

Системная красная волчанка с началом в возрасте старше 45 лет.

Алекберова З.С., Карабаева А.С., Насонова В.А.

Институт ревматологии РАМН, Москва.

Ключевые слова: системная красная волчанка, пожилой возраст.

Согласно современным взглядам, системная красная волчанка (СКВ) наблюдается относительно редко у лиц зрелого (45-60 лет) и пожилого возраста (61-75 лет), и на шестой декаде жизни развивается в 6 – 20 % всех случаев болезни (Walasse et al, 1981; Hochberg et al, 1985; Hashimoto et al, 1987).

Немногочисленные сообщения об СКВ с так называемым «поздним началом» свидетельствуют о том, что заболевание у этой категории больных отличается своеобразием клинических и иммунологических проявлений.

Существующие представления о клинической картине «пожилой» СКВ не всегда однозначны. И если большинство исследователей сходятся во мнении в отношении низкой частоты волчаночного нефрита у пожилых, которая колеблется от 4% до 6,6% против 51% у молодых больных СКВ (Zithan et al, 1983; Ho et al, 1998), и редкости нейропсихических расстройств (Mc Donald et al, 1984; Mavrikakis et al, 1992), то такого единодушия в отношении легочно-плеврального синдрома нет. Например, Baker et al (1979) и Catoggio et al (1984) отмечают относительно частое поражение легких по типу пневмонита и интерстициального фиброза, тогда как Font et al (1991) указывают на одинаковую частоту легочной патологии у «пожилых» и «молодых» с СКВ.

В последние годы повышено внимание к субтипу СКВ, протекающему с антифосфолипидным синдромом (АФС). Вместе с тем, исследования по АФС у больных СКВ с «поздним началом» ограничиваются единичными публикациями (Corbella et al, 1994).

В отечественной литературе нам не встретилось детального описания этого варианта СКВ.

В связи с ожидаемым постарением населения планеты и удвоением числа жителей старше 50 лет к 2020 году изучение СКВ у больных старшей возрастной категории приобретает особое значение.

В настоящей работе представлены клинико-иммунологические особенности СКВ у больных заболевших в возрасте 45 лет и старше.

Материал и методы исследования.

Обследовано 30 больных достоверной СКВ, согласно диагностическим критериям Американской Ревматологической Ассоциации (1982г). Вариант течения и степень активности СКВ определялись по классификации В.А. Насоновой (1989). Активность СКВ была оценена по шкале SLEDAI I (Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index I).

Возраст больных на момент обследования колебался от 47 до 71 года (средний $60,8 \pm 6,4$ лет), средний возраст начала болезни – $54,6 \pm 5,9$ лет (от 45 до 71 года), средняя длительность заболевания составила $75,1 \pm 55,9$ мес. (от 4 мес. до 14 лет). Все исследованные больные были женского пола, большинство из них имело хронический вариант течения СКВ (83,3%), 10% - подострый и 6,7% - острый. При обследовании преобладали низкая (I) и умеренная (II) степени активности заболевания (соответственно у 43,3% и 40% больных), и только у 16,7% пациенток активность была высокой (III степени). Среднее значение активности СКВ по SLEDAI I составило $25,3 \pm 9,8$ баллов.

У больных определялись антинуклеарный фактор (АНФ), антитела к нативной ДНК (анти-нДНК), гемолитическая активность общего комплемента (СН 50%), циркулирующие иммунные комплексы (ЦИК), (иммунологическая лаборатория Института ревматологии РАМН – руков., д.м.н., проф. Сперанский А.И.). Присутствие антифосфолипидных антител

(АФА) определялось по удлинению времени свертывания плазмы бедной тромбоцитами в фосфолипидзависимых коагуляционных тестах – для волчаночного антикоагулянта (в группе д.м.н. Решетняк Т.М.); антикардиолипиновые антитела (лаборатория клинической иммунологии Кардиологического научного центра МЗ РФ – руков. член.корр. РАМН, проф. Насонов Е.Л.).

С целью более глубокого изучения патологии органов дыхания были проведены реопульмонография (РПГ) на реографе 4РГ-2М и исследование функции внешнего дыхания (ФВД) с помощью спироанализатора Mickospiro HI-601 (Япония) (отделение функциональной диагностики клинической больницы №83 г.Москвы – зав. врач высшей категории Крутова Т.В.). Исследование ФВД включало определение жизненной емкости легких (ЖЕЛ), форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ), объема форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ₁), отношения ОФВ₁ к ЖЕЛ (индекса Тифно) и пиковой объемной скорости выдоха (ПОС_{вд}).

Статистический анализ результатов проводился на персональном компьютере с вычислением критерия t – Стьюдента и χ^2 теста с коррекцией по Yates или с помощью точного метода Фишера. Различия считались достоверными при $p < 0,05$. Результаты представлены в виде $M \pm \sigma$.

Результаты исследования и обсуждение.

Диагноз СКВ от момента ее начала впервые устанавливался в интервале от 3-х месяцев до 9 лет: у 57% исследуемых больных заболевание диагностировалось на первом году его течения. Вместе с тем, у 43% пациенток диагноз СКВ ставился более чем через год от ее начала, при этом почти у 1/5 больных – через 3-9 лет.

В таблице 1 представлены диагнозы, которые фигурировали у больных в начале болезни.

Первые диагнозы у 30 больных СКВ с «поздним началом».

Первые диагнозы	числ. больных
СКВ	6
Ревматоидный артрит	6
Остеоартроз	5
Пневмония	3
Остеохондроз позвоночника	2
Хронический пиелонефрит	2
Болезнь Верльгофа	2
Плеврит	1
Аллергический дерматит	1
Ревматизм	1
Гипотиреоз	1

Представляли интерес две пациентки с началом заболевания 67 и 71 год, поскольку столь поздний дебют заболевания потребовал исключения паранеопластического процесса, протекающего под «маской» ревматического заболевания, лекарственно – индуцированной волчанки. ✓

Как видно из таблицы 1 в качестве ошибочных диагнозов у больных фигурировали пневмония, плеврит, хронический пиелонефрит, болезнь Верльгофа, аллергический дерматит и гипотиреоз.

У 6 из 30 обследованных (20%) СКВ была диагностирована сразу и в первые 3-6 месяцев болезни. Вместе с тем в тех случаях, где суставной синдром доминировал, наиболее часто первыми диагнозами у больных были ревматоидный артрит, остеоартроз, остеохондроз позвоночника и даже – ревматизм. Интересно, что наш последующий анализ, показал, что из этих 14-ти больных с суставным синдромом только 7 имели сопутствующий СКВ полиостеоартроз и/или остеохондроз позвоночника, во всех других случаях имевшиеся в дебюте СКВ артриты/артралгии были проявлением основного заболевания.

Наиболее частым первым проявлением заболевания (табл.2) у всех больных был суставной синдром.

Начальные признаки заболевания у 30 больных с «поздней» СКВ.

Симптомы	число больных
Артрит/артралгии	30
Похудание	10
Синдром Рейно	10
Субфебрилитет	9
Гемолитическая анемия	6
«Бабочка»	4
Нефрит	3
Пневмония	3
Алопеция	3
Синдром Верльгофа	2
Плеврит	1
Энантема	1

Преобладало поражение мелких суставов кистей (26 больных) в сочетании с артритом коленных суставов (5 больных), реже отмечались боли в мелких суставах стоп и позвоночнике (по 2 больных) и плечевых суставах (1 больная).

Поражение суставов сопровождалось похуданием (у 10 пациенток) и/или синдромом Рейно (10 больных). Девять больных в начале заболевания имели длительный (до месяца) субфебрилитет в течение дня.

У 6-ти больных в начале болезни диагностировалась гемолитическая анемия со снижением гемоглобина крови до 76 г/л и положительной реакцией Кумбса.

Первым проявлением СКВ у четверых была «бабочка», у одной из них – в сочетании с энантемой. У двух больных в дебюте СКВ имели место геморрагические высыпания на нижних конечностях, расцененные как проявления синдрома Верльгофа. Кроме этого, у трех пациенток отмечалась очаговая алопеция.

Только у трех больных СКВ дебютировала с поражения почек, то есть нефритом, развившимся у больных в возрасте 45, 46 и 48 лет, суточная протеинурия составила соответственно 3,0, 4,8 и 7,5г без

изменений мочевого осадка и у одной – с артериальной гипертензией до 240/120 мм рт.ст.

У четверых больных заболевание началось с легочно-плеврального синдрома: у трех – с пневмонии с развитием дисковидных ателектазов и у одной – с экссудативного двустороннего плеврита.

В развернутую стадию болезни суставной синдром оставался наиболее часто встречаемым признаком.

Примечательно, что ни у одной из больных поражение ЦНС не проявлялось психозами или эпилепсиями, характерными для СКВ, а случаи головных болей, бессонницы и ухудшение памяти могли быть обусловлены сопутствующей (в том числе возрастной) патологией головного мозга.

Поражение почек наблюдалось у 63% больных, но проявлялось оно минимальной симптоматикой, преимущественно в виде мочевого синдрома (суточная протеинурия от 0,033 до 0,5 г). Только у 6-ти больных (20%) диагностирован нефрит с суточной протеинурией от 0,5 до 7,5 г, который быстро купировался на фоне лечения. Симптомы нефротического синдрома и почечной недостаточности не были выявлены ни у одной из больных.

Противоречивость литературных данных о частоте легочно-плеврального синдрома у больных СКВ с «поздним» началом и выявленные в настоящем исследовании частое и раннее поражение легких и плевры определили наш интерес к более тщательному исследованию функционального состояния легких.

Поражение легких и/или плевры обнаружено у 27 (90%) и было оно проявлением либо СКВ, либо сопутствующей патологии.

**Основные легочно-плевральные симптомы у 30 больных
СКВ с поздним началом заболевания.**

Легочно-плевральные признаки	количество больных	
	абс.	%
Пневмонит	12	40,0
Плеврит	13	43,3
Легочная гипертензия (по данным РПГ)	9/14	64,3
Пневмосклероз	11	36,7
Эмфизема легких	5	16,7
Хронический бронхит	2	6,7
Инфильтрат в легком	1	3,3

Пневмонит был одним из наиболее частых синдромов и встретился у 40% пациенток, при этом 5 из них (16,7%) имели характерную картину люпус-пневмонита с формированием дисковидных ателектазов.

Пневмонит при СКВ с «поздним» началом заболевания развивался рано: в абсолютном большинстве случаев (у 11 из 12 больных) – на первом году болезни, и только у одной больной – на третьем году заболевания, что несвойственно «молодой» СКВ. В половине случаев он сопровождался плевритом с характерной клинико-рентгенологической картиной и имел склонность к рецидивирующему течению.

Плеврит выявлен у 43,3% больных, при этом в абсолютном большинстве случаев он протекал в сочетании с перикардитом и/или пневмонитом, и только у одной пациентки плеврит выступал как изолированный синдром. Плеврит обычно был двусторонним (у 11 больных) и рецидивирующим, у 7-ми больных – экссудативный и у 6-ти – адгезивный.

Легочная гипертензия является сравнительно редким вариантом поражения легких при СКВ.

Реопульмонография была проведена 14-ти больным, у 9-ти из которых были выявлены РПГ – признаки легочной гипертензии. У одной

из них была диагностирована первичная легочная гипертензия, которая подтверждалась и Допплер - Эхо-КГ. Восемь больных имели клинико-anamnestические и другие данные наличия легочно-плеврального синдрома, и выявленные изменения при РПГ позволили заподозрить вторичную легочную гипертензию.

Сопоставление данных РПГ с ЭКГ выявило, что только у 2-х из 9 больных с РПГ – признаками легочной гипертензии присутствовали явления перегрузки правых отделов сердца, а из них только у одной – дилатация правого желудочка при Эхо-КГ.

Примечательно, что две из 9-ти больных СКВ с РПГ - признаками легочной гипертензии имели синдром Рейно; у 4-х других больных были выявлены повышенные показатели АФА и у двух из них диагностировался вторичный АФС.

Было выявлено 16,7% случаев эмфиземы легких, все они сочетались с пневмосклерозом.

С целью выявления частоты, типа и степени выраженности нарушений функции внешнего дыхания у больных СКВ с «поздним началом» 12-ти пациенткам были проведены тесты функции легких.

Средние показатели основных тестов функции внешнего дыхания у исследованных больных оказались в пределах нормальных, кроме $ПОС_{\text{выд.}}$, которая была ниже нормы. Известно, что снижение данного показателя кривой «поток – объем» на фоне неизменной величины $ОФВ_1$ и индекса Тифно позволяет говорить о начальной стадии бронхиальной обструкции.

Таблица 4.

Средние показатели ($M \pm \sigma$) основных тестов функции легких у 12-ти больных СКВ с «поздним» началом болезни.

Показатель	$M \pm \sigma$	Норма
ФЖЕЛ (% кД)	83,4 \pm 17,8	более 80
ОФВ ₁ (% кД)	86,2 \pm 19,1	более 80
ОФВ ₁ /ЖЕЛ (%)	86,6 \pm 5,53	85 – 100
$ПОС_{\text{выд.}}$ (% кД)	68,7 \pm 13,2	более 75

Снижение $ПОС_{\text{выд}}$ встречалось часто – у 7 из 12 обследованных. При этом только у 2-х из 7 больных с измененной $ПОС_{\text{выд}}$, $ОВФ_1$ и индекс Тифно оставались неизменными, и именно у них можно было обсуждать присутствие начальной (доклинической) стадии бронхообструкции, поскольку при обследовании каких-либо «пульмонологических» жалоб они не предъявляли.

У 5-ти больных помимо уменьшения $ПОС_{\text{выд}}$, отмечены изменения и других показателей функции внешнего дыхания и у трех из них было диагностировано нарушение вентиляционной функции легких по смешанному типу и у двух – по обструктивному.

Сопоставление с клинико-anamnestическими данными показало, что две больные с обструктивным (нехарактерным для СКВ) типом нарушения дыхания имели сопутствующий хронический бронхит, что, вероятно, и определило характер нарушения функции внешнего дыхания. Трое больных со смешанным типом нарушения дыхания были с отягощенным пульмонологическим анамнезом, у всех трех к тому же была диагностирована легочная гипертензия при РПГ.

У 3-х больных имелось поражение легких, которое можно было отнести к сопутствующему заболеванию: у двух - хронический бронхит и у одной выявлялся инфильтрат в легком, подозрительный на туберкулезный процесс.

Изучение лабораторных показателей СКВ установило, что иммунологические изменения встречались чаще гематологических (табл.5). Одним из наиболее частых иммунологических нарушений была позитивность по АНФ – 76,7% больных. Приблизительно с одинаковой частотой отмечалось повышение анти-нДНК (56,7%) и ЦИК (у 50% исследуемых), у значительного числа больных повышались иммуноглобулины, особенно иммуноглобулины класса G, реже M и A

(соответственно в 89,3% , 67,8% и 39,3% случаев). Гипокомплементемия имела только у 6,7% больных.

Высоким был процент больных с положительным LE-тестом, который выявлялся у 75% пациенток.

Таблица 5.

Лабораторные показатели больных СКВ с «поздним началом».

Лабораторный показатель	Число больных	
	абс.	%
Гематологические нарушения:		
НЬ < 100г/л	5	16,7
лейкоциты менее 4,0x10 ⁹ /л	9	30
тромбоциты менее 100x10 ⁹ /л	6	20
СОЭ 20 мм/час и выше	11	36,7
Иммунологические нарушения:		
анти-нДНК (более 20 ед.)	17	56,7
позитивность по АНФ	23	76,7
комплементемия (СН 50%)	2	6,7
ЦИК более 130 ед.ОП	15	50
Содержание иммуноглобулинов:		
IgG более 12,05 мг/мл	25/28*	89,3
IgA более 4,65 мг/мл	11/28*	39,3
IgM более 2,22 мг/мл	19/28*	67,8
Положительный LE - клеточный тест	15/20*	75
Положительный РФ 1/40 и выше	12	40

* - в записи «25/28» и аналогичных - в числителе – число позитивных результатов, в знаменателе - число больных, которым проведено данное исследование.

Примечательно, что 12 из 30 (40%) больных были позитивны по РФ, преимущественно в невысоком титре (1/40 – 1/80 – у 10 пациенток), из них у 23% выявлялся синдром Шегрена.

При гематологическом исследовании обнаружены следующие изменения: лейкопения была у 30% больных, тромбоцитопения отмечена у 20% и анемия у 17%, СОЭ повышалась в 36,7% случаев.

Сведений о выявлении антифосфолипидных антител (АФА) у больных СКВ с «поздним» началом крайне мало. Определение АФА проведено у 24 больных: у 20 – исследованы IgG- и IgM-

антикардиолипиновые антитела (аКЛ), у 19 – волчаночный антикоагулянт (ВА). Всем больным проводилась реакция Вассермана.

Таблица 6.

Частота выявления позитивности и уровни АФА у больных СКВ с поздним началом.

Позитивность по АФА	Частота выявления	
	абс.	%
- только ВА	3/19*	15,7
- ВА + IgG аКЛ + IgM аКЛ	1/15*	6,7
- IgG аКЛ + IgM аКЛ	1/20*	5,0
- только IgG аКЛ	6/20*	30,0
- только IgM аКЛ	2/20*	10,0

* см. примечание к табл. 5.

Результаты исследования показали (табл.6) сравнительно частую позитивность по АФА у больных СКВ с поздним дебютом заболевания. Восемь из 20 (40,0%) исследованных больных имели положительный результат на IgG-аКЛ. Четыре (20,0%) пациентки были позитивны по IgM-аКЛ. Уровни позитивности по IgG- и IgM-аКЛ чаще были умеренными и низкопозитивными (табл-7). Положительные результаты на ВА были у 21,1% больных. Ложноположительная реакция Вассермана не выявлялась ни у одной из больных. Две из исследованных больных на АФА имели одновременно несколько АФА.

Таблица 7.

Уровни позитивности аКЛ у больных СКВ положительных по данным АФА.

Класс аКЛ	Количество больных			Всего
	Высокопозитив. (более 60 GPL, более 60 MPL)	Умереннопозитив. (35-60 GPL, 40-60 MPL)	Низкопозитив. (20-35GPL, 25-40 MPL)	
IgG – аКЛ	2	3	3	8
IgM – аКЛ	0	2	2	4

В общей сложности 54,2% больных (13 из 24 обследованных) имели

позитивный результат на одно или несколько АФА, наиболее часто это были IgG-аКЛ, затем – ВА и IgM-аКЛ.

Однако, несмотря на высокую частоту выявления АФА, антифосфолипидный синдром (согласно классификации G.R.V.Hughes и соавт., 1990 и E.N.Harris, 1990) был верифицирован только у 4 из 24 обследованных больных (16,7%).

Наиболее часто встречаемым основным клиническим признаком АФС был рецидивирующий венозный тромбоз нижних конечностей (3 больные). Острое нарушение мозгового кровообращения имело место у одной из 4-х больных СКВ с АФС. Ни у одной из 4-х пациенток не было в анамнезе акушерских проявлений АФС и тромбоцитопении.

Из дополнительных признаков АФС имелись следующие: сетчатое ливедо (3 больные), эндокардит с формированием аортального порока сердца (одна больная) и Кумбс-позитивная анемия (две пациентки).

Таким образом результаты клинико-лабораторного исследования позволяют заключить, что СКВ с «поздним началом» (после 45 лет) может рассматриваться как субтип в общей популяции больных с этим заболеванием и отличается от СКВ «молодых» более мягким течением.

Особенностью клинической картины «поздней» СКВ является раннее и частое развитие легочно-плеврального синдрома и редкость тяжелых поражений почек и ЦНС.

У больных СКВ с «поздним началом» частота позитивности по АНФ составила – 76,7%, по а-нДНК 56,7%, тогда как гипокомплементемия установлена только у 6,7% больных. Положительный РФ отмечался в низком титре у 40% больных. В отличии от иммунологических нарушений гематологические расстройства были нечастыми, так, тромбоцитопения имела место у 20% пациенток.

Антифосфолипидные антитела (аКЛ и/или ВА) у больных СКВ с поздним началом выявлялись сравнительно часто – в 54,2% случаев, при

этом диагноз антифосфолипидного синдрома был верифицирован только у 16,7% пациенток.

Вариант СКВ с «поздним» началом не требует применения высоких доз кортикостероидов и нуждается в тщательном подборе терапии по поводу сопутствующих заболеваний с исключением препаратов, известных как индукторы волчаночно-подобного синдрома.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алекберова З.С., Ананьева Л.П., Саморядова О.С., Фоломеев М.Ю., /Особенности системной красной волчанки, развившейся в постклимактерическом периоде. //Тер.архив., 1989-№-сю 95-98.
2. Александрова Е.Н., Насонов Е.Л., Ковалев В.Ю. /Количественный иммуноферментный метод определения антител к кардиолипину в сыворотке крови. // Клин. Ревматология, 1995-№ 4-С.35-39.
3. Гриппи М.А. /Патофизиология легких. // М. Бином. 1997. 344 стр.
4. Иванова М.М. /Системная красная волчанка В кн.: Диффузные болезни соединительной ткани. Руководство для врачей Сигидин Я.А., Гусева Н.Г., Иванова М.М. // М. Мед., 1994-С.231-299.
5. Иванова М.М. /Системная красная волчанка – В кн.: Ревматические болезни. Руководство по внутренним болезням под общей ред. Чазова Е.И. //М. Мед., 1997 – С. 160-172.
6. Клемент Р.Ф. /Исследование системы внешнего дыхания и ее функций. В кн.: Болезни органов дыхания. Руководство для врачей под ред. Палеева Н.Р. //М.Мед. 1989 – т.1. – С.302-329.
7. Мухин Н.А., Серов В.В., Корнев В.М. и др. / Интерстициальные болезни легких – клинические аспекты, проблемы. //Тер.архив, 1995 - №5 – С.68-70.
8. Насонов Е.Л., Алекберова З.С., Александрова Л.З. и др. /Антитела к кардиолипину. Метод определения и клиническое значение. //Клин. Мед., 1987-№11 – С. 100-104.
9. Насонов Е.Л. /Антифосфолипидный синдром: клиническая и иммунологическая характеристика. //Клин.мед., 1989 - №1 – С.5-13.
10. Насонов Е.Л., Баранов А.А., Шилкина Н.П., Алекберова З.С. / Патология сосудов при антифосфолипидном синдроме (Клиника, диагностика, лечение). //М. –Яросл., 1995 – 164 стр.
11. Насонова В.А. /Системная красная волчанка – М. Мед., 1972-248 стр.

12. Насонова В.А., Астапенко М.Г. /Системная красная волчанка. В кн.: Клиническая ревматология. // М. Мед. 1989 – С. 143-175.
13. Насонова В.А. /Международная декада, посвященная костно – суставным нарушениям (The Bone and Joint Decade 2000-2010). //Рус. Мед. Журнал, 2000 - №9 т.8-С.369-371.
14. Реопульмонография. // БМЭ. Издание третье, т.22, М. Сов. энциклопедия, 1984-С.195-196.
15. Решетняк Т.М., Дерксен Р.В., Алекберова З.С., и др./ Антитела к гликопротеину I при системной красной волчанке: новый лабораторный маркер антифосфолипидного синдрома. // Клин. Мед., 1998-№3-С.36-40.
16. Сперанский А.И. / Комплекс иммунологических исследований больных ревматическими заболеваниями. //Методические рекомендации. МЗ СССР, 1975-15 стр.
17. Стручков П.В., Винницкая Р.С., Люкевич И.А. /Введение в функциональную диагностику внешнего дыхания. // М. 1996-72 стр.
18. Фоломеева О.М., Алекберова З.С., Котельникова Г.П. и др. /О поражении легочных сосудов у больных системной красной волчанкой. // Ревматология, 1984-№1-С.27-31.
19. Чазова И.Е., Самсонов М.Ю., Александрова Е.Н. и др. /Антитела к фосфолипидам при первичной легочной гипертензии. //Тер. Архив., 1994-№12-С.20-23.

ЧАСТОТА ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ (СКВ) С ПОЗДНИМ НАЧАЛОМ.

А.С. Карабаева, Л.П. Ананьева, Н.М. Кошелева, З.С. Алекберова.

Институт ревматологии РАМН, Москва.

Поражение почек встречается у 33 – 66% больных СКВ, часто определяя характер течения заболевания.

Целью исследования было определить влияние возраста начала СКВ на частоту развития поражения почек.

Материал и методы исследования:

Основную – 1-ую группу составили 30 больных достоверной СКВ (согласно критериям АРА, 1982г.), заболевших СКВ в возрасте от 45 до 71 года (средний – $54,6 \pm 5,9$ лет), средний возраст больных на момент обследования – $60,8 \pm 6,4$ лет. В группу сравнения – 2-ую вошли 52 подростка 15-18 лет.

Результаты исследования: люпус-нефрит был диагностирован у 6 (20%) больных 1-ой группы и у 28 (54%) 2-ой группы больных ($p=0,006$); мочевого синдром (протеинурия от 0,04 до 0,5 г/сут. без изменения мочевого осадка), соответственно, - у 19 (63%) и 15 (29%) пациентов ($p=0,005$). Нефротического синдрома не было ни у одного больного 1-ой группы, во 2-ой он был выявлен у 8 (15%), ($p=0,024$).

Заключение. Поражение почек у больных СКВ с «поздним» началом встречается реже, чем в подростковом возрасте, обуславливая более благоприятное течение заболевания.