

1 **Диагноз волчаночного нефрита**
Ранняя диагностика и своевременное начало лечения активного волчаночного нефрита очень важны для сохранения почечной ткани. Нарушение функции почек или протеинурия, выявляемая в серии анализов, могут свидетельствовать о наличии волчаночного нефрита (ВН), что может быть подтверждено с помощью биопсии почки.

2 **Антималарийные препараты**
Гидроксихлорохин рекомендован всем пациентам с ВН при отсутствии противопоказаний.

3 **Волчаночный нефрит I/II классов**
При назначении иммуносупрессивной терапии пациентам с I/II классами ВН следует руководствоваться экстраренальными проявлениями заболевания, за исключением пациентов с нефротическим синдромом вследствие волчаночной подоцитопатии, ведение которых осуществляется в соответствии с рекомендациями для болезни минимальных изменений.

4 **Инициальная иммуносупрессия при активном ВН III/IV классов**
Инициальная терапия активного пролиферативного (\pm мембранозного) ВН – это глюкокортикоиды в сочетании с ММФ или низкими дозами (режим Euro-Lupus) циклофосфамида внутривенно (Рисунок 1).

5 **Дозирование глюкокортикоидов**
Несмотря на то, что для терапии ВН традиционно используются высокие дозы глюкокортикоидов, недавние исследования показали, что применение более низких доз сопоставимо по эффективности, но с меньшим количеством побочных эффектов.

6 **Длительность иммуносупрессии при ВН III/IV классов**
После завершения инициальной терапии пролиферативного ВН для продолжения иммуносупрессии предпочтительным является ММФ, прием которого следует продолжать не менее 36 месяцев.

7 **Волчаночный нефрит V класса**
Ведение пациентов с ВН V класса включает блокаду РАС, контроль артериального давления и гидроксихлорохин, дополнительная иммуносупрессия рассматривается для пациентов с протеинурией нефротического уровня.

8 **Неудовлетворительный ответ на лечение**
Неудовлетворительный ответ на терапию возможен при низкой приверженности к лечению, использовании неадекватных доз иммуносупрессантов или значительном хроническом повреждении почек, снижающем вероятность полного восстановления почечной функции. Пациенты, у которых эти факторы исключены, могут иметь резистентную к лечению форму ВН (Рисунок 3).

9 **Терминальная стадия болезни почек**
Трансплантация почки является предпочтительной модальностью заместительной почечной терапии для пациентов с ВН, достигших терминальной стадии ХБП.

10 **Беременность у пациенток с ВН**
Для благоприятного исхода беременности требуется предварительное консультирование и планирование. Следует избегать беременности при активном течении ВН или в случаях, когда пациентки подвергаются воздействию потенциально тератогенных препаратов.

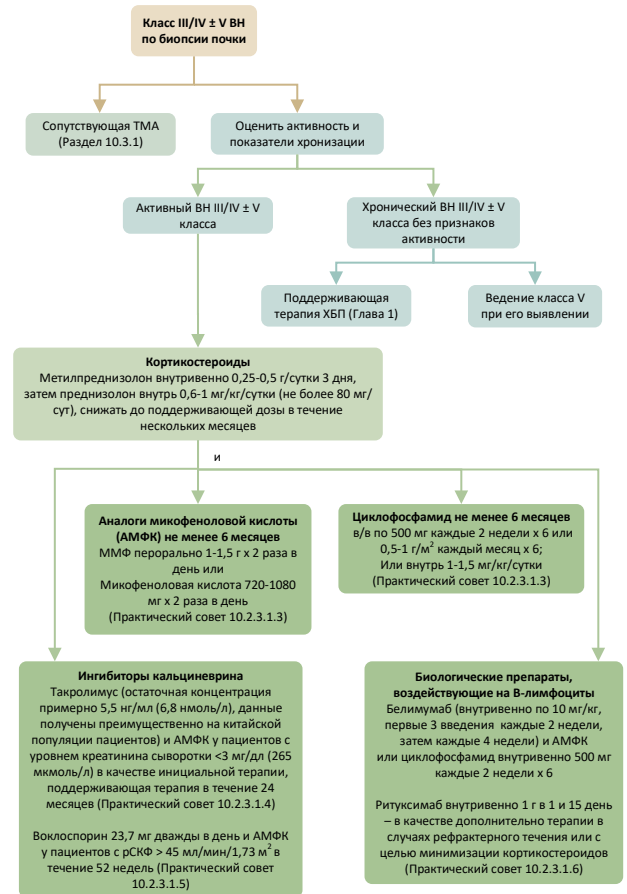


Рисунок 1

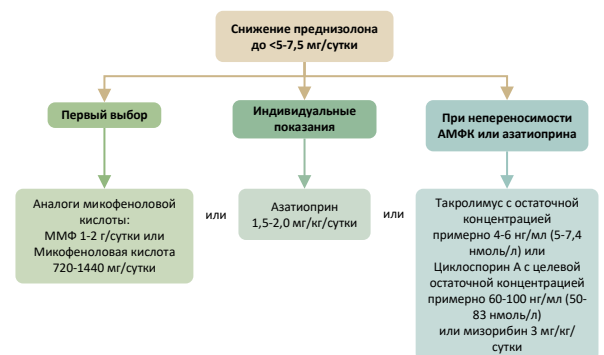


Рисунок 2

1	Оцените приверженность к лечению
2	Убедитесь в адекватности дозы иммуносупрессивного препарата, измерив концентрацию препарата в плазме, если это применимо или доступно (проверьте уровень микофеноловой кислоты, если используются АМФ / проверьте записи о введении препарата, если это циклофосфамид)
3	Повторная биопсия при подозрении на хронизацию или другой диагноз (например, тромботическая микроангиопатия)
4	Рассмотрите возможность на другой вариант терапии первой линии при сохраняющейся активности заболевания (с АМФ на циклофосфамид и наоборот)
5	Рассмотрите следующие варианты для пациентов, рефрактерных к терапии первой линии: <ul style="list-style-type: none"> • Комбинация АМФ и ингибиторов кальциневрина или • Добавление ритуксимаба или другого биологического препарата • Удлинение курса внутривенной пульс-терапии циклофосфамидом

Рисунок 3