

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧНО НАБЛЮДЕНИЕ № 3

НЕРАЗПОЗНАТА ПРИЧИНА ЗА ХРОНИЧНА БЪБРЕЧНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ СЛЕД НЕСПОЛУЧЛИВА БИОПСИЯ

Из историята на заболяването: Мъж на 57 г. с масивни сутрешни отоци по клепачите, често оскъдно уриниране, общо неразположение и отпадналост постъпва в Нефрологично отделение.

Анамнестично: Дългогодишен пушач с постоянна кашлица, сутрин - с обилна гнойна експекторация. Епизодично – температура до 39⁰, която свързва с вирусни инфекции. Преди 25 г. лекуван в болница заради остро белодробно заболяване с изразен задух, ангажиращо голяма част от белия дроб, което е преминало за около 12 – 15 дни.

Обективно: Отоци около очите и по раменете, емфизематозен гръден кош, изразен задух, бледи кожа и лигавица, тахикардия – 95 уд./мин., RR- 110/75 mm Hg, липсващо абсолютно сърдечно притъпление. Неубедително преходно перикардно триене. Набелязани отоци по глезените, бухалковидно задебелени крайни фаланги на пръстите на двете ръце („.....” пръсти).

Рентгенологично: разширени и просветлени белодробни граници „покриващи“ сърцето, засенчване в областта на десния среден белодробен дял, подчертани хилусни сенки и белодробен рисунък (задебелени и разширени на места бронхи).

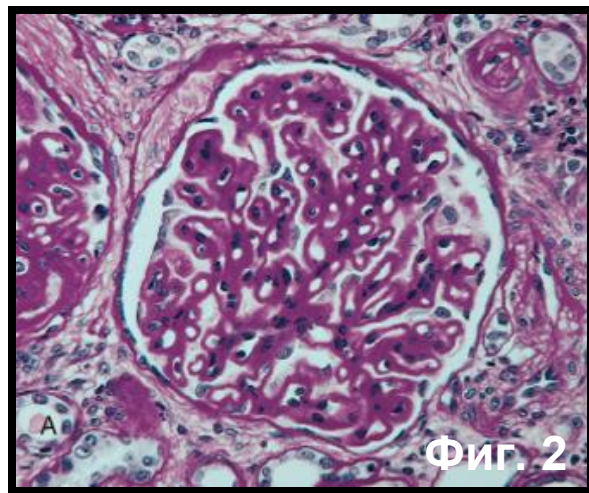
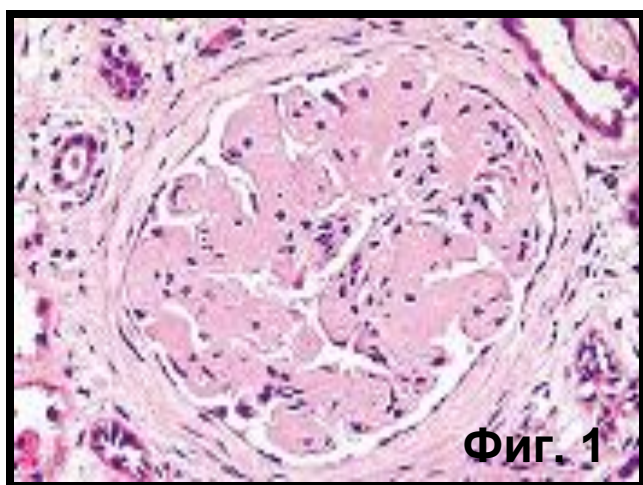
Параклиника при постъпването. Кръв: Креатинин - 500 $\mu\text{mol/l}$, урея – 15 mmol/l, СУЕ – 35 mm/h, Hg – 90 g/l, еритроцити – $3,5 \times 10^{12}/\text{l}$, левкоцити – $17 \times 10^9/\text{l}$, тромбоцити – $150 \times 10^9/\text{l}$, глюкоза – 5,5 mmol/l, общ белтък – 55 g/l, Урина: седимент – 2 еритроцита на поле, белтък +++ (количествено – 3,9 g/24 h).

В началото е предприета симптоматична терапия и е настъпило неколкодневно подобрене, което е позволило предприемане на **пункционна бъбречна биопсия** под ехографски контрол.

Биоптатът, обаче, е съдържал три бъбречни телца, заради което е предприето само светлинномикроскопско изследване, без имунофлуоресцентно и електронномикроскопско проучване.

Знаете ли какви са минималните изисквания за коректен отговор на пункционна бъбречна биопсия ?

В биопсичния отговор е описано дифузно задебеляване на гломерулните базални мембрани и намален целуларитет. В полето на обектива е попаднал образът на **фиг. 1**, но патологът се е подвел, че картината отговаря на тази на **фиг. 2**. Двете микроскопски интерпретации могат да се свържат със сходна клинична картина (масивна протеинурия, хипоалбуминемия,, без артериална хипертония). Позовавайки се на недостатъчен материал и на непълното изследване, той е дал описателен отговор за първична гломерулопатия, протичаща ссиндром, с насоченост към
(Вашето мнение за **фиг. 2** ? Потърсете и помощта на асистента си !)



*Какви допълнителни хистологични изследвания бихте предложили при реалността на **фиг. 1** ?*

Обсъждано е включване на болния на хемодиализа, но на 12-я ден от постъпването, при висока температура и левкоцитоза $23 \times 10^9/l$, (след гърч, според болния на съседното легло), пациентът е станал неконтактен и три дни по-късно завършва летално в коматозно състояние, с прогресираща дихателна и бъбречна недостатъчност.

Клинична диагноза: Остра вирусна инфекция. Обс. десностранна пневмония. Хроничен гломерулонефрит. Обострена хронична бъбречна недостатъчност. Олигоанурия. Вторична анемия. Хроничен бронхит. Белодробен емфизем. Хронична исхемична болест на сърцето (ХИБС). Остра сърдечно-съдова и дихателна недостатъчност.

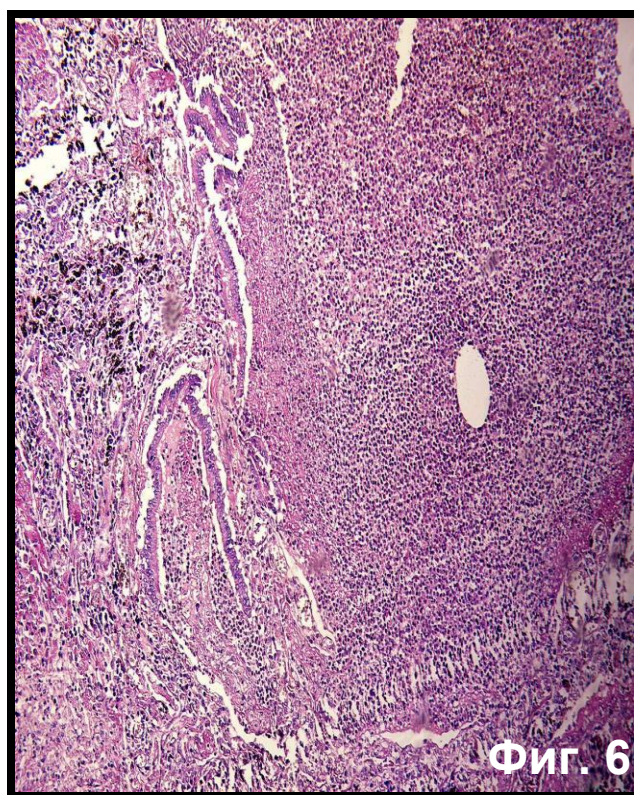
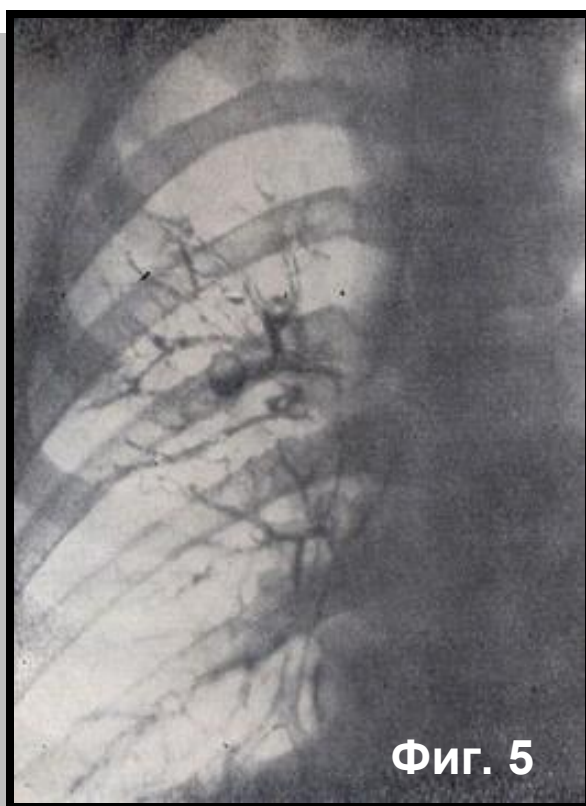
Из АУТОПСИОННИЯ ПРОТОКОЛ

Външен оглед: Кожа – бледа, лицето подпухнало, като напудрено. Удебелени крайни фаланги на пръстите на ръцете, с конвексно изпъкнали нокти.

Бели дробове - бледо сивкави, прошарени от черни ивици, с намалена еластичност. Бронхите са разширени и се проследяват навсякъде почти до плеврата (**фиг. 3**). Ако бе направена бронхография, би се представила следната картината на **фиг. 4**. Лигавицата им е сива, загрубена. На много места бронхите са торбовидно разширени и изпълнени с гъста жълто-белезникава гной (**фиг. 5**). При некропсичното изследване в стената им се намира картина на гнойно обострен хроничен бронхит, с разрушаване на лигавицата (**фиг. 6**). В горния десен белодробен дял се намира сиво-белезникаво огнище с диаметър около 4 см. То е обкръжено от тъмна ивица и напомня на емайлирана значка на фуражка (.....). Няколко подобни по-малки огнища наоколо се сливат в обща уплътнена зона с къслив паренхим, а от срезната им повърхност изтича жълто-белезникава гноевидна течност (**фиг. 7**). При последвалото хистологично изследване в тях се намира картината от (**фиг. 8**). *По Ваше мнение хистологичната диагноза е :*

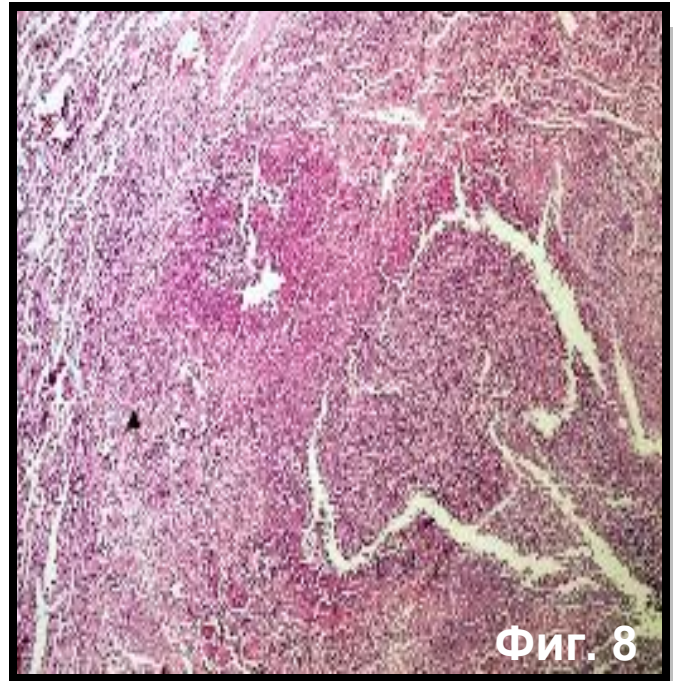


Фиг. 3



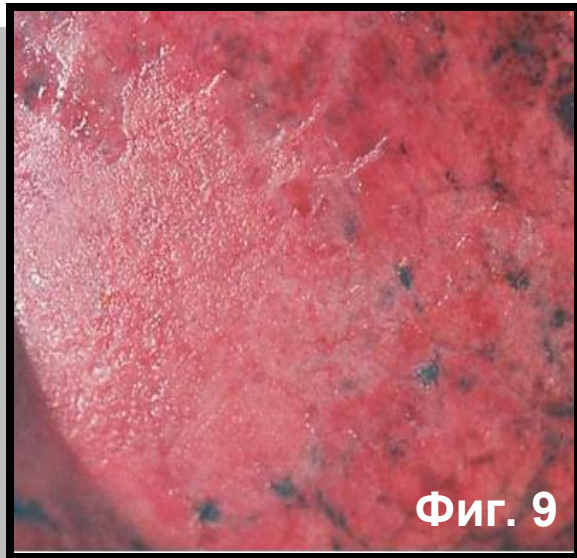


Фиг. 7

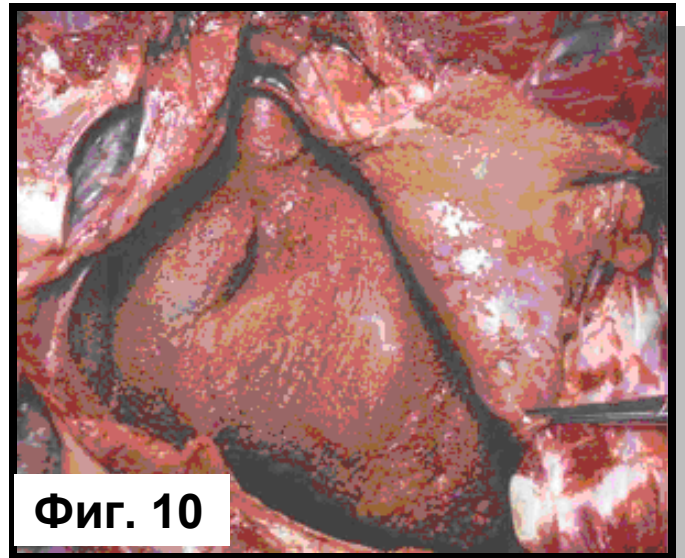


Фиг. 8

В двете плеврални кухини се намират по 250 ml мътновато-розова течност. По висцерална **плевра** – финни белезникави отложения, подобно на мъх.



Фиг. 9



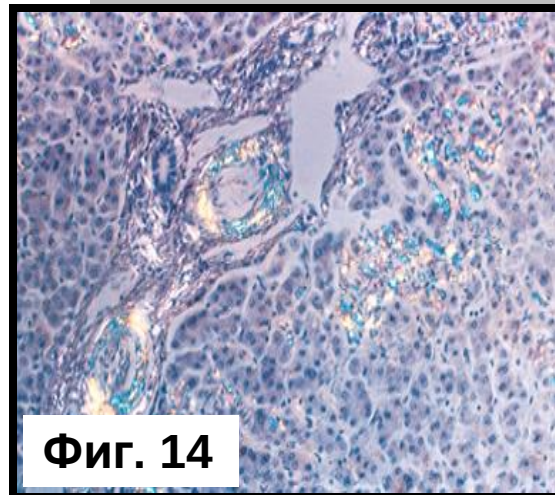
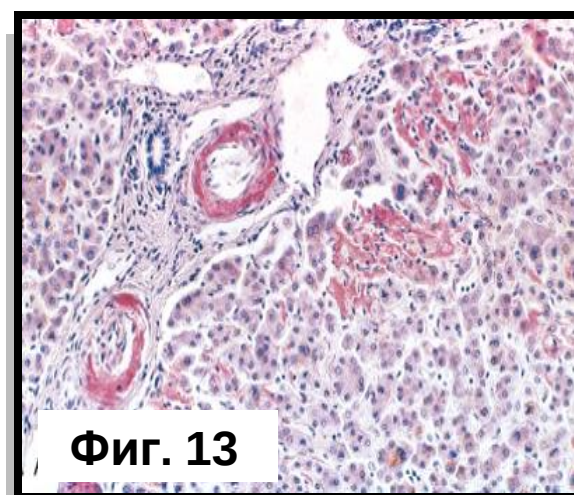
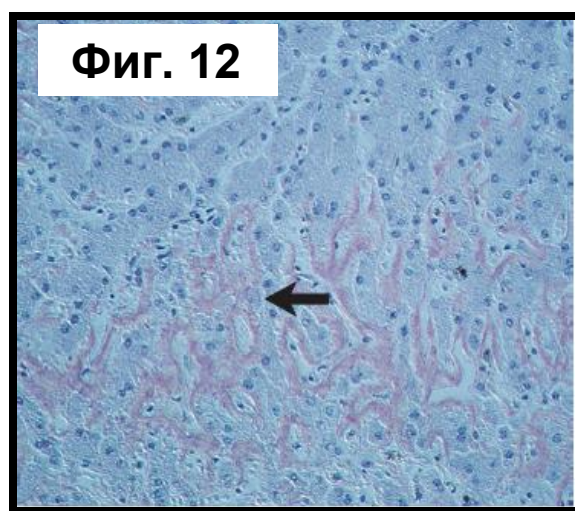
Фиг. 10

Сърцето (400 g) е увеличено за сметка на дясната камера, дебелина под трикуспидалната клапа - 7 mm.

По **перикарда** – фини розови влакънца, разположени в паралелни ивици по висцералния перикард, а на места – нежни като мостове свързват двата листа.

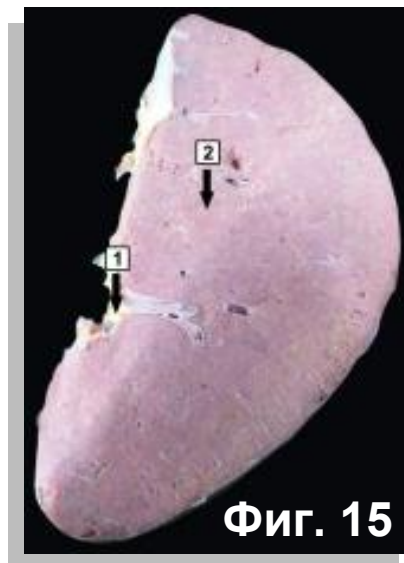
По стената на коремната **аортата** се намират жълтеникави леко надигнати лезии и малобройни „мазолести“ – белезникави, надигнати, но неразязвени плаки, особено в коремната аорта, над бифуркацията й..

Черен дроб (2450 g): увеличен, уплътнен, с остър срезен ръб (**фиг. 11**). Микроскопски: еозинофилни материи по хода на синусоидите (в пространствата на Disse – между) (**фиг. 12**). При оцветяване с Congorot тези материи показват метакромазия (.....) (**фиг. 13**), а същият препарат, поставен в поляризирана светлина – характерно (**фиг. 14**).



В **перитонеалната кухина** се намират около 500 ml бистра прозрачна течност.

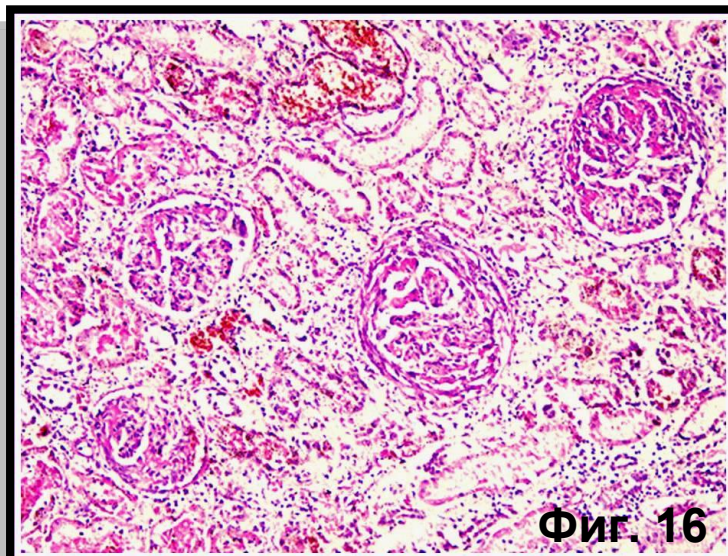
Слезка (200-800 g): Плътна, с остър срезен ръб, с гладка розово-месеца срезна повърхност, която наподобява шунка.



Фиг. 15

Бъбреците (x 220 g) двустранно симетрично силно увеличени, с восъчна консистенция, остър срезен ръб и подчертано светъл цвят. На срез кората им е разширена до 1,5 cm. Лигавицата на легенчетата е гладка, седефено-белезникава. Пикочопроводите – свободно проходими.

Характерната метафора за тях е
..... Тя се използва, обаче, и при друга бъбречна патология с аналогичен макроскопски вид – „нефроза-нефрит” с нефритен синдром, но в този случай паренхимът на големите бъбреци е отпуснат, мековат (фиг. 17). *Диагнозата е*

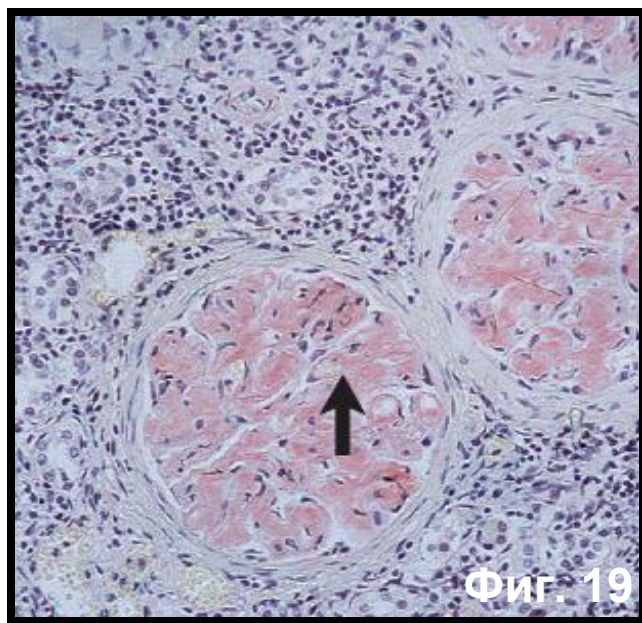
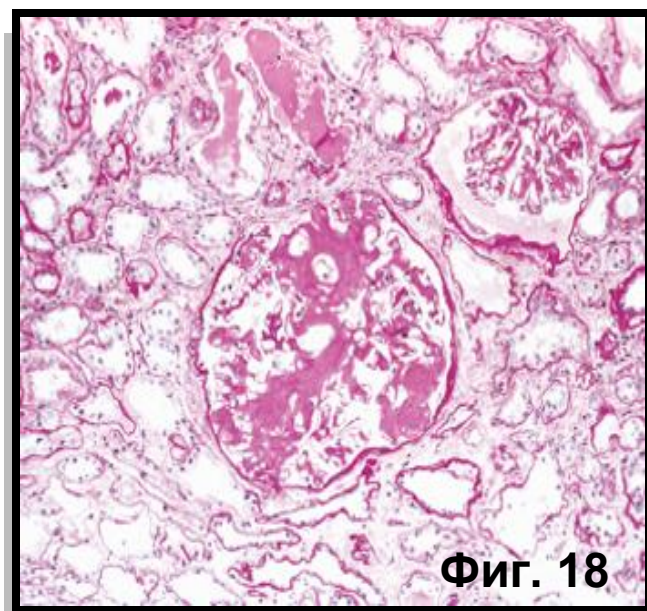


Фиг. 16

За макроскопска диференциална диагноза е наложителна пробата с Луголов разтвор по Virchow. Тя се оказва положителна:
 (описание на техниката и на резултата). Бъбречните телца (гломерулите) се маркират като фини зрънца със
 цвят .

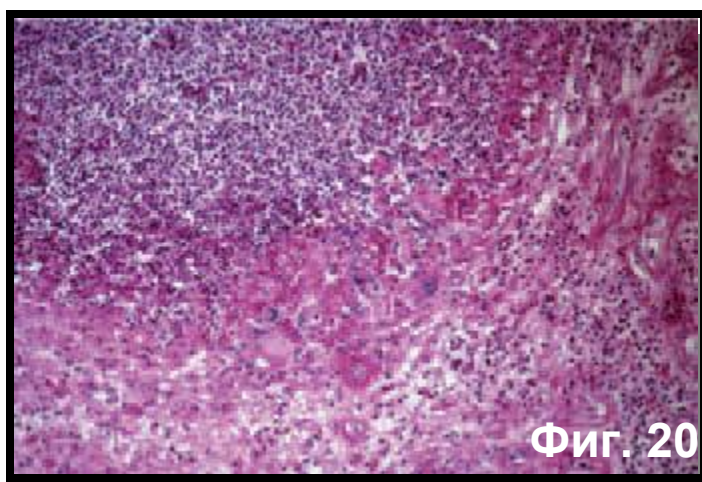


Микроскопски: дифузни еозинофилни интрагломерулни отложения по хода наоси („скелета” на гломерула), като и перивазални отложения и в интерстициума. Лимфоидни инфилтрати в интерстициума около поразените гломерули (**фиг.19**, Congo rot).

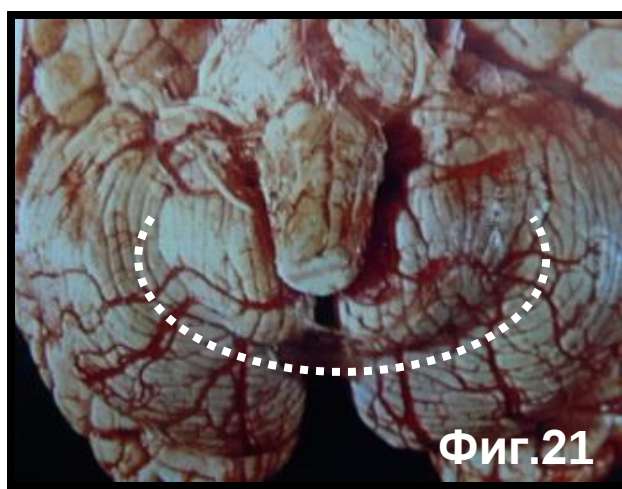


Костен мозък от дистална част на дълга тръбеста кост – червен.

Мозъкът е с разширени гънки и плитки бразди. Срезните повърхности са влажни, блестящи. Фронтално в бялото вещество на дясната голямомозъчна хемисфера се намира огнище на размекчение с начална кавитация, с размер около 2,5 cm. То е добре отграничено от околната тъкан. Стената му е сивкава, дребнозърнеста, а в кухината - жълтеникава гной. Хистологично се намира картината от **фиг. 20**: кръглоклетъчна, фибробластна и капилярна пролиферация около зоната на деструкция, в която се намират голямо количество сегментоядрени левкоцити.



Меките мозъчни обвивки са хиперемирани и оточни. По малкомозъчните тонзили се намира странгулационна бразда (**фиг.21**).



В останалите органи не се констатира макроскопски изменения.

ИЗГРАДЕТЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧНАТА ДИАГНОЗА, като започнете с основното заболяване, продължете с основното усложнение, непосредствената причина за смъртта и останалите усложнения.

Запишете в отделна рубрика, като придружаващи заболявания, болестите които нямат отношение към възникването на смъртта.

Преценете логиката на представената клинична диагноза и оценете дали има съвпадение между нея и патологоанатомичната диагноза по отношение основното заболяване, основното усложнение и непосредствената причина за смъртта според Вашата патологоанатомична епикриза.