

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 азатиарином 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

Уровень комплемента	Увеличен или нормальный	Нормальный или снижен
Уровень мочевого кислоты	высокий	Высокий или нормальный
Уровень протеинурии	высокий	высокий
гематурия	Макроскопическая, без цилиндров	Микроскопическая, с цилиндров
антиДНК антитела	Нормальный, стабильный уровень	Увеличен или высокий
Другие СКВ симптомы	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 гипертензией 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-анамнестические 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.