

## НАШ ОПЫТ ПУНКЦИОННОЙ БИОПСИИ ПОЧЕК

М. В. Аюханов и Т. С. Сунаргулов

Башкирский медицинский институт им. 15-летия ВЛКСМ  
Научный руководитель — проф. Л. П. Крайгельбург

За последние годы большое распространение получил метод исследования почек путем пункционной биопсии. Он позволяет обоснованно решать многие вопросы диагностики и лечения почечной патологии, в частности изолированной альбуминурии, гематурического нефрита, почечной гипертензии [2, 7, 23]. Показания к назначению кортикостероидов во многих случаях получают правильное решение лишь в результате данных биопсии почки [6, 20]. Биопсия дополняет изучение лабораторных и рентгенологических тестов гистологическими данными, она открывает пути и для прижизненного электронномикроскопического изучения почек [8]. Благодаря пункционной биопсии стало возможным описание ряда заболеваний почек, например миоглобинефроза, мембранозного гломерулонефрита [10] и других.

Биопсия почек получила признание после появления работ Brun и Iversen (1951) и производилась вначале путем чрезкожной пункции в поясничной области. Löfgren и Snellman; Hamburger (1957) почти одновременно предложили производить биопсию на обнаженной почке, пользуясь небольшим разрезом ниже 12-го ребра. Большинство авторов [13, 14, 16, 17, 18, 22, 24] применяют технику, детально описанную Kark и Muehgske в 1954 г. и заключающуюся в производстве пункционной биопсии иглой Вим — Сильвермана — Франклина при положении больного на животе с подложенным под эпигастральную область валиком. А. Я. Пытель и С. Д. Голигорский (1964) считают, что чрезкожная пункционная биопсия показана в острых случаях у тяжелых больных, для которых обнажение почки является серьезным вмешательством. Биопсия на обнаженной почке находит определенные показания при хронических процессах, протекающих с неясной клинической картиной.

По данным многих авторов [1, 3, 4, 5, 12, 16] пункционная биопсия почки показана у тех больных, у которых подозревается одно- или двухстороннее, по преимуществу диффузное заболевание ее, характер которого не удается определить обычными клинико-лабораторными методами.

Абсолютно противопоказана пункционная биопсия при геморрагических диатезах, заболеваниях единственной почки, больших почечных кистах, гидро- и пионефрозах, аневризмах почечной артерии, околопочечных абсцессах. Относительными противопоказаниями считаются злокачественная гипертензия, выраженный артериосклероз, повышение остаточного азота крови (свыше 100 мг%), ранний детский возраст, резко выраженная деформация позвоночника, чрезмерная тучность больного.

Мы произвели 70 биопсий почек, из них 34 чрезкожных (справа — 22, слева — 12), 16 — с обнажением почки, 20 — во время операций, предпринятых по поводу различных заболеваний почек.

При производстве биопсий в 6 случаях была получена ткань, недостаточная для заключения, а у 3 больных почечной ткани не оказалось. Осложнения возникали дважды в виде макрогематурии, продолжавшейся около 12 часов. У одного из больных гематурия после биопсии сопровождалась почечной коликой. Гематурия прекратилась после применения консервативных мероприятий.

В возрасте 8 лет был 1 больной, 18 лет — 1, от 21 до 40 лет — 39, от 41 до 60 лет — 9 больных.

О положительном диагностическом значении пункционной биопсии, производимой во время оперативного вмешательства на почке, свидетельствуют расхождения клинических и гистологических диагнозов, полученных по данным биопсии (табл. 1).

Таблица 1

Больные	Диагноз до биопсии	Данные биопсии
Т.	Закупорка нижней трети мочеточника камнем, острый инфицированный гидронефроз, пиелонефрит (?)	Хронический межзубчатый нефрит с явлениями нефроцирроза
П.	Закупорка нижней трети мочеточника камнем, острый инфицированный гидронефроз, пиелонефрит (?)	Умеренно выраженный нефроцирроз
С.	Инфицированные камни левой почки	Воспалительных явлений не обнаружено, имеются морфологические данные о затрудненном оттоке в некоторых нефронах
К.	Хронический пиелонефрит, камень левой почки	Умеренно выраженный нефросклероз

Больные Т. и П. поступили с одинаковыми клиническими симптомами закупорки мочеточника камнем с развившимся на этой основе вторичным инфицированным гидронефрозом. Объем по жизненным показаниям произведена нефростомия, во время которой и делалась биопсия (в дальнейшем эти больные были подвергнуты операции уретеролитотомии). При сходной клинической картине исследование пунктата почечной ткани показало, что у этих больных имеются почечные процессы различного характера. Расхождение клинического и гистологического диагнозов обнаружилось и у двух других больных.

В некоторых случаях клиническое обследование больного не давало возможности поставить обоснованный диагноз и лишь биопсия вносила ясность. Иногда при гистологическом исследовании материалов биопсий были получены данные, в результате которых приходилось изменить первоначальный диагноз (табл. 2).

Таблица 2

Больные	Диагноз до биопсии	Данные биопсии
Р.	Хронический нефрит	Амилоидоз почек
Ч.	Хронический пиелонефрит, гипертония	Амилоидоз почек
Н.	Гипертония неясного происхождения	Хронический нефрит (интракапиллярная форма)
Мих.	Пиелонефрит, осложненный гипертонией	Хронический нефрит (интракапиллярная форма)
Мар.	Микрогематурия неясного происхождения	Очаговый хронический нефрит (экстракапиллярная форма)
Рв.	Пиелонефрит, протекавший латентно	Артериосклероз почки

## ВЫВОДЫ

Пункционная биопсия может дать ценные результаты при нечетком и атипичном течении некоторых заболеваний почек, дополнить клинические данные о характере поражения почки и даже определить сущность почечных изменений и тем самым помочь наметить направление в дальнейшем лечении.

Пункционная биопсия мало травматична и при строгом соблюдении установленных для нее показаний и противопоказаний не влечет за собой каких-либо опасных осложнений.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Замиховский И. З. Клин. мед., 1965, 5. — 2. Петровский Б. В. и соавт. Хирургия, 1964, 11. — 3. Пытель А. Я., Голигорский С. Д. Клин. мед., 1964, 8; Урология, 1962, 1. — 4. Пытель Ю. А. Урология, 1957, 1. — 5. Равич Д. Г. Экспер. хир. и анестезиол., 1963, 6. — 6. Ратнер М. Я. Клин. мед., 1964, 8. — 7. Чебанюк Г. М., Козлов В. П. Урология, 1963, 6. — 8. Farquhar M. G. a. o. J. exp. Med., 1957, 106, 649. — 9. Hamburger J. Presse med., 1958, 65, 1451. — 10. Howe J. S., Parrish A. E. Am. J. Path., 1956, 32, 651. — 11. Kark R. M., Muehrcke R. C. Lancet, 1954, 1. — 12. Kark R. M. a. o. AMA Arch Int. Med., 1958, 101, 439. — 13. Kleinschmidt A. Verh. dtsh. Ges. inn. Med., 1958, 64, 44. — 14. Kleinschmidt A., Solbach H. G. Klin. Wschr., 1959, 37, 126. — 15. Kollwitz A. A. Z. Urol., 1960, 53, 209. Med. Klin., 1961, 56, 726. — 16. Lich R. J. JAMA, 1957, 163, 420. — 17. Manitz G. Medizinische, 1955, 52, 2146. — 18. Muehrcke R. C. a. o. J. Urol., 1955, 74, 267. — 19. Pollak V. E. a. o. J. chron. Dis., 1957, 5, 67. — 20. Pollak V. E. a. o. Lancet, 1956, 2, 59. — 21. Ross I. B., Ross I. P. Lancet, 1957, 2, 559. — 22. Thibault P. Presse med., 1962, 21, 1030. — 23. Zollinger H. U. Dtsch. med. Wschr., 1957, 82, 201.