

Паранеопластическая нефропатия. Клиническое наблюдение

Л.И. Дворецкий¹, Н.А. Сидорук¹, С.А. Кривушкин², Е.С. Столяревич³, С.Е. Колендо¹,
А.П. Степанченко²

¹ ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия;

² ГБУЗ «Государственная клиническая больница им. С.С. Юдина» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия;

³ ГБУЗ «Государственная клиническая больница №52» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия
dvoretski@mail.ru

Аннотация

Описание случая мембранозной нефропатии, проявляющейся нефротическим синдромом у больного с впервые диагностированным раком легкого. Приводятся краткие данные о паранеопластических нефропатиях, подчеркивается необходимость проведения онкопоиска у больных нефротическим синдромом в пожилом возрасте

Ключевые слова: паранеопластические синдромы, паранеопластическая нефропатия, нефротический синдром, мембранозная нефропатия.

Для цитирования: Дворецкий Л.И., Сидорук Н.А., Кривушкин С.А. и др. Паранеопластическая нефропатия. Клиническое наблюдение. Клинический разбор в общей медицине. 2022; 2: 22–24. DOI: 10.47407/kr2022.3.2.00122

Paraneoplastic glomerular disease. Case study

Leonid I. Dvoretzky¹, Nina A. Sidoruk¹, Sergei A. Krivushkin², Ekaterina S. Stolyarevich³,
Svetlana E. Kolendo¹, Andrei P. Stepanchenko²

¹ Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia;

² Yudin City Clinical Hospital of the Department of Health of the city of Moscow, Moscow, Russia;

³ City Clinical Hospital №52 of the Department of Health of the city of Moscow, Moscow, Russia
dvoretski@mail.ru

Abstract

The case of membranous nephropathy manifested in nephrotic syndrome in a patient, newly diagnosed with lung cancer, is reported. Brief data on the paraneoplastic glomerular disease are provided, the need for cancer screening in elderly patients with nephrotic syndrome is emphasized.

Key words: paraneoplastic syndromes, paraneoplastic glomerular disease, nephrotic syndrome, membranous nephropathy.

For citation: Dvoretzky L.I., Sidoruk N.A., Krivushkin S.A. et al. Paraneoplastic glomerular disease. Case study. Clinical review for general practice. 2022; 2: 22–24. DOI: 10.47407/kr2022.3.2.00122

Среди паранеопластических синдромов (ПНС), наблюдающихся у 10–15% больных злокачественными опухолями [1], особые трудности в расшифровке паранеопластического характера имеющихся синдромов представляют случаи развития ПНС до появления органной опухолевой симптоматики. Одним из таких ПНС являются различные нефропатии. Приводим клиническое наблюдение.

Больной П., 63 лет, поступил в ГКБ им. С.С. Юдина с жалобами на одышку, отеки передней брюшной стенки, поясничной области, наружных половых органов, верхних и нижних конечностей. По данным анамнеза, длительное время страдает артериальной гипертензией с максимальным подъемом артериального давления (АД) до 200/110 мм рт. ст., гипотензивную терапию не принимал. В 2000 г. впервые установлен диагноз бронхиальной астмы и назначено лечение салбутамолом и бекламетазоном. В последующем у врачей не наблюдался, терапию не менял в связи с отсутствием

жалоб. С августа 2019 г. впервые отметил отеки нижних конечностей, в связи с чем был госпитализирован.

Общее состояние при поступлении средней тяжести. Кожные покровы обычного цвета, теплые, нормальной влажности. Отеки конечностей, наружных половых органов, поясничной области, передней брюшной стенки. Температура тела – 36,6 °С. Дыхание ровное, ритмичное. Частота дыхательных движений – 19/мин. При перкуссии легочный звук. Аускультативно везикулярное дыхание, сухие хрипы с обеих сторон. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Шумы не выслушиваются, АД – 170 /100 мм рт. ст. Частота сердечных сокращений – 88/мин. Язык розовый, влажный без налета. Живот симметричный, не вздут, мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Перистальтические шумы обычной звучности. Стул оформленный, обычного цвета, однократный. Симптом поколачивания отрицательный. Мочеиспускание самостоятельное. Диурез сохранен.

Рис. 1. Гистологическая картина почечного биоптата: а – клубочек без мезангиальной и эндокапиллярной гиперклеточности, стенки капиллярных петель фокально утолщены, одноконтурные (окраска PAS, $\times 200$); б – диффузно-очаговый фиброз интерстиция и атрофия канальцев без сопутствующей интерстициальной инфильтрации (окраска Трихром по Массону, $\times 100$); в – иммунофлуоресцентное исследование: мелкогранулярное свечение IgG на периферии капиллярных петель.

Fig. 1. Histological picture of renal biopsy. A. Glomerulus showing no mesangial or endocapillary hypercellularity, focal thickening of walls of capillary loops, with single contouring (PAS staining, $200\times$). B. Mixed diffuse and focal interstitial fibrosis, and tubular atrophy with no interstitial infiltration (Masson's trichrome stain, $100\times$). C. Immunofluorescence assay: fine granular IgG fluorescence in peripheral capillary loops.

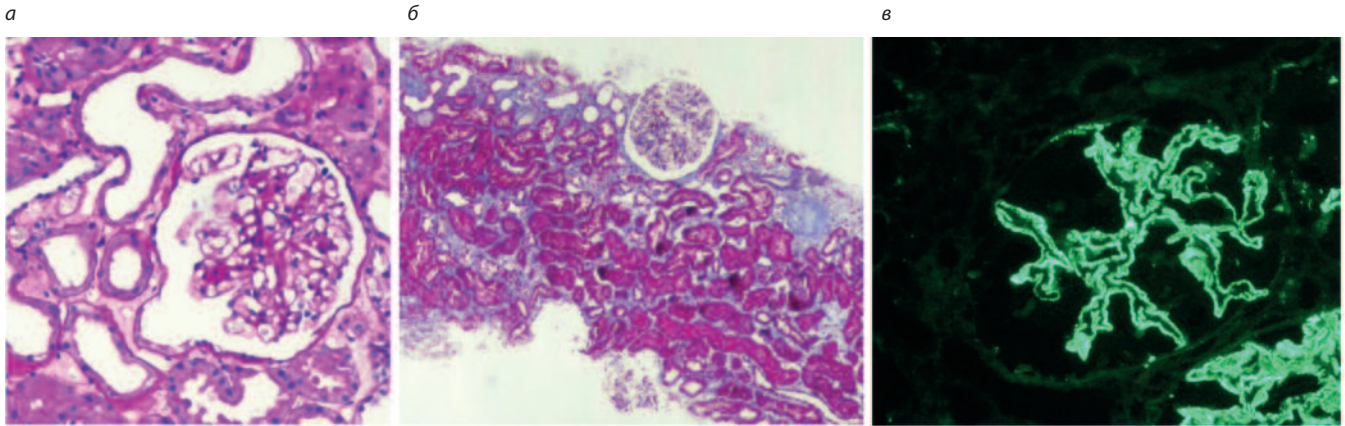
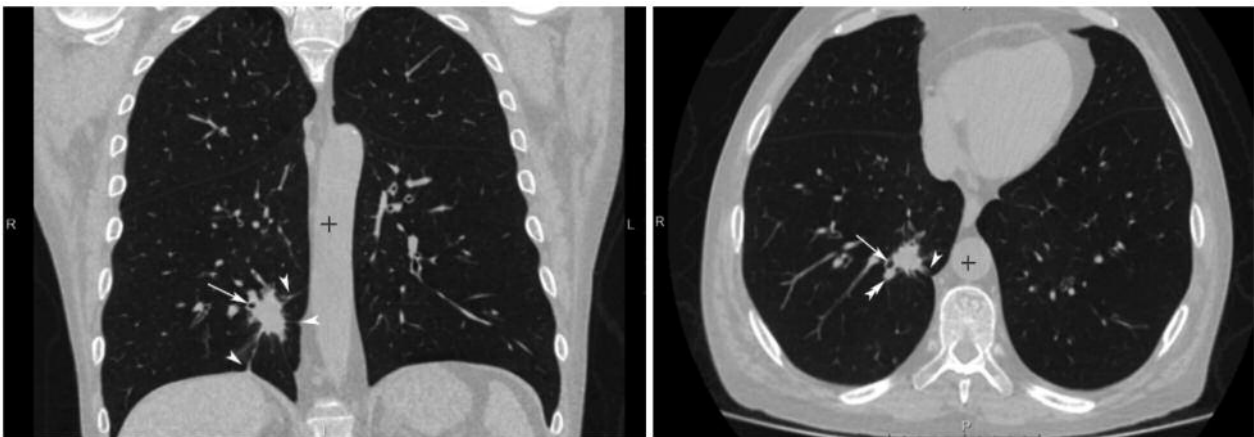


Рис. 2. Компьютерная томография органов грудной клетки. Объемное образование в центральных отделах S10 сегмента с полициклической формой, однородной структурой и зонами перифокального лимфангоита (головки стрелок).

Fig. 2. Chest CT. Mass in the central parts of the posterior basal segment (S 10) with polycyclic contour, homogenous structure, and the zones of perifocal lymphangitis (arrow heads).



Общий анализ крови: Hb – 152 г/л, эритроциты – $4,66 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $10,9 \times 10^9$ /л, эозинофилы – 2, палочкоядерные – 6, сегментоядерные – 74, лимфоциты – 15, моноциты – 3. Тромбоциты – 221×10^9 /л. Общий анализ мочи: относительная плотность – 1012, белок – 3,0‰, реакция на кровь – 5 эр/мкл. Суточная протеинурия до 5,60 г/сут без тенденции к снижению. Биохимический анализ крови: общий белок – 44 г/л, альбумин – 11 г/л, холестерин – 10,1 ммоль/л, мочевиная кислота – 360 ммоль/л, мочевиная – 3,9 ммоль/л, креатинин – 87 ммоль/л, калий – 4,6 ммоль/л. Скорость клубочковой фильтрации – 90,84 мл/мин.

Рентгенография грудной клетки: легкие без свежих очаговых и инфильтративных изменений. Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости: признаки диффузных изменений печени и поджелудочной железы. УЗИ почек: правая почка: 112×58 мм, левая почка: 110×51 мм, УЗИ-картина диффузных изменений обеих почек. Эхокардиография: размеры камер сердца не изменены. Сократительная функция мио-

карда в норме. Клапаны интактны. Разделения листков перикарда нет. Функция внешнего дыхания: нарушение бронхиальной проходимости по обструктивному типу, жизненная емкость легких незначительно снижена, проба с сальбутамолом положительная, коэффициент бронходилатации – 32%.

С целью морфологической верификации характера почечного процесса у больного нефротическим синдромом (НС) с согласия пациента выполнена пункционная нефробиопсия. При гистологическом исследовании выявлена картина мембранозной нефропатии 2-й стадии (рис. 1).

Таким образом, у больного НС был диагностирован один из вариантов хронического гломерулонефрита – мембранозная нефропатия (МН). С учетом возраста пациента и морфологической картины был инициирован онкопоиск, поскольку наиболее часто у больных МН, проявляющейся НС, особенно у пожилых, выявляются злокачественные опухоли [2]. В связи с этим больному проведены дополнительные исследования, в частности

компьютерная томография грудной клетки с болюсным контрастированием, при которой была выявлена опухоль (рис. 2).

С учетом выраженного НС, по согласованию с онкологом, до принятия решения о дальнейшей тактике ведения больному назначена патогенетическая терапия системными глюкокортикостероидами – пульсовое введение метилпреднизолона (1000 мг × 3 внутривенно), с последующим переходом на пероральную форму (60 мг в преднизолоновом эквиваленте). На фоне проводимого лечения отмечено уменьшение выраженности отека при отсутствии отрицательной динамики лабораторных показателей. Пациент был выписан под наблюдение онколога с рекомендацией продолжения лечения и принятия решения о дальнейшей тактике ведения.

Обсуждение

Данное клиническое наблюдение мы рассматриваем как паранеопластическую нефропатию в виде МН, проявляющуюся НС у больного с впервые диагностированным раком легкого. Примечательно, что первыми признаками опухолевого процесса были не симптомы органного поражения (одышка, кашель и др.), а именно ПНС, опередивший легочные проявления и послужив-

ший поводом для проведения онкопоиска. Частота выявления злокачественных опухолей при МН колеблется от 5 до 20% [3], а по данным анализа 249 больных с МН, частота неоплазий составляла 10%, достигая 30% среди лиц старше 65 лет [4]. Среди причин паранеопластической МН первое место занимают так называемые «опухоль интернистов» – карциномы легких и желудочно-кишечного тракта, возможно ее развитие при раке почки и уrogenитальных карциномах. Паранеопластическая МН клинически протекает сходно с идиопатической, но имеет ряд особенностей: наличие более 8–9 полиморфно-ядерных лейкоцитов в капиллярных петлях клубочков, преобладание IgG1 и IgG2 в субэндотелиальных депозитах, отсутствие антител к трансмембранному М-типа рецептору фосфолипазы А2. С учетом высокой частоты злокачественных опухолей у больных морфологически верифицированным МН рекомендуется целенаправленный онкопоиск, особенно у лиц в возрасте старше 60 лет, с целью выявления опухолей и проведения своевременного хирургического и медикаментозного лечения.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The authors declare that there is not conflict of interests.

Литература / References

1. Bilynsky BT, Dzhus MB, Litvinyak RI. The conceptual and clinical problems of paraneoplastic syndrome in oncology and internal medicine. *Exp Oncol* 2015; 37 (2): 82–8. PMID: 26112932.
2. Mendonça L, Silva R, Nunes AT. Cancer screening in membranous nephropathy: How deep should we go? – A case report and literature review. *Port J Nephrol Hypert* 2020; 34 (2): 107–9. DOI: 10.32932/pjnh.2020.07.075
3. Plaisier E, Ronco P. Screening for Cancer in Patients with Glomerular Diseases. *CJASN* 2020; 15 (6): 886–8. DOI: 10.2215/CJN.09000819
4. Alnasrallah B, Collins JF, Zwi LJ. Malignancy in Membranous Nephropathy: Evaluation of Incidence. *Int J Nephrol* 2017; 2017: ID 8409829, 7. DOI: 10.1155/2017/8409829

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Дворецкий Леонид Иванович – д-р мед. наук, проф. каф. госпитальной терапии №2, ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет). E-mail: dvoretski@mail.ru; ORCID: 0000-0003-3186-0102

Leonid I. Dvoretzky – D. Sci. (Med.), Full Prof., Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). E-mail: dvoretski@mail.ru; ORCID: 0000-0003-3186-0102

Сидорук Нина Андреевна – клин. ординатор каф. госпитальной терапии №2, ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет). E-mail: nina.sidoruk@inbox.ru

Nina A. Sidoruk – Clinical Resident, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). E-mail: nina.sidoruk@inbox.ru

Кривушкин Сергей Александрович – зав. нефрологическим отд-нием, ГБУЗ «ГКБ им. С.С. Юдина». E-mail: aps65@mail.ru

Sergei A. Krivushkin – Head of the Nephrological Department, Yudin City Clinical Hospital of the Department of Health of the city of Moscow. E-mail: aps65@mail.ru

Столяревич Екатерина Сергеевна – д-р мед. наук, проф., врач-патологоанатом, ГБУЗ «ГКБ №52». E-mail: stolyarevich@yandex.ru

Ekaterina S. Stolyarevich – D. Sci. (Med.), Prof., City Clinical Hospital №52 of the Department of Health of the city of Moscow. E-mail: stolyarevich@yandex.ru

Колендо Светлана Евгеньевна – канд. мед. наук, доцент каф. госпитальной терапии №2, ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет). E-mail: telets.28.piter@mail.ru

Svetlana E. Kolendo – Cand. Sci. (Med.), Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). E-mail: telets.28.piter@mail.ru

Степанченко Андрей Петрович – канд. мед. наук, зав. рентгенологическим отд-нием, ГБУЗ «ГКБ им. С.С. Юдина».

E-mail: aps65@mail.ru

Andrei P. Stepanchenko – Cand. Sci. (Med.), Yudin City Clinical Hospital of the Department of Health of the city of Moscow. E-mail: aps65@mail.ru

Статья поступила в редакцию / The article received: 07.05.2022

Статья принята к печати / The article approved for publication: 12.05.2022