**28.04.20 Поражение почек при системных заболеваниях соединительной ткани. Поражение почек при ревматоидном артрите**

Ревматоидный артрит (РА) является одной из важнейших проблем современной ревматологии. Несмотря на пристальное внимание к данному заболеванию, многие вопросы этой многогранной проблемы по-прежнему остаются в тени. Разработка современных эффективных средств базисной терапии системных заболеваний соединительной ткани привела к увеличению продолжительности жизни таких пациентов, что вывело на первый план предупреждение и лечение осложнений этих заболеваний. К таким осложнениям следует отнести, прежде всего, раннее развитие атеросклероза и, следовательно, высокий риск развития сердечно-сосудистых катастроф. Именно они являются ведущей причиной гибели пациентов с данной патологией. На втором месте стоят интеркуррентные инфекции, связанные с нарушенной иммунореактивностью при РА и необходимостью длительного приема иммуносупрессивной терапии. Значительное влияние на качество жизни больных РА оказывает системный остеопороз, развивающийся при длительном страдании артритом.

Невозможно недооценивать и роль почечной патологии при РА. Поражение почек не только влияет на качество жизни пациентов, но и способствует развитию сердечно-сосудистых и инфекционных осложнений. Помимо «специфического» поражения почек, например амилоидоза или гломерулонефрита, у пациентов с РА может развиться независимая сопутствующая патология — пиелонефрит либо нефроангиосклероз. При жизни распознается не более 2/3 почечных осложнений РА.

У пациентов с РА могут возникнуть гломерулонефриты, чаще всего мембранозный, реже мембранопролиферативный. На третьем месте по частоте встречаемости стоит гломерулонефрит с минимальными изменениями (3—17%). По данным литературы, именно гломерулонефрит преобладает у пациентов с РА, при этом частота его достигает 60—65%. Подобный вариант поражения почек при РА чаще имеет доброкачественное течение и, в отличие от амилоидоза, редко приводит к развитию хронической почечной недостаточности (ХПН).

Еще одним вариантом поражения почек при РА является развитие острого или хронического тубулоинтерстициального нефрита, в большинстве случаев обусловленное длительным применением нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) и анальгетиков (так называемая анальгетическая нефропатия). В развитии такого нефрита решающее значение имеют иммунологические факторы. В случае возникновения тубулоинтерстициального нефрита в роли антигена выступает лекарственный препарат. При продолжительном приеме обычных дозировок лекарственных средств может возникнуть нарушение функции почек, при систематическом употреблении в большом количестве — хронический интерстициальный нефрит с папиллярным некрозом. Некоторые базисные противовоспалительные препараты, применяемые для лечения РА, могут вызывать специфические изменения в почках.

В настоящее время отсутствуют точные данные о распространенности поражения почек у пациентов с РА. Сведения черпаются из анализа различных источников (свидетельства о смерти, данные аутопсии, клинических и лабораторных исследований, результаты пункционной биопсии почек), каждый из которых имеет свои ограничения. Наиболее неблагоприятным вариантом поражения почек при РА, зачастую определяющим течение и прогноз заболевания, является вторичный амилоидоз.

Реальную длительность основного заболевания до развития амилоидоза удается установить не всегда, так как это осложнение часто распознается на поздней стадии, когда имеются обширные амилоидные депозиты. В целом с увеличением длительности РА частота развития вторичного амилоидоза повышается. В среднем амилоидоз развивается через 19 лет от момента возникновения РА, в то время как раньше он развивался в среднем через 16 лет. Это связано с наличием лишь скрытой симптоматики (микроальбуминурия, минимальные изменения функции почек, поражение селезенки, неспецифические жалобы со стороны желудочно-кишечного тракта) и более эффективным лечением РА.

Прогноз при амилоидозе во многом зависит от природы основного заболевания. При естественном течении у трети больных с амилоидозом через 5 лет от момента выявления протеинурии развивается ХПН. Считается, что ХПН развивается быстрее при отложении амилоида в тубулоинтерстициальной ткани и сосудах почек. Неблагоприятный прогноз при амилоидозе связан с тем, что установить диагноз до нарушения функции органа практически невозможно, а также с отсутствием достаточных мер по профилактике и лечению данного осложнения. Несвоевременная верификация вторичного амилоидоза и более позднее обращение пациента к нефрологу приводят к ухудшению прогноза относительно прогрессирования хронической болезни почек. Существуют данные, что 10-летняя выживаемость у пациентов с РА при АА-амилоидозе составляет 20%, при этом большинство смертей наступает в результате сердечно-сосудистых осложнений и инфекции. В исследовании Y. Sasatomi и соавт. 2-летняя выживаемость обследованных составила 55%, 5-летняя — 30%. N. Joss и соавт. при наблюдении 43 пациентов установили, что средняя выживаемость после подтверждения диагноза АА-амилоидоза при РА составила 52,9 мес. При этом 42% пациентов умерли от инфекционных осложнений, 12,5% — от развившейся ХПН. Факторами, коррелировавшими с развитием летального исхода, являлись гипоальбуминемия и величина суточной протеинурии. В данном исследовании 5-летняя выживаемость составила 43%