

ОСТРЫЙ ПАПИЛЛЯРНЫЙ НЕКРОЗ ПОЧЕК У ДЕВОЧКИ 5 ЛЕТ

Романова Т.А., Винжего И.Г., Ничипоренко А.П., Петрова Л.М., Саратовкина Н.И., Семенова Г.Д., Трунова Р.Б.

Белгородский государственный университет,
областная детская больница, г. Белгород.

Ключевые слова: папиллярный некроз, почки, дети, Белгород.

Заболевание известно как медуллярный почечный некроз. папиллонекроз. некротизирующий пиелонефрит. Впервые папиллярный некроз почек описал Fridreich в 1877 г. как осложнение у больного с аденомой предстательной железы. С тех пор до настоящего времени отдельные случаи описывались в порядке казуистики. В 1952 г. Mandel сообщил о 160 опубликованных случаях, а в 1960 г. Lauler – о 257.

Папиллярный некроз является заболеванием преимущественно пожилого возраста (старше 55-60 лет), однако наблюдались и случаи заболевания детей и даже новорожденных.

Возбудителем папиллярного некроза чаще всего, свыше 80% случаев является *E.coli*, затем энтерококки, стафилококки, *Proteus*. Весьма часты смешанные инфекции. В последнее время все чаще и чаще случаи инфекций устойчивыми к антибиотикам микроорганизмами, главным образом золотистым стафилококком (Lauler и соавт.). Инфекция может проникнуть в почечные сосочки чаще всего со слизистой оболочки лоханки – лимфогенным или контактным путем, и, сравнительно реже, – гематогенным путем. Очень редко папиллярный некроз развивается в непораженных почках, так называемый, первичный папиллярный некроз.

Ведущее патогенетическое значение в развитии папиллярного некроза отводится повышению давления в лоханке и развивающемуся в связи с этим расстройству кровообращения и трофики почечных пирамид. С другой стороны, повышенное гидростатическое давление само по себе обеспечивает возникновение ряда почечно-лоханочных рефлюксов, облегчая таким образом проникновение болезнетворных микроорганизмов в паренхиму почек. Развитие папиллярного некроза может обу-

словливаться и расстроеным кровообращением в пирамидах в результате иных причин. таких как, гипертоническая болезнь, спазмы, тромбы, злоупотребление фенацетиновыми препаратами, хронический нефрит и пиелонефрит. Mandel и соавт. считают, что первичным в патогенезе папиллярного некроза в таких случаях является не ишемия, а пассивная гиперемия – так называемый красный стаз, с последующим тромбозом сосудов и тяжелыми трофическими изменениями.

Клинические проявления папиллярного некроза почек в различных случаях бывают различными. Обычно им предшествуют проявления основного заболевания. Развитие папиллярного некроза в подобных случаях выявляется быстрым ухудшением общего состояния больного. При первичных формах клинические проявления развиваются у вполне здоровых на вид людей.

По признакам, течению и исходу папиллярный некроз подразделяется на три клинических типа: острый, подострый и хронический (Jornaud) (1).

1. Острый папиллярный некроз является сравнительно наиболее частой формой заболевания. Обычно он развивается вторично – у страдающих диабетом, при калькулезе, но может развиваться и первично. Заболевание начинается внезапно. Больные предъявляют жалобы на сильные боли в пояснице, напоминающие тяжелую мочекаменную колику, или на наличие нетерпимых позывов к мочеиспусканию. Общее состояние больного прогрессивно ухудшается, появляются высокая температура с сильным ознобом, слабость, нарушается функция сердечно-сосудистой системы. Количество мочи уменьшается до полной анурии.

Клиническое течение и лабораторные данные у большинства больных острым папиллярным некрозом те же, что и при острой

почечной недостаточности. Некоторое распознавательное значение имеет преобладание в начале заболевания септических проявлений. Иногда в моче больных обнаруживают кусочки распавшихся почечных сосочков. Исход острого папиллярного некроза обычно неблагоприятный: до 70-80% больных погибают от сепсиса, почечной и сердечно-сосудистой недостаточности.

Лечение острого папиллярного некроза является трудной задачей. В первую очередь требуется энергичное и своевременное лечение инфекционного процесса. Ввиду наличия поражения почек, применяемые лечебные средства должны быть минимально нефротоксичными. Рекомендуют некоторые химиотерапевтические средства – быстродействующие и полудепосульфаниламидные препараты, нитрофурановые производные, налидиксоновую кислоту, септрин, а также антибиотики, лучше всего хлорамфеникол и полусинтетические пенициллины. Особого внимания требует функция почек. Как правило, терапевтические мероприятия в этой области тождественны таковым при острой почечной недостаточности.

Хирургическое лечение почти неприменимо. Рекомендуемое некоторыми авторами удаление больной почки можно расценить как нецелесообразное, ввиду тяжелого состояния больных и главным образом, ввиду того, что частота двусторонних папиллярных некрозов весьма значительна.

Профилактика папиллярного некроза сводится к своевременному выявлению и лечению воспалительных заболеваний мочевых путей у больных обструктивной уропатией, сахарным диабетом, сосудистыми и фенацетиновыми нефропатиями (2).

В доступной литературе мы не встретили сообщений об остром папиллярном некрозе у детей. В связи с этим приводим собственное клиническое наблюдение.

Больная Ш., 5 лет, поступила в реанимационное отделение областной детской больницы г. Белгорода по направлению из Валуйской центральной районной больницы с диагнозом: Острый пиелонефрит, левосторонняя нижнедолевая пневмония, бронхиальная астма, атопическая форма, межприступный период.

При поступлении предъявляла жалобы на одышку, периодические боли в животе, общую слабость.

Заболела около 2 недель назад, когда впервые появились жалобы на подъем температуры до фебрильных цифр, боли в животе, рвоту, жидкий стул. За медицинской помощью не обращалась. Каретой скорой помощи в тяжелом состоянии доставлена в стационар по месту жительства, где находилась в течение 3 дней. Получала антибактериальную, дезинтоксикационную терапию. Несмотря на проводимое лечение, состояние не улучшилось и девочка переведена в ОДБ г. Белгорода.

Анамнез жизни: кроме того, что с 1999 года состояла на диспансерном учете по поводу бронхиальной астмы, ничего выяснить не удалось, так как девочка из социально неблагополучной семьи, где ее еще и неоднократно избивали.

При поступлении состояние тяжелое: вялая, адинамичная. Кожные покровы бледные, с пероральным и периорбитальным цианозом. Черты лица заострены. Пониженного питания. Мышечный тонус снижен. Периферические лимфоузлы не увеличены. Аускультативно в легких жесткое дыхание, в нижних отделах единичные сухие хрипы, тахипноэ до 40 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, на верхушке и в т. Боткина короткий систолический шум функционального характера. ЧСС до 120 в 1 мин. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот мягкий. Печень выступает на 5 см из-под края реберной дуги. Селезенка – пальпируется край. При поступлении не мочилась, стула не было.

Проводимое обследование:

Общий анализ крови - снижение гемоглобина до 110 г/л, лейкоцитоз до 14,5 . 10⁹/л. Биохимическое исследование крови: креатинин 0,84-0,79 - 0,98ммоль/л, мочевины 42 ммоль/л. В анализе мочи - лейкоцитурия, протеинурия до 0,165 г/л.

ЭКГ – атриовентрикулярная блокада I степени, синдром ранней реполяризации желудочков.

Рентгенологическое обследование органов грудной клетки: Отмечается значительное повышение воздушности легких,

без воспалительных инфильтративных явлений, корни легких структурны. Органы средостения в норме.

УЗИ органов брюшной полости: Почки в типичном месте, контуры ровные, четкие. капсула подчеркнута, увеличены в размерах 100 x 45 мм; паренхима повышенной эхогенности, симптом «выделяющихся пирамидок». Отмечается стертость дифференцировки ЧЛС. В мочевом пузыре эхотлотный осадок.

Проводимое лечение: антибактериальная (меронем + метрогил), дезинтоксикационная и регидрагационная, иммунокорректирующая и витаминотерапия, симптоматические средства.

На 2-е сутки, несмотря на проводимую интенсивную терапию, при нарастающих симптомах интоксикации и почечной недостаточности наступил летальный исход.

Лечащим врачом тяжесть состояния ребенка расценена как терминальная стадия почечной недостаточности, поэтому имело место расхождение клинического (Острый пиелонефрит, ОПН) и патолого-анатомического (Двусторонний некротический медуллярный пиелонефрит, на фоне аденомы коры надпочечников) диагнозов.

Патолого-анатомический диагноз: Основное заболевание – двусторонний некротический медуллярный пиелонефрит. Осложнение основного заболевания: гипертензия почек – масса 267 г (норма 104 г), интерстициальный отек, некроз канальцевого эпителия, гнойно-некротическое воспаление клетчатки окологлоханочного пространства с переходом на начальные отделы правого мочеточника, паренхиматозная дистрофия внутренних органов, анемия, отек мозга, дистелектазы нижней доли левого легкого.

Гистологическое исследование:

Анатомический диагноз: двусторонний гнойный пиелонефрит, множествен-

ные некрозы в обеих почках. отек и гиперплазия почек. Гиперплазия печени, селезенки. Паренхиматозная дистрофия внутренних органов. Анемия. Ателектаз нижней доли левого легкого. Гнойное воспаление клетчатки в окружности правого мочеточника.

Почки – капсула рыхлая, отечная, клубочки отечные, просвет капсулы Шумлянско-Боумена расширен, интерстициальный отек мозгового слоя, сосочки во всех полях зрения некротизированы, перифокально в окружности зон некроза густые скопления лейкоцитов, ядерного дендрита, лоханки с дистрофически измененными эпителиальными клетками, в окружности лоханок крупноклеточная инфильтрация.

Таким образом, приведенный нами случай острого папиллярного некроза у девочки 5 лет по клиническим и лабораторным данным является классическим. Однако прижизненная диагностика была затруднена из-за чрезвычайно редкой встречаемости данной патологии в детском возрасте и, к сожалению, незнанием практических врачей о том, что данное заболевание, при наличии патогномичных клинических и лабораторных признаков, может иметь место в любом возрасте.

Цель настоящей публикации – напомнить педиатрам, что при развитии острой почечной недостаточности у детей, протекающей с выраженной азотемией (повышение креатинина до 1,0 ммоль/л), должна быть настороженность в плане острого папиллярного некроза.

Литература

1. Маждракова Г.М. Болезни почек. М. - 1980. – С. 378-382.
2. Пытель Ю.А. Некроз почечных сосочков. В монографии: Основы нефрологии / Под ред. Е.М. Тареева. – М., 1972. – С. 529-535.