ГБОУ ВПО «ОрГМА» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ

Кафедра факультетской терапии и эндокринологии

История болезни

Ф.И.О.: Б.А.П.

Клинический диагноз:

а) основное заболевание: Хронический гломерулонефрит, смешанный вариант, ХПН I стадия, ХБП III стадия

б) сопутствующие заболевания: нет

в) осложнения данного заболевания: нет.

Зав. кафедрой: д.м.н., проф. Сайфутдинов Р.И.

Преподаватель: к.м.н., асс. Артёмова Н.Э.

Куратор: ст. 409 группы

Жантурина А.Т.

Курация: 16.02.13 - 22.02.13

Оренбург 2013г.

I. Общие сведения о больном

1. Ф.И.О.: Б.А.П.

2. Возраст: 20 лет

. Профессия: -,

. Семейное положение: замужем

. Домашний адрес: Оренбургская область, с., ул.

. Группа крови: В (II) Rh +; вторая резус - положительная

. Дата поступления в стационар: 14.02.2013 г.

. Диагноз направившего учреждения: острый нефрит

. Диагноз при поступлении: острый нефрит (13.01.)

. Клинический диагноз:

а) основное заболевание: острый нефрит

б) сопутствующие заболевания: нет

в) осложнения данного заболевания: артериальная гипертензия II степени;

II. Жалобы больного

А) при поступлении: на общую слабость, выраженные постоянные отёки всего тела по типу анасарки, боли в пояснице, иррадиирущие в правую руку, плечо, и повышение АД до 170/110.

Б) на момент курации: на недомогание, кашель, отёки всего тела, более выраженные в нижних половинах голеней.

Ш. Анамнез заболевания (Anamnesis morbi)

Считает себя больной с декабря 2012 года (вторая половина беременности), когда стало повышаться артериальное давления до 170/110 мм.рт.ст. Больная встала на учёт по беременности во время, посещала врача своевременно. В ноябре 2012 года в моче впервые обнаружили белок (0,95 %). На сохранении больная не находилась. В начале января стали беспокоить периферические отёки, быстро развившиеся до анасарки. В результате чего 9.01.2013 г. больная была госпитализирована с АД 220/110, и на сроке беременности 31 неделя было произведено кесарево сечение в ГБУЗ «ГКБ №1» города Оренбурга. После операции кесарева сечения находилась на стационарном лечении в нефрологическом отделении ГБУЗ «ГКБ №1» г. Оренбурга, где впервые поставили диагноз острого нефрита. 16.01.2013 была проведена классическая трёхдневная пульстерапия метипредом по 1 тыс.мг (21,01.2013, 23.01.2013, 25.01.2013). Наблюдался положительный эффект - уменьшились отёки, нормализовалось давление, улучшилось общее состояние. Глюкоза крови (25.02.2013) 4,35 ммоль/л, белок мочи 1,55%.

После чего она была переведена на пероральный приём преднизолона (75 мг/сут) из расчёта 1 мг/кг веса. 1.02.2013 пациентка была выписана из стационара по настоятельной просьбе. Несмотря на рекомендации врачей преднизолон амбулаторно не принимала. Через 2 недели после выписки почувствовала значительное ухудшение: сначала появились отёки на ногах, затем на туловище, артериальное давление повысилось до 170/110 мм.рт.ст. Обратилась за помощью в поликлинику ГБУЗ «ООКБ» и была госпитализирована 14.02.2013 г. в нефрологическое отделение ГБУЗ «ООКБ» с лечебной целью.

IV. История жизни больного (Anamnesis vitae)

Родилась 17 февраля 1992 года в с. Б. Росла и развивалась в соответствии с полом и возрастом. В школу пошла во время. Замужем. Наследственность не отягощена. Материально-бытовые условия удовлетворительные. Кровь переливалась однократно, после операции кесарева сечения 9.01.2013 в связи со сниженным гемоглобином (до каких цифр не указывает), реакция на гемотрансфузию - повышение температуры, озноб. Лекарственная непереносимость димедрола, в виде крапивницы. Венерические болезни, вирусные гепатиты, туберкулез, отрицает. Контакт с инфекционными больными у себя и родственников отрицает. Травм не было.

Были две операции кесарева сечения во время первых и вторых родов. Не курит, алкоголь не употребляет, наркотической зависимости нет, снотворные, седативные препараты не принимает. Наследственный анамнез по данному заболеванию не отягощен. Менархе с 14 лет. Менструации регулярные безболезненные, длятся 3 дня. Акушерский анамнез отягощён: первая беременность закончилась гибелью ребёнка во время родов из - за обвития пуповины; вторая беременность разрешилась операцией кесарева сечения, также закончилась гибелью ребёнка в постнатальном периоде (20.01.2013 г). Первая беременность (2011 г.) протекала без осложнений, в моче белок не обнаруживался, АД не повышалось. Первая половина второй беременности также протекала без осложнений, отёков не было, АД не повышалось, в моче белка не появлялся.

V. Настоящее состояние больного ( Status praesens)

Общие данные:

Состояние больной средней степени тяжести, положение активное, сознание ясное. Выражение лица спокойное. Гиперстенического телосложения. Рост 167 см, вес 79 кг. ИМТ 28 кг/м2 - избыточная масса тела. Кожный покров бледный, влажный, тургор и эластичность не снижены, высыпаний, изъязвлений не наблюдается. На коже живота и бедёр толстые розовато - белые стрии Видимые слизистые оболочки розового цвета. Ногтевые пластинки не изменены.

Опорно-двигательная система.

1. Осмотр: длина и ось конечностей не изменена. Развитие мускулатуры умеренное. Костный скелет соответствует возрасту и полу.

2. Подвижность в суставах (коленных, плечевых, локтевых, лучезапястных, голеностопных) безболезненна, не ограничена, полный объём движений. Функции конечностей не нарушены.

. При перкуссии костный скелет безболезненный.

Дыхательная система.

Осмотр: грудная клетка цилиндрической формы, симметрично участвует в акте дыхания. Частота дыхания 17 /мин. При пальпации грудная клетка безболезненна, эластичная, голосовое дрожание проводится с одинаковой силой на симметричных участках легочных полей. При сравнительной перкуссии определяется ясный лёгочный звук над всей поверхностью лёгких.

Топографическая перкуссия

Границы легких:

1. Верхняя справа слева

высота стояния спереди 3 см 3 см

высота стояния сзади VII шейный позвонок VII шейный позвонок

ширины полей Кренига 5 см 5 см

. Нижняя

по окологрудинной линии 5 межреберье 5 межреберье

по среднеключичной линии 6 межреберье 6 межреберье

по переднеподмышечной линии 7 межреберье 7 межреберье

по среднеподмышечной линии 8 межреберье 8 межреберье

по заднеподмышечной линии 9 межреберье 9 межреберье

по лопаточной линии 10 межреберье 10 межреберье

по околопозвоночной линии 11 межреберье 11 межреберье

Подвижность нижнего края легких справа слева

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Место перкуссии | На вдохе | На выдохе | сумма | На вдохе | На выдохе | сумма |
| Среднеключичная линия | 2 | 2 | 4 | - | - | - |
| Среднеподмышечная линия | 3 | 3 | 6 | 3 | 3 | 6 |
| Лопаточная линия | 2 | 3 | 5 | 2 | 3 | 5 |

При аускультации над всей поверхностью лёгких выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет.

Сердечно - сосудистая система.

Выпячиваний и видимых пульсаций в области сердца нет. Сердечного толчка, эпигастральной пульсации, пальпаторной болезненности не выявлено. При пальпации верхушечный толчок определяется в 5 межреберье на 1см кнутри от срединно-ключичной линии. Пульс на обеих лучевых артериях симметричный, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, 88 уд/мин. АД 130/80 мм.рт ст. на левой руке.

1. Границы относительной сердечной тупости:

Правая граница:

· 2 межреберье - по правому краю грудины

· 3 межреберье - 0,5 см кнаружи от правого края грудины

· 4 межреберье - 1 см кнаружи от правого края грудины

Левая граница:

· 2 межреберье - левый край грудины

· 3 межреберье - 1 см кнаружи от левого края грудины

· 4 межреберье - 3 см кнаружи от левого края грудины

· 5 межреберье - 2 см кнутри от левой среднеключичной линии

Ширина сосудистого пучка - 5см, конфигурация сердца нормальная.

. Границы абсолютной сердечной тупости:

· Правая граница - левый край грудины в 4 межреберье

· Левая граница - 1см кнутри от левой границы относительной сердечной тупости в 5 межреберье

· Верхняя граница - край грудины в 4 межреберье по левому краю грудины.

Аускультативно: тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС 88. уд./мин. Дополнительные тоны и шумы не выслушиваются.

Пищеварительная система.

Осмотр живота: живот не вздут, не участвует в акте дыхания. Язык влажный, чистый, без налёта. При поверхностной пальпации: живот мягкий, безболезненный во всех отделах живота. Белая линия живота без изменений. Симптом Щёткина - Блюмберга отрицательный. При глубокой методической пальпации по методу Образцова - Стражеско:

· Сигмовидная кишка - не пальпируется

· Слепая и восходящая ободочная кишка - не пальпируются.

· Нисходящая ободочная кишка определяется в левой боковой области живота, в виде толстого безболезненного цилиндра;

· Желудок не пальпируется;

· Поперечно-ободочная кишка - пальпируются.

· Поджелудочная железа - безболезненная

· Желчный пузырь не пальпируется.

Печень - не увеличена. Нижний край печени у края правой рёберной дуги. Верхний край печение в 6 межреберье справа по среднеключичной линии. Размер печени по Курлову: 9 - 8 - 7 см.

При перкуссии свободная жидкость в брюшной полости не определяется.

Симптомы Мюсси, Ражбе, Ортнера, Кера отрицательны.

Мочевыделительная система

Мочеиспускание свободное, безболезненное. Чувство опорожнения мочевого пузыря после мочеиспускания есть. Диурез в норме. Моча без особенностей. Мочевой пузырь не пальпируется, при перкуссии над исследуемой поверхностью мочевого пузыря, притупленный тимпанический перкуторный звук. Почки, мочеточники не пальпируются. Болезненности при пальпации нет. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. СКФ 220 мл/мин (повышена). Наиболее выражены отёки на голенях, менее - на лице, подкожно - жировой клетчатки.

Система кроветворения.

Геморрагий нет. Лимфатические узлы доступные для пальпации (подчелюстные, шейные, подключичные, надключичные, подмышечные, паховые), безболезненны, не увеличены, не спаяны с окружающими тканями и друг с другом. Пальпаторно селезёнка не увеличена. Перкуссия селезёнки: поперечник - 4 см, длинник - 6 см. Поколачивание по грудине и костям безболезненно.

Эндокринная система.

Вес 79 кг, рост 167 см. ИМТ 28 кг/м2 - избыточная масса тела. Общее развитие соответствует полу и возрасту. Телосложение гиперстенического типа. Питание повышено. Умеренное развитие волосяного покрова соответствует полу и возрасту. Волосяной покров на ногах обеднённый. Пигментация кожи и видимых слизистых оболочек нормальная. Форма лица овальная, обычной окраски. Подкожная жировая клетчатка выражена значительно, распределена неравномерно. Розовато - белые стрии на животе, бёдрах теле. Наличие высыпаний, рубцов на коже нет. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, безболезненная, подвижная, без узлов.

Нервная система.

Сознание ясное, ориентация в пространстве, времени, ситуации не нарушена. Интеллект соответствует уровню развития, не ослаблен. Патологических рефлексов нет. Сон спокойный. Головные боли не беспокоят. Менингиальные симптомы отсутствуют. Легко вступает в контакт. Зрение, слух, вкус, осязание в норме.

VI. Лабораторные и инструментальные данные.

ОАК (15.02.13)

Лейкоциты - 12,8 х109//л

Эритроциты - 4,53х1012/л

Нв - 118 г/л

Тромбоциты - 319х109/л

СОЭ - 20 мм/ч

ЦП - 0,78

Нейтрофилы: П/я - 3 %

С/я - 85 %

Моноциты - 4%

Лимфоциты - 8 %

Заключение: лейкоцитоз, повышена СОЭ, лимфоцитопения, сдвиг лейкоформулы влево за счёт сегментоядерных нейтрофилов, гипохромная анемия лёгкой стпепени.

ОАМ (15.02.13)

Цвет - светло-жёлтый, прозрачная

Уд.вес - 1003

Белок - 1, 55 %

Эпит. клетки - 3 - 4 в п/зр

Лейкоциты - 3 - 4 в п/зр

Заключение: гипостенурия, протеинурия,

ОАМ (20.02.2013)

Цвет - светло - жёлтый

Уд.вес - 1004

Белок - 4, 0 %

Эпит.клетки - небольшое количество

Лейкоциты - 5 -7 в п/зр

Соли - фосфаты и трипельфосфаты сплошь

Заключение: гипостенурия, протеинурия, фосфатурия

ОАМ (25.02.2013)

Цвет - светло - жёлтый

Уд.вес - 1005

Белок - 4,9 %

Эритроциты - свежие, изменённые

Эпит.клетки - небольшое количество

Лейкоциты - 4 - 6 в п/зр

Цилиндры - гиалиновые небольшое количество, зернистые и восковидные сплошь

Заключение: гипостенурия, протеинурия, цилиндрурия

Биохимический анализ крови (15.02.13)

Глюкоза. - 4,72ммоль/л

Заключение: норма

Общий белок - 49 г/л

Альбумин - 23 г/л

Креатинин - 44 г/л

Мочевина - 4,34 г/л

Заключение: гипопротеинемия, гипоальбуминемия,

Биохимический анализ крови (7.02.13)

Ревматоидный фактор - отрицательный

С - реактивный белок - отрицательный

Заключение: норма

ЭКГ (15.02.13)

Заключение: Ритм синусовый. ЧСС 80 уд/мин. ЭОС не отклонена. Синдром укороченного РQ

Узи почек (7.02.13)

Расположение правой и левой почки типичное

Размеры правой 107\*60\*17 мм; левой - 103\*57\*17 мм

Контуры ровные

Паренхима умеренно - неоднородная

Кортикомедуллярная дифференцировка пирамидок сохранена, пирамидки до 13 мм

Чашечно - лоханочная система не расширена

Конкрементов нет

Эхографические признаки: умеренных диффузных

изменений почек.

VII. План дообследования

Ш ОАК, ОАМ в динамике (контроль протеинурии, контроль лейкопении и тактика назначений цитостатиков)

Ш Проба по Зимницкому (позволяет определить нарушение концентрационной функции почек, соотношение ночного и дневного диуреза)

Ш Посев мочи и антибиотикограмма (выявление вида возбудителя и его чувствительность к антибактериальным препаратам)

Ш УЗИ внутренних органов, ЭКГ в динамике (выявления осложнений)

Ш Проба Кумбса (для исключения гемолитической анемии)

Ш Нефробиопсия почки ( уточнение типа нефрита и его активности в сочетании с методами иммунофлюоресценции и электронной микроскопии, выработка подхода к лечению и определению прогноза заболевания)

Ш Липидный спектр крови (т.к. в ответ на снижение онкотического плазменного давления и потери белков - регуляторов обмена липопротеидов развивается гиперлипидемия)

Ш Исследование суточного диуреза (выявление и контроль дизурических расстройств)

VIII. Клинический диагноз

а) основное заболевание: хронический гломерулонефрит, смешанный вариант, ХПН I стадия, ХБП III стадия

б) сопутствующие заболевания: нет

в) осложнения данного заболевания: нет.

IX. Обоснование клинического диагноза

Гломерулонефрит ставится на основании жалоб больной: на общую слабость, выраженные отёки всего тела (на лице, нижних конечностях, туловище), боли в пояснице, иррадиирущие в правую руку и плечо. На основании объективного исследования: отёки нижних конечностей, туловища, лица и артериальная гипертензия (АД 220/110 мм.рм.мт.)

На основании лабораторных и инструментыльнах данных: ОАМ - гипостенурия, лейкоцитурия, протеинурия, изменённые эритроциты; ОАК - лейкоцитоз, повышена СОЭ; биохимический анализ крови - гипопротеинемия, гипоальбуминемия.

Таким образом, у данной пациентки имеет место быть: и мочевой синдром, и нефротический синдром, синдром артериальной гипертонии.

УЗИ почек - эхографические признаки умеренных дуффузных изменений.

Хронический гломерулонефрит: процесс длится более 3 - х месяцев с ноября 2012 года, когда впервые обнаружили белок в моче.

Смешанный вариант болезни: выраженный нефротический (массивная протеинурия, гипопротеинемия, гипоальбумиемия) и гипертонический синдромы (повышение АД 220/110 мм.рт.ст.)

ХБП I стадии: признаки почечного повреждения с повышенной СКФ.

X. Дифференциальный диагноз

Дифференциальную диагностику гломерулонефрита необходимо проводить с пиелонефритом.

Сходства при этих заболеваниях в проявлениях общих и местных симптомов: озноб, повышение температуры до высоких цифр, обильное потоотделение и головная боль, тошнота, рвота, общее недомогание, частый пульс, боль в поясничной области. Различия: развитие гломерулонефрита основном связывают со стрептококковой инфекцией (наблюдаются патология со стороны лор-органов, ангина, фурункулез кожи, скарлатина и др.), а точнее - β-гемолитическим стрептококком группы А (это иммунновоспалительное заболевание); а причиной пиелонефрита является бактериальная инфекция как правило кишечная, кишечная палочка, энтерококки и др., где ответная воспалительная реакция проявляется в виде очагово - деструктивных и очагово - гранулёматозных процессов с сиходом в рубцевание почечной ткани.

В данном случае гломерулонефрит больной связан с развитием нефропатии во время второй половины беременности, не леченный в последствии, что и подтверждает иммуный характер заболевания.

У данной больной протеинурия более 3 г/сут, что характерно для гломерулонефрита, нежели для пиелонефрита, где протеинурия составляет до 1 г/сут. У данной больной не наблюдаются дизурических расстройств, бактериурии, что характерно для пиелонефрита. В мочевом осадке у неё незначительное количество лейкоцитов 5 - 7 в п/зр, преобладают эритроциты изменённые, цилиндры зернистые и восковидные, что также указывает на развитие гломерулонефрита. У больной отмечается синдром артериальной гипертензии (АД 220/110) в сочетании с нефротическим синдромом и как проявление развитие выраженных отёков по типу анасарки.

XI. Этиология

. Инфекционной этиологии

. Постстрептококковый гломерулонефрит (ß Гемолитическйи стрептококк гр.А)

. В результате других инфекционных процессов:

• бактериальный (инфекционный эндокардит, сепсис, пневмококковая пневмония, брюшной тиф, вторичный сифилис, менингококкемия);

• вирусный (гепатит В, инфекционный мононуклеоз, эпидемический паротит, ветряная оспа, вирусы Коксаки и ECHO);

• паразитарный (малярия, токсоплазмоз).. гломерулонефрит, не связанный с инфекцией (в результате воздействия антигенов экзо- или эндогенной природы).. При системных заболеваниях (системная красная волчанка, узелковый периартериит, болезнь Шенлейна-Геноха, синдром Гудпасчера, другие васкулиты).

. Врожденные (наследственные) синдромы: Альпорта, Фабри и др.

Дополнительным фактором, способствующим возникновению нефрита, является охлаждение организма. Это особенно демонстративно в происхождении «нефрита военного времени» или «окопного нефрита». Возможно, что в ряде случаев охлаждение способствует активации очаговой стрептококковой инфекции в организме, а в условиях военного времени - повышенной восприимчивости к стрептококковым и вирусным заболеваниям. Причины развития хронического гломерулонефрита у данной больной, вероятнее всего, изначально нефропатия беременной, которая не подверглась своевременному лечению.

XII. Патогенез

Развитие гломерулонефрита всегда связано с хронической или острой инфекцией, локализующейся в различных органах и как правило имеющая стрептококковую природу.

У Блиновой А.П выделяется несколько клинических синдромов: мочевой, нефротический, остронефритический, синдром почечной недостаточности, синдром артериальной гипертензии.

Нефротический синдром. При патологии почек протеинурия чаще всего связана с повышенной фильтрацией плазменных белков через клубочковые капилляры. Этому способствуют отложения иммунных комплексов, которые вызывают изменения капиллярной стенки, повышающие её проницаемость. В патогенезе протеинурии имеет место также быть потеря базальной мембраны клубочков отрицательного заряда, , что способствует фильтрации альбумина.

Мочевой синдром. Происходит усугубление нарушений канальцевых функций почек. Снижение оптической плотности мочи, нарушение концентрационной функции почек, повышение уровня ß 2-микроглобулина; снижение секреторной и экскреторной функций, понижение титруемой кислотности, экскреции аммиака с мочой.

Отмечается нарушение осмотического концентрирования. Дисфункция канальцев может проявиляется снижением реабсорбции, что вызывает потерю соли. Клубочковая фильтрация сохранена или повышена.

Синдром артериальной гипертензии. При этом в развитии нефритической гипертонии признают два этапа: первый - внепочечный, когда наблюдается общий функциональный спазм артериол, в том числе приносящих сосудов клубочков, и ишемия последних (ангиоспастическии этап); второй - почечный с органическим поражением почечных сосудов (ангиопатический этап).

Отмечено, что психическое возбуждение у здоровых лиц наряду с повышением артериального давления вызывает резкое снижение почечного плазмотока и повышение фильтрации. Иными словами, здесь возникает ишемия почек по типу, наблюдающемуся при гипертонической болезни, в силу раздражения симпатических нервов и адреналовой системы.

гломерулонефрит артериальный гипертензия постстрептококковый

XIII. Лечение

А) Принципы лечения

. Иммуносупресивная терапия:

· Глюкокортикоиды (преднизолон - 1 - 2 мг/кг/сут)

· Цитостатики (как правило назначают алкилирующие соединения - циклофосфамид - 1,5 - 2 мг/кг и хлорбутин 0,1 - 0,2 мг/кг/сут

2. Нефропротективная терапия:

· Ингибиторы АПФ и блокаторы рецепторов ангиотензина II (эналаприл - 2,5 - 5 мг/сут, рамиприл; лозартан 50 мг/сут)

· Антикоагулянты (гепарин 15000 - 40000 ед/сут)

· Антиагреганты (дипирадамол 225 - 600 мг/сут)

· Антигиперлипидемические препараты (симвастатин - 10 - 40 мг, аторвастатин - 10-20 мг)

Б) Лечение курируемого больного

. Преднизолон

Группа: глюкокортикоид

Механизм действия: тормозят адгезию нейтрофилов к эндотелию капилляров, тормозят приток макрофагов, влияют на их функцию, блокируют выделение цитокинов (ИЛ 1, 6, ФНО-α и др.) , а также подавляют продукцию макрофагами некоторых протеолитичеких ферментов (коллагеназы, эластазы, активатора плазминогена); в то же время тормозят противоопухолевую и антимикробную активность макрофагов.

Цель: снижение воспалительной локальной и иммунной системной реакции.

Rp: Tab. Prednisoloni 0,005 N.10

D.S. Принимать по 2 таблетки 2 раза в день после еды. Суточная доза 20 мг.

. Эналаприл

Группа: ингибитор АПФ

Механизм действия: блокирует превращение ангиотензина I в ангиотензин II, оказывая антигипертензивное действие. Блокада ангиотензина II приводит к расширению эфферентной артериолы и снижению внутриклубочковой гипертензии; торможению роста клеток и образованию проколлагена, тем самым - снижению развития склероза клубочков и интерстиция, пролиферации мезангиальных и канальцевых клеток; антипротеинурическому эффекту.

Цель: снижение артериального давления, снижение протеинурии.

Rp: Tab. Enami 0,0025 N. 10.S. Принимать по 1таблетке 2 раза в день утром и вечером.

. Фуросемид

Группа: петлевой диуретик

Механизм действия: угнетает активную реабсорбцию ионов хлора, действует в основном в восходящей части петли нефрона , а также в (в больших дозах) в проксимальных канальцах.

Цель: устранение отёчного синдрома, при канальцевом некрозе - предупреждение анурии.

Rp: Tab. Furosemidi 0,04 N.10.S. Принимать по 1 таблетке 1 раз утром.

. Пентоксифиллин

Группа: Дезагрегант

Механизм действия: Спазмолитическое средство из группы пуринов. Улучшает микроциркуляцию и реологические свойства крови, ингибирует ФДЭ, повышает концентрацию цАМФ в тромбоцитах и АТФ в эритроцитах с одновременным насыщением энергетического потенциала, что в свою очередь приводит к вазодилатации, снижению ОПСС, возрастанию УОК и МОК без значительного изменения ЧСС.

Снижает вязкость крови, вызывает дезагрегацию тромбоцитов, повышает эластичность эритроцитов (за счет воздействия на патологически измененную деформируемость эритроцитов). Улучшает микроциркуляцию в зонах нарушенного кровоснабжения.

Цель: уменьшение протеинурии, улучшение микроциркуляции в клубочковой зоне.

Rp: Sol. Pentoxifylline 5,0 - 100 ml.S. Предварительно развести 50 мг препарата в 100 мл 0,9% раствора NaCl , вводить внутривенно, капельно.

. Омепразол

Группа: ингибитор протонного насоса

Механизм действия: снижает кислотопродукцию - тормозит активность Н+/К±АТФазы в париетальных клетках желудка и блокирует тем самым заключительную стадию секреции соляной кислоты. Препарат является пролекарством и активируется в кислой среде секреторных канальцев париетальных клеток.

Цель: предупреждение развития гастропатий на фоне применения иммуносупрессивной терапии.

Rp: Tab.Omeprasoli 20 mg

D.S. Принимать по 1 капсуле 2 раза в день перед едой.

. Гепарин

Группа: прямой антикоагулянт

Механизм действия: В плазме крови активирует антитромбин III, ускоряя его противосвертывающее действие. Нарушает переход протромбина в тромбин, угнетает активность тромбина и активированного фактора X , в некоторой степени уменьшает агрегацию тромбоцитов.

Цель: улучшение почечного кровотока

Rp: Sol.Heparini sodium 15000 ED.S. Вводить подкожно в околопупочную область.

. Малобелковая диета - стол № 7

Цель: умеренное щажение функции ночек, уменьшение гипертензии и отеков, улучшение выведения из организма азотистых и других продуктов обмена веществ.

Общая характеристика диеты № 7: содержание белков несколько ограничено, жиров и углеводов - в пределах физиологических норм. Пищу готовят без натрия хлорида. Соль выдают больному в количестве, указанном врачом (3-6 г и больше). Количество свободной жидкости уменьшено в среднем до 1 л. Исключают экстрактивные вещества мяса, рыбы, грибов, источники щавелевой кислоты и эфирных масел. Кулинарная обработка без механического и с умеренным химическим щажением. Мясо и рыбу (100-150 г в день) отваривают. Температура пищи обычная. Режим питания 4 - 5 раз в день.

. Режим постельный.

. Физиотерапевтическое лечение:

Необходимо получить эффекты: противовоспалительный, сосудорасширяющий, иммуносупрессивный, катаболический.

Противовоспалительные методы физиотерапевтического лечения хронического гломерулонефрита: УВЧ-терапия, ДМВ-терапия, лекарственный электрофорез уроантисептиков.

Иммуностимулирующие методы: СУФ-облучение (субэритемные дозы), гелиотерапия.

Иммуносупрессивные методы: трансцеребральная УВЧ-терапия, высокочастотная терапия на надпочечники, ДМВ-терапия на надпочечники, лекарственный электрофорез кальция, димедрола.

Репаративно-регенеративные методы: инфракрасная лазеротерапия, ультразвуковая терапия, лекарственный электрофорез витамина С, пелоидотерапия.

Сосудорасширяющие методы: парафинотерапия, озокеритотерапия, инфракрасное облучение.

Мочегонные методы физиотерапевтического лечения хронического гломерулонефрита: лекарственный электрофорез спазмолитических средств, амплипульстерапия, высокочастотная магнитотерапия, питьевое лечение минеральными водами.

Дегидратирующие методы: инфракрасная сауна, сауна.

Гипокоагулирующие методы: лекарственный электрофорез антикоагулянтов и дезагрегантов, низкочастотная магни-тотерапия.

Антигипоксический метод: оксигенобаротерапия.

В физкабинет направляется Блинова А.П (20 лет) с диагнозом хронический гломерулонефрит, на лечение методом ДМВ - терапии, область поясницы, по контактной методике, с частотой 460 мГц, низкой интенсивности с переходом на тепловые дозировки, по 15 мин, ежедневно; курс 10-12 процедур.

XIV. Рекомендации

Рациональный режим труда и отдыха, соблюдение диеты, тщательный уход за полостью рта, санация всех очагов инфекции (как мера профилактики тяжелых инфекционно-воспалительных процессов). Санаторно-курортное лечение (в санаториях Сатараи-Махи-Хаса, Янгантау и др.);

Диспансеризация (наблюдение в течение 2 лет). Профилактика постстрептококкового гломерулонефрита заключается в назначении пенициллина лицам с острым стрептококковым фарингитом (ангиной), а также больным со стрептококковыми поражениями кожи. Продолжительность лечения - 10-12 дней. Суточная доза пенициллина составляет 1,5 млн. ЕД. При аллергии к пенициллину может быть использован эритромицин.

XV. Прогноз

· Ближайший - возможно благоприятный при соблюдении всех аспектов лечения и профилактики рецидивов;

· Отдалённый - неблагоприятный, т.к. больная имеет осложнение в виде хронической почечной недостаточности.

XVI. Эпикриз

Больная Б.А.П. (лет) поступила 14.02.2013 в нефрологическое отделение ГБУЗ «ООКБ» в плановом порядке с жалобами, на общую слабость, острые боли в пояснице, иррадиирущие в правую руку и правое плечо, выраженные отёки всего тела (на лице, нижних конечностях, туловище), повышение артериального давления до 220/110.

Ранее была проведена операция кесарева сечения (9.02.2013 в ГБУЗ «ГКБ №1» г. Оренбурга) на сроке 31 неделя в связи с возможной угрозой выкидыша, вследствие значительного ухудшения состояния пациентки, проявляющееся в виде гипертонического криза и развития массивных отёков. Был поставлен диагноз острого нефрита, была проведена трёхдневная пульстерапия метипредом (21,02.2013, 23.02.2013, 25.02.2013, суммарная доза 3 тыс. мг). После чего она была переведена на пероральный приём преднизолона. 1.02.2013 выписана из стационара по настоятельной просьбе по семейным обстоятельствам. Через несколько недель после выписки почувствовала значительное ухудшение: усилились отёки, слабость. Обратилась за помощью и была госпитализирована 14.02.2013 г. в нефрологическое отделение ГБУЗ «ООКБ» с лечебно - диагностической целью. У больной наблюдалась массивная протеинурия, лейкоцитурия, гипопротеинемия 49 г/л, гипоальбуминемия менее 23 г/л, анасарка. При обследовании: УЗИ почек - эхографические признаки умеренных диффузных изменений.

В настоящий момент продолжает лечение в нефрологическом отделении ГБУЗ «ООКБ».

Лечение: Преднизолон - 75 мг в сут.

Пентоксифиллин 5,0 - 100 мл

Энам - 2,5 мг 2 раза в день

Сода - 4 % -200 мл 1 раз через день, в/в, капельно

Лазикс - 40 мг после еды

Альбумин 10% - 100 мл, в/в, капельно

Омез - 20 мг 2 раза перед едой

Фуросемид - 40 мг утром

Споробактерин - 20 кап. перорально 3 раза в день

Дневник курации:

|  |  |
| --- | --- |
| Дата | Состояние больной |
| 16.02.2013 | Состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное. Жалобы на повышенную утомляемость, потливость, выраженные отёки туловища, лица, нижних конечностей. ЧДД 18 в минуту. При аускультации везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Пульс 87ударов в минуту. АД 140/90 мм.рт.ст. Температура 36,5 С̊ . Кожный покров, слизистые чистые, влажные, обычной окраски. Живот мягкий, не вздут, симметричный, не участвует в акте дыхания, при пальпации живота мышцы не напряжены, болезненности не обнаружено. Печень не выступает из-под края реберной дуги, край ровный безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Суточный диурез отрцательный. |
| 18.02.2013 | Состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное. Жалобы на сохраняющиеся отёки, умеренную головную боль в височной и затылочной области. При аускультации везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены. АД 130/80, пульс 84 уд/мин, температура 36,0 С̊ . Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, мочеиспускание не нарушено. Суточный диурез отрицательный. |
| 19.02.2013 | Состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное. Отёки уменьшились на лице, туловище. При аускультации везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены. АД 130/80, пульс 82 уд/мин, температура 36,4 С̊ Кожный покров чистый, влажный, обычной окраски. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Суточный диурез отрицательный. |
| 20.02.2013 | Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Жалобы на недомогание. Отёки уменьшились, премущественно в нижних половинах голеней. При аускультации везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены. АД 110/70, пульс 80 уд/мин, температура 36,0 С̊ . Кожный покров чистый, сухой, обычной окраски. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, мочеиспускание не нарушено. Суточный диурез положительный. Стул в норме. |
| 21.02.2013 | Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Активных жалоб не предъявляет. Сохраняются отёки в нижних половинах голеней. При аускультации везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены. АД 120/80, пульс 78 уд/мин, температура 35,8 С̊ . Кожный покров чистый, сухой, обычной окраски. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, мочеиспускание не нарушено. Суточный диурез положительный. Стул в норме. |
| 22.023.2013 | Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Отёки премущественно на голенях. При аускультации везикулярное дыхание, хрипов нет. Кожный покров чистый, сухой, обычной окраски. Тоны сердца приглушены. АД 120/80, пульс 75 уд/мин, температура 35,6 С̊ . Сон сохранен. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, мочеиспускание не нарушено. Суточный диурез положительный. Стул в норме. |

Литература

1. Диагностика и лечение болезней почек// Тареева И.Е., Мухин Н.А, Шилов Е.М, Козловская Л.В. - 2008 г.

2. Нефрология// Шилова Е.М. - 2010

. Хроническая болезнь почек// Земляницина М.В., Галин П.Ю., Еров Н.К, Мирончев О.В., Винькова Е.М. - Оренбург 2012 г.

. Клинические лекции по факультетской терапии // Сайфутдинов Р.И., Бугрова О.В. - Оренбург 2007