

шем послеоперационном периоде уровень общ. билирубина составлял 14-16 мкмоль/л, АСТ – 45-70 Е/л, АЛТ – 80-150 Е/л. Пациент выписан на 33 сутки с креатинином плазмы 85 мкмоль/л, мочевины – 7,5 ммоль/л. Через 6 месяцев после пересадки почки креатинин плазмы – 60 мкмоль/л, мочевины – 6,5 ммоль/л, общ. билирубин и трансаминазы в пределах нормальных значений. Концентрация циклоспорина – 100-120 нг/мл. Признаков репликации ДНК вируса не выявлено.

Во 2 наблюдении выполнена донорская нефрэктомия слева ретроперитонеальным лапароскопическим доступом. Пересадка почки в правую подвздошную область аналогично с использованием внутренней подвздошной артерии и наружной подвздошной вены. Функция трансплантата немедленная. Иммуносупрессия включала эверолимус в дозе 5 мг/сут, метилпреднизолон 30 мг с прогрессивным снижением дозы в течение месяца до 8 мг/сутки и такролимус, начиная с 0,2 мг/кг/сутки с последующей

коррекцией дозы по концентрации). Пациент выписан на 32-е сутки с креатинином плазмы 95 мкмоль/л, мочевиной – 11 ммоль/л. Противовирусная терапия тенофавиром продолжена. Через полгода после пересадки почки функция трансплантата стабильная, креатинин плазмы 110 мкмоль/л, мочевины 8 мкмоль/л, общий билирубин 14-20 мкмоль/л, АСТ и АЛТ – 15-20 Е/л. ДНК вируса гепатита В крови не определяется.

**Заключение.** Пересадка почки после трансплантации печени представляется относительно благоприятной стратегией, позволяющей своевременно выполнить ее реципиентам печени, у которых не восстановилась функция почек, и тем, пациентам, у которых развилась почечная недостаточность после первой трансплантации. Наши клинические случаи подтверждают, что при индивидуальном подходе к иммуносупрессии ТППП позволяет достичь хороших, по крайней мере, краткосрочных и среднесрочных результатов.

DOI: 10.28996/2618-9801-2026-2-283-284

## Факторы, ассоциированные с достижением почечного ответа у пациентов с волчаночным нефритом: одноцентровое ретроспективное когортное исследование

К.А. Горчакова<sup>1</sup> (*karina.gumashian@yandex.ru*), К.В. Капустина<sup>3</sup>, В.А. Пугач<sup>1</sup>, Е.С. Столяревич<sup>2</sup>, Н.М. Буланов<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

<sup>2</sup> ГБУЗ «Московский клинический научно-исследовательский центр Больница 52 Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия

<sup>3</sup> ГБУЗ ПК «Пермская Краевая Клиническая Больница», г. Пермь, Россия

## Factors associated with achieving renal response in patients with lupus nephritis: a single-center retrospective cohort study

К.А. Gorchakova<sup>1</sup> (*karina.gumashian@yandex.ru*), К.В. Kapustina<sup>3</sup>, V.A. Pugach<sup>1</sup>, E.S. Stolyarevich<sup>2</sup>, N.M. Bulanov<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia

<sup>2</sup> Moscow Clinical Scientific and Research Center, City Clinical Hospital No. 52 of the Moscow City Health Department, Moscow, Russia

<sup>3</sup> Perm Regional Clinical Hospital of the Perm Krai Ministry of Health, Perm, Russia

**Актуальность.** Волчаночный нефрит (ВН) является одним из наиболее распространённых (~60%) и прогностически значимых висцеральных проявлений системной красной волчанки (СКВ). ВН приводит к развитию хронической почечной недостаточности (ХПН) примерно у 10-30% пациентов, что ассоциировано с высоким риском преждевременной смертности.

Значительная доля больных не достигает полной почечной ремиссии. Анализ факторов, влияющих на эффективность терапии в условиях реальной клинической практики, имеет важное значение для оптимизации лечения.

**Цель исследования.** Охарактеризовать клинико-лабораторные и морфологические особенности пациентов с волчаночным нефритом (ВН) и опре-

делить факторы, ассоциированные с достижением почечного ответа через 12 месяцев терапии.

**Материалы и методы.** В одноцентровое ретроспективное когортное исследование включали взрослых пациентов с системной красной волчанкой (СКВ) и морфологически подтвержденным ВН, классифицированным в соответствии с критериями ISN/RPS. Почечный ответ оценивали согласно рекомендациям KDIGO (2024). Для анализа факторов, ассоциированных с уровнем почечного ответа (отсутствие, частичный, полный) через 12 месяцев, применяли порядковую логистическую регрессию.

**Результаты.** Для анализа почечного ответа через 12 месяцев терапии включены 54 пациента с морфологически подтвержденным ВН и достаточным периодом наблюдения после биопсии. Среди них преобладали женщины (85%). Медиана возраста манифестации поражения почек составила 29 [22-39] лет. Проллиферативные классы ВН(III/IV±V) выявлены у 72%. Медиана исходной протеинурии составила 3,4 (1,6-4,0) г/сут. Полный почечный ответ через 6 месяцев достигнут у 38% пациентов, через 12 месяцев – у 48%. Частичный или первичный эффективный ответ через год отмечен ещё у 30% больных, у 22% ответ отсутствовал. Схемы лечения на основе микофенолата мофетила продемонстрировали лучшие показатели достижения полного почечного

ответа (ОШ 3,08; 95% ДИ 1,10-8,96;  $p=0,03$ ). Приём гидроксихлорохина был ассоциирован с более высокой вероятностью достижения ответа (ОШ 3,60; 95% ДИ 1,08-12,70;  $p=0,04$ ). В многофакторной модели независимым фактором, ассоциированным с достижением лучшего уровня почечного ответа являлось сочетание III+V классов ВН (ОШ 16,69; 95% ДИ 2,17-381,19;  $p=0,02$ ), а исходно низкая рСКФ ( $<30$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>) ассоциировалось с меньшей вероятностью ответа (ОШ 0,09; 95% ДИ 0,01-0,42;  $p<0,01$ ).

**Заключение.** Частота достижения полного почечного ответа через 12 месяцев лечения у пациентов с волчаночным нефритом в целом остается неудовлетворительной. Независимыми факторами, ассоциированными с вероятностью достижения более высокого уровня почечного ответа, являлись морфологический вариант ВН (сочетание III+V классов) и исходное состояние функции почек. Выраженное снижение рСКФ ( $<30$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>) на момент начала терапии достоверно ухудшало вероятность благоприятного исхода, что подчёркивает необходимость ранней диагностики и своевременного начала активного лечения. Применение современных схем лечения, с использованием ММФ и гидроксихлорохина, ассоциировано с достижением более полного ответа на лечение.

DOI: 10.28996/2618-9801-2026-2-284-285

## Клинический случай: медикаментозная двухсторонняя нефрэктомия у пациента с осложненным хроническим гломерулонефритом со стероидорезистентным нефротическим синдромом

*А.Н. Загребельникова<sup>3</sup> (zagrebelnikova.a@mail.ru), В.Н. Шелепова<sup>3</sup>, Т.А. Гаркуша<sup>1,3</sup>, М.А. Фирсов<sup>2,3</sup>*

<sup>1</sup> КГБУЗ «Красноярское краевое патолого-анатомическое бюро», Красноярск, Россия

<sup>2</sup> КГБУЗ «Краевая клиническая больница», Красноярск, Россия

<sup>3</sup> ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, Красноярск, Россия

## Clinical case: medical bilateral nephrectomy in a patient with complicated chronic glomerulonephritis with steroid-resistant nephrotic syndrome

*A.N. Zagrebelnikova<sup>3</sup> (zagrebelnikova.a@mail.ru), V.N. Shelepova<sup>3</sup>, T.A. Garkusha<sup>1,3</sup>, M.A. Firsov<sup>2,3</sup>*

<sup>1</sup> Krasnoyarsk Regional Pathological Anatomy Bureau, Krasnoyarsk, Russia

<sup>2</sup> Krasnoyarsk Regional Clinical Hospital, Krasnoyarsk, Russia

<sup>3</sup> V.F. Voyno-Yasensky Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education Krasnoyarsk State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation, Krasnoyarsk, Russia

**Актуальность.** Терапия болезни минимальных изменений основана на иммуносупрессии системными глюкокортикостероидами (сГКС) или цитостатиками. Однако у части пациентов к имеется резистентность к стероидам. В тяжелых случаях

может быть показано проведение нефрэктомии, однако осложнения нефротического синдрома могут являться противопоказаниями к наркозу, что актуализирует поиск малоинвазивных хирургических методик.