

Нефроптоз под маской гломерулонефрита

(Клиническое наблюдение)

Ю.Г. Аляев, Н.А. Мухин, Д.В. Кочетков

Урологическая клиника; клиника нефрологии, внутренних и профессиональных заболеваний ММА им. И.М. Сеченова

Nephroptosis under the mask of glomerulonephritis

Yu.G. Alyaev, N.A. Mukhin, D.V. Kochetkov

Ключевые слова: нефроптоз, гломерулонефрит, гематурия, маска.

Проблема взаимоотношений нефрологических и урологических заболеваний в настоящее время изучена недостаточно. Возможны ситуации, когда один процесс протекает под маской другого. Мы приводим клиническое наблюдение, в котором двусторонний нефроптоз, осложненный форникальным кровотечением из правой почки, симулировал гематурическую форму гломерулонефрита. Наблюдение демонстрирует необходимость использования различных модификаций современных методов обследования в установлении истинной природы поражения почек и мочевых путей.

The problem of interrelations between nephrological and urological diseases is not satisfactorily investigated. One of the processes may mimic another. We performed a clinical examination of a case in which bilateral nephroptosis complicated by fornical hemorrhage from the right kidney simulated hematuric form of glomerulonephritis. The case demonstrates a necessity of use of various modifications of up-to-date methods in order to establish a real nature of kidney and urine tract disease.

Проблема взаимоотношений нефрологических и урологических заболеваний в настоящее время изучена недостаточно, особенно, принимая во внимание возможности современных методов обследования и их модификаций. В клинике встречаются ситуации, когда один процесс протекает под маской другого или эти процессы сосуществуют, а также когда природа имеющих симптомов остается невыясненной.

Мы проанализировали материал нефрологического отделения клиники нефрологии, внутренних и профессиональных заболеваний им. Е.М. Тареева и урологической клиники им. Р.М. Фронштейна ММА им. И.М. Сеченова. Оказалось, что нефроптоз и, особенно, его осложнения достаточно часто могут симулировать нефрологическое заболевание. Приводим наше клиническое наблюдение, в котором двусторонний нефроптоз, осложненный форникальным кровотечением из правой почки, «маскировался» под гематурическую форму гломерулонефрита.

Пациентка Т., 28 лет, и/б □ 28/231, 2001 год. Из истории заболевания: перенесла острый бронхит, принимала бисептол. Через 2 недели на фоне хорошего самочувствия отметила изменение цвета мочи (цвет «мясных помоев»). В общем анализе мочи: белок 0,198 г/л, эритроциты 40–50 в поле зрения, лейкоциты 0–1 в поле зрения. При УЗИ почек, мочевого пузыря патологии не обнаружено (!). Амбулаторно проводилась терапия аскорутинном, хлористым кальцием, однако эпизоды темной мочи повторялись с частотой 1–2 раза в неделю. Заподозрен гломерулонефрит. Больная госпитализирована в нефрологическое

отделение. Проведено обследование. В общих анализах мочи: белок 0,12–0,42 г/л, лейкоциты 1–3 в поле зрения, эритроциты сплошь в поле зрения, цилиндров нет. Суточная протеинурия – нет (дважды). Проба Зимницкого: 1008–1020. Гемодинамические показатели стабильны. УЗИ почек: почки обычно расположены, нормальных размеров, контуры ровные, четкие, паренхима толщиной 15 мм, чашечно-лоханочная система не расширена. Камней, кист нет. Подвижность почек при дыхании не нарушена (!). Общий и биохимический анализы крови без отклонений от нормы. Клубочковая фильтрация 95 мл/мин. Иммунологические показатели без отклонения от нормы. При проведении экскреторной урографии выявлена патологическая подвижность почек (при норме на один поясничный позвонок).

Проведенное лабораторно-инструментальное обследование позволило исключить наличие у больной острого и хронического гломерулонефрита. Выявлен двусторонний нефроптоз. Наличие длительной макрогематурии потребовало проведения дообследования в условиях урологического стационара для установления истинной причины имеющейся у больной клинической картины.

Больная переведена в урологическую клинику ММА им. И.М. Сеченова, где было проведено дообследование (и/б □ 5155, 2001). В постановке правильного диагноза и расшифровке нефрологической маски урологического заболевания нам помогли следующие данные и методы обследования:

- **из анамнеза:** гематурия возникала особенно часто после физической нагрузки;
- **лабораторные методы (проба с нагрузкой):** анализ мочи по Нечипоренко *до нагрузки* – лейкоциты 4000, эритроциты

Адрес для переписки: г. Москва, ул. Большая Пироговская, 2/б, урологическая клиника Московской медицинской академии
Телефон: 248-72-55, 8-903-624-24-56 (моб). Кочетков Дмитрий Владимирович

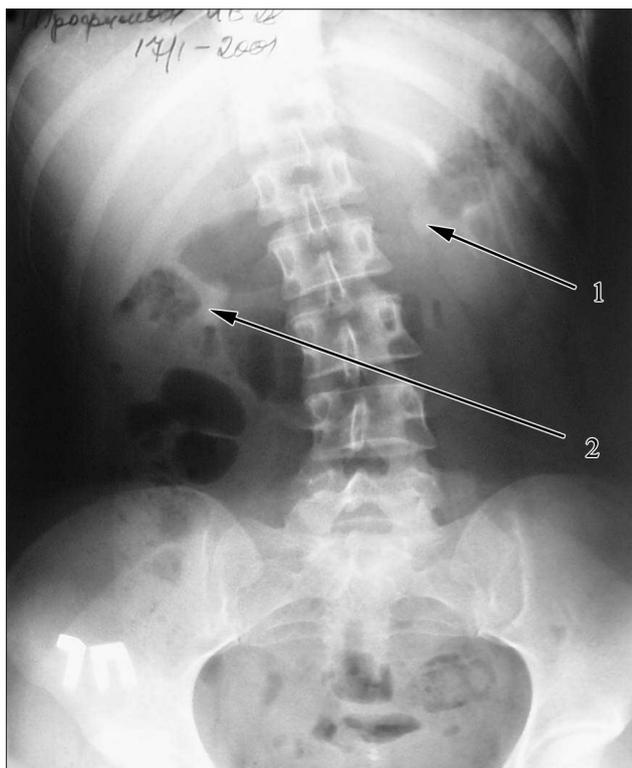


Рис. 1. Экскреторная урография (7 мин, положение клиностаз): 1 – чашечно-лоханочная система левой почки – середина тела L₂-позвонка; 2 – чашечно-лоханочная система правой почки – нижний край L₂-позвонка

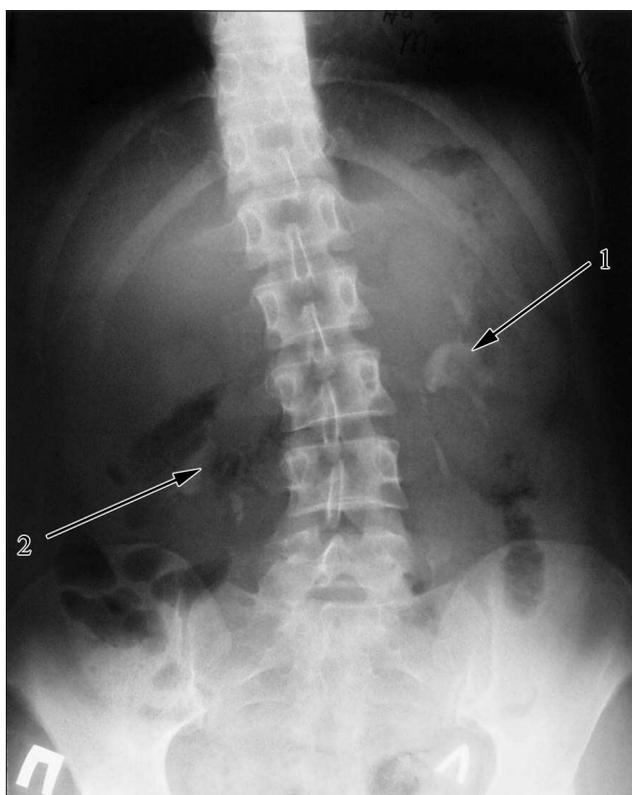


Рис. 2. Экскреторная урография (15 мин, положение ортостаз): 1 – чашечно-лоханочная система левой почки – середина тела L₃-позвонка; 2 – чашечно-лоханочная система правой почки – верхний край L₄-позвонка

3000; после – лейкоц. 1000, эритроциты покрывают густо все п./зрения, белок 0,040%;

– **экскреторная урография:** 7 мин, положение клиностаз (рис. 1); 15 мин, положение ортостаз (рис. 2); проба Вальсальвы (рис. 3);

– **цистоскопия в момент гематурии:** выделение мочи, окрашенной кровью, из устья правого мочеточника;

– **доплерография сосудов почек:** правая почка – положение клиностаз, нормальный кровоток по почечной вене (рис. 4); декубитальная позиция (исследование на боку) – выявляются пилообразные зубцы, свидетельствующие о затрудненном оттоке крови по почечной вене (рис. 5); положение ортостаз – выявляется симптом гребенки, свидетельствующий о выраженном затруднении венозного оттока по почечной вене (рис. 6); левая почка – венозный отток не нарушен в различных положениях тела.



Рис. 3. Экскреторная урография (проба Вальсальвы): 1 – чашечно-лоханочная система левой почки – верхний край L₄-позвонка; 2 – чашечно-лоханочная система правой почки – межпозвоночный диск L₄-L₅-позвонков

Также хотелось отметить еще два момента, которые не были выявлены или исследованы у данной пациентки, но могут быть обнаружены у этой категории больных:

1) при фазово-контрастной микроскопии эритроцитов мочи преобладают неизмененные эритроциты;

2) эпизоды повышения креатинина в биохимическом анализе крови в период гематурии, связанные с форникальным кровотечением, пиеловенозным рефлюксом и попаданием мочи в системный кровоток.

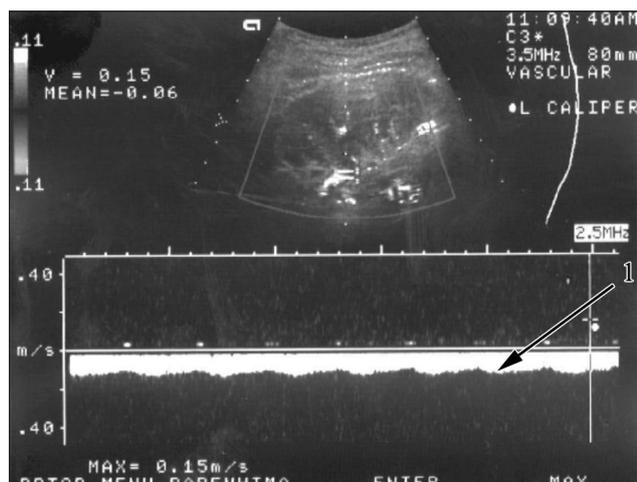


Рис. 4. Допплерограмма сосудов почек (положение клинostaз): 1 – нормальный кровоток по почечной вене

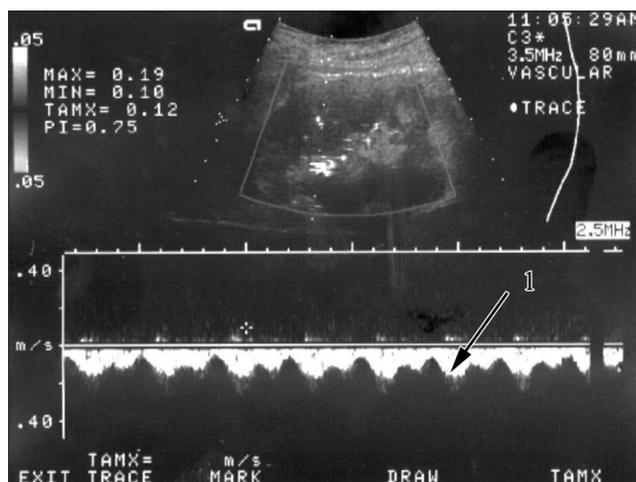


Рис. 5. Допплерограмма сосудов почек (декубитальное положение): 1 – пилообразные зубцы, свидетельствующие о затрудненном оттоке крови по почечной вене

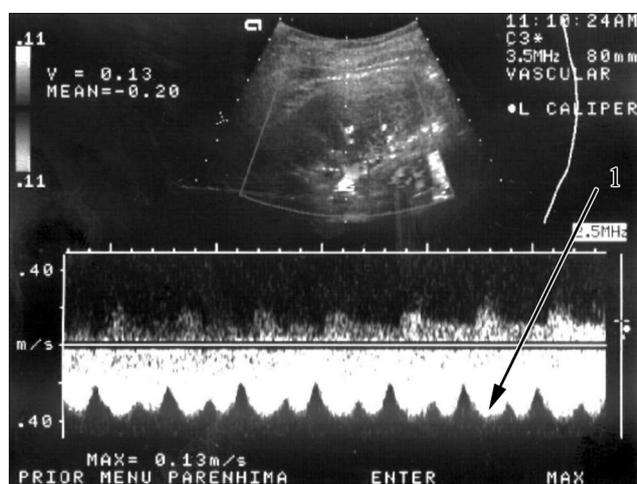


Рис. 6. Допплерограмма сосудов почек (положение ортостаз): 1 – симптом гребенки, свидетельствующий о выраженном затруднении венозного оттока по почечной вене

Ретроспективно анализируя данное наблюдение, можно увидеть, что неправильно проведенное ультразвуковое исследование почек не позволило вовремя, еще на первом этапе, заподозрить истинную причину имеющихся расстройств. Кроме того, при отсутствии дальнейшего урологического обследования, как это часто бывает, фигурировал бы диагноз общего вида: гематурия неясного генеза и т. п. Полипозиционное ультразвуковое исследование предполагает изучение органа в положении пациента на животе, спине, боку, стоя. При проведении ультразвукового исследования внутренних органов в терапии и нефрологии осуществляется следующая программа обследования: печень, желчный пузырь,

поджелудочная железа, селезенка, почки. Понятно, что полипозиционное ультразвуковое исследование больше относится к почкам, поэтому этим достаточно часто пренебрегают, изучая почки в последнюю очередь.

Мы считаем необходимым выполнение полипозиционного УЗИ почек всем больным, т. к. можно выявить нефроптоз или ротацию почки уже на 1-м этапе диагностического поиска. В случае их обнаружения (1-е показание), необходимо выполнять полипозиционную доплерографию сосудов почек для выявления нарушения кровообращения в почке, в частности нарушения венозного оттока из почки, что может являться причиной гематурии, как у данной пациентки. Также всем пациентам с гематурией неясного генеза или при проведении дифференциального диагноза (2-е показание) независимо от результатов УЗИ почек необходимо выполнять полипозиционную доплерографию сосудов почек. Отдельно необходимо выделить категорию молодых женщин астенического типа телосложения с макро- или микрогематурией, у которых вышеуказанная причина гематурии возможна наиболее часто.

Данное клиническое наблюдение демонстрирует необходимость использования различных модификаций методов обследования для получения информации.

На основании данного наблюдения можно сделать вывод, что наибольшая точность, диагностическая ценность в установлении истинной природы поражения почек и мочевых путей может быть достигнута в результате только комплексного обследования больного, требующего совместных усилий как урологов, так и нефрологов. Еще немало вопросов на стыке урологии и нефрологии остаются нерешенными и спорными, они должны изучаться, а диагностические подходы к их решению – совершенствоваться.