

*Секция: Медицинские науки*

**Альмухамбетова Рауза Кадыровна**

*кандидат медицинских наук, доцент,  
профессор кафедры внутренних болезней №3,  
Казахский национальный медицинский университет  
имени С. Д. Асфендиярова*

*г. Алматы, Республика Казахстан*

**Жангелова Шолпан Болатовна**

*кандидат медицинских наук, доцент,  
профессор кафедры внутренних болезней №3  
Казахский национальный медицинский университет  
имени С. Д. Асфендиярова*

*г. Алматы, Республика Казахстан*

**Капсултанова Дина Амангельдиновна**

*кандидат медицинских наук,  
доцент кафедры внутренних болезней №3  
Казахский национальный медицинский университет  
имени С. Д. Асфендиярова*

*г. Алматы, Республика Казахстан*

**Тыналиева Шынар Айтжановна**

*заведующая кардиологического отделения №3  
Городской кардиологический центр*

*г. Алматы, Республика Казахстан*

**Аронова Арайлым Куспановна**

*врач-интерн  
Казахского национального медицинского университета  
имени С. Д. Асфендиярова*

*г. Алматы, Республика Казахстан*

**Кішібекова Мөлдір Болатқызы**

*врач-интерн*

*Казахского национального медицинского университета*

*имени С. Д. Асфендиярова*

*г. Алматы, Республика Казахстан*

**Сманова Айсамал Мухтарханқызы**

*врач-интерн*

*Казахского национального медицинского университета*

*имени С. Д. Асфендиярова*

*г. Алматы, Республика Казахстан*

**Божанов Асқар Табиғатұлы**

*врач-интерн*

*Казахского национального медицинского университета*

*имени С. Д. Асфендиярова*

*г. Алматы, Республика Казахстан*

## **К НЕОБХОДИМОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК У БЕРЕМЕННЫХ И ПРИ ВОЛЧАНОЧНОМ НЕФРИТЕ**

Поражение почек у беременных начинается в третьем триместре и проявляется артериальной гипертензией, протеинурией, отеками; в тяжелых случаях – коагулопатией потребления, микроангиопатической гемолитической анемией и судорогами. Если волчаночный нефрит развивается впервые, то течение беременности часто тяжелое, прогноз для плода плохой, увеличивается риск антенатальной гибели плода на 45% и выше. Морфологические изменения в почках при системной красной волчанке (СКВ) встречаются значительно чаще, чем клинические проявления нефрита. Не удастся выявить каких-либо признаков, свойственных только волчаночной нефропатии, хотя в некоторых случаях

определенные особенности клинического течения нефрита позволяют заподозрить волчаночную природу поражения почек [1, с. 14249; 2, с. 32-38; 3, с. 534-538; 4, с. 25-31; 5, с. 15-24; 6, с. 47-52].

**Целью нашего исследования** явилось проведение дифференциальной диагностики поражения почек у беременных и при СКВ.

**Материал и методы.** Нами проанализированы клинические и лабораторно-инструментальные признаки поражения почек при беременности и СКВ.

**Результаты и обсуждение.** Протеинурия встречается при нормальной беременности из-за физиологического увеличения почечного кровотока и сочетается с нормальным при беременности повышением клиренса креатинина с соответствующим снижением концентрации креатинина в плазме крови. Согласно литературным данным, активный волчаночный нефрит с выраженным мочевым синдромом - протеинурией выше 0,5 г/сут, постоянной гематурией, обычно в сочетании с протеинурией наблюдается примерно у 1/3 больных. При эклампсии и при волчаночном нефрите также отмечаются тромбоцитопения, гемолитическая анемия, артериальная гипертония и почечная недостаточность с протеинурией, что, безусловно, требует проведения дифференциальной диагностики, так как она во многом определяет тактику ведения таких пациентов. Нефропатия беременных не требует лечения после родов, в то время как при волчаночном нефрите проводится терапия высокими дозами кортикостероидов, часто в сочетании с азатиоприном в период беременности и циклофосфамидом после ее завершения.

*Таблица 1*

**Клинические признаки, позволяющие отличить протеинурию беременных и протеинурию при активном волчаночном гломерулонефрите (АВГ)**

Показатель	Эклампсия беременных	АВГ
Артериальное давление	высокое	Нормальное или высокое
Число тромбоцитов	Низкое или нормальное	Низкое или нормальное

<b>Уровень комплемента</b>	Увеличен или нормальный	Нормальный или снижен
<b>Уровень мочевого кислоты</b>	высокий	Высокий или нормальный
<b>Уровень протеинурии</b>	высокий	высокий
<b>гематурия</b>	Макроскопическая, без цилиндров	Микроскопическая, с цилиндров
<b>антиДНК антитела</b>	Нормальный, стабильный уровень	Увеличен или высокий
<b>Другие СКВ симптомы</b>	нет	есть

Концентрация комплемента увеличивается при нормальной беременности, но снижается при СКВ независимо от обострения заболевания и не является диагностическим признаком, также как СОЭ, которое увеличивается и при беременности и при СКВ. Клиническая картина волчаночного поражения почек крайне разнообразна — от персистирующей минимальной протеинурии, никак не отражающейся на самочувствии больных и не влияющей на прогноз, до тяжелейшего быстро прогрессирующего нефрита с отеками, анасаркой, почечной недостаточностью и гипертензией. Как отдельный вариант выделяют нефрит с минимальным мочевым синдромом — протеинурия ниже 0,5 г/сут, иногда небольшая лейкоцитурия и эритроцитурия (единичные элементы в поле зрения). Артериальное давление нормальное, функция почек сохранена. Существенную роль в плане дифференциальной диагностики играют морфологические исследования. Гистологические изменения в биоптате находят более чем у половины больных СКВ даже без клинических признаков нефрита. Иммунофлюоресцентное исследование биоптата или патологоанатомического материала почки практически у всех больных позволяет выявить депозиты иммуноглобулинов или фракций комплемента в базальной мембране гломерул. При СКВ преобладают суставной синдром, серозиты, миокардит, иногда поражение ЦНС. Отсутствие экстраренальных проявлений в картине болезни: артрита, кожных изменений, а также обнаружение эритроцитарных цилиндров в

моче, стабильные концентрации антиДНК антител делают диагноз эклампсии более вероятным.

Таким образом, при эклампсии беременных и люпус-нефрите имеется много сходных симптомов, что делает актуальным проведение дифференциальной диагностики, поскольку в каждом конкретном случае будет своя тактика ведения таких пациентов.

### **Литература**

1. Клинический протокол РЦРЗ МЗ РК «Артериальная гипертензия у беременных». Рекомендован Экспертным советом РГП на ПВХ «Республиканский центр развития здравоохранения» Министерства здравоохранения и социального развития от «10» декабря 2015 года Протокол №19.// <https://diseases.medelement.com/disease/артериальная-гипертензия-у-беременных/14249>.
2. Манухин И.Б., Маркова Е.В., Маркова Л.И., Стрюк Р.И. Комбинированная низкодозовая антигипертензивная терапия у беременных с артериальной гипертонией и гестозом / Кардиология. – 2012. – № 1. – С. 32–38.
3. Mustafa R., Ahmed S., Gupta A., Venuto R.C. A comprehensive review of hypertension in pregnancy / J. Pregnancy. – 2012. – Vol. 5 (3). – P. 534–538.
4. Ходжаева З.С., Шмаков Р.Г., Коган Е.А. и др. Клинико-anamнестические особенности, плацента и плацентарная площадка при ранней и поздней преэклампсии / Акушерство и гинекология. – 2015. – № 4. – С. 25–31.
5. Abalos E., Cuesta C., Carroli g. et al. Pre-eclampsia, eclampsia and adverse maternal and perinatal outcomes: a secondary analysis of the World Health organization multicountry survey on maternal and Newborn Health / BJog. – 2014. – V. 121(suppl. 1). – P. 14–24.
6. Li X.L., Guo P.L., Xue Y. et al. An analysis of the differences between early and late preeclampsia with severe hypertension / Pregnancy Hypertension. – 2016. – V. 6. – P. 47–52.