

Данный документ подготовлен Интернет-изданием MedMir.com "Обзоры мировых медицинских журналов на русском языке" в сотрудничестве с Американским международным союзом здравоохранения (АМСЗ). Настоящий документ входит в Библиотеку Инфосети «Здоровье Евразии» [www.eurasiahealth.org/](http://www.eurasiahealth.org/).

Ресурсы «Здоровья Евразии» предоставляются бесплатно и могут свободно распространяться. Электронную версию настоящего документа можно размещать на других сайтах только для некоммерческих целей, без изменения содержания, с обязательным указанием Инфосети «Здоровье Евразии» в качестве источника, уведомлением электронной почтой по адресу [library@eurasiahealth.org](mailto:library@eurasiahealth.org) и включением ссылки на сайт «Здоровья Евразии» ([www.eurasiahealth.org](http://www.eurasiahealth.org)). Взимать плату за доступ к материалам «Здоровья Евразии» запрещается.

АМСЗ и «Здоровье Евразии» не отвечают за мнения, изложенные в данном документе. Ответственность за интерпретацию и использование этого материала всецело лежит на читателе. АМСЗ и «Здоровье Евразии» не несут ответственности за какие бы то ни было ошибки, пропуски и другие возможные проблемы, связанные с данным документом.



*Доступ к этой информации сделан  
возможным при поддержке  
американского народа через Агентство США  
по международному развитию (АМР США).  
Мнения, изложенные в данном документе не  
обязательно отражают мнения АМР США или  
Правительства США.*



Другие материалы по ВИЧ/СПИДу можно найти на сайте  
[www.eurasiahealth.org/aids/](http://www.eurasiahealth.org/aids/)

## **Выраженность хронического повреждения паренхимы почек – основной предиктор почечной выживаемости у больных с ВИЧ-ассоциированной нефропатией.**

### **Источник.**

Frank A. Post et al. *Predictors of Renal Outcome in HIV-Associated Nephropathy*. *CID* 2008;46: 1282-1289.

### **Реферат.**

<http://www.journals.uchicago.edu/doi/abs/10.1086/529385>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18444868>

ВИЧ-ассоциированная нефропатия (ВИЧАН) – главная причина хронической болезни почек (ХБП) у ВИЧ-инфицированных (ВИЧи) больных, определяющей почечную и общую выживаемость. Описанная впервые в США ВИЧАН связана с развитием иммунной супрессии, и отличается высоким уровнем протеинурии и быстрым прогрессированием до конечной стадии ХБП (КСХБП), которая до внедрения высоко активной антиретровирусной терапии (ВААРТ) наступала спустя несколько недель–месяцев после диагноза.

Немногочисленные исследования показали, что ВААРТ способствует стабилизации/улучшению почечной функции, уменьшению протеинурии и выраженности гистологических изменений при ВИЧАН. Тем не менее, большинство ВИЧи больных прогрессируют до КСХБП.

Ученые из Великобритании провели ретроспективное исследование с целью изучить эпидемиологические характеристики ВИЧАН и оценить влияние ВААРТ, вирусной супрессии и выраженности хронического повреждения почечной ткани на развитие КСХБП.

### **Методы и ход исследования.**

Был проведен ретроспективный анализ медицинских данных среди ВИЧи больных в 8 медицинских центрах Великобритании (01.1998–12.2004) для идентификации у них ВИЧАН. Критерии включения: ВИЧАН, подтвержденная биопсией либо диагностированная на основании достоверных клинических симптомов: 1) клубочковая фильтрация (КФ) <60 мл/мин в течение >3 мес.; 2) протеинурия >1,5 г/сутки. Критерии исключения: сахарный диабет, артериальная гипертензия (АГ), системные заболевания соединительной ткани, цирроз печени, беременность, трансплантированные органы, обструктивная нефропатия, дебют ВИЧАН до 1998 г. Вплоть до июня 2007 г регистрировали демографические, клинические, лабораторные данные, включая уровень АД, число CD4+ клеток, вирусную нагрузку, уровень креатинина, режим ВААРТ, использование лекарственных средств и диализа. Функцию почек оценивали на основании КФ. КСХБП определяли как 5 стадию ХБП (КФ <15 мл/мин либо начало заместительной терапии). Все пациенты были стратифицированы на 3 категории в зависимости от исхода: 1) КСХБП через <3 мес. после диагноза ВИЧАН; 2) КСХБП через >3 мес. после диагноза ВИЧАН; 3) стабильная функция почек. Почечную выживаемость подсчитывали от даты диагноза ВИЧАН или биопсии почек до начала постоянной заместительной терапии или 5 стадии ХБП. По результатам гистологического исследования определяли индекс хронического повреждения (ИХП) – процент площади коркового вещества почек, пораженного вследствие глобального склероза клубочков, атрофии канальцев и фиброза интерстиция. Вирусную супрессию регистрировали при наличии  $\geq 3$  последовательных уровней РНК ВИЧ <50 копий/мл за  $\geq 6$  мес.

### **Результаты.**

За 7 лет среди 16834 больных ВИЧАН выявлена у 61 пациента. Средний возраст к моменту диагноза ВИЧАН был 36,1 лет; мужчины составили 52%. У 48 (83%) больных ВИЧАН присутствовала к моменту выявления ВИЧ инфекции. Распространенность ВИЧАН была 0,93% (95% доверительный интервал [ДИ]: 0,67%–1,19%) среди 5147 больных, которым впервые была диагностирована ВИЧ инфекция в течение периода исследования.

Заболеваемость ВИЧАН среди пациентов без исходной почечной патологии (n=6383) составила 0,61 (95% ДИ: 0,33%–1,13%) на 1000 человек в год. У 45 (74%) больных диагноз ВИЧАН был подтвержден биопсией почек, у 16 (26%) ВИЧАН диагностирована на основании клинических критериев. Не выявлено достоверных различий в демографических, клинических и лабораторных данных этих двух групп. В отличие от предыдущих исследований по ВИЧАН среди афроамериканцев распространенность вирусного гепатита В (7%), сахарного диабета (2%), сопутствующей АГ (7%) была низкой. У 77% ВИЧ-1 инфицированных больных уровень РНК ВИЧ-1 был неопределяемым, один пациент был инфицирован ВИЧ-2. 48% больных имели С стадию заболевания (СПИД). Общая 5-летняя выживаемость была 89%. К июню 2007 г. у 56% больных развилась КСХБП. Медиана почечной выживаемости составила около 3,5 лет. Показатели выживаемости не различались среди двух групп больных – с ВИЧАН, подтвержденной биопсией, или же клиническими критериями. Больные 1 категории (КСХБП <3 мес. после диагноза ВИЧАН) исходно имели КСХБП (медиана КФ=5 мл/мин) и высокую протеинурию (медиана 8,2 г/сутки). Больные, которые прогрессировали до КСХБП >3 мес. после диагноза ВИЧАН (2 категория; n=20), и пациенты со стабильной функцией почек (3 категория; n=23) имели сходные показатели функции почек (медиана КФ 28 и 29 мл/мин соответственно). Кроме того, у них были одинаковые пропорции больных, стартовавших ВААРТ в течение первых 3 мес. после диагноза ВИЧАН (70% и 87%), достигших вирусной супрессии (55% и 57%) и повышения числа CD4+ клеток >20 клеток/мкл (40% и 43% соответственно) в течение первого года после диагноза ВИЧАН. Среди больных с гистологически подтвержденной ВИЧАН результаты были аналогичными. Вирусная супрессия зарегистрирована у 74% больных со стабильной функцией почек и у 65% больных, прогрессирующих до КСХБП >3 мес. Рецидивы виремии отмечены у 11 больных, четверо из них имели КСХБП уже во время вирусной супрессии.

Медиана ИХП у больных с развившейся КСХБП была 84, а у пациентов со стабильной функцией почек ИХП=31 (p<0,001). ИХП не отличался у больных, которые прогрессировали до КСХБП <3 мес. и >3 мес. (80 против 85; p=0,31). Почечная выживаемость была достоверно больше у пациентов с ИХП<75 по сравнению с пациентами, имевшими ИХП>75 (p<0,001), несмотря на сходные показатели вирусной супрессии (77% и 75% соответственно). В отношении развития КСХБП ИХП>75 имел чувствительность 87,5%; специфичность 84,6%; позитивную прогностическую информативность 87,5%; негативную - 84,6%.

#### **Выводы.**

Несмотря на то, что ВААРТ существенно повышала выживаемость больных с ВИЧАН, почечная выживаемость оставалась плохой даже у пациентов, достигших полной вирусной супрессии. Большинство больных к моменту диагноза ВИЧАН уже имели почечную недостаточность. Не выявлено взаимосвязи между ранним началом ВААРТ, быстрой вирусной супрессией либо увеличением числа CD4+ клеток и почечной выживаемостью. В случае развития тяжелой ВИЧАН ни ВААРТ, ни вирусная супрессия не смогли предотвратить прогрессирование до КСХБП. Достоверный предиктор почечной выживаемости – это степень хронического повреждения почечной ткани, определяемая с помощью ИХП по результатам гистологического повреждения. Высокий процент повреждения паренхимы почек (ИХП>75) – маркер неблагоприятного исхода с развитием КСХБП. Раннее выявление ВИЧАН диктует немедленный старт ВААРТ с целью сокращения риска прогрессирования до КСХБП. У больных с ВИЧАН следует избегать перерывов ВААРТ. У пациентов с ВИЧАН, которые хорошо отвечают на ВААРТ, должен обсуждаться вопрос о возможности почечной трансплантации.