

ЗАДАЧА

Девочка 14 лет поступила в стационар с жалобами на головную боль, боли в животе и в пояснице, появление темной мочи. За 3 недели до настоящего заболевания перенесла острый фарингит (боли в горле, гиперемия зева, температура до 38°), лечилась полосканиями горла фурацилином и календулой. Накануне поступления почувствовала себя плохо, отмечались головная боль, тошнота, потеря аппетита. На протяжении всего дня мочилась мало, моча цвета крепкого чая. Сохранялась головная боль, беспокоили боли в пояснице. По "Скорой помощи" доставлена в стационар. Анализ мочи в приемном покое с помощью тест-полоски: белок ++, кровь +++.

При поступлении состояние средней тяжести, температура до 36,8°C. Девочка правильного телосложения, удовлетворительного питания, рост 160 см, вес 55 кг, менархе с 12 лет. Кожа бледная, чистая, горячая на ощупь, отмечаются одутловатость лица, отеки век, пастозность голеней. Зев умеренно гиперемирован, увеличены тонзиллярные лимфоузлы. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС- 85 в 1 мин., шумов нет. АД 160/100, Язык чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см из-под края реберной дуги. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон. Стул оформленный. Моча мутная, коричневого цвета, диурез снижен (точно не измерялся).

Клинический анализ крови: Нб-105 г/л, эр.- $4,01 \times 10^{12}/л$, тром.- $260,0 \times 10^9/л$, лейкоц.- $11,3 \times 10^9/л$, п/я- 4%, с/я- 77%, л-10%. э- 1%, м- 8%, СОЭ 26 мм/час

Общий анализ мочи: относительная плотность 1018, рН 6,2, глюкоза-0, белок 2,0 г/л, эпителий -7, лейкоциты -10 в п/зр, эритроциты- 680 п/зр

Биохимический анализ крови: общий белок-65 г/л, альбумины- 35 г/л, АСЛ-О -827 (норма до 150), холестерин-4,9 ммоль/л, мочевины -15 ммоль/л, креатинин - 154 мкмоль/л, калий -5,1 ммоль/л, натрий- 136 ммоль/л, кальций -2,3 ммоль/л, фосфор -1,3 ммоль/л

УЗИ почек: почки несколько увеличены: правая 112 x 51 мм, левая 120 x 49 мм,. Паренхима дифференцирована, утолщена, эхогенность коркового слоя диффузно повышена. ЧЛК: не расширены. Кровоток в почках несколько обеднен, индексы резистентности повышены. Показатели гемодинамики симметричны с обеих сторон.

Вопросы к задаче № 37:

1. Сформулируйте и обоснуйте Ваш диагноз.
2. Какой морфологический тип поражения клубочка характерен в данном случае?
3. Назначьте лечение.
4. Есть ли у больного показания к иммуносупрессивной терапии?
5. Выпишите рецепт на амоксициллин-клавулат на ребенку 14 лет.
6. Каков предполагаемый прогноз заболевания?
7. Какие возможны осложнения данного заболевания?
8. Составьте план диспансерного наблюдения

Ответы.

1. Диагноз: острый постстрептококковый гломерулонефрит с нефритическим синдромом, период начальных проявлений, активность III степени. ОПП II по шкале KDIGO.

Обоснование: Нефритический синдром (умеренные отеки, повышение АД и макрогематурия, умеренная протеинурия с нормальным уровнем альбумина сыворотки и выраженная эритроцитурия) развился остро через 3 недели после фарингита, стрептококковый генез которого доказывается повышением АСЛ:О. Период начальных проявлений длится до исчезновения отеков и снижения АД. ОПП II определяется по уровню креатинина сыворотки : повышен по сравнению с нормой более чем в 2, но менее чем в 3 раза (норма для девочки-подростка 60-70 мкмоль/л).

2. Морфология острого постстрептококкового ГН- диффузный пролиферативный гломерулонефрит с отложением иммунных комплексов, содержащих IgG, в мезангиуме клубочка, под эндотелием сосудов и субэпителиально ("эпителиальные горбики").

3. Лечение:

а) Внутрь антибиотики, эффективные по отношению к бета-гемолитическому стрептококку (амоксициллин-клавулат 0,5*2 раза в день, Цефексим 400 мг*1 раз в день или антибиотик из группы макролидов) на 7-10 дней.

б) Диуретики - фуросемид в/в струйно медленно 40 мг 1-2 раза в день до исчезновения отеков (показан ежедневный контроль веса и диуреза)

в) Гипотензивные: каптоприл 12,5 мг*2 раза или эналаприл 5 мг 1-2 раза в день до стойкой нормализации АД. При гипергидратации возможно снижение АД только на фоне введения фуросемида.

г) Антиагреганты: дипиридамол 0,05*3 раза в день внутрь.

4. Иммуносупрессивная терапия в большинстве случаев ОПСГН не требуется. В виде исключения: преднизолон 1-2 мг/кг внутрь при формировании нефротического синдрома,

пульс- терапия метипредом 20-30 мг/кг в/в при развитии быстро прогрессирующего ГН (<1% случаев ОПСГН).

5. Рецепт: Rp: Amoxicillini 0.5 +Clavulanic acid 0.125

DTD N 20 in tabl.

S: по 1 таблетке 2 раза в день (утром и вечером) в течение 10 дней

6. Предполагаемый прогноз -у детей в большинстве случаев выздоровление (самоограничивающийся процесс). Критерии благоприятного течения: отчетливая положительная динамика в течение 2-6 недель (нормализация АД, исчезновение отеков, протеинурии, нормализация мочевины и креатинина сыворотки). Микрогематурия может сохраняться до 6-12 месяцев, ее наличие НЕ является признаком неблагоприятного течения. В единичных случаях возможны рецидивирование нефритического синдрома, развитие быстро прогрессирующего ГН с потерей функции почек.

7. Осложнения ОПСГН: а) Обратимая энцефалопатия - срыв ауторегуляции мозгового кровообращения при быстром подъеме АД (сильная головная боль, повторная рвота, нарушения зрения, судороги).

б) Дыхательная недостаточность (одышка, хрипы в легких) при выраженной гипергидратации,

в) Острая почечная недостаточность, требующая заместительной почечной терапии.

8. Диспансерное наблюдение.

Цель: исключить риск рецидива и/или развитие хронической болезни почек со снижением функции почек. Лечение после выписки: как правило, не требуется.

Длительность -5 лет (при рецидиве или формировании ХБП-до перевода во взрослую сеть с последующей передачей взрослому нефрологу)

Контроль: АД- при каждом визите; *Общий анализ мочи* -1-3 месяц дважды в месяц, 3-12 мес- раз в месяц, до 5 лет- раз в квартал и после интеркуррентных заболеваний. *УЗИ почек, б/х анализ крови с расчетом СКФ, суточная потеря белка* - ежегодно 5 лет.

Специалисты: ЛОР-врач 1-2 раза в год, стоматолог 2 раза в год. Нефролог -при рецидиве или выявлении признаков хронической болезни почек (стойкие изменения в моче, повышение АД, снижение СКФ).