

**Клинико-Морфологическая
конференция
28/12/05**

Больной Калиновский Евгений Олегович

Возраст 30 лет

Жалобы при поступлении: на повышение Т до 38, одышку, кашель.

Анамнез: В 1992 году при обследовании в анализах мочи выявлен белок, эритроциты. В 1997 году при обследовании от РВК б до 0.2, э, до всех полей зрения, выставлен диагноз , хронический гломерулонефрит. В 2001 года АД, 150 \100 мм рт ст, при стационарном обследовании креатинин 0.2 ммоль\л. С 2004 года Т ХПН, в июне и 17.06.04 ПАПД, эпизод перитонита с 1.07- 22.07.05 в посевах KI pneumonia. 29.08 АТП в 7 ГКБ,

функция отсрочена.

В течении 40 дней проводилось лечение гемодиализом, креатинин снизился до 0.25-0.3 ммоль\л. 29.10.05 госпитализирован в 1 нефрологию,

Состояние средней тяжести. Одышка при физической нагрузке, кожные покровы бледные. Отеки голеней и стоп незначительные. Аускультативно над легкими жесткое дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны ритм правильный.,

рт

ст. Асистолический шум на верхних, безболезненный. АД 160/100 мм.Т 38

**Б\х крови: Креатинини 0.33 ммоль\л, мочевино 27.0 ммоль\л
Гемоглобин 92 г\л, тромбоциты 221 тыс, лейкоциты 21.7 тыс, СОЭ 47
Анализ мочи- белок- 0.3. Осадок без особенности
Ферритин 764. ПЦР ЦМВ 2 + Циклоспорин 171 нг/мл
Иммуносупрессия- преднизолон 3 1/4, неорал 325 мг (4.5 мг / кг),
майфортик 1.44г
РГ грудной клетки- усиление легочного рисунка.**

Назначена терапия: Цимевен 700 мг, стрептомицин 0.5 мг, фтивазид 1000 мг
Фортум 2 г в\в. таваник 500 мг

На 3-и сут терапии Т max 37.0.

С 06.11.05 повышение Т до 39. Нарастание одышки, назначено введение
итраглобина 7.5 г. Бисептол 960 мг 2 раза в /в капельно

Сохраняется фебрильная лихорадка, усиление одышки

КЩС: р Н 7.4 рСО₂ 40 рО₂ 40.5 ВЕ- 3.2

НВ 79 г/л, Л 13.2 тыс. нейтрофилы 84 %, СОЭ 57

В анализе мочи лейкоциты все поля зрения. Эритроциты 25-30 в п/ зр

9.11.05 перевод в ОРИТ2- состояние тяжелое. Несколько заторможен, сонлив.

Проводится дезинтоксикация на аппарате PRISMA(CVVH), не менее 30 часов
с УФ 1.3- 1.5 л. V замещения 71-203л

Креатини 0.28- 0.3 ммоль/л, НВ 71 г/л, Л 5.6 тыс, тромбоциты 148 тыс

К терапии добавлен орунгал 200 мг в сутки.

15.11.05 в связи с нарастающей дыхательной недостаточностью больной интубирован. СVVН продолжается.

НВ 68 г/л, тромбоциты 156 тыс, Лейкоциты 2.5- 0.9- 0.5 тыс (нейтрофилы до 40 %). Развивается тромбоцитопения до 50 тыс.

В связи с развившейся панцитопенией отменен цимевен, бисептол назначен меронем 3г/сут, роцефин 3 г /с, граноцит 33.6 млн №4.

В посеве мокроты обильный рост Candida, в связи с чем назначен амфотерицин В, с постепенным увеличением дозы до 75 мг.

На фоне терапии на 7-е сутки сутки развивается гипербилирубинемия, эктеричность склер, в связи с чем однократно пропущено введение АмфВ
Сознание сохранено, команды выполняет, нарастают отеки голеней и стоп, сохраняется анурия. Аускультативно над легкими с обеих сторон крепитирующие хрипы. АД 170-180/ 100 мм рт ст.

23.11.05 трахеостомия, осложненная ранением трахеи, с образованием гематомы.

25.11.05 лихорадка до 39,2. Невозможность синхронизации с аппаратом ИВЛ, ухудшение газов крови. Изменена терапия в связи с подозрением на легионеллезную пневмонию- ванкомицин 2г в сут, эритромицин 2г в сутки бисептол 480 мг в сут, тиенам 2г, цимевен 500 мг, в условиях применения СВВН. Ежедневные трансфузии эритроцитарной массы, альбумина, СЗП. В посевах мокроты активный рост плесневых грибов.

2.12.05 к терапии добавлен вориконазол 600мг-400 мг в сут. На фоне чего вновь отмечилось нарастание трансаминаз (ЩФ 1200. ГГТ 980, АСТ АЛТ 2-3 нормы, билирубин 40-53 ммоль/л)

3.12.05 выявлен пневмоторакс, с развитием подкожной эмфиземы. В повторный посевах мокроты- быстрый рост *Aspergillus* Галактаманнан в крови 0.27.

На фоне прогрессирующей дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности **5.12.05** констатирована смерть больного.

Патоморфологический диагноз:

Хронический гломерулонефрит. Нефросклероз. Артериальная гипертензия. Гипертрофия миокарда. АТП 29.08.05. Иммуносупрессия.

Осложнения: Аспергиллезный сепсис с поражением легких и сердца (в сердце очаги некроза, в которых выявлен мицелий грибов).

Гиперплазия селезенки. Миелойдная метаплазия . Двухсторонняя тотальная пневмония. Фибринозный плеврит. ДВС -синдром.

Множественные кровоизлияния в кожу. Азотемия. Сеансы гемофильтрации.

Острые эрозии желудка. Кровоизлияния в ЖКТ.

Паренхиматозная дистрофия. Центролобулярные некрозы гепатоцитов.

Реакция отторжения трансплантата с тотальным некрозом.

Фибринозно-язвенный трахеит.

Больной Гри-ев 23 года

Жалобы при поступлении: на выраженную одышку, повышение Т до 38, в течении 3 дней.

Семейный анамнез- арменин, у деда периодическая болезнь.

Анамнез: В 1.5 года , после прививки АКДС, через неделю повышение Т до 40, самостоятельно нормализуется.

С 3-х лет присоединяются боли в животе, сопровождающиеся Т до 39.

В 10 лет в НИИ Ревматологии установлен диагноз периодической болезни начат прием колхицина.

. С 12 лет минимальная протеинурия. В 18 лет начальная ХПН, креатинин 240 мкмоль\л, отменен колхицин, после чего возобновились боли в животе, с лихорадкой.

С 19 лет Т ХПН, начато лечение гемодиализом в 119 МСЧ.

16.08.05 АТП в 7 ГКБ. Функция отсрочена. Введено 2 г метипреда.
Выписан на 40-е сут с креатинином 0.13 ммоль/л, сут. Протеинурия 0.2г/с
общий белок 58 г/л. НВ 98 г/л, Л 12.8 тыс. сдвиг до миелоцитов, СОЭ 20.
Амбулаторно сохранялись высокие уровни циклоспорина 311-324-298.
С 21.10 начат прием вальцита 900мг, в связи с полож ПЦРк ЦМВ.
С 5.11.05 повышение температуры до 37.8, першение в горле.
Нарастание одышки. 08.11.05 госпитализирован в 1 нефрологию ГКБ 52.
При поступлении состояние средней тяжести. Одышка до 26, усиливающаяся
при минимальной физической нагрузке. Цианотичен. Аускультативно над
легкими дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны приглушены, ритм правильный.
АД 160/ 100 мм рт ст.

На РГ- грудной клетки- усиление легочного рисунка.

НВ 129 г/л, Л- 21.9 тыс, тромбоциты 330 тыс, нейтрофилез..

Назначен цимевен 700 мг в сут, бисептол 960 мг 2 раза в /в, сульфоперациф 4гв/в, таваник 500 мг в/в. снижена доза циклоспори- на на 50 мг с 450 мг до 400 мг.

10.11 в связи с нарастающей одышкой переведен в ОРИТ 2.

Продолжена проводимая терапия, добавлен меронем, введение альбумина, в связи с нарастающей гипоальбуминемией до 18г/л.

Посев крови- роста нет, посев мочи- роста нет, посев мокроты- обильный рост грибов рода *Candida*. Добавлен дифлюкан.

Галактаманнан 0.27.

В связи с нарастающей гипоксемией 15.11.05 интубация. Несмотря на проводимую терапию сохраняется фебрильная лихорадка.

К терапии добавлен амфотерицин В в дозе 50 мг в сут.

С 22.11.05 отмечается лейкопения до 2 тыс, введен граноцит.

В посевах крови *Candida non albicans- parapsilosis*.

Консультирован проф Буровой С.А. Назначен вифенд 600 мг-400 мг,

Функция трансплантата сохраняется удовлетворительной, проводится экстракорпоральная дезинтоксикация.

8.12.05 развивается подкожная эмфизема.. На санационной бронхоскопии эрозивный трахеит с циркулярной эрозией.

10.12 - кишечное кровотечение, расцененное как проявление псевдомембранозный колит, отменены антибиотики, назначен трихопол, ванкомицин внутрь 2г.

11.12.05 нарастает подкожная эмфизема, На РГ-грудной клетки-пневмоторакс. Вздутие живота. Проводится дренирование плевральных полостей и средостения. 12.12 при попытке переложить на операционный стол наступает смерть больного.

Клинический диагноз:

Периодическая болезнь. Амилоидоз с поражением почек.

ТХПН. Состояние после АТП 16.08.05. Состояние на иммуносупрессии.

Двухсторонняя пневмония.(ЦМВ, грибковая, бактериальная).

Состояние на ИВЛ, трахеостомия. Циркулярная эрозия трахеи. Гнойный трахеит. Пневмомедиастениум. Двухсторонний пневмоторакс. Состояние после дренирования плевральных полостей, средостения. Подкожная эмфизема. Сепсис. Рецидивирующие кишечные кровотечения.

Б-ной С-нов. 34 года

- С декабря 1994 года, (через 4 года после АТП) в ан мочи белок до 0.5-0.7 г\сут, эритроциты до 10-15 в п\зр. Креатинин 0.08. Отмечаются низкие концентрации циклоспорина до 100.
- С 1997г сохраняется стабильная функция трансплантата. В анализах мочи белок до 0.9 г в сут. Эритроциты до 20 в поле зрения. С этого времени в области крыльев носа стали появляться узловые образования. Быстро растущие, с тенденцией к нагноению. При биопсии выявлен гипертрофический фиброматоз нижней части лица.
- С октября 2002 года у больного выявлен экссудативный плеврит при обследовании диагностирован стероидный туберкулез легких. Противотуберкулезная терапия (фтивазид, этамбутол, пиразинамид) продолжалась до 2004г. В анализах мочи белок до 1.2 г в сут. Эритроциты до 100 в поле зрения.
- С февраля 2005года Отмечается дисфункция трансплантата- повышение креатинина до 0.15- 0.18. В анализах мочи- Эритроциты все поля зрения, белок до 8 г в сут. Госпитализируется в 1 нефрологическое отделение, где проведена биопсия трансплантата где.....

Б-ной С-нов. 34 года

- По результатам биопсии назначен селсепт 2 г в сутки, козаар 50 мг в сут (в связи с гиперурекемией). Доза циклоспорина увеличена до 4 мг\кг в сутки, под контролем концентрации в крови (150-140). Энап до 5 мг в сут. Выписан с креатинином 0.14- 0.18 ммоль в литре. Протеинурия снизилась до 1.5 г в сут. Эритроциты сохраняются до 100 в поле зрения- все поля зрения.
- Амбулаторно продолжена проводимая терапия. Переведен на прием гексала и с августа отмечилось нарастание слабости, отеков голеней и стоп. Протеинурия достигала до 10 г в сут. Креатини до 0.3 ммоль в л. Повторно госпитализирован в 1 нефрологическое отделение.

Б-ной С-нов. 34 года

В отделении проводилась коррекция иммуносупрессии (гексал заменен на неорал), терапия лазиксом, гипотензивная терапия. НВ 85 г\л, креатинин 0.2 мл.моль в л., в о.ан мочи- б до 1.5 г в сут. Суммарные АТ к ТВС 1.2(высокий диагностич титр), возобновлена терапия этамбутолом 1200, изониазидом 600 мг, стрептомицин 0.5 мг 1раз в 72 часа, в течении 2 месяцев.

Б-ной Абрамов В. 47 лет

Находился в 1 нефрол отд с 18.08.05 по 19.11.05.

Поступил в сопорозном состоянии , с То до 39, непрерывной икотой.

Анамнез: В 1992 г. впервые повышение АД до 220\120 мм рт ст. С 93г нач ХПН. В 94 г ГД в г-ле им Бурденко.26.01.07 АТП в НИИТИО.

Функция немедленная, кризов не было. В 2000г. Рецидив Т ХПН.

22.10.00г АТП, функция немедленная. Кризов не было, наблюдение в НИИТИО.

02.05 лихорадка до 39. Икота, аэрофагия.03.05 в НИИТИО

креатинин 0.25 ммольвл. НВ 97 г\л. На МРТ гол мозга

множество рассеянных очагов. В связи с выявленными АТ к

полиомевире состояние расценено как о. Рассеянный

энцефаломиелит. Получал тиенам, фунгизом. Актогам.

04.05 вновь повышение Т до 39, икота. Выявлено пол ИФА к ТВС. Назначен изониазид 600 мг, этамбутол 400мг, принимал в теч месяца.

06. То до 39, НВ 95 г/л, креатинин 0,12 ммоль/л АТ к ТВС пол, возобновлена терапия, добавлен рифампицин.
В феврале 2005 года лихорадка до 39, икота, аэрофагия

07-08 находится в г-ле им Вишневского, где ПЦР к ЦМВ-отр, АТ к ТВС отр, на ЭГДС-эрозивный эзофагит. На МРТ- положительная динамика.

Б-ной Абрамов

- **18.08 госпитализация в 1 нефрол отд в сопорозном состоянии. В анализах креатинин 0.14, АСТ70, АЛТ 125, НВ 137. Ликвор- 890\3 -78 % лимфоциты. Назначен стрептомицин 1.0г, этамбутол 800 мг, изониазид 600 мг, таривид 200 мг, роцефин 4г, продленная гемофилтрация, переведен в отд, где продолжена терапия, сохраняется помутнение сознания, икота, То 36.7.**
- **25.08 конс нейрофтизиатом, продолжена терапия, с увеличением доз, добавление рифампицина. Коррекция циклоспорина с 100мг до 475 мг в сут.**

Б-ной

19.09 повторная конс фтизиатора: ликвор 363\3
лимфоциты 80%, к терапии добавлен протионамид
1500мг, амикацин, таваник, отменен рифампицин. У
больного нарастает одышка, жгучие боли за грудиной
и 25.09 констатирован о.инфаркт миокарда.

28.09 предположение о специфическом воспалении
яичка. 4.10.признаки ЖКК. НВ 50г\л. На ЭГДС
эрозивный эзофагит. На УЗИ почек- левая почка неск
увеличилась, расширение члс, киста синуса.
Креатинин 0.24. Лекоцитурия до всех полей зрения.
Сохраняется икота, тошнота. Рвота, возбужден,
отказывается от введения антибиотиков.

Б-ной Абрамов

- С 10.10 отменен рифампицин, сохраняется изониазид в\в, пиразинамид 1500 мг, таваник, амикацин. С 12.11. Вновь повышение Т до 39 с ознобом, в моче лейкоцитурия. На РГр.клетки двухстороннии застойные явления, плеврит.
- 17.10 проведена люмбальная пункция- цитоз 351\3, белок 1, панди 4 + 158 лимфоцитов, 191 нейтрофилов, сахар 4.5 ммоль в л.
- С 16.11- заторможен, в контакт не вступает, Т до 37.8-38, НВ 65\л, несмотря на гемотрансфузии. Н а фоне нарастающего отека мозга 18.11.05 констатирована смерть больного.

Болной Абрамов

- Клинический диагноз:
- Терминальная ХПН, в исходе нефропатии не ясного генеза. Состояние после повторной АТП от 10.2000г. Рецидив ХПН. Пиелонефрит трансплантата. Состояние на иммуносупрессивной терапии. Двухсторонняя пневмония. Состояние после ЖКК, на фоне эрозивного эзофагита.
- Менинго -энцефалит туберкулезной этиологии. Состояние на противотуберкулезной терапии. Отек мозга. Вторичный стволовой синдром.
- ИБС. Постинфарктный к\с. Повторный омиокарда от 09.05.
- Хронический вирусный гепатит С

Б-ной А-ов 47л

- Патоморфологический д-з
- Нефросклероз неуточненной этиологии. Хронический туберкулез левой почки. ХПН. Аллотрансплантация почки от 97, 2000гг.
- Осл Очаговый амилоидоз лимф.узлов, селезенки, печени. Гнойный пиелонефрит трансплантата, с формированием карбункула. Серозный менингоэнцефалит. Рецидив ХПН. Септическая селезенка. Кандидоз пищевода. Отек мозга.
- Постинфарктный кардиосклероз.

Б-ной Дианов 50 лет

Б-ной Дианов 50 лет

- Находится под наблюдением МГНЦ с 99г.
- Анамнез: В 88г перенес ангину, после чего выявлена протеинурия. Не обследовался. В 92 г нач ХПН. С 96г лечение ГД. 24.01.97 АТП в 7 ГКБ. Функция немедленная. Кризов не было. В марте 97г повышение креатинина до 0.14 ммоль в л, расценено как криз отторжения, вводился метипред 750 мг. Креатинин -0.09 ммольвл. 01.98 повышение креатинина до 0.18 ммольвл, на биопсии- о. Криз отторжения. Введен метипред 1 г суммарно, назначен селсепт.

Б-ной Дианов 50 лет.

- 04.98 повышение Т_о до 38-39, стерильная лейкоцитурия, неадекватный ответ на антибактериальную терапию. НВ 98-15 г/л, назначен этамбутол, фтивазид, принимал в течении 3 месяцев, отменил.
- 03.99г повышение Т до 39. Лейкоцитурия, при люминисцентной микроскопии обнаружены микобактерия туберкулеза, наблюд в ПТД 7, вновь прием в течении 3 -мес этамбутол, фтивазид, пиразинамид.
- 09.99 подъем Т до 39. ПЦР к ТВС пол. Креатинин 0.12 ммоль/л. НВ 108 г/л, циклоспорин 124, лейкоцитурия до 40 в п/зр. Возобновление - стрептомицин, этамбутол, изониазид.

Б-ной Дианов.

- 04.2000г- повышение Т до 39, консультация в НИИТуберкулеза- ТВС левого яичка. АСТАЛТ в норме, креатинин 0.12. НВ 112 г/л. Терапия стрептомицин, пиразинамид, изониазид, максаквин.
- 08.2000г впервые повышение печ ф-тов 3-4 нормы. Отменена терапия в ПТД 7.

Б-ной Дианов

- 09.2000г- Боли в спине, повышение Т до 38. креатинин 0.22 ммоль/л. АСТ АЛТ в норме. На МРТ позвоночника- клиновидная деформация. 4-х компонентная терапия- фтивазид, пиразинамид, стрептомицин. Этамбутол.
- 05.01г Т до 37.8. Добавлен рифампицин 600мг в сут, на фоне чего развилась печеночная недостаточность: АСТ 600 АЛТ 400 билирубин 130-180 ммоль/л, хол 1.5, креатинин до 0.4 ммоль/л. признаки энцефалопатии. Терапия отменена.

Б-ной Дианов.

09.02 повторение сценария. В 2004- бурсит. В пункте лимфоцитоз. Креатинин 0.18 ммоль/л, НВ 86-90 г/л. циклоспорин 102, АСТ АЛТ в норме.

Терапия- этамбутол 1200 мг, пиразинамид 1500. Фтивазид 1000мг, таваник. Госпитализация 04-06.05г множество натечников.

08-09 2005г септическое состояние. До 14 вскрытых натечников. ОПН креатинин до 0.5, НВ 50 г/л. в посевах присоединение зол стафилококка. На фоне а\б терапии, пиразинамид, стрептомицин, ванкомицин, таваник состояние стабилизируется.

