

ками, сколько следствием игнорирования основных принципов статистического анализа, интерпретации и описания его результатов, а также методологии научных исследований.

DOI: 10.28996/2618-9801-2025-4-462-463

## Исходы заболевания у пациентов с криоглобулинемическим васкулитом, ассоциированным с вирусным гепатитом С: одноцентровой ретроспективный анализ

Зыкова А.С.<sup>1,2</sup>, Леонова Е.С.<sup>1</sup>, Макарова Т.А.<sup>1</sup>, Никитина Е.Н.<sup>1</sup>, Захарова Е.В.<sup>1,3,4</sup>

<sup>1</sup> ГБУЗ «ММНКЦ им. С.П. Боткина ДЗМ», Москва

<sup>2</sup> Московский Государственный Университет имени М.В. Ломоносова, Москва

<sup>3</sup> ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» МЗ РФ, Москва

<sup>4</sup> ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, Москва

Outcomes in the patients with cryoglobulinemic vasculitis, associated with hepatitis C: one center retrospective analysis

Zykova A.S.<sup>1,2</sup>, Leonova E.S.<sup>1</sup>, Makarova T.A.<sup>1</sup>, Nikitina E.N.<sup>1</sup>, Zakharova E.V.<sup>1,3,4</sup>

<sup>1</sup> Botkin Hospital, Moscow

<sup>2</sup> Lomonosov Moscow State University, Moscow

<sup>3</sup> Russian University of Medicine, Moscow

<sup>4</sup> Russian Medical Academy of Continuing Professional Education, Moscow

**Актуальность.** Киоглобулинемический васкулит, ассоциированный с вирусным гепатитом С (КГВС), в 60% случаев протекает с поражением почек. Рекомендацией подходит к терапии – комбинация препаратов прямого противовирусного действия (ПППД) и ритуксимаба (РГХ).

**Цель работы.** Изучить исходы КГВС у пациентов с поражением почек, оценить вклад тяжести почечных и системных проявлений и проводимой терапии.

**Материалы и методы.** В 2000-2024 гг. в центре наблюдалось 28 пациентов с КГВС. При оценке дебюта заболевания выделяли быстропрогрессирующую гломерулонефрит (БПГН), нефротический синдром (НС), тяжелый НС (альбумин сыворотки <25 г/л) и «другой тип дебюта», если заболевание манифестирувало преимущественно внепочечными проявлениями, а поражение почек не соответствовало критериям БПГН и НС. При анализе исходов оценивали смертность, потребность в дialisе (ХБП 5Д), а также комбинированную конечную точку (летальный исход и ХБП 5Д).

**Результаты.** В группу исследования вошли 16 мужчин и 12 женщин, медиана возраста дебюта 46 [40; 57] лет, медиана длительности наблюдения 19,0 [6,25; 69,0] месяцев. У 4 пациентов заболевание дебютировало БПГН, у 12 – НС (из них у 7 – тяжелый), и у 12 констатирован другой тип дебюта.

Иммуносупрессивная терапия проводилась у 24 (85,7%) пациентов, из них 7 (29,1%) дополнительно получали процедуры плазмообмена (ПО). Противовирусную терапию (ПВТ) получали 16 (57,14%) пациентов, из них 13 – ПППД, 2 – схемы на основе интерферона (ИФН), и 1 – ИФН с переключением ПППД. Медиана срока от момента диагностики гепатита С до старта ПВТ значительно различалась между пациентами, лечившимися до 2013 года и позднее – 235 и 3,5 месяца соответственно ( $p \leq 0,000$ ). Количество пациентов с БПГН или тяжелым НС в группе, получавших и не получавших ПВТ было сопоставимым – 5 (31,2%) и 6 (50%), соответственно ( $p=0,250$ ).

Значимой разницы в достижении комбинированной конечной точки между режимами терапии не выявлено (Табл. 1). ХБП 5Д развилась у 4 (14,28%) пациентов: двое с НС, один из них с тяжелым, 1 с БПГН, и 1 другим типом дебюта, из них 3 пациентов получали ПВТ. Умерло 4 (14,28%) пациента, двое из них получали ПВТ, однако со значительной задержкой после установки диагноза, двое других не получали ПВТ. В группе пациентов с НС ( $n=12$ ) летальных исходов не было. В группе пациентов с БПГН ( $n=4$ ) умерло 2 (50%) пациентов, одна из них на гемодиализе; причины смерти – острая левожелудочковая недостаточность (ОЛЖСН) на фоне декомпенсированного цирроза

печени и пневмония. В группе пациентов с другим типом дебюта ( $n=12$ ) умерло 2 (16,6%) пациентов; причины смерти – тяжелые внепочечные проявления васкулита и ОЛЖСН.

**Заключение.** Быстропрогрессирующий гломерулонефрит и тяжелые внепочечные проявления КГВС ассоциированы со смертностью, но не с почечными исходами. Несмотря на отсутствие статистически значимых различий между режимами ИСТ в комбинированном исходе, применение ритуксимаба и плазмообмена закономерно демонстрирует отчетливую положительную тенденцию. Отсутствие различий в комбинированном исходе между получавшими и не получавшими ПВТ пациентами обусловлено значимыми различиями во времени старта ПВТ (ПППД стали доступны в Российской Федерации с 2013 года) и подчеркивает необходимость ее своевременного начала.

DOI: 10.28996/2618-9801-2025-4-463-464

## Химиотерапия антрациклинами при сарките Капоши у реципиентов почечного трансплантата: серия случаев

Иванова Е.С. (katerineiv@mail.ru)<sup>1</sup>, Мальцева М.Е.<sup>1</sup>, Артюхина Л.Ю.<sup>1,2</sup>, Фролова Н.Ф.<sup>1,2</sup>, Котенко О.Н.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ГБУЗ «Московский клинический научно-исследовательский центр больница 52 Департамента здравоохранения г. Москвы», Москва

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации», Москва

## Anthracycline chemotherapy for Kaposi's sarcoma in renal transplant recipients: a case series

Ivanova E.S. (katerineiv@mail.ru)<sup>1</sup>, Maltseva M.E.<sup>1</sup>, Artyukhina L.Yu.<sup>1,2</sup>, Frolova N.F.<sup>1,2</sup>, Kotenko O.N.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Moscow City Clinical Hospital No52, Moscow Health Department, Moscow

<sup>2</sup> The Russian University of Medicine of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow

**Актуальность проблемы.** Пациенты после трансплантации почки (ТП), получающие иммuno-супрессивную терапию (ИСТ), подвержены повышенному риску злокачественных новообразований, одной из форм которых является саркома Капоши (СК). Стандартом лечения СК у реципиентов почечного трансплантата (ПТ) является коррекция ИСТ с назначением ингибиторов пролиферативного сигнала (ИПС): эверолимус, рапамицин. Однако в ряде случаев, несмотря на лечение ИПС либо вследствие невозможности продолжения терапии ИПС, может наблюдаться прогрессирование СК. Таким пациентам назначается цитотоксическая химиотерапия (ХТ), и препаратами первой линии являются антрациклины – липосомальные формы доксорубицина и эпирорубицин.

Таблица 1. Исходы в зависимости от проводимой терапии

Table 1. Outcomes depending on the therapy

	Комбинированная конечная точка		P
	Достигнута n (%)	Не достигнута n (%)	
<b>ИСТ</b>			
РТХ ( $n=11$ )	2 (18,18)	11 (81,81)	0,780
ЦФ ( $n=4$ )	1 (25)	3 (75)	
ЦФ+РТХ ( $n=3$ )	0 (0)	3 (100)	
ГК ( $n=6$ )	2 (33,33)	4 (66,66)	
<b>ПО</b>			
ПО ( $n=7$ )	1 (14,28)	6 (85,71)	0,639
Без ПО ( $n=17$ )	6 (35,29)	11 (64,7)	
<b>ПВТ</b>			
ПВТ ( $n=16$ )	4 (25)	12 (75)	1,0
Без ПВТ ( $n=12$ )	3 (25)	9 (75)	

ИСТ, иммuno-супрессивная терапия; ПО, плазмообмен; ПВТ, противовирусная терапия, РТХ, ритуксимаб, ЦФ, циклофосфамид, ГК, глюкокортикоиды