

С.Л. Жарский¹, О.Н. Слободянюк², А.Н. Евсеев¹, И.Ю. Аввакумова²

ЗНАЧЕНИЕ НЕФРОБИОПСИИ В ДИАГНОСТИКЕ, ОПРЕДЕЛЕНИИ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ И РЕШЕНИИ ЭКСПЕРТНЫХ ВОПРОСОВ ПРИ ДИФФУЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В ОРГАНИЗОВАННОМ КОЛЛЕКТИВЕ

*Дальневосточный государственный медицинский университет¹, 680000, ул. Муравьева-Амурского, 35;
301-й Окружной военный клинический госпиталь², 680038, ул. Серышева, 1, г. Хабаровск*

Современная диагностика заболеваний почек основывается на комплексе клинических, лабораторных и инструментальных исследований, среди которых важное место занимает нефробиопсия. Военная нефрология, как и вся военная медицина, имеет свои особенности, обусловленные своеобразием контингента больных, формирующегося из числа военнослужащих, в том числе военнослужащих по призыву. Эти люди, как правило, еще не имеют длительного анамнеза почечной патологии, а само заболевание почек, например гломерулонефрит, чаще всего оказывается выявленным впервые и потому требует точной диагностики с целью определения лечебной тактики и прогноза [2]. Особого подхода требует выявление у военнослужащих изолированного мочевого синдрома (ИМС), так как при этом возникает необходимость достаточно быстрого решения не только вопросов терапии, но и экспертизы пригодности для дальнейшего прохождения воинской службы. В данной ситуации оказывается неприемлемым длительное наблюдение над течением нефропатии, как это может быть сделано в гражданском здравоохранении, поскольку воинская служба ассоциируется с повышенными физическими, эмоциональными нагрузками, нередко со сложными бытовыми и климатическими условиями [2, 3]. Кроме того, при определении показаний к нефробиопсии, являющейся подчас единственным позволяющим поставить правильный диагноз методом исследования, приходится учитывать, что это инвазивное вмешательство проводится у еще недавно здорового человека, а потому требует особой ответственности.

Целью нашего исследования явилось выяснение особенностей диагностики и тактики ведения при впервые выявленных диффузных заболеваниях почек у молодых больных организованного коллектива на основе анализа и сопоставления клинических и морфологических данных.

Материалы и методы

Мы проанализировали 42 случая (мужчины в возрасте от 18 до 52 лет), для постановки окончательного диагноза которых потребовалось проведение пункционной нефробиопсии. Все больные находились в условиях нефрологического отделения 301-го Окружного военного клинического госпиталя г. Хабаровска, куда были направлены в связи с развитием клиники гломерулонефрита, нефротического синдрома или для обследования в связи с обнаружением гематурии и/или протеинурии. Морфологическое исследование почек проводили для уточнения диагноза, определения тактики лечения и решения вопросов экспертизы профессиональной пригодности.

Резюме

Статья посвящена изучению особенностей клинической и морфологической диагностики диффузных заболеваний почек у больных молодого возраста в организованном коллективе. Анализируются данные о 42 случаях нефробиопсий у лиц с проявлениями остроснефритического, нефротического и изолированного мочевого синдромов. Обсуждаются показания к нефробиопсии у данного контингента больных, в том числе с учетом аспектов военной врачебной экспертизы.

Ключевые слова: нефробиопсия, остроснефритический синдром, нефротический синдром, изолированный мочевой синдром.

S.L. Zharskiy, O.N. Slobodyanuk, A.N. Evseev,
I.Y. Avvakumova

THE ROLE OF NEPHROBIOPSY IN THE DIAGNOSTICS AND DETERMINATION OF TREATMENT AND MEDICAL EXAMINATION STRATEGIES IN YOUNG PATIENTS WITH DIFFUSE RENAL DISEASES IN ORGANIZED COMMUNITY

*Far Eastern State Medical University;
military hospital №301, Khabarovsk*

Summary

The article is devoted to the peculiarities of the clinical and morphological diagnostics of diffuse renal diseases in young patients of organized community. The data on 42 nephrobiopsies in patients with acute nephritic, nephrotic and isolated urinary syndromes are analyzed. The authors also discuss the indications to nephrobiopsy in this contingent of patients including the military medical examinations' aspects.

Key words: nephrobiopsy, acute nephritic syndrome, nephrotic syndrome, isolated urinary syndrome.

Чрескожную пункционную нефробиопсию выполняли биопсийным пистолетом «Multiple biopsy device-23» (USA), оснащенным иглой «Core biopsy needle» диаметром 18g (1,2 мм) и длиной 20 см. Визуальный контроль осуществляли с помощью эхокамеры «Aloka SSD-630» конвексным датчиком частотой 3,5 МГц. В результате были получены столбики почечной ткани с числом клубочков от 3 до 39, в среднем 13,16±1,38. В двух случаях биопсии оказались неинформативными по причине малого количества полученных клубочков. Биоптаты исследовали при помощи световой микроскопии. Обработка

биоптатов и их интерпретация проводились на кафедре патологической анатомии Дальневосточного государственного медицинского университета.

Результаты и обсуждение

Наблюдаемые пациенты составили четыре группы в зависимости от клинических проявлений почечной патологии, определяемых в связи с ними показаний к морфологическому исследованию почек и последующих клинко-морфологических сопоставлений.

Первая группа состояла из 16 больных в возрасте от 18 до 23 лет, военнослужащих по призыву, с впервые развившейся развернутой клиникой острого нефритического синдрома (ОНС) в виде отеков, артериальной гипертензии, мочевого синдрома (протеинурия, гематурия, цилиндрурия). В результате стандартной терапии антикоагулянтами, диуретиками и антигипертензивными средствами клиника ОНС у них регрессировала, однако более 1,5-2 мес. сохранялся мочевой синдром в виде низкой протеинурии и/или микрогематурии. Цель нефробиопсии заключалась в проведении дифференциальной диагностики между острым гломерулонефритом (ОГН) и хроническим (ХГН), дебютировавшим клиникой ОНС, а также в решении экспертных вопросов, касающихся определения дальнейшей пригодности к воинской службе. Несмотря на объединявший этих пациентов общий признак ОНС в дебюте заболевания, вышеуказанная группа оказалась неоднородной как по клиническим, так и по морфологическим данным.

У 7 больных отмечалась высокая активность процесса в виде длительного сохранения отеков, гиперазотемии с последующим развитием нефротического синдрома. При морфологическом исследовании в двух случаях выявлена картина мембранно-пролиферативного гломерулонефрита. Она характеризовалась диффузной пролиферацией мезангиальных клеток с сегментарным расширением мезангиума, сегментарным гиалинозом петель капилляров клубочков, единичными сенехиями, перигломерулярным склерозом. У 3 пациентов диагностирован хронический мезангиально-пролиферативный гломерулонефрит (МезПГН) с очаговым расширением мезангия, пролиферацией мезангиальных и эндотелиальных клеток, очаговым утолщением капсулы, полнокровием мелких сосудов, фибропластическими изменениями клубочков («лапчатые» клубочки, нередко — сенехии), сопровождавшийся тубулостромальным компонентом. Остальным двум пациентам был установлен клинко-морфологический диагноз ОГН, при котором отмечалось увеличение всех клубочков, пролиферация мезангиальных и эндотелиальных клеток с расширением мезангия, утолщением и полнокровием петель клубочковых капилляров, а также с очаговой вакуольной и зернистой дистрофией канальцевого эпителия.

Еще у 9 пациентов первой группы после успешно проведенной терапии регрессировали все проявления ОНС, за исключением микрогематурии, что потребовало выполнения нефробиопсии для вынесения экспертного решения. При этом в 6 случаях выявлены изменения, характерные для ОГН, и в 3 — хронического МезПГН.

В итоге в группе больных, поступивших в клинику с впервые развившимся ОНС, в результате клинко-морфологического обследования только в 50% (8 случаев)

был установлен диагноз ОГН. У другой же половины больных (также 8 случаев) диагностированы различные варианты ХГН.

Вторая группа состояла из 7 больных в возрасте от 19 до 47 лет, у которых впервые развился нефротический синдром (НС). Клинически и по лабораторно-инструментальным данным у всех этих пациентов не вызывало сомнений наличие ХГН, а развитие НС рассматривалось как следствие высокой активности гломерулонефрита, требующего агрессивной иммуносупрессивной терапии. Показанием к нефробиопсии у этих больных явилась необходимость верификации морфологического типа гломерулонефрита для выбора схемы лечения. При морфологическом исследовании в 5 случаях выявлен МезПГН, в остальных двух — мембранно-пролиферативный гломерулонефрит и мембранозная нефропатия. Отсутствие грубых фибропластических изменений клубочков позволило провести активное иммуносупрессивное лечение, включавшее пульс-терапию преднизолоном и циклофосфаном, в результате которого регрессировал НС и была достигнута клинко-лабораторная ремиссия.

Третью группу составили двое больных ХГН, которые поступили в отделение с высокими уровнями азотемии и гиперкалиемией, потребовавшими проведения гемодиализа. Цель биопсии, как и в предыдущей группе пациентов, заключалась не столько в подтверждении диагноза, сколько в определении показаний к проведению активной иммуносупрессивной терапии.

В одном из этих случаев у больного 19 лет клиника ХГН отличалась высокой артериальной гипертензией (АД до 260/130 мм рт.ст.) анемией, ретинопатией, быстрым снижением СКФ и нарастанием уровня креатинина крови от 280 до 980 мкмоль/л. На этом основании проводили дифференциальную диагностику между быстро прогрессирующим гломерулонефритом и ХГН с исходом в терминальную хроническую почечную недостаточность. После стабилизации гемодинамики и снижения уровня креатинина была проведена пункционная биопсия левой почки. Из восьми полученных клубочков все оказались глобально гиалинизированы и склерозированы, лишь в одном из них была умеренная пролиферация мезангиальных и эндотелиальных клеток. Отмечался склероз стромы. Клинически и морфологически данный случай расценен как ХГН с выраженными фибропластическими изменениями и исходом в терминальную ХПН. По этой причине было решено воздержаться от активной иммуносупрессивной тактики ввиду ее нецелесообразности, и больной был переведен на лечение программным гемодиализом.

Во втором случае у больного 48 лет, в течение двух лет страдавшего кожной формой геморрагического васкулита Шенлейн-Геноха, внезапно на фоне интенсивных болей в животе и повышения температуры тела до 38°C развилась анурия. При нефробиопсии выявлен МезПГН с тубулостромальным компонентом. В результате активного лечения удалось снизить активность гломерулонефрита и восстановить функцию почек.

Четвертая группа состояла из 15 больных в возрасте от 18 до 23 лет, военнослужащих по призыву, находившихся на лечении в других отделениях госпиталя по поводу различных заболеваний. У этих молодых людей в ходе обследования был выявлен длительно сохраняющийся ИМС. В практике военного нефролога таким

пациентам уделяется особое внимание. Стойкие изменения в моче в виде микрогематурии и/или умеренной или низкой протеинурии, выявленные преимущественно при скрининговом обследовании, требуют обязательного установления причины. Своевременная диагностика хронического почечного заболевания позволяет оградить молодых мужчин в организованном коллективе от повышенных физических нагрузок, неблагоприятных факторов (инфекция, переохлаждение, переутомление и т.д.) военной службы. В случае исключения урологической патологии в подобных ситуациях лишь нефробиопсия позволяет достоверно подтвердить или опровергнуть диагноз хронического заболевания почек. Однако инвазивность метода определяет особенно строгие показания к его использованию у лиц с ИМС. Мы выполняем биопсию почки у этой категории пациентов только при длительном (более месяца) сохранении стойких изменений в моче. Главной ее целью является установление причины ИМС и решение экспертных вопросов о дальнейшей профессиональной пригодности военнослужащих. Биопсии по поводу ИМС в нашей практике составили 35,7% от числа всех прижизненных морфологических исследований почек. При этом ни в одном случае не получена норма. Во всех биоптатах выявлена картина МезПГН.

В целом по данным всех сделанных нами нефробиопсий МезПГН диагностирован в 64,29% случаев, ОГН — в 19,04%, мембранно-пролиферативный — в 9,52%, мембранозная нефропатия — в 2,38%. В остальных 4,77% случаев (2 наблюдения) нефробиопсия оказалась неинформативной.

Структура морфологических форм поражения почек, по данным разных авторов, варьирует в широких пределах в зависимости от возраста и категории больных. У пациентов молодого возраста ($20,5 \pm 3,9$ г.) в организованном коллективе также наиболее часто (64,9%) встречается МезПГН [3, 4]. В возрасте $33,5 \pm 1,5$ лет доля МезПГН снижается до 36,2% и увеличивается доля фокально-сегментарного гломерулосклероза и липоидного нефроза (11,5 и 9,8% соответственно) [1].

Особенностью наших наблюдений является относительно высокая частота диагностики морфологически подтвержденного ОГН.

Отметим также, что клинический диагноз в результате нефробиопсий изменен в 10,52% случаев, в основном у лиц с ОНС. Этим больным, находившимся на лечении с диагнозом ОГН, в результате морфологического исследования был установлен диагноз ХГН с последующим увольнением из Вооруженных сил. Некоторые из этих

пациентов выписывались из стационара как перенесшие ОГН, после, казалось бы, полного исчезновения клинических и лабораторных проявлений почечной патологии. Потребность в морфологическом исследовании почек возникала уже при повторном стационарном обследовании этих больных в связи с рецидивировавшими изменениями в анализах мочи либо повышением уровней мочевины и креатинина сыворотки крови.

Выводы

1. Основными показаниями для морфологического исследования почек у нефрологических пациентов молодого возраста в организованном коллективе являются развитие ОНС, НС, длительно существующего ИМС.

2. Причинами впервые развившегося ОНС у данного контингента больных с одинаковой частотой (50 на 50%) являются ОГН и дебют ХГН. Это диктует необходимость выполнения нефробиопсии для определения тактики лечения и решения экспертных вопросов, которые при этих заболеваниях существенно различаются.

3. Длительное существование ИМС у лиц молодого возраста требует серьезного отношения, поскольку при исключении урологических причин данный синдром в большинстве случаев является следствием хронического МезПГН. В этом случае правильная постановка диагноза и решение вопросов профессиональной пригодности может быть осуществлено только после выполнения нефробиопсии.

Л и т е р а т у р а

1. Антипова Н.В., Морозова Е.Н., Трофимович Л.П. и др. Анализ нефробиопсии за 2006 г. // Нефрология и диализ. - 2007. - Т.9, №3. - С. 322.

2. Багмет А.Д., Харламов А.И., Зайцева Н.С. К вопросу об остром нефритическом синдроме у военнослужащих, проходящих военную службу по призыву // Военно-мед. журнал. - 2005. - №12. - С.42-43.

3. Белянко К.О., Шуленин С.Н., Бойцов С.А. Острый нефритический синдром у лиц молодого возраста в экстремальных условиях // TERRA MEDICA nova. - Февраль. 2004. - Режим доступа: http://www.terramedica.spb.ru/2_2004/beljanko.htm (дата обращения 15.06.2008).

4. Ярошевич А.В., Рунец Е.К., Малахов Г.В. Клинико-морфологические особенности течения хронического гломерулонефрита у военнослужащих // Нефрология и диализ. - 2005. - Т.7, №3. - С.381-382.

Координаты для связи с авторами: Жарский С.Л. — e-mail: sergey.zharskiy@mail.ru

