

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 подтверждённым 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 подтверждённым 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 м²) 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 м²) 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. Загребельникова³ (zagrebelnikova.a@mail.ru), В.Н. Шелепова³, Т.А. Гаркуша^{1,3}, М.А. Фирсов^{2,3}

¹ КГБУЗ «Красноярское краевое патолого-анатомическое бюро», Красноярск, Россия

² КГБУЗ «Краевая клиническая больница», Красноярск, Россия

³ 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. Zagrebelnikova³ (zagrebelnikova.a@mail.ru), V.N. Shelepova³, T.A. Garkusha^{1,3}, M.A. Firsov^{2,3}

¹ Krasnoyarsk Regional Pathological Anatomy Bureau, Krasnoyarsk, Russia

² Krasnoyarsk Regional Clinical Hospital, Krasnoyarsk, Russia

³ 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.

Цель. Продемонстрировать эффективность рентгенэндоваскулярной окклюзии (РЭО) почечных артерий как возможного малоинвазивного метода нефрэктомии у пациентов со стероид-резистентным нефротическим синдромом.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ истории болезни пациента с интерпретацией результатов проведенных диагностических исследований.

Результаты. Пациент С., 19 лет, поступил в больницу г. Красноярск 30.03.25 с отеками, одышкой, прибавкой веса 15 кг., развившимися через 2 недели после перенесенной ОРВИ. С учетом результатов нефробиопсии, лабораторных исследований и клинической картины была диагностирована болезнь минимальных изменений (БМИ). 07.04.25 была начата терапия преднизолоном, пульс-терапия метилпреднизолоном (трижды), 22.04.25 пульс-терапия циклофосфаном. Также проводились инфузии альбумина, свежезамороженной плазмы. На фоне проводимой терапии положительной динамики не было, 25.04.25 пациент был переведен на метипред. 29.04.2025 инструментально подтвердилась правосторонняя нижнедолевая пневмония, плеврит двухсторонний. Была подключена антибактериальная терапия (АБТ). Наблюдалось нарастание азотемических показателей, начат гемодиализ. 30.04.25 в связи с неэффективностью терапии пациент переведен в краевой нефрологический центр. Проводилась попытка терапии Циклоспорином, но в связи с развитием флегмонозного аппендицита препарат был отменен. В условиях гнойной хирургии проведена аппендэктомия, санация брюшной полости. Состояние пациента было тяжелое, что обусловлено полинейропатией (ПНП), наблюдались эпизоды эпилептиформных приступов, вторичный иммунодефицит. Проводились неоднократные курсы иммуноглобулина. У пациента наблюдались также ПНП с ограничением функции ходьбы и самообслуживания.

03.09.25 проведен консилиум. Учитывая противопоказания к наркозу, тяжелое состояние пациента, риск развития геморрагических и инфекционно-воспалительных осложнений, невозможность применения анти В-клеточной терапии (Ритуксимаба), принято решение о проведении РЭО почечных артерий. 09.09.25 была проведена операция. В послеоперационном периоде имела место массивная гематома поясничной области, выраженный болевой синдром, однократно лихорадка, рост воспалительной активности, проводилась коррекция АБТ.

На фоне проводимой терапии наблюдалась положительная динамика: нормотермия, отсутствие признаков дыхательной недостаточности, увеличение междиализных промежутков, отсутствие прогрессирования сердечной недостаточности, стабильное АД, пульс в пределах референсных значений, отеки сохранялись в области стоп, междиализная прибавка веса 2-3 кг. Для дальнейшего наблюдения и продолжения заместительной почечной терапии пациент был переведен в стационар по месту жительства.

06.02.26 проводилась повторная госпитализация. При осмотре состояние пациента ближе к удовлетворительному. Ведущие синдромы: ПНП с ограничением функции ходьбы и самообслуживания, почечная дисфункция, анурия, анемия легкой степени тяжести.

Выводы. Представленный клинический случай демонстрирует целесообразность проведения РЭО артерий почек у больных со стероидрезистентным нефротическим синдромом, осложненным состояниями, исключающими классические варианты нефрэктомии. В долгосрочной перспективе процедура создает благоприятные условия для подготовки пациента к последующей трансплантации почки.

DOI: 10.28996/2618-9801-2026-2-285-286

Ig-G ассоциированные заболевания (IgG4-RD) с поражением почек: клинический случай

Г.А. Илес¹ (Gaziza060201@gmail.com), Е.В. Капинос², И.В. Бачева¹

¹ НАО «МУК», Минздрава Казахстана, г. Караганда, Казахстан

² КГП «Областная клиническая больница» Управления здравоохранения Карагандинской области, г. Караганда, Казахстан

IgG-associated diseases (IgG4-RD) with kidney involvement: a clinical case

G.A. Iles¹ (Gaziza060201@gmail.com), E.V. Kapinos², I.V. Bacheva¹

¹ Non-profit Joint Stock Company "Medical University of Karaganda", Ministry of Health of Kazakhstan, Karaganda, Kazakhstan

² Municipal State Enterprise "Regional Clinical Hospital" of the Health Department of the Karaganda Region, Karaganda, Kazakhstan