

Е.И. МИТРОФАНОВА, О.Ю. ФАХРУТДИНОВА, Г.М. ИСЛАМОВА, Е.Г. МИХЕЕВА, А.Н. МАКСУДОВА

Республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан
Казанский государственный медицинский университет

УДК 616.-006.61

Случай поражения почек при лимфоплазмочитарном заболевании

Митрофанова Елена Ивановна

врач отделения нефрологии

420064, г. Казань, ул. Оренбургский Тракт, д. 138, тел. (843) 268-73-16, e-mail: Elena_mitrofanova@bk.ru

Представлен случай персистирующего мочевого синдрома у женщины 44 лет. Обследование, проведенное по поводу присоединившихся через 5 лет анемии и спленомегалии, нефробиопсия, трепанобиопсия, иммуногистохимическое исследование подтвердили редкий случай лимфоплазмочитомы с вторичным проявлением в виде болезни отложения легких цепей и АН амилоидоза.

Ключевые слова: мочевого синдром, амилоидоз, лимфопролиферативные заболевания.

E.I. MITROFANOVA, O.Y. FAKHRUTDINOVA, G.M. ISLAMOVA, E.G. MIKHEEVA, A.N. MAKSUDOVA

Republican Clinical Hospital of Ministry of Health Care of the Republic of Tatarstan
Kazan State Medical University

The case of renal disease in lymphoplasmocytic disease

A case of persistent urinary symptoms in women 44 years is introduced. A survey conducted after 5 years of anemia and intertwining splenomegaly, nephrobiopsy, trepanobiopsy, immunohistochemical study confirmed the rare case lymphoplasmocytoma with secondary manifestations in the form the disease of deposition light chains of AH amyloidosis.

Keywords: urinary syndrome, amyloidosis, lymphoproliferative disease, lung disease circuits.

Пациентка Я., 44 года, поступила в нефрологическое отделение РКБ для обследования по поводу гематурии, протеинурии, анемии, увеличения селезенки для обследования и планового проведения нефробиопсии.

Анамнез: Считает себя больной с 2005 г., когда после перенесенного ОРВИ при обследовании были впервые выявлены свежие эритроциты в моче. Тогда же отмечалась анемия легкой степени тяжести. Проведенное по поводу гематурии обследование не выявило патологии, однако мочевого синдром сохранялся. В 2009 году присоединилась протеинурия (менее 500 мг/сут.). В течение следующего полугодия наблюдалось нарастание протеинурии, сохранение гематурии и анемии, появление лейкоцитоза. При дополнительном обследовании выявлено незначительное увеличение селезенки, что послужило поводом для госпитализации. Учитывая спленомегалию, анемию, проводился диагностический поиск с целью исключения лимфопролиферативных заболеваний, однако результаты стеральной пункции оказались без особенностей (плазматические клетки 6.5%). Учитывая сохраняющийся мочевого синдром, пациентка

была консультирована нефрологом, рекомендовано проведение нефробиопсии и дополнительных иммунологических тестов.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное, рост 158 см, вес 50 кг, индекс массы тела = 20. При объективном исследовании патологии не выявлено. Результаты лабораторного исследования: анемия (гемоглобин — 108 г/л), лейкоцитоз — 10400, гипопроотеинемия — общий белок 52 г/л, показатели протеинограммы и иммунограммы — в пределах нормальных значений, протеинурия — до 1,27 гр в сутки, микрогематурия — до 25-27 в поле зрения. Спленомегалия — размер селезенки 150х56 мм, паренхима однородная, структура крупнозернистая, эхогенность повышена. Селезеночная вена — 8 мм при отсутствии гепатомегалии, асцита, изменений поджелудочной железы, забрюшинных лимфоузлов.

Были исключены урологические причины мочевого синдрома (проведены цистоскопия, посев мочи, ренография, ультразвуковое исследование почек). Исключали также системные заболевания ревматического профиля (антинуклеарные ци-



топлазматические антитела, антитела к ДНК, к кардиолипинам, криоглобулины, волчаночный антикоагулянт, LE-клетки), онкологическую патологию (УЗИ, рентгеновская компьютерная томография (РКТ) органов грудной клетки и брюшной полости, онкомаркеры). Незначительная спленомегалия по РКТ подтверждена. Учитывая мочевого синдром в виде протеинурии легкой степени тяжести и безболевого микрогематурии, отсутствие противопоказаний, принято решение о проведении нефробиопсии.

Результаты нефробиопсии: В препарате до 22 клубочков, 2 полностью склерозированы по ишемическому типу. Пролiferативных изменений нет. Расширение мезангия, неравномерное утолщение гломерулярной базальной мембраны за счет отложения материала с положительной окраской Конго-рот и демонстрирующее зеленоватое свечение в поляризованном свете. Иммуногистохимическое исследование на А-амилоид — результат отрицательный. Незначительное утолщение стенок части артериол за счет ШИФ — положительного конго-позитивного материала с зеленоватым свечением в поляризованном свете. Заключение: Амилоидоз почек. Учитывая отрицательный результат иммуногистохимического исследования на А-компонент амилоида, можно достоверно говорить лишь о том, что в данном случае амилоидоз не носит вторичный характер. Однако в связи с некоторой нетипичностью окраски (интенсивность) и отсутствием возможности проведения электронной микроскопии нельзя исключить болезнь накопления легких цепей.

Для дальнейшего дообследования больная была направлена в г. Москву, где верификация диагноза потребовала взаимодействия нескольких клиник. Повторная нефробиопсия с проведением световой и электронной микроскопии, иммунофлюоресцентное исследование биоптата почки, стерильная

пункция, трепанобиопсия, иммунохимическое исследование крови и мочи позволили верифицировать диагноз: Лимфоплазмоцитомы с поражением костного мозга и селезенки. Болезнь тяжелых цепей. Амилоидоз (АН) с преимущественным поражением почек.

Особенностью данного случая является нетипичное первичное проявление заболевания: больная в течение 5 лет наблюдалась с мочевым синдромом (гематурией) у уролога. Для лимфопролиферативных нефропатий более характерны протеинурия (в нашем случае в дебюте — гематурия, протеинурия присоединилась через 4 года), ускоренная СОЭ (у пациентки СОЭ от 4 до 10 мм/ч), анемия среднетяжелой и тяжелой степени (в данном случае — гемоглобин 104 г/л). Выявленное прогрессирование анемии, протеинурии и своевременное обращение позволили провести активный поиск заболевания крови и в дальнейшем патологии почек. Полученные результаты гистологического исследования позволили обнаружить отложение депозитов, верификация которых была проведена только после повторных исследований с использованием высших технологий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шулуто Б.И. Болезни печени и почек, 1993.
2. Чиж А.С. Нефрология в терапевтической практике, 1998.
3. Захарова Е. В. Поражения почек при лимфоплазматических заболеваниях (обзор литературы и клинические наблюдения). — Нефрология и диализ. — Т. 11, № 2. — 2010.
4. Дональд Е. Храйчик. Секреты нефрологии, 2001.
5. Тареева И.Е. Руководство по нефрологии, 2000.