

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ г. СЕМЕЙ

Кафедра: Амбулаторно-поликлинической помощи.

Зав. кафедрой: к.м.н., доцент
Керимкулова А.С.

CASE BASED LEARNING



д.м.н. Казымов М.С.

□ **Больной М., 38 лет** предъявляет жалобы на тупые, ноющие боли в области поясницы, которые всегда возникают по утрам, когда больной просыпается, и проходят самопроизвольно к середине дня. Боли никуда не иррадируют. Локализация болей постоянно одинаковая, не меняется.

□ **Никаких медикаментозных и немедикаментозных средств** в момент боли больной не использует. В последнее время интенсивность болей нарастала.



**Что бы Вы хотели
узнать из анамнеза
заболевания?**



Анамнез

заболевания

Пациент считает себя больным в течение 12 лет с 1999 года, когда перенес ангину после переохлаждения на работе. Обратился сразу же в поликлинику по месту жительства, где было назначено лечение. Симптомы заболевания исчезли в течение недели и полностью восстановилась трудоспособность. Однако, через две недели после стихания катаральных явлений со стороны зева появились видимые изменения в моче, которая приобрела цвет мясных помоев. Изменений частоты мочеиспусканий при этом не наблюдалось. Затруднений, болей при мочеиспускании, задержки мочи не отмечалось. Изменения количества выделенной мочи больной отрицает. Отеков также не было. При обращении в поликлинику по месту жительства был назначен общий анализ мочи, в которой проба на протеин оказалась положительной. Количество обнаруженного белка в указанном анализе, как и в других анализах мочи на протяжении 12 лет, больной не запоминал. Больной госпитализируется в отделение нефрологии областной больницы. На основании результатов обследования больной в стационаре (какие параклинические исследования проводились, точно не помнит) выставляется диагноз хронического гломерулонефрита. От предложенной в отделении биопсии почки пациент отказался. Проведена терапия индометацином, антиагрегантами. Видимые изменения в моче в виде макрогематурии исчезли в течение нескольких недель лечения в стационаре, некоторое время отмечалось снижение прозрачности мочи, мутность. Выписан на фоне удовлетворительных лабораторных данных. С этого периода никогда больше изменений прозрачности, окраски мочи не было.

После выписки из стационара больной поставлен на диспансерный учет у терапевта по месту жительства (нефролога по месту жительства нет). В 2000 году, при прохождении диспансерного обследования, у больного зарегистрировано появление в моче белка в патологических количествах. По этому поводу пациент госпитализирована в то же отделение. Проводилась идентичная противовоспалительная терапия. Больной отмечает, что как при обнаружении протеинурии в поликлинике, так и после стационарного лечения его самочувствие не изменялось, жалоб не было.

С 2000 года при прохождении профилактических и диспансерных осмотров у больного обнаруживали протеинурию и микрогематурию в больших или меньших количествах, но госпитализаций больше не было. При прохождении профилактических осмотров в течение 10 лет --- с 2000 по 2010 год отрицательной динамики при физикальных и лабораторных исследованиях зарегистрировано не было. Амбулаторно назначалось лечение травами.

При прохождении в начале февраля 2011 года профилактического осмотра на предприятии обнаружен белок в общем анализе мочи (со слов больного- 1,33). Для более детального обследования с целью уточнения диагноза, установления степени функциональной недостаточности почек и лечения

□ **Вывод:** Исходя из анамнеза заболевания можно сделать вывод, что заболевание носит хронический характер. Начало связано с перенесенным острым тонзиллитом, вскоре после которого появилось изменения в моче в виде гематурии и протеинурии. Заболевание так же носит прогрессирующий характер, так как состояние больного со временем ухудшается. В настоящее время наступило ухудшение, требующее смены тактики лечения и дальнейшего обследования.

**Что бы Вы
хотели узнать из
анамнеза
жизни???**



Анамнез жизни

- Родился 11.06.1973 году в г.Караганды , здоровым доношенным ребенком, первый ребенок в семье, на естественном вскармливании. Рос и развивался без отклонений, соответственно возрасту. В школу пошел с семи лет, закончил одиннадцать классов.
- Период полового созревания протекал без особенностей, задержки или ускорения полового развития не было.
- **Перенесённые заболевания:** детские инфекционные болезни - отрицает. Операций, травм, гемотрансфузий не было. Респираторными заболеваниями болел редко. Занятия физкультурой регулярные, до сих пор продолжает заниматься в спортивном зале на предприятии.
- Состоит в браке, супруга здорова. Имеет троих здоровых детей, смертей детей в семье не было.
- В 1999 году, единственный раз в жизни перенес ангину. С 1999 года стоит на учете у терапевта по поводу хронического гломерулонефрита. Лечился в стационаре по поводу этого заболевания в 1999 и 2000 годах.
- **Аллергические реакции** на пищевые продукты, медикаменты не отмечает.
- **Специфические болезни:** туберкулез, болезнь Боткина, СПИД, сифилис отрицает.
- **Семейный анамнез, наследственность:** Родители живы и хронической патологии не имеют. Заболевания мочевыделительной системы у родителей отрицает. Братья здоровы. Дети здоровы. Информацией о состоянии здоровья других кровных родственников не имеет.

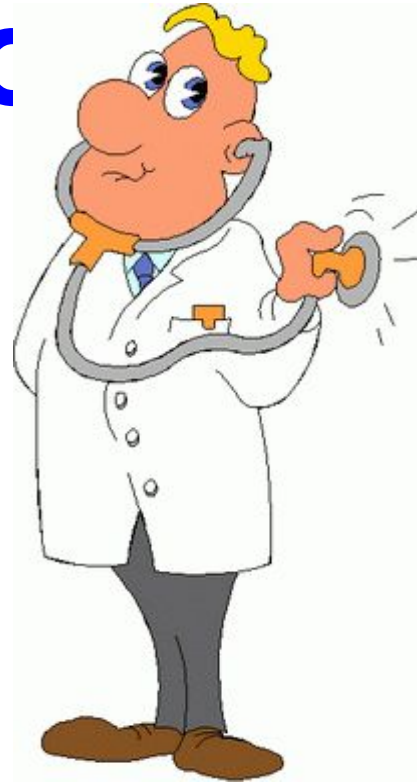
Социально-бытовой анамнез

- Больной относится к социализированной группе населения. Материальная обеспеченность достаточная. Жилище благоустроенное, хорошо проветриваемое, освещенность нормальная.
- Питание полноценное, невегетарианское. Одежда соответствует климато-погодным условиям и социальному статусу больного.
- Вредными привычками социального характера не страдает.

Профессионально-производственный анамнез

- Больной имеет среднетехническое образование. Работает в шахтуправлении начальником участка. Работать начал с 20 лет в условиях угледобывающей промышленности и в течение всей жизни продолжал работать в шахтуправлении г. Караганда
- Продолжительность рабочего дня не превышала государственные стандарты для угольной промышленности, в настоящее время рабочий день не нормирован. Имеется перерыв в течение рабочего дня.
- Домашний отдых и культурные развлечения соответствуют материальному положению и социальному статусу больного. В ночные смены не работал. Режим работы не приводил к нарушению режима питания пациента.
- Профессиональная деятельность связана с пребыванием в условиях угольной шахты: отмечает погрешности температурного режима, сквозняки, дефекты освещенности. Сейчас работа не связана с физическим трудом. Влажность повышена. Имеется контакт с угольной пылью.

На что Вы обратите внимание при ОСМС



Status praesentis communis

- Состояние больного удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Телосложение правильное, астенического типа. Рост 173 см, вес 64 кг.
- **Кожные покровы** обычной окраски, чистые, тургор сохранен, патологических высыпаний нет. Подкожно – жировая клетчатка развита хорошо.
- **Слизистые оболочки** губ, полости рта розовые влажные, высыпаний нет.
- **Лимфатические узлы** – подчелюстные, шейные, надключичные, паховые, бедренные не пальпируются.
- **Мышцы** развиты симметрично соответственно полу и возрасту, тонус, и сила не изменены, при пальпации болезненности нет.
- **Костная система:** при пальпации костного скелета деформации не отмечается, при перкуссии длинных трубчатых костей болезненности нет. Суставы правильной конфигурации, движения в них в полном объеме, безболезненные.

Органы дыхания:

- Форма грудной клетки - конусовидная, деформаций нет. Окружность грудной клетки – 89 см. Дыхание ритмичное, частота дыхательных движений 22 в 1 минуту. Правая половина грудной клетки при дыхании симметрична левой, тип дыхания смешанный. Надключичные ямки симметричны, западаний и выпячиваний не наблюдается. Межреберные промежутки не расширены, одинаковые по всей грудной клетке. Пальпация грудной клетки безболезненная. Эластичность грудной клетки не снижена. Голосовое дрожание проводится во всех отделах симметрично.
- **Перкуссия**
- **Сравнительная перкуссия:** отмечается ясный легочной звук над всеми полями.
- **Топографическая перкуссия:** граница верхнего края правого лёгкого спереди - 3,0 см над ключицей, левого 3,0 см над ключицей, сзади - на уровне VII шейного позвонка. Ширина полей Кренинга 6 см с обеих сторон.

□ Граница нижнего края легкого:

Топографическая линия	Правое легкое	Левое легкое
L. parasternalis	5 р	Не перкутируется из-за слияния с сердечной тупостью.
L. medioclavicularis	6 р	
L. axillaris anterior	7 р	7 р
L. axillaris media	8 р	8 р
L. axillaris posterior	9 р	9 р
L. scapularis	10 р	10 р
L. paravertebralis	Остистый отросток 11 грудного позвонка	

Аускультативно - дыхание везикулярное, патологических шумов и хрипов нет.

Органы кровообращения:

- ЧСС 81 ударов в минуту, пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 110/70 мм. ст. ст.
- Деформации грудной клетки в проекции сердца нет.
- Локализация верхушечного толчка - на 1.5см. кнутри от L. Medioclavicularis в 5 м/р локализован, умеренной силы и высоты, ограничен.
- Патологических пульсаций в области шеи, яремной ямки, сердца, подключичных областях не наблюдается.

Перкуссия:

Границы относительной сердечной тупости:

- правая граница - 4м/р на 1см кнаружи от правого края грудины,
- левая - в 5 м/р на 1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии,
- верхняя - по верхнему краю 3 ребра в проекции левой окологрудинной линии.

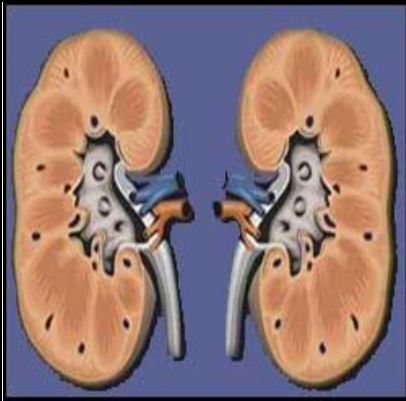
Границы абсолютной сердечной тупости:

- правая: по левому краю грудины на уровне 4 м/р.
- левая: на 1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии.
- верхняя: на уровне хряща 3 ребра слева.

- **Поперечник сердца** 12 см.
- Ширина сосудистого пучка во 2-м межреберье 6 см.
- ▮ **Аускультативно** - сердечные тоны приглушены, ритмичны, расщепления, и раздвоения тонов не наблюдается, патологических шумов не наблюдается.

Система пищеварения

- Слизистые влажные, розовые, трещин и язв нет. Язык влажный, умеренно обложен налетом, отпечатков зубов нет, вкусовая чувствительность сохранена. Искусственных зубов и протезов нет. Десна обычной окраски, кровоточивости, разрыхленности нет. Глотание свободное. Зев чистый, физиологической окраски, миндалины не увеличены.
- Живот правильной формы, активно участвует в акте дыхания, не вздут. Расхождение прямых мышц живота, "головой медузы", грыжевых выпячиваний, гиперпигментаций не наблюдается.
- **Пальпаторно:** при поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Желудок при пальпации безболезненный, тестообразной консистенции, большая кривизна пальпируется плохо; поджелудочная железа не пальпируется. Печень не выступает из-под края реберной дуги, край плотный, ровный, безболезненный, размеры Курлова 9 х8х7. Селезенка не пальпируется.
- **Аускультативно** - перистальтика кишечника прослушивается, местами урчание кишечника.
- Функция кишечника в норме. Состояние белой линии живота – при осмотре выпячиваний не видно, пальпаторно расхождений не обнаружено, выпячивания пупка не наблюдается, наружные паховые и бедренные отверстия - без особенностей.



Мочевыделительная система:

- Мочеиспускание свободное, безболезненное, 4-6 раз в сутки, без затруднений. При осмотре поясничной области изменений не выявлено. В положении лежа и стоя почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь пальпируется непосредственно над лобковым сочленением, эластичный, безболезненный, уплотнений при пальпации не обнаружено. Пальпация живота в проекции мочевого пузыря безболезненна. Пальпация мочеточниковых точек с обеих сторон безболезненна. При пальпации по ходу мочеточников болезненность отсутствует. Наружные половые органы развиты по мужскому типу.

- **Нервная система и органы чувств:** психика не нарушена, сознание ясное, интеллект соответствует возрасту, поведение спокойное, сон и память не нарушены, головные боли и головокружения не беспокоят, расстройство речи не наблюдается, зрение и обоняние не нарушены. Парезы, параличи, судороги отсутствуют. Рефлексы сохранены
- **Эндокринная система:** Область щитовидной железы не увеличена, щитовидная железа не изменена, не пальпируется, болезненности при пальпации нет. Вторичные половые признаки развиты соответственно полу и возрасту.

Ваш предварительный диагноз??



Предварительный диагноз

- На основании жалоб больного на (тупые боли в поясничной области, которые не иррадируют, всегда возникают по утрам, когда больной просыпается, и проходят самопроизвольно к середине дня), анамнеза болезни (наличие у больного патологии почек с с 1999 года, классическая картина появления изменений в моче в виде гематурии и протеинурии вскоре после перенесенного острого тонзиллита. предыдущие госпитализации, информация о неблагоприятных климатических условиях проживания пациента, вредном производстве), физикальное исследование никакой информации, свидетельствующей о патологии почек не дает можно поставить предварительный диагноз:
- **Хронический латентный гломерулонефрит, персистирующее течение, фаза обострения. ХПН 0.**

**Какие лабораторно-
инструментальные
исследования вы назначите
данному больному???**



План обследования

1. **Общий анализ крови**
2. **Общий анализ мочи**
3. **Анализ мочи по Нечипоренко, Зимницкому**
4. **Бак.посев мочи;**
5. **Б/х анализ крови (определение креатинина, остаточного азота, мочевины с подсчетом скорости клубочковой фильтрации).**
6. **Узи органов брюшной полости.**
7. **Экг.**
8. **Исследование гемостаза**
9. **Определение группы крови и резус фактора.**
10. **Кровь на реакцию Вассермана.**
11. **Флюорография органов грудной клетки.**
12. **Консультация окулиста (глазное дно).**

ОАК

Показатель	Результат	Норма
Гемоглобин	130 г/л	130.0--160.0 г/л
Эритроциты	4.57 *10 ¹² /л	(3.7-4.7)*10 ¹² /л
Лейкоциты	6,3 * 10 ⁹ /л	(4.0-9) 10 ⁹ /л
Нейтрофилы палочкоядерные	1 %	1--6 %
Нейтрофилы сегментоядерные	64 %	47--72 %
Эозинофилы	3 %	0.5--5 %
Лимфоциты	27 %	19--37 %
Моноциты	9 %	3--11 %
Цветовой показатель	0,9	0.86--1.05
СОЭ	2 мм/ч	2--15 мм/ч

Заключение: изменений в клиническом анализе крови не обнаружено.

Биохимический анализ крови :

▣ Билирубин: 12,24 ммоль/л

▣ Общий белок: 72 г/л

▣ АСТ: 0,33

▣ АЛТ: 0,33

▣ Сахар: 4,66 ммоль/л

▣ Мочевина: 9 ммоль/л

▣ Креатинин: 90 мкмоль/л

▣ Тимоловая проба: 1,79

▣ Сулемовая проба: 2,01

▣ **Заключение:** В биохимическом анализе крови патологических отклонений не выявлено.

ОАМ

Показатель	Результат	Норма
Цвет мочи	Соломенно-желтый	Соломенно-желтый
Прозрачность	прозрачная	прозрачная
Относительная плотность	1.027	1.010--1.025
Белок	0,33 г/л	до 0.012 г/л
Глюкоза	отр.	отр.
Эритроциты	(свежие) 4--6 в п/зр.	до 3 в п/зр.
Лейкоциты	3--5 в п/зр.	до 5 в п/зр.
Бактерии	++	—

Заключение: обнаружено повышение относительной плотности мочи, протеинурия, лейкоцитурия, эритроцитурия, бактериурия.

Проба Нечипоренко



Показатель	Результат	Норма
Лейкоциты	2750 в 1 мл	не более 4000 в 1 м
Эритроциты	4250 в 1 мл	не более 1000 в 1 мл

Заключение: эритроцитурия.

Проба Зимницкого

Показатель	Результат	Норма
Дневной диурез	570 мл	
Ночной диурез	570 мл	
Объем выделенной мочи, относительно выпитой и находящейся в пище жидкости	2/3	2/3--4/5 (от 65 до 80 %)
Преобладание дневного диуреза	дневной диурез равен ночному	дневной диурез составляет 2/3 от суточного, ночной --- 1/3
Разница между максимальной плотность мочи и минимальной	1.017--1.032 (разница --- 15)	разница --- 12--16

Заключение: дневной и ночной диурез одинаковы.

Электрофорез белков крови

Белковые фракции	Результат (%)	Норма (%)
Альбумины	62.2	50--70
Глобулины:		
α1-глобулины	2.6	3—6
α2-глобулины	9.3	9--15
β-глобулины	13.5	8--18
Гамма глобулины	12.4	15--25
Белковый коэффициент	1.64	2.5--3.5

Заключение: снижено количество α1глобулина, Гамма-глобулина, низкое альбумино-глобулиновое соотношение.

Показатели свертывающей системы крови

Показатель	Результат	Норма
Протромбиновый индекс	100 %	80--105 %
Фибриноген общий	2.75 г/л	2.5--3.5 г/л
Фибриноген В	отр.	отр.

Заключение: изменений нет.

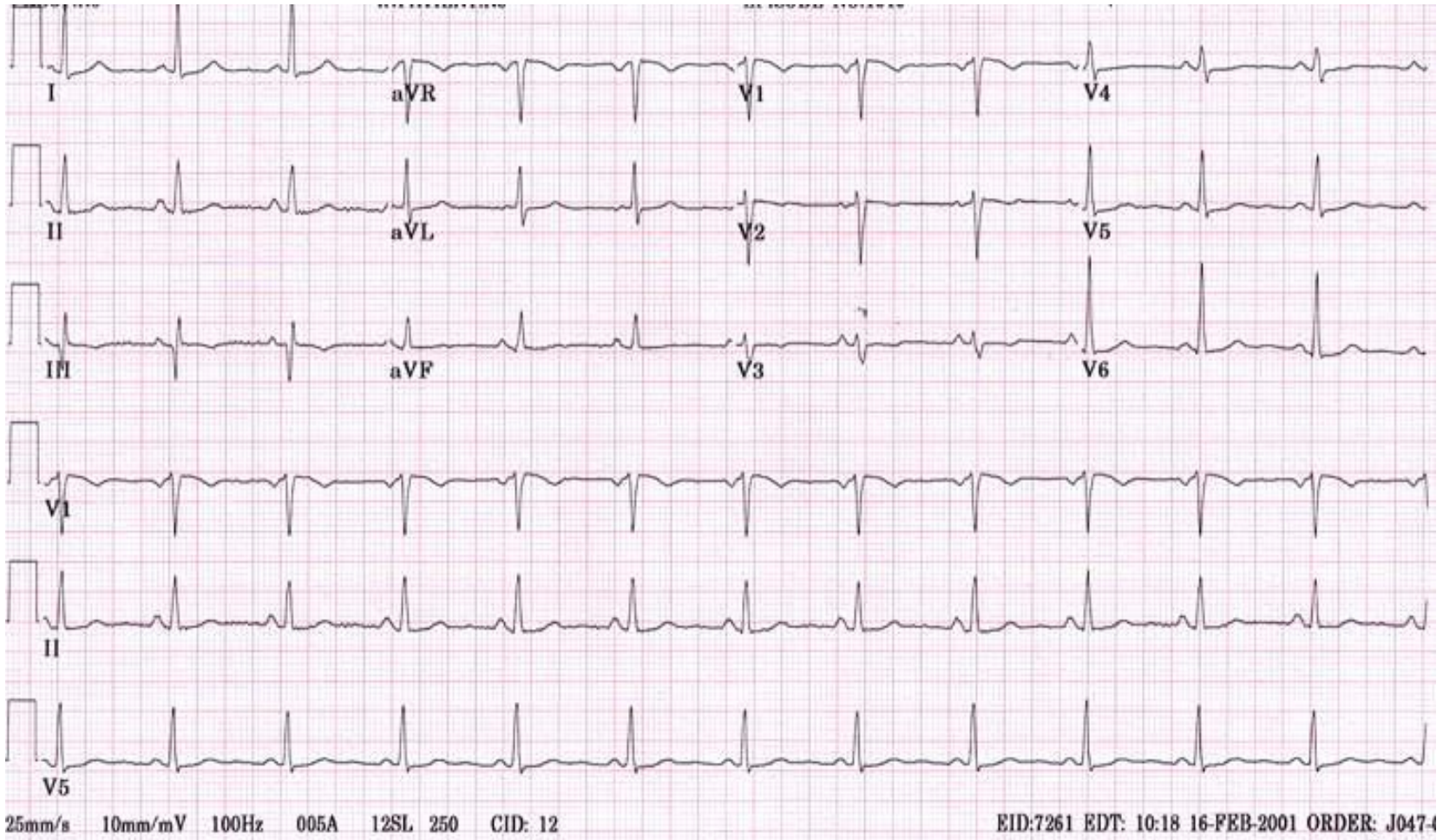
Ультразвуковое исследование органов брюшной полости

- Печень не увеличена, ткань обычной эхогенности, структура однородная, крупнозернистая. Воротная вена 13 мм, холедох 4 мм.
- Желчный пузырь 64 x 21 мм, правильной формы, стенки тонкие, плотные, содержание однородное.
- Pancreas не видна из-за газа.
- Почки (лежа) расположены обычно. Правая больше левой. Поверхность ровная, слой паренхимы 19-20 мм, обычной эхогенности. Чашечно-лоханочная система однородная по структуре, не расширена, камней нет. Справа четко определяется разделительный слой паренхимы.
- Заключение: неполное удвоение правой почки.



ЭКГ

- Ритм синусовый, горизонтальное направление электрической оси сердца. ЧСС=75 в мин.



Клинический диагноз???



Клинический диагноз:

- **Основное заболевание:** Первичный хронический латентный гломерулонефрит, с изолированным мочевым синдромом, персистирующее течение, фаза обострения. ХПН 0.
- **Сопутствующие заболевания:** Хронический компенсированный тонзиллит.

Обоснование клинического диагноза

- ▣ **Разбор жалоб и данных анамнеза болезни и жизни больного.**
- ▣ При опросе больного выявлена единственная жалоба на тупые боли в поясничной области, которые не иррадиируют, всегда возникают по утрам, когда больной просыпается, и проходят самопроизвольно к середине дня. При последующем выяснении морфофункциональных механизмов возникновения болевого синдрома предполагается неврологическая этиология последнего.
- ▣ В остальной части анамнеза указывается на наличие у больного патологии почек с 1999 года. Описана классическая картина появления изменений в моче в виде гематурии и протеинурии вскоре после перенесенного острого тонзиллита. Больной проходил лечение в нефрологическом отделении областной больницы. Причиной госпитализации явилась высокая протеинурия, обнаруженная при прохождении медицинской комиссии. Все эти данные направляют на диагностический поиск в плане подтверждения диагноза хронического гломерулонефрита и его дифференциальную диагностику. Следует отметить, что анамнез содержит информацию о неблагоприятных климатических условиях проживания пациента, вредном производстве. Имеет значение отсутствие отеков и гипертензии в течение всей болезни, что является благоприятным фактором для прогноза.
- ▣ **Разбор данных объективного исследования, лабораторных и инструментальных изменений**
- ▣ Физикальное исследование никакой информации, свидетельствующей о патологии почек не дает.

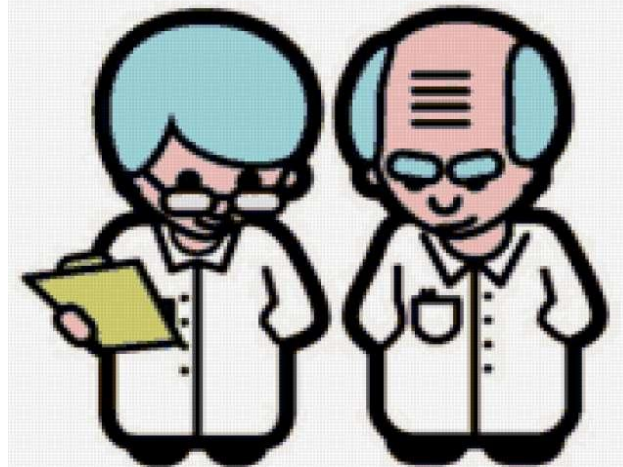
- Основные изменения обнаруживаются только на **третьем этапе диагностического поиска**. Выявлено незначительное повышение относительной плотности мочи (до 1.027), что может быть связано с малым потреблением жидкости, большой потерей с потом, возможной задержкой жидкости в организме при отсутствии нарушений концентрационной функции почек. Другие возможные причины этого явления такие, как потеря жидкости с поносом и рвотой, сердечная недостаточность, сахарный диабет в данном клиническом случае беспочвенны. Этот признак говорит о том, что нет картины нарушения концентрационной функции почек, это свидетельствует об относительно благоприятном течении болезни.
- Содержащееся в клиническом анализе мочи количество белка (0,33 г/л) является патологией. В анамнезе отсутствуют данные, которые позволили бы интерпретировать данную протеинурию как физиологическую: нет указаний на прием накануне исследования большого количества пищи, богатой денатурированными белками (сырое молоко, сырые яйца); не было продолжительных мышечных напряжений, приема холодной ванны или душа, эмоционального стресса, эпилептического припадка. Функциональная ортостатическая протеинурия отрицается в связи с нетипичностью возрастной группы, отсутствии искривлений позвоночника и ортонагрузки.
- Таким образом, клинический анализ мочи демонстрирует **типичную почечную протеинурию**.
- При исследовании осадка мочи обнаружены следующие отклонения от нормы: **эритроцитурия, лейкоцитурия, бактериурия**. Обнаруженную эритроцитурию безусловно отнесем к микрогематурии, так как примесь крови обнаруживается только при микроскопическом исследовании осадка мочи.
- Некоторые авторы считают, что в осадке мочи здорового человека иногда могут определяться эритроциты в количестве не более 3 в поле зрения, причем только в отдельных анализах .
- Несмотря на то, что у пациента количество эритроцитов достигает 4—6 в поле зрения, необходимо дифференцировать физиологические моменты выявленной гематурии: больной не подвергался накануне исследования тяжелым физическим упражнениям, спортивным нагрузкам, продолжительному стоянию.

- **Эритроцитурия** подтверждена при проведении пробы Нечипоренко, где количество красных клеток крови достигает 4250 в 1 мл мочи (при норме - не более 1000 эритроцитов в 1 мл мочи). Механизм гематурии имеет тот же генез, что и протеинурия –повышенная проницаемость пористой мембраны гломерул.
- Обнаруженная в осадке **лейкоцитурия** до 3--5 в поле зрения считается небольшой (при норме у мужчин - до 3 в поле зрения).
- При оценке уровня лейкоцитурии в моче по Нечипоренко, и выявленные 2750 лейкоцитов в 1 мл мочи можно не относить к патологии (против верхней нормы в 4000. Причиной появления лейкоцитов в моче при хроническом гломерулонефрите является реактивное воспаление интерстициальной ткани почек.
- Констатированная небольшая бактериурия не заслуживает внимания в такой же степени, как другие выявленные изменения мочи, так как использовалась нестерильная посуда, не проводился туалет области наружного отверстия мочеиспускательного канала антисептическим раствором. Маловероятно, что исследование мочи провели сразу после мочеиспускания (более поздние исследования бактериурию не подтвердили).
- При проведении **пробы Зимницкого** оказалось, что ночной и дневной диурез одинаковы. Это может быть результатом вынужденного приема жидкости в ночное время, обусловленное, например, частыми пробуждениями в течении сна для соблюдения всей процедуры; также такой результат может возникать, как приспособительная реакция при ограничении концентрационной функции почек, а также при сердечной недостаточности. В данном случае интерпретация этого феномена затруднена, и можно подумать о нарушении питьевого режима, так как нет нарушений концентрационной функции почек.

- При изучении величин белковых фракций крови выяснилось, что у пациента имеется **снижение количества alpha₁-глобулина, гамма-глобулина, низкое альбумино-глобулиновое соотношение** .
- Уменьшение количества alpha-глобулинов, к которым относятся основная масса белков острой фазы воспаления, может быть вызвано угнетением их синтеза в печени на ранних стадиях гепатита, при общем снижении биоэнергетических процессов при гипотиреозе . В данном конкретном случае наиболее вероятно усиленное выведение этой фракции в связи с патологией почек.
- **Гипогаммаглобулинемия** может возникать при иммунопатологиях, стероидной терапии, СПИДе. Учитывая проведенные обследования, анамнез с указанием на хронический гломерулонефрит и классический иммунопатогенез этой патологии факт поражения звеньев иммунной системы сомнения не вызывает.
- Сниженный белковый коэффициент говорит о **диспротеинемии**, которая
- является характерной для хронического гломерулонефрита .
- **При ультразвуковом исследовании органов живота** обнаружено неполное удвоение правой почки. Это очень важный симптом, так как он свидетельствует о первичной генетической или фетопатической дефектности почки. Наличие подобной неполноценности почек косвенно говорит о том, что при воздействии различных привычных факторов внешней среды, даже умеренной силы, возможно получение неадекватного гиперергического ответа. Такие аномальные почки скорее имеют патологическое строение ультраструктур (типа эпителиальной выстилки канальцев и гломерул, нарушения протеогликанового матрикса базальной мембраны), чем почки нормального макроанатомического строения. Вероятно, что такие поломки и послужили основополагающим моментом в формировании патологии с клиническими и параклиническими проявлениями .

- Таким образом, анамнестические данные, объективное исследование и результаты параклинических тестов позволяют говорить о том, что имеющееся у пациента поражение гломерулярного аппарата почек клинически выражается в виде изолированного мочевого синдрома.
- Сложность диагностического поиска заключается в том, что мочевой синдром явился единственным клинико-лабораторным проявлением заболевания. В настоящее время не представляется возможным утверждать на все 100 %, что нозологической единицей в данном случае является хронический гломерулонефрит, так как нет возможности проведения основного при данной патологии диагностического обследования --- биопсии почки. Поэтому большое значение принимает дифференциальный диагноз.

*С какими заболеваниями Вы
проведете
дифференциальную
диагностику???*



Дифференциальный диагноз

- Хронический гломерулонефрит следует дифференцировать с хроническим пиелонефритом. На хронический гломерулонефрит указывает преобладание в осадке мочи эритроцитов над лейкоцитами, а также одинаковая величина и форма почек, а также нормальная структура лоханок и чашечек (что подтверждается инструментальными исследованиями). В отличие от хронического гломерулонефрита, хроническому пиелонефриту не характерна гипертензия.
- Первично - хронический гломерулонефрит следует дифференцировать с гипертонической болезнью, где имеет значение время появления мочевого синдрома по отношению к артериальной гипертонии. При первично - хроническом гломерулонефрите мочевого синдрома может появиться задолго до развития артериальной гипертонии или может возникнуть одновременно с ней (что наблюдается у данного больного). Для хронического гломерулонефрита характерна также меньшая выраженность гипертрофии сердца, меньшая склонность к гипертоническим кризам, менее интенсивное развитие атеросклероза, в том числе коронарных артерий (что видно из анамнеза и исследований больного).
- При нефротической форме хронического гломерулонефрита его дифференцируют с амилоидозом. Для амилоидоза почек характерно наличие в организме хронических очагов инфекции в виде нагноительных процессов в легких, остеомиелита, туберкулеза и др. У больного этого не наблюдается.

**Назначьте
лечение?^^**



Общие принципы лечения

- ▣ **Режим** пациента, учитывая клинику с изолированным мочевым синдромом, должен предусматривать исключение охлаждения, простуды и чрезмерного утомления. Больной остается трудоспособным и поэтому ограничения относительно небольшие.
- ▣ **Диета** также не имеет больших ограничений. Больной может находиться на общем столе, но при этом желательно несколько **ограничить прием соли** (до 10--12 г/сут). Питание должно быть полноценным и разнообразным с общим содержанием белка не менее 1 г/кг массы тела. Поскольку обычно отмечается нарастание протеинурии на исключительно молочной диете, не рекомендуется повышать их процентное отношение в рационе. Следует учитывать, что потребление белых сухих грибов провоцирует нарастание гематурии. Рекомендуется также избегать употребление пригорелых продуктов, соусов, ограничить прием сахара, конфет, животного масла и маргарина.



Активная терапия включает:



- 1) средства, направленные на подавление иммунного воспаления (глюкокортикостероиды и/или цитостатики);
- 2) противовоспалительное воздействие (ацетилсалициловая кислота, индометацин, бруфен);
- 3) препараты, улучшающие микроциркуляцию в почках (антикоагулянты: прямые — гепарин и непрямые — фенилин; антиагреганты — курантил).
- Глюкокортикостероиды противопоказаны при развитии почечной недостаточности.

- **Медикаментозное лечение** имеет два основных направления.
- Предлагается симптоматическое воздействие, а также патогенетическая терапия, исходя из соображений иммунокомплексной природы страдания. В настоящий момент симптоматические средства не следует выдвигать на первый план, так как больного не беспокоит гипертензия, нет отеков. Однако, при развитии стадии клинических проявлений может возникнуть потребность в назначении диуретиков, гипотензивных средств. На начальной стадии процесса лучше назначить **аминофиллин (эуфиллин)** в среднетерапевтической дозе, 1--2 раза в день. Целью такого лечения станет расширение мальпигиева клубочка через повышение экскретируемой фракции натрия до 3--5 % (в норме она равна 0,2 %). Помимо этого усиливаются сердечные сокращения, улучшается почечный кровоток. В почечных клубочках аминофиллин больше расширяет приносящую артериолу, чем выносящую, поэтому увеличивается гидростатическое и фильтрационное давление, блокируются А-рецепторы аденозина. В больших дозах блокируется фосфодиэстераза, что ведет к повышению количества цАМФ. Увеличение фильтрации приводит к ускорению тока первичной мочи в канальцах, при этом вода и ионы не успевают реабсорбироваться.
- В латентный период рекомендуется прием **диуретиков растительного происхождения: лист толокнянки, брусники, соплодия ольхи, трава хвоща, цветы василька, почки березы**. Эта группа веществ обладает антисептическим действием, что благоприятно для пациента, учитывая наличие аномалии строения почки и риск развития пиелонефрита.
- Потребность назначения **гипотензивных препаратов** может возникнуть при появлении признаков гипертензии. Рекомендуется использование beta-адреноблокаторов, а при высоком давлении можно назначить гуанетидин или допегит.

- В периоды обострения следует серьезно рассмотреть вопрос о применении **глюкокортикоидов**. Несмотря на опасность и побочные эффекты этой группы, следует учесть, что это один из эффективнейших способов лечения иммунной патологии. Использование глюкокортикоидов патогенетически обосновано вследствие их иммунодепрессивного, противовоспалительного и десенсибилизирующего действия.

- Следует учитывать возможность повышения артериального давления и ограничивать прием стероидов при возникновении гипертензии.
- Показанием для назначения глюкокортикоидов может послужить обострение с подъемом уровня протеинурии. Желательно при этом контролировать иммунологическую активность. Назначать следует в виде **преднизолона или урбазона**. Не рекомендуется использовать дексаметазон, так как эффект от этого препарата значительно хуже.
- Преднизолон назначаем в дозе 60 мг/сут (до 100 мг/сут) в течение 3 недель, далее она снижается на 5 мг в течение 4 дней, т.е. с 60 до 40 мг.
- Последующее снижение --- в течение 2--3 дней по 2,5 мг. При умеренных обострениях срок терапии можно уменьшать до нескольких дней. В случае лечения больного преднизолоном могут быть три варианта отмены. Первый --- когда больному препарат не помогает. Проходит 3 недели и никакого эффекта нет. В этой ситуации препарат отменяется совсем (естественно, постепенно). Вторая ситуация --- препарат помог очень эффективно: исчезла протеинурия, внепочечные проявления, если они были. В этом случае целесообразно также отменить полностью преднизолон, а дальше проводить поддерживающую терапию
- другими средствами. И возможна третья ситуация, когда препарат помог, но недостаточно: исчезли внепочечные проявления, нормализовался белковый спектр крови, а мочево́й
- синдром еще сохраняется. В таком случае надо переходить на поддерживающую терапию --- 10--15--20 мг препарата в день, которую следует проводить длительно.
- В стадию ремиссии стероиды назначать нецелесообразно.

- Гломерулонефрит --- это иммунновоспалительный процесс. Использование **цитостатиков** рекомендуется для угнетения иммуногенеза и подавления реакции антиген-антитело. В связи с этим при такой терапии следует ориентироваться на доступные иммунологические показатели --- уровень комплемента, содержание В- и Т-лимфоцитов и т.д., пытаясь добиться их нормализации. Также следует контролировать состояние функции печени и электролиты сыворотки. В качестве грубого ориентира следует использовать уровень лейкоцитов. Однако этот показатель свидетельствует о развитии осложнений, а не о подавлении иммунологической активности. Можно рекомендовать азатиоприн (имуран) и циклофосфан (циклофосфамид).
- При неэффективности гормональной терапии и цитостатиков возможно использование **плазмафереза**.
- **Антикоагулянты и антиагреганты** обязательны при лечении. Механизмы действия препаратов:
 - противовоспалительное
 - противосвертывающее
 - умеренное иммуносупрессивное
 - слабое диуретическое (гепарин)
- **Лечение хронического компенсированного тонзиллита** проводят посредством систематического **промывания миндалин дезинфицирующим раствором (фурацилин 1:5000, пенициллин 1:10000ЕД, этакридина лактат 1:5000 и др.) с последующим смазыванием лакун миндалин раствором Люголя**. Промывание можно сочетать с физиотерапевтическим лечением: ультрафиолетовое облучение через специальный тубус (субэритемная доза), токи УВЧ на область регионарных лимфатических узлов. Показаний к тонзиллэктомии нет.

Рекомендуемые продукты при заболеваниях почек

Рекомендуется	На выбор	Рекомендуется	На выбор
Хлеб и хлебобулочные изделия	<ul style="list-style-type: none">■ Пшеничный и ржаной хлеб из муки первого и второго сортов;■ различные печеные изделия	Крупы	В умеренном количестве любые крупы в любой кулинарной обработке. Особенно полезно потчевать кроху гречневой и овсяной кашами. Обязательно добавляйте в крупяные блюда зелень (петрушка, укроп)
Супы	<ul style="list-style-type: none">■ Vegetарианские борщи, овощные щи, тминный суп;■ картофельные с добавлением круп;■ холодные (окрошка, свекольник), молочные, фруктовые	Овощи	<ul style="list-style-type: none">■ Салаты из свежих и квашеных овощей, фруктов;■ винегреты
Мясо и мясные блюда	Нежирные сорта мяса (до трех раз в неделю). Мясо отваривается, после чего используется для приготовления разнообразных тушеных и печеных блюд. Вкус отварного мяса, паровых котлет или суфле значительно улучшится, если их слегка протушить в сметане	Закуски	<ul style="list-style-type: none">■ Овощная, кабачковая, баклажанная икра
Рыба	Нежирные сорта (серебристый хек, навага, морской окунь, сельдь, карп и др.) в отварном виде	Фрукты, ягоды и сладости	<ul style="list-style-type: none">■ Клюква, брусника, черника, земляника, черная смородина;■ сухофрукты;■ кисели;■ мармелад, пастила, варенье, мед. Внимание! При избыточном весе сладости ограничивают
Молочные и кисломолочные продукты	<ul style="list-style-type: none">■ Молоко, кефир, простокваша, ряженка;■ творог и блюда из него;■ сметана и несоленый сыр. Очень полезны творожные блюда с морковью, яблоками	Жиры	Сливочное и растительные масла
Яйца	Одно яйцо в день в любой кулинарной обработке	Напитки	<ul style="list-style-type: none">■ Чай с лимоном или молоком, соки фруктов и ягод, овощей;■ чай из черной смородины;■ чай из плодов шиповника с изюмом;■ морсы, отвары пшеничных отрубей или сухофруктов

Прогноз:

- **благоприятный** до возможного развития стадии клинических проявлений, при условии соблюдения рекомендаций;
- в случае появления экстраренальных симптомов заболевание будет расцениваться как **прогрессирующее** и ведущее к ранней инвалидизации и смерти больного.

Рекомендации



Контроль за балансом жидкости, соблюдение режима и диеты (стол №7)



Возможно прием отвара шиповника, черноплодной рябины



Измерение АД



Постоянное наблюдение у нефролога или (при его отсутствии) терапевта.



Исключаются переохлаждения, стрессы, физические перегрузки.



**Спасибо
за
ВНИМАНИЕ**