

ПОЧЕЧНЫЕ ПРИЧИНЫ ТРОМБОЗОВ

Караулов Е.С, Еспотаева А.С, Турсын А.Е.

НИИ Кардиологии и Внутренних болезней г. Алматы, Казахстан

Цель данного клинического отчета — обсудить и показать, что в дифференциальной диагностике тромбозов, включая тромбоэмболию легочных артерий (ТЭЛА) кроме множества его причин необходимо вести поиск гломерулярных болезней.

Ключевые слова: тромбозы, мембранозная нефропатия, диагностика, нефротический синдром, тромбоэмболия легочных артерий.

Резюме: Описан клинический случай пациента с тромбозами почечных вен и ТЭЛА. Однако в поиске причин тромбозов не были учтены почечные болезни – мембранозная нефропатия. Своевременное вовлечение в диагностический поиск нефролога и определение нового маркера - антитела к рецептору фосфолипазы-А2, помогло установить истинную причину тромбозов и начать патогенетическую терапию.

Пациент Т. 45 лет, в конце августа 2017г, после рабочего дня за рулем почувствовал колющие боли в левой подлопаточной области. Осмотрен врачами, выставлен диагноз неврит/невралгия. При выраженном болевом синдроме получал анальгетики и спазмолитики. В сентябре 2017г госпитализирован в пульмонологическое отделение, с диагнозом: Пневмония. На КТ – ТЭЛА. В ОАК: Нь 134-147 г/л, лейкоциты $11-14 \times 10^9$ /л, тромбоциты $457-203 \times 10^9$ /л, СОЭ 60-53 мм/ч, ОАМ: белок 6,6– 3,3 –0,33 г/л, суточная протеинурия 4,62 – 3,3 г/сут, БАК: общий белок 43 г/л, креатинин - 90 мкмоль/л, холестерин – 5,7 ммоль/л; ANA, ANCA, антитела к двуцепочной ДНК, АФА – отрицательны. Волчаночный антикоагулянт - отр. С 20.09.2017г по 29.09.2017г госпитализирован в клинику сосудистой хирургии, с диагнозом: «Острый тромбоз левой почечной вены. Тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии. Двухсторонняя нижнедолевая инфарктная пневмония. Двухсторонний экссудативный плеврит. Образование левой почки. Острая язва желудка». В анализах: ОАМ белок – отрицательно, БАК креатинин 72-53 мкмоль/л, общий белок 65 г/л, холестерин 6,6 ммоль/л. КТ – картина пристеночного тромбоза левой почечной вены. Торакальный хирург: ТЭЛА. Центральное новообразование нижней доли левого легкого. Консилиум онкологов исключает новообразование. Осматривается нефрологом и выставлен диагноз: Нефротический синдром, частичная спонтанная ремиссия. Гломерулярная болезнь? Тромбоз левой почечной вены (в рамках НС?) → ТЭЛА (31.08.17г.) Функции почек сохранены (СКФ – 107 мл/мин). Для уточнения диагноза и лечения пациент переведен в НИИ Кардиологии и Внутренних болезней г.Алматы.

При поступлении состояние пациента средней степени тяжести. Положение – вынужденное. Кожные покровы обычной окраски, высыпаний на коже нет. Экскурсия грудной клетки сохранена. Аускультативно: везикулярное дыхание, хрипов нет. Сердечные тоны звучные, патологические шумы не выслушиваются. ЧСС— 84 уд./мин, АД—120/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания. Печень у края реберной дуги. Стул без патологических примесей. Отеки на нижних конечностях до нижней трети голени.

Пациенту было проведено комплексное обследование для уточнения диагноза, так как клиника первичного мембранозного гломерулонефрита характерна и для вторичного мембранозного гломерулонефрита, который может быть индуцирован онкологическими заболеваниями, различными инфекциями (вирусные гепатиты, вирусом иммунодефицита человека, малярия, сифилис, лепраматоз, шизоматозы), аутоиммунными заболеваниями (Системная красная волчанка, тиреодиты, саркаидоз. Герпетиформный дерматит, миастения гравис, Болезнь Крона, Неспецифический язвенный колит) а также некоторыми препаратами и токсинами (нестероидные противовоспалительные средства, каптоприл, препараты золота, пеницилламин, препараты лития, клопидогрель).

После того как в ходе сбора анамнеза и инструментальных и лабораторных исследований мы исключили вторичный мембранозный гломерулонефрит, нами было принято решение об исследовании титра антител к рецептору фосфолипазы-A2-IgG, который подтвердил наше предположение о первичном мембранозном гломерулонефрите (антитела к рецептору фосфолипазы-A2-IgG: 1:320 (N<1:10)).

Пациенту Т. был установлен клинический диагноз: Гломерулярная болезнь. Нефротический синдром. Первичный мембранозный гломерулонефрит. Функции почек сохранены (СКФ – 105 мл/мин). Тромбоз левой почечной вены (в рамках НС, мембранозной нефропатии) ТЭЛА (31.08.17г.)

Пациенту Т. начата патогенетическая терапия мембранозной нефропатии и с положительной динамикой пациент выписан домой. Данный клинический случай демонстрирует то, что первичный мембранозный гломерулонефрит может манифестировать с тромбоза сосудов, включая жизнеугрожающее состояние, ТЭЛА, ОНМК по ишемическому типу и требует поиска среди причин первичную мембранозную нефропатию, маркером которой в современной медицине является антитела к рецептору фосфолипазы-A2.