено в целом вторичными гломерулонефритами или вторичными интерстициальными нефритами. Развитие почечного поражения, так же как и другие висцеральные проявления, отражает тяжесть процесса. При любом ревматологическом заболевании развитие вторичного нефрита указывает на активность, менее благоприятный исход и прогноз заболевания.