

ЗАДАЧА № 2

Мальчик 14 лет поступил на обследование в отделение нефрологии с жалобами на периодическое появление красной мочи.

Впервые заболел в 12,5 лет, когда на фоне ОРВИ с явлениями фарингита появилась красная моча. Был госпитализирован, отеков и повышения АД не отмечено, в анализе мочи отмечалась протеинурия 1,5 г/л, эритроциты сплошь в п/зр. Заболевание трактовалось как острый гломерулонефрит; при выписке через 3 недели белка в моче не было, эритроциты 15-20. На протяжении следующих полутора лет трижды были эпизоды макрогематурии на фоне ОРВИ. Последний раз красная моча появилась на 2 день после заболевания фарингитом за 5 дней до настоящей госпитализации.

Анамнез жизни: семейный анамнез по болезням почек не отягощен. Ребенок от 1 неосложненной беременности, срочных нормальных родов, раннее развитие без особенностей. Болеет ОРВИ 4-5 раз в год, страдает хроническим тонзиллитом, из инфекций перенес ветряную оспу. Привит по возрасту.

Состояние при поступлении средней тяжести. Жалоб нет. Рост 171 см, масса тела 58 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Со стороны легких и сердца изменений нет, АД 115/74 мм рт. ст. Живот при пальпации безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный. Моча светлая.

Клинический анализ крови: Нв-130г/л, эритроц.- $5,2 \times 10^{12}/л$, лейкоц.- $8,8 \times 10^9/л$, п/я- 3%, с/я- 33%, э- 6%, л- 53%, м- 5%, СОЭ- 10 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность-1016, белок-0,6 г/л, лейкоциты – 0-1 в п/зр, эритроциты – 70-80 в п/зр.

Биохимический анализ крови: белок-74,2 г/л, альбумины-35г/л, холестерин-4.9ммоль/л, мочевины – 5.1 ммоль/литр, креатинин-56 мкмоль/л; АСЛ-О 120 МЕ/л, К – 4.81 ммоль/л, Na – 137.5 ммоль/л.

Иммунологическое исследование: IgG - 8,3 г/л (N 7-16 г/л); IgA - 5,1 г/л (N 0.1-4.5 г/л; IgM - 1,5 г/л; (N 0.6-2.2 г/л); C3 - 1,2 г/л (N - до 1,6); C4 - 0,18 г/л (N – до 0,35).

УЗИ почек: Почки расположены типично, левая 95x35x32 мм, правая 94x34x30 мм (норма 90 мм). Дифференцировка слоев паренхимы нарушена, чашечно-лоханочная система без деформаций и эктазий.

Вопросы к задаче:

1. Поставьте диагноз
2. Проведите дифференциальный диагноз
3. Укажите план обследования. Какие дополнительные исследования целесообразно провести?
4. Оцените функциональное состояние почек
5. Наметьте план лечения
6. Выпишите рецепт на Каптоприл
7. Назначьте диету при данном заболевании
8. Опишите неотложные мероприятия при гипертоническом кризе

Эталон ответа:

1. Диагноз: хронический гломерулонефрит, гематурическая форма (предположительно IgA-нефрит). Обоснование - типичная клиническая картина: манифестация гематурии на фоне ОРВИ без светлого промежутка, эпизоды синфарингеальной гематурии; повышение уровня IgA в сыворотке. Для IgA-нефрита возможно отсутствие экстраренальных проявлений (отеков и/или гипертензии).
2. Дифференциальный диагноз:
 - а) Острый постстрептококковый гломерулонефрит: более типичны начало с отеками и гипертензией, циклическое течение с выздоровлением, повышение антистрептолизина О.

б) Синдром Альпорта- персистирующая гематурия, могут быть эпизоды макрогематурии на фоне ОРВИ, но типично наличие в семье гематурии и ХПН, возможно, но не обязательно снижение слуха у больного. Манифестация обычно в дошкольном возрасте.

3. Дополнительные обследования- определение суточной экскреции белка (важно для прогноза), биопсия почки с иммуногистохимией (свечение IgA в мезангиуме).
4. Функциональное состояние почек- ХБП I (сохранная функция). Мочевина и креатинин в норме, расчет СКФ по формуле Шварца с $k = 36,5$ -111 мл/мин.
5. При суточной потере белка <1 грамма нет необходимости в иммунной супрессии. Ингибиторы АПФ + омега-полиненасыщенные жирные кислоты. При протеинурии более 1 г/сутки -иАПФ+преднизолон 60 мг.
6. Каптоприл начать с 0,2 мг/кг на прием 3 раза в день с максимальным повышением дозы до 2 мг/кг на прием 3 раза в день

Rp: Tabl. Captoprili 0.0125 N 40.

D.S. по 1 таблетке 3 раза в день

7. Диета :по активности нефрита в специальной диете не нуждается, питание по возрасту. Есть подходы, рекомендующие ограничение облигатных пищевых аллергенов для уменьшения продукции IgA в слизистой кишечника.
8. Терапия гипертонического криза:

При отсутствии осложнений гипертонического криза (неврологическая симптоматика, нарушения зрения) при быстром подъеме АД показан прием нифедипина, каптоприла сублингвально, фуросемида внутрь.

В терапии гипертонического криза с поражением органов-мишеней целесообразно применять парентеральное введение антигипертензивных препаратов быстрого действия. Препаратом выбора является лабеталол (внутривенно). При наличии противопоказаний (астма, сердечная недостаточность, атриовентрикулярная блокада 2-3 ст.) можно использовать нитропруссид натрия. При недостаточной эффективности

одного препарата возможно совместное применение лабеталола и нитропруссиды натрия, или длительной внутривенной инфузии гидралазина. У пациентов с гипervолемией целесообразно парентеральное назначение петлевых диуретиков (фуросемида внутривенно струйно или капельно).