

Т.Г. Шеховцева¹, С.И. Свистун¹, М.А. Долинная²

Случай длительной ремиссии мезангиокапиллярного гломерулонефрита после лечения глюкокортикоидами

¹Запорожский государственный медицинский университет,

²Запорожская областная клиническая больница

Ключевые слова: мезангиокапиллярный гломерулонефрит, нефротический синдром, лечение, ремиссия.

Представлен случай мезангиокапиллярного (мембранопролиферативного) гломерулонефрита с нефротическим синдромом, после успешного лечения которого метилпреднизолоном развилась длительная ремиссия. Мезангиокапиллярный гломерулонефрит – одна из самых неблагоприятных форм гломерулонефритов, лечение которой часто бывает малоэффективным.

Випадок тривалої ремісії мезангіокапілярного гломерулонефриту після лікування глюкокортикоїдами

Т.Г. Шеховцева, С.І. Свистун, М.О. Долинна

Представлено випадок мезангіокапілярного (мембранопроліферативного) гломерулонефриту з нефротичним синдромом, після успішного лікування якого метилпреднизолоном розвинулась тривала ремісія. Мезангіокапілярний гломерулонефрит – одна з найнесприятливіших форм гломерулонефритів, лікування якої часто є малоєфективним.

Ключові слова: мезангіокапілярний гломерулонефрит, нефротичний синдром, лікування, ремісія.

Патологія. – 2010. – Т.7., №3. – С. 119–120

The case of long-term remission of mesangioproliferative glomerulonephritis after treatment with glucocorticoids

T.G. Shehovtseva, S.I. Svistun, M.O. Dolynna

In the work the case of mesangioproliferative glomerulonephritis (MPGN) with nephrotic syndrome is presented, which has been successfully treated with methylprednisolone, with development of long remission. MPGN is one of the most adverse forms of glomerulonephritis. Treatment of this form of chronic glomerulonephritis often happens to be ineffective.

Key words: mesangioproliferative glomerulonephritis, nephrotic syndrome, treatment, remission.

Pathologia. 2010; 7(3): 119–120

Мезангиокапиллярный гломерулонефрит (мембранопролиферативный) – одна из самых неблагоприятных форм гломерулонефритов. Течение процесса неуклонно прогрессирующее, спонтанные ремиссии редки. У 1/3 пациентов заболевание может проявиться быстро прогрессирующей почечной недостаточностью [1,6]. При отсутствии лечения терминальная почечная недостаточность развивается через 10 лет почти у 60% пациентов, через 20 лет – у 90%, и только в 5–7,6% случаев отмечается ремиссия. Мезангиокапиллярный гломерулонефрит является причиной нефротического синдрома (НС) в 30% случаев у взрослых и в 5% – у детей. Десятилетняя выживаемость больных с НС составляет 40%, больных без НС – 85% [2,3].

Лечение этой формы хронического гломерулонефрита часто бывает малоэффективным. При выраженном НС или его сочетании с ухудшением функции почек лечение лучше сразу начинать с комбинации глюкокортикоидов и пульс-терапии цитостатиками [4,5].

Мы представляем историю заболевания пациентки П., 1987 года рождения, страдающей бронхоэктатической болезнью с частыми обострениями. В семилетнем возрасте больной проведена резекция нижней доли левого легкого. В августе 2004 года на фоне очередного обострения заболевания у больной появились распространенные отеки, при амбулаторном обследовании выявлена высокая протеинурия. В сентябре 2004 года с развернутой клиникой НС госпитализирована в не-

фрологическое отделение Запорожской областной клинической больницы.

При поступлении предъявляла жалобы на отеки, уменьшение количества мочи, кашель с выделением слизисто-гноющей мокроты, одышку в покое, субфебрильную температуру тела, слабость.

Объективно: рост 157 см, вес 64 кг, состояние тяжелое, кожные покровы бледные, анасарка, гидроторакс, гидроперикард, асцит. При аускультации легких выслушивается жесткое дыхание, в нижних отделах – резко ослаблено, сухие свистящие хрипы над всей поверхностью легких, шум трения плевры на уровне X–XII ребер по левой лопаточной и задней подмышечной линиям, ЧДД – 26 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, деятельность ритмичная, ЧСС – 90 ударов в 1 мин., АД – 100/80 мм рт. ст. Диурез – 500 мл/сутки.

Результаты лабораторного обследования. В общем анализе крови: Hb – 106 г/л, лейкоцитоз – $10,8 \times 10^9$ /л, СОЭ – 70 мм/час. В общем анализе мочи: относительная плотность – 1027, протеинурия – 9,9 г/л, лейкоциты – 10–15, эритроциты – 3–4 в поле зрения. Суточная протеинурия – 11,3 г/сут. Биохимический анализ крови: общий белок – 42 г/л, альбумин – 14 г/л, холестерин – 14 ммоль/л, мочевины – 11 ммоль/л, креатинин – 156 мкмоль/л, скорость клубочковой фильтрации (СКФ) – 58 мл/мин. Анализ мокроты: гноивно-слизистая, лейкоциты покрывают все поле зрения. Рентгенография легких: слева выраженные костальные наслоения, выпот в синусах.

При УЗИ: в плевральных полостях выпот (слева – 400 мл, справа – 200 мл), в сердце выпот по задней стенке левого желудочка в систолу – 0,38 см, в брюшной полости – 1 л. УЗИ почек: паренхима повышенной эхогенности (21 мм), размеры: правая – 105x55 мм, левая – 100x50 мм. ЭКГ: вольтаж в норме, ритм синусовый, тахикардия, электрическая ось горизонтальная, выраженные изменения задне-базальных отделов левого желудочка.

Учитывая длительный пульмонологический анамнез, прежде всего предполагался вторичный амилоидоз с поражением почек. Для верификации диагноза проведена нефробиопсия. Данные биопсии почки (октябрь 2004 г.): утолщение стенок капилляров клубочков, двухконтурность базальных мембран; просветы капилляров сужены, клубочки дольчатого строения, в некоторых из них обнаруживаются синехии с капсулой и ее склероз; диффузная гидротическая дистрофия, очаговый некроз канальцев; периваскулярные лимфоцитарные инфильтраты, склероз стромы. Реакция на амилоид отрицательная. Заключение: мезангиокапиллярный гломерулонефрит.

Таким образом, на основании проведенного гистологического исследования у пациентки был исключен вторичный амилоидоз почек. Начата патогенетическая индукционная терапия метипредом в дозе 48 мг в сутки. Изолированное назначение метипреда было вынужденной мерой, учитывая наличие бронхоэктатической болезни. Комплексная терапия также включала антикоагулянты, антиагреганты, ингибиторы АПФ, статины, внутривенные инфузии альбумина, плазмы, фуросемид, антибиотики и муколитики.

Через 12 недель после начала терапии нефротический синдром трансформировался в мочевои: больная потеряла в весе 13 кг, исчез отечный синдром, суточная

протеинурия снизилась до 0,16 г. После чего начато снижение дозы метипреда по 2 мг каждые 2 недели. Спустя 7 месяцев после начала лечения достигнута полная клинико-лабораторная ремиссия, которая сохраняется в течение 5 лет. Больная находится на диспансерном наблюдении у нефролога. Контролируемые анализы мочи и крови – без патологических изменений, СКФ – 80 мл/мин.

Быстрое наступление длительной ремиссии после применения метипреда у больной мезангиокапиллярным гломерулонефритом является особенностью данного клинического наблюдения.

Литература

1. Візір В.А. Гломерулонефрити і тубулоінтерстиціальні нефрити / В.А., Візір, Т.Г. Шеховцева, С.І. Свистун – Запоріжжя, 2010. – 145 с.
2. Мухин Н.А. Диагностика и лечение болезней почек / Н.А. Мухин, И.Е. Тареева, Е.М. Шилов – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2008. – 383 с.
3. Картамышева Н.Н. Прогрессирование хронического гломерулонефрита: клинико-морфологические взаимосвязи / Н.Н. Картамышева О.В. Чумакова, А.Г. Кучеренко, Т.В. Сергеева // Нефрология и диализ. – 2003. – Т. 5, №4. – С. 395–398.
4. Нефрология / Под. ред. Е.М. Шилова – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2007. – 688 с.
5. Николаев А.Ю. Проблемы иммунодепрессивной терапии гломерулонефритов / А.Ю. Николаев, В.М. Ермоленко, Е.В. Захарова // Нефрология и диализ. – 2008. – Т.10, №1. – С. 24–29.
6. Суханов А.В. Мембранопрлиферативный гломерулонефрит 2-го типа (болезнь плотных подоцитов) с быстро прогрессирующим течением / А.В. Суханов, А.Л. Румянцев, А.Н. Цыгин // Нефрология и диализ. – 2003. – Т. 5, №4. – С. 399–400.

Сведения об авторах:

Шеховцева Т.Г., к. мед. н., доцент каф. внутренних болезней 3 ЗГМУ.

Свистун С.И., к. мед. н., доцент каф. внутренних болезней 3 ЗГМУ.

Долинная М.А., клинический ординатор ЗОКБ.

Адрес для переписки:

Свистун С.И. 69035, г. Запорожье, пр-т Маяковского, 26, ЗГМУ, каф. внутренних болезней 3.

Тел.: (061) 766 35 75, (097) 444 37 90.