

Клинический случай :

Хронический гломерулонефрит, нефротическая форма, гормонозависимый вариант, обострение, с нарушением водовыделительной функции почек в острый период. Псевдохорда левого желудочка. Острый ринофарингит.

Клинический ординатор :
Федосеева Е.С. 2015 г.



- Больная – девочка С. 3 года (16.08.2011 г.р.) госпитализирована в стационар 5 ДГМБ нефрологическое отделение 19.02.2015 г.



Жалобы при поступлении:

- Снижение аппетита, капризность, одутловатость лица, отеки нижних конечностей. Уменьшение частоты и объема мочеиспускания.
- Изменения в ОАМ :
обнаружен белок - 9.9 г/л.





Анамнез болезни

- Болеет с осени 2013 года. Находилась на стационарном лечении в 5 ДГМБ нефрологическом отделении с диагнозом : острый гломерулонефрит с нефротическим синдромом, без нарушения функции почек. Получала базисную терапию: антиагреганты, антикоагулянты, ингибиторы АПФ, ГКС по схеме – 8 недель полная дозировка - 1.5 мг/кг/сут, затем на поддерживающей дозировке в объеме 50% от полной в течении года (снижение дозировки - по 2,5 мг один раз в 8 недель).

Анамнез болезни

- 01.2014 года плановая госпитализация в нефрологическое отделение 5 ДГМБ для коррекции и снижения доз ГКС. Лабораторная и клиническая ремиссия.
- 12.2014 года - отмена ГКС.
- 01.2015 года плановая госпитализация. Лабораторная и клиническая ремиссия.
- Обострение заболевания, со слов матери, после перенесенной ОРВИ (17.02.15 г.), в контрольных анализах мочи - гиперпротеинурия.



Анамнез жизни

- Ребенок от первой беременности, протекавшей без особенностей. Масса при рождении 3700 г., длина 53 см.
- Аллергоанамнез – пищевая аллергия на цитрусовые - сыпь.
- Наследственность – у бабушки по материнской линии ГБ.
- Ребенок взят на диспансерный учет нефрологом в 2013 г.; диагноз: острый гломерулонефрит с нефротическим синдромом, без нарушения функции почек.



Объективные данные

- Состояние ребенка средней степени тяжести за счет эндогенной интоксикации, отечного синдрома, олигурии. В сознании. Неврологический статус без особенностей. Кожные покровы чистые, отечность век, голеней, стоп. Слизистая зева умеренно гиперемирована. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Деятельность сердца ритмичная, умеренная тахикардия. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 0,5 см. Стул за сутки 1 раз, оформленный, диурез снижен.





Лабораторные данные.

Общий анализ крови:

Дата	Нв (г\л)	Эр	Нт	Тр	Лейк	СОЭ (мм\ч)	П	С	Э	Л	М
19.05.15 г.	142	5,2	0,44	210	11,6	48	6	50	2	38	4
25.02.15 г.	136	4,2	0,44	250	7,6	37	4	69	1	22	4
27.02.15 г.	121	4,4	0,37	260	15,3	25	4	53	1	38	4
10.03.15 г.	120	4,2	0,38	320	9,0	15	4	40	1	51	4

Лабораторные данные

- Коагулограмма от 19.02.15 г. – ПТИ - 85 % ; АЧТВ – 31 с.; фибрин плазмы – **5,11** г/л (2 – 4 г/л);
- Биохимия крови от 19.02.15 г. :
 - креатинин - 79 мкмоль/л ;
 - мочевины – 4,9 ммоль/л ;
 - **общий белок** – **45 г/л** (65 - 85 г/л)
 - АЛТ – 0,38;
 - глюкоза – 4,5 ммоль/л;
 - **альбумин** – **18** (37 – 52 г/л);
 - АСЛ(О) – 150 МЕ/мл;
 - **б – липопротеиды** – **8,38** г/л (2,3 – 4,4 г/л),
 - К -4,72 ммоль/л; Na – 137 мкмоль/л; Cl – 102 ммоль/л;
 - СКФ – 86 мл/мин.
- LE- клетки от 3.03.15 г. не обнаружены.



Лабораторные данные :

□ Биохимия крови от 10.03.15 г.:

- креатинин крови – 66 мкмоль/л.;
- мочевины – 5.3 ммоль/л.;
- общий белок – **61** г/л (65 -85);
- билирубин – 14,5 мкмоль/л.;
- тимоловая проба – 1,1 ЕД ;
- АЛТ – 0,36 ;
- глюкоза – 4,7 ммоль/л ;
- b - липопротеиды – **5,36 г/л** (2,3 – 4,4 г/л).



□ Время свертывания крови по Ли-Уайту : от
3.03.15 г. – 5 мин. 20 сек.

Лабораторные данные

- **Общий анализ мочи:**

Дата	Уд.вес	Белок (г\л)	Глюкоза	Эр	Лейк	Эпителий	Соли
20.02.15 г.	1012	9,6	отр	15-20	3-5	10-12	Кристаллы мочево й к-ты
22.02.15 г.	1016	6,23	отр	3-4	2-3	1-3	-
03.03.15 г.	1010	0,023	отр	1-2	3-5	1-2	Фосфаты в умеренн ом кол- ве
17.03.15 г.	1005	отр	отр	0-1	0-1	0-1	-

Лабораторные данные

- Посев мочи на стерильность от 21.02.15 г. : роста нет.

- Анализ суточной мочи на белок :

Дата	Суточный белок(г\сут)
24.02.15 г.	1,5
27.02.15 г.	0,1808
16.03.15 г.	Не обнаружен

- Анализ мочи по Зимницкому от 6.03.15 г.:
V= 460 мл. 1002-1015;
- Анализ мочи по Нечипоренко от 6.03.15 г.:
лейкоциты – 200; эритроциты – 200.

Инструментальное обследование

- УЗИ ОБП 19.02.15 – Диффузное изменение ткани печени, гепатомегалия.
- УЗИ МВС 19.02.15 – Диффузное изменение ткани почек (по типу нефрита).
- Доплер ЭХО – КС : 19.02.15– Псевдохорда левого желудочка.
- Рентгенография ОГК : 23.02.15 - сердце и легкие без патологии.
- ЭКГ- от 23.02.15 г. – нарушение процессов реполяризации в м желудочков.



Консультации специалистов

- Окулист от 23.02.15 г. – без патологии.
- ЛОР от 20.02.15 г. – острый ринофарингит.
- ЛОР от 13.03.15 г. – выздоровление.



Клинический диагноз :

- Хронический гломерулонефрит, нефротическая форма, гормонозависимый вариант, обострение, с нарушением водовыделительной функции почек в острый период. Псевдохорда левого желудочка. Острый ринофарингит



PIXELBRUSH.RU
Photo: Viktor Gerasimov, J.D. Art, S.M., Water



Лечение



- Диета стол № 7;
- Инфузионная терапия № 10 (реосорбилакт, волювен, после - введение лазикса);
- Ингибиторы АПФ (Энап 1,25 * 2 р/д);
- Антибактериальная терапия (Цефуроксим 250 мг. * 3 р/д ; в/в 10 дней, с переходом на пероральную форму) до 14 дней;
- Диуретики (верошпирон, гипотиазид);
- Аспаркам 1\2 таб. * 3 р/д;
- Антикоагулянты (Гепарин 750 ЕД * 4 р/д);
- Антиагреганты (Дипиридамола 0,025 мг. 1/2 таб * 2 р/д);
- ГКС (Преднизолон 3 мг/кг/сут. в/в с переходом на пероральную форму 5 мг/кг/сут.);
- Йогурт; гивалекс ; туалет носа – аква-марис.

Диспансерное наблюдение

- Диспансерное наблюдение детей с ГН проводится нефрологом и/или педиатром, на протяжении 5 лет после достижения ремиссии. **После этого срока с диспансерного учета не снимаются пациенты с нефротическим синдромом и ХГН.** Больным оформляется инвалидность согласно приказу МЗ Украины № 454/471/516 (раздел 5) от 08.11.2001 г.
- На протяжении первого года от дебюта ГН проводится **ежеквартальное** обследование в условиях стационара, амбулаторно ребенок осматривается педиатром **1–2 раза в неделю** (при возможности — нефрологом **1–2 раза в месяц**). В последующем рекомендуется стационарное обследование 1–2 раза в год, осмотр педиатра ежемесячно, нефролога — **1 раз в 3–6 мес.** Во время осмотра обращается внимание на соблюдение рекомендаций стационара, общее состояние и физическое развитие, адекватность диуреза, АД, наличие мочевого синдрома, функциональное состояние почек, возникновение побочных



- Вопрос об освобождении от физкультуры решают индивидуально в зависимости от формы ГН.
- Вакцинация в период иммуносупрессивной терапии не проводится, после завершения — по индивидуальному графику, с обязательным предварительным обследованием (анализ крови клинический и биохимический, анализ мочи), на фоне антигистаминных препаратов.
- Основа профилактики ХГН — своевременное выявление и устранение очагов инфекции в организме, регулярное исследование мочевого осадка после интеркуррентных заболеваний, что



Спасибо за внимание !!!

