

Задача 1

Женщина, 30 лет, поступила с жалобами на выраженные отеки нижних конечностей, общую слабость, постоянную тошноту, отсутствие аппетита, периодические головные боли. В анамнезе обращает на себя внимание, выявленные в амбулаторной карте изменения анализов мочи в виде протеинурии, гематурии в течение последних 5 лет, а также повышение артериального давления в течение полугода до 180/100 мм.рт.ст.

При осмотре лицо пастозное, плотные отеки голеней, кожные покровы бледные, сухие. АД - 170/110 мм рт. ст., сердечные тоны ритмичные, акцент II тона над аортой. В легких без особенностей. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются. Общий анализ крови: эритроциты - $3,0 \times 10^{10}/л$, гемоглобин - 98 г/л, цветной показатель - 0,9, лейкоциты - $7,8 \times 10^9/л$, лейкоцитарная формула без отклонений, СОЭ - 41 мм/час. Общий анализ мочи: удельный вес - 1002, белок - 1,6 г/л, лейкоциты - 4-5 в п/зр., эритроциты - 7-12 в п/зр, цилиндры гиалиновые, зернистые. В биохимических анализах крови: креатинин 250 мкмоль/л, мочевины 14 ммоль/л, общий белок 62 г/л, альбумин 32 г/л, мочевая кислота 429 мкмоль/л, кальций общий 1,90 ммоль/л.

Проба Реберга: креатинин - 250 мкмоль/л, клубочковая фильтрация - 30 мл/мин., канальцевая реабсорбция - 97%.

УЗИ почек: обе почки расположены в типичном месте, контуры ровные, мелковолнистые, размеры: 7,8 - 4,0 см, паренхима истончена, значительно уплотнена - 0,9 см, отсутствие дифференциации между корковым и мозговым слоем. Признаки нефросклероза. ЧЛС без особенностей, подвижность почек в пределах нормы.

Задание

- 1.Предположите наиболее вероятный диагноз
- 2.Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 3.Проведите дифференциальный диагноз с острой почечной недостаточностью.
- 4.Составьте и обоснуйте тактику ведения и лечения пациента.
- 5.Есть ли необходимость в начале заместительной почечной терапии у данной пациентки, определите тактику в отношении начала заместительной почечной терапии.

Ответ:

1. Основной диагноз: Хронический гломерулонефрит.
Осложнение: Хроническая болезнь почек 3 стадии. Нефрогенная анемия.
Симптоматическая артериальная гипертензия.

1. Диагноз хронический гломерулонефрит установлен на основании данных анамнеза - протеинурия и гематурия в анамнезе, нет клиники обострений пиелонефрита: боли, дизурия, повышение температуры тела, лейкоцитурия, а так же по данным УЗИ симметричный процесс в почках. Осложнение основного заболевания – это 3 стадия хронической болезни почек, установленная на основании клинико-лабораторных данных свидетельствующих в пользу хронического процесса: теки, сухость, бледность кожи, анемия, гипертония, повышение уровня креатинина, мочевины, мочевой кислоты, а так же осложнений самой почечной недостаточности – анемического и гипертонического синдромов.

2. Дифференциальный диагноз нужно проводить с острой почечной недостаточностью, так как есть впервые зарегистрированная гиперкреатининемия. В пользу хронической почечной недостаточности свидетельствует:
 - 1) анамнез - изменения мочевого осадка в виде протеинурии и гематурии в течение последних 5 лет;
 - 2) наличие клинических проявлений синдрома хронической почечной недостаточности – отеки, сухость, бледность кожи, анемия, гипертония;
 - 3) уменьшение размеров почек по данным УЗИ.
3. Пациент, имеющий хроническую почечную недостаточность встает на диспансерный учет.

Лечение:

- Особенности диеты. Малобелковая диета с ограничением животного белка до 0,8-0,9 г/кг веса/сутки, ограничение поваренной соли (так как есть артериальная гипертония), ограничение продуктов, богатых фосфором (молочные изделия, все консерванты). Водный режим адекватный диурезу, жидкость не ограничивать.
 - гипотензивная терапия (в данной стадии применение ингибиторов АПФ с осторожностью, опасно резкое снижение клубочковой фильтрации и гиперкалиемия).
 - лечение анемии рекомбинантным эритропоэтином в преддиализный период
 - коррекция кальций-фосфорных нарушений препаратами кальция, фосфатбиндерами, при необходимости кальциймиметиками (при явлениях вторичного гиперпаратиреоза).
4. Показания к экстренному гемодиализу в данное время нет - у больной так называемая преддиализная или консервативная стадия хронической почечной недостаточности (СКФ 30 мл/мин), рекомендуется плановая подготовка к диализу, выбор метода заместительной почечной терапии.

Задача 2

Мужчина 22 лет, обратился к врачу с жалобами на впервые появившуюся утром этого дня темно-коричневую мочу. Мочеиспускание безболезненно, болей в боку нет, но утром он заметил небольшую припухлость вокруг век. Дальнейший расспрос выявил в анамнезе лишь неясного происхождения повреждения на коже ног пустулезного характера, 2-3-недельной давности. При предварительном обследовании: артериальное давление - 150/95 мм рт. ст., слабая отечность век и ног, рассеянные заживающие эритематозные поражения на коже ног. Анализ мочи выявил эритроциты 90-100, белок 0,450 мг/сут и единичный эритроцитарный цилиндр. Электролиты крови нормальны, креатинин сыворотки 140 мкмоль/л.

Задание

1. Ваш предварительный диагноз и обоснование?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз, какой нефрологический синдром в клинике данного больного Вы видите?
3. Какова основная тактика лечения данного пациента? Обоснуйте.

Ответ:

1. Острый постстрептококковый гломерулонефрит.
Осложнение: Острое почечное повреждение.
2. Клиническая картина у данного больного, включающая гематурию, протеинурию, азотемию, гипертонию и отеки, типична для **нефритического синдрома** и является специфичной для острого гломерулонефрита. Синдром нефритический (гематурия, отеки, гипертензия). Наличие в анамнезе кожной инфекции за 2-3 недели до наступления макроскопической гематурии и присутствие заживающих поражений кожи (по-видимому, импетиго) на ногах при обследовании делает постстрептококковый гломерулонефрит наиболее вероятным диагнозом у этого больного.
3. Учитывая имеющееся острое нарушение функции почек с повышением уровня креатинина крови, показана патогенетическая терапия глюкокортикоидами из расчета 0,1 г/кг/сут, но не более 60 мг/сут.