



СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №19
«Заболевания внутренних органов у взрослых в практике ВОП»
для интернов ВОП 7 курса на 2020-2021 учебный год

Подросток 16 лет, обратился с жалобами на отеки на животе, ног. Данные симптомы появились после повторной ангины появились отёки, увеличился объём живота. В последнее время усилились. За медицинской помощью не обращался. В прошлом перенёс корь. После 5 лет 1-2 раза в год болеет ангиной.

При осмотре состояние средней тяжести, бледность и одутловатость лица, массивные отёки поясницы, бёдер, голени, стоп. Живот несколько вздут, в брюшной полости определяется свободная жидкость. Диурез 600 мл.

Общий анализ крови: эритроциты $3 \cdot 10^{12}/л$, Гемоглобин 100 г/л, , лейкоц. $12 \cdot 10^9/л$
Биохимический анализ крови: белок 30-40 г/л, остаточный азот 19 ммоль/л

Общий анализ мочи: кол.-600мл, уд. Вес 1024, белок 4,6 в п/з, лейкоциты - нет, эритроциты - нет, цилиндры – гиалиновые, эпителиальные, зернистые, в большом количестве.

Вопросы:

1. Выставить диагноз
2. Заполнить медицинскую документацию
3. Составить план диагностики
4. Составить план лечения
5. Составить план наблюдения и ведения
6. Определить показания к консультации узких специалистов
7. Выписать рецепт по ЛС

Составитель: доцент кафедры ОВП №2 Искакбаева А.А.

Утверждено на заседании кафедры, протокол №1 от 28.2020 г.

Заведующая кафедрой

Карибаева Д.О.



Приложения к задаче

Общий анализ крови

Оцениваемый параметр	Результат	Норма/ референтные значения
Гемоглобин, г/дл	100	120-140 г/л
Эритроциты $\times 10^{12}/л$	$3 * 10^{12}/л$	$4-5 \times 10^{12}$
ЦП	0,8	0.9-1.1
Лейкоциты, $\times 10^9/л$	$12 * 10^9/л$	$4-9 \times 10^9$
Нейтрофилы %		
с\я %	60	40-70
п\я %	6	1-6
Эозинофилы	10	До 5%
Базофилы	1	0-1
Моноциты%	4	3-8
Лимфоциты %	23	20-37
СОЭ мм/час	9	6-9
остаточный азот, лейкоц.	19 ммоль/л	

Биохимический анализ крови

Оцениваемый параметр	Результат	Норма/ референтные значения
Билирубин общ.	5	3,0-12,0 мкмоль/л
Билирубин прямой	3	0-5,5 мкмоль/л
АСТ	9	9,0-29,0 Ед./л
АЛТ	20	19-79 Ед./л
Мочевина	12	5,4-12,1 ммоль/л
Креатинин	100	70-165 мкмоль/л
Общий белок	30-40	54-77 г/л
Остаточный азот	19 ммоль/л	

Общий анализ мочи

Оцениваемый параметр	Результат	Норма/ референтные значения
Цвет	желтый	Сол.-желтый
Прозрачность	мутный	прозрачный
Плотность	1024	1012-1022 г/л
Белок	4-6	Отсут.
Эритроциты	0	Отсут.
Клетки почечного эпителия	цилиндры – гиалиновые, эпителиальные, зернистые, в большом количестве.	Отсут.
Бактерии	0	Отсут.



Ответ к задаче на тему «Гломерулопатии. Нефротический синдром»

1. Гломерулопатия. Нефротический синдром.
2. Дебют чаще острый, после перенесенной инфекции, переохлаждения, вакцинации и других аллергических факторов или без видимых причин – недомогание, отеки, олигурия, возможна почечная недостаточность острого периода. Из анамнеза частые ангины. После 5 лет 1-2 раза в год болеет ангиной.
Выраженные отеки, ежедневное измерение веса поможет в мониторинговании уменьшения или увеличения отеков.
3. Дифференциальная диагностика с нефритическим синдромом (после орви, отеки умеренно плотные, повышение АД на фоне синдрома, гематурия, регресс в течении 1-2 недель)
4. Олигурия (600 мл), гиперстенурия (1024), протеинурия (4,6%), цилиндры гиалиновые, эпителий в большом количестве, цилиндрурия, гипопропротеинемия, анемия. Гипопропротеинемия – снижение онкотического давления белков крови.

5. Тактика лечения:

1. Немедикаментозное лечение:

1. Диета сбалансированная, адекватное введение белка (1,5-2г/кг), каллорий.
2. Уменьшение соли у пациентов с отеками (1-2г/сут).
3. После назначения преднизолона отмечается повышение аппетита, что требует увеличения физической активности и мероприятий по контролю веса. Обучение пациентов и родителей: необходимо информировать о хроническом течении заболевания, повысить мотивацию родителей длительного наблюдения за такими пациентами. Также они должны быть проинформированы о болезни, возможных осложнениях заболевания и проводимой терапии, о необходимости ежедневного исследования мочи по тест-полоскам при развитии рецидива болезни или при присоединении интеркуррентных заболеваний, важность выявления рецидива еще до появления отеков. Пациенты или их родители должны вести дневник, в котором указываются препараты, которые принимает пациент, результаты анализов мочи и интеркуррентные заболевания. Объем физических нагрузок возвращается к обычному уровню после наступления ремиссии заболевания.

2. Медикаментозное лечение: Стандартным медикаментом является преднизолон или преднизон. Препарат назначается после приема пищи для уменьшения побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта, суточная доза принимается одномоментно утром. Адекватное лечение первого эпизода (доза преднизолона и длительность терапии) очень важно, так как от длительности кортикостероидной терапии зависит длительность последующей ремиссии нефротического синдрома.

Терапия первого эпизода нефротического синдрома: терапевтическая доза преднизолона 60мг/м² /сут (максимально 80мг/м² /сут) ежедневно (суточная доза преднизолона в один утренний прием) в течение 4- 6 недель, затем поддерживающая доза преднизолона 40мг/м² /48час (максимально 60мг/48час) в альтернирующем режиме (прием преднизолона в один утренний прием) следующие 4-6 недель постепенное снижение дозы по 5-10мг/м² в неделю до полной отмены. Общая длительность лечения стероидами должна достигать 4-5 месяцев.

3. Хирургическое вмешательство: не показано

6. Динамическое наблюдение больных с хроническими заболеваниями необходимо осуществлять согласно «Правилам динамического наблюдения больных с хроническими



заболеваниями» (приказ МЗ РК №ҚР ДСМ-16 от 30.03.2019г.) – указать для заданного заболевания

7.РЕЦЕПТ

Rp: Sol/Prednisoloni hydrochloride 3% - 1.0

D.t.d: N 10 inamp.

S: Внутривенно по 1–3 мл медленно или внутривенно капельно (с 250 мл 0,9% раствора натрия хлорида).