



**Карагандинский Государственный
медицинский университет
Факультет непрерывного
профессионального развития**

**Кафедра терапии трансфузиологии
паталогической анатомии с курсом
повышения педагогической
квалификации**

Курсовая работа

**Исполнитель : слушатель
Сохарев Ю.О.**

**Презентация клинического случая
заболевания**

Хронический гломерулонефрит с нефротическим синдромом

Больной С

Возраст: 66 лет

Место работы: пенсионер

**Дата поступления и выписки :
с 01.03.12 г. по 28.03.2012 г**

Диагноз при поступлении:

**Хронический гломерулонефрит ,
смешанная форма. Фаза обострения**



Жалобы на момент поступления



На постоянные тупые, тянущие, двухсторонние боли в поясничной области не связанные с физической нагрузкой, отеки лица по утрам, выраженные отеки нижних конечностей, пастозность поясничной области и передней брюшной стенки; снижение выделения мочи (2-3 р./день, малыми порциями), никтурию (1-2 раз за ночь), периодическое повышение АД до 180/100 мм. рт. ст., одышку при быстрой ходьбе. Общую слабость, снижение аппетита, тошноту, головную боль, головокружение,



Анамнез заболевания

Считает себя больным с апреля 2009 года, когда после перенесенной вирусной инфекции появились отеки век, лица - преимущественно по утрам, никтурия. Обращался в поликлинику по месту жительства. Со слов больного, в моче присутствовал белок в количестве 0,845 г/л и было выявлено ускорение СОЭ до 33 мм/час. В б/х анализе крови: холестерин – 8,36 ммоль/л, общий белок – 50 г/л, креатенин - 0,108 ммоль/л. Отечный синдром имел преходящий характер, без склонности к прогрессированию. В августе 2009 г. после перенесенной ангины появились отеки лица и век, затем - на нижних конечностях и на пояснице; АД повысилось до 140/100 мм. рт. ст., с кризами до 160/90 мм. рт. ст. в анализах мочи в этот период наблюдалась протеинурия до 3,3 г/л, эритроцитурия 10 -12 в п/з, увеличение СОЭ до 44 мм/час. Был госпитализирован в нефрологическое отделение ОКБ, где впервые был установлен диагноз: Хронический гломерулонефрит. С этого времени ежегодно лечился стационарно в нефрологическом отделении. После проведенного лечения состояние оставалось удовлетворительным и стабильным в течении года на фоне приема глюкокортикоидов (преднизолон – 10 мг/сут). Повышение артериального давления беспокоит в течении 10 лет. Последние 4 года – до значительных цифр.

В августе 2011 г. при поступлении была выявлена протеинурия до 4,75 г/л, лейкоцитурия до 9-10-12 в п/з, эритроцитурия до 5-8-10 в п/з, в б/х анализе крови - гипопроteinемия до 50 г/л, креатенин 0,118 ммоль/л, мочевины – 8,88 ммоль/л. В связи с высокой активностью гломерулонефрита к терапии глюкокортикоидами был назначен сандиммун неорал по 100 мг 2 раза в сутки для постоянного приема и фозикард по 10 мг 2 раза в день в связи с частыми эпизодами повышения артериального давления до 190/100 мм. рт. ст.

Настоящее ухудшение в течении 10 дней, когда после вирусной инфекции появились отеки лица, нижних конечностей, пастозности поясничной области; повышения АД до 140/90 мм. рт. ст., с кризами до 180/100 мм. рт. ст. Госпитализирована в нефрологическое отделение ОКБ для уточнения диагноза и лечения

Граф-структура заболевания больного С

Симптомы, признаки, лечение	2009 г	2010 г	2011 г	2012 г
Отеки				
Макс. цифры повышения АД	160/90	160/90	180/100	180/100
Боли в пояснице				
Повышение СОЭ при обострении	44	30	38	40
Эритроцитурия в п/зр	10-12	8-10	8-10	10-15
Протеинурия г/л	0,84	3,3	4,75	2,45
Креатинин	0,108	0,118	0,118	0,187
Мочевина	-	8,22	8,88	11,94
Общий белок	50	60	50	63
Анализ мочи по Зимницкому	800,0 – 1010 350,0 - 1020	550,0 – 1015 450,0 - 1018	750,0 – 1012 450,0 - 1018	450,0 – 1012 550,0 - 1010
Дозировки ГКС в период между обострениями	Преднизолон 10 мг/сут	Преднизолон 10 мг/сут	Преднизолон 15 мг/сут	Преднизолон 15 мг/сут

Анамнез жизни

Туберкулез, венерические заболевания, гепатит у себя и родственников отрицает. Операций, травм, гемотрансфузий не было.

Аллергологический анамнез.

Аллергические заболевания в семье не отмечает.

Перенесенные заболевания: частые простудные заболевания, вирусные инфекции, обострения хронического тонзиллита

Реакции на введение сывороток, вакцин, лекарственных препаратов нет

Отмечает аллергические реакции на домашнюю пыль .

Лекарственной аллергии не отмечает.



Status praesens

Общее состояние больного удовлетворительное. Сознание ясное, положение в постели активное. Поведение больной обычное, на вопросы отвечает адекватно, легко вступает в контакт. Телосложение правильное, конституция нормостеническая, удовлетворительного питания. Рост 174 см, вес 78 кг. Кожные покровы обычной окраски, чистые, сухие. Мышечная система развита хорошо, тонус в норме, атрофий, дефектов развития, болезненности при пальпации нет. Кости черепа, позвоночника, конечностей, грудной клетки без искривлений. Движения в суставах свободные, ограничений нет.

Органы дыхания

Носовое дыхание свободно. Грудная клетка правильной формы; обе половины симметричны, одинаково участвуют в акте дыхания. Дыхание ритмичное, тип брюшной. ЧД = 18 движений в минуту. Пальпация: грудная клетка безболезненна, эластичная. При перкуссии – притупление в нижних отделах с обеих сторон. При топографической перкуссии патологии не выявлено. Аускультация – дыхание везикулярное, хрипов нет.



Сердечно - сосудистая система

При осмотре область сердца не изменена .Верхушечный толчок при пальпации в 5 м/р по с/к линии. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. При аускультации тоны приглушены, ритм правильный, Пульс = 88, ЧСС = 88 в минуту, АД= 140/80 мм.рт.ст.

Мочевыделительная система

При осмотре поясничной области патологических изменений не обнаружено. Почки и мочевой пузырь не пальпируются. Мочеиспускание не затруднено, безболезненно, никтурия до 3 - 4 раз за ночь. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Пищеварительная система

Живот увеличен за счет жировых отложений, мягкий безболезненный. Край печени у края реберной дуги справа, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Стул регулярный оформленный.

Нейроэндокринная система

Сознание больного ясное. Полностью ориентирован в пространстве и во времени, речь правильная. Координация движений не нарушена. Щитовидная железа не увеличена,.





Предварительный диагноз

**Хронический гломерулонефрит,
смешанная форма (нефротическая и
гипертоническая), стадия обострения.
ХПН-I.**

Артериальная гипертензия III ст.

Риск 4

Результаты лабораторно-инструментальных исследований

Общий анализ крови от 06.03.12 г

Нв 136 г/л, СОЭ - 40 мм/ч, Эр - $3,7 \times 10^{12}$ /л, Л - 18×10^9 /л, э-1%, п -2%, с- 60 %, л – 35 %, м-2 %, Тромбоциты. – $207,2 \times 10^9$ /л

Общий анализ мочи от 12.03.12 г

количество –100., желтая, сл/мут, щелочн, белок – 2,45 г/л, сахар – отр, уд. вес - 1010, плоский эпителий – ед. в п.з., лейкоциты- 1-2 - 6 в п.з. Эритроциты - 10 – 15 в п. Зр., цилиндры гиалиновые 4-5 в п/зр

Биохимический анализ крови от 12 .03.2012 г

мочевина - 11,94 ммоль/л,
креатенин – 0,187 ммоль/л
общий белок – 63 г/л

Анализ мочи по Зимницкому от 05.03.2012 г

1 порция – 450,0 - 1012
2 порция - 550 ,0 – 1010
Суточная потеря белка - 2,4 г

Анализ мочи по Нечипоренко от 08.03.2012 г

Лейкоциты – 2100
Эритроциты – 2000

Результаты лабораторно-инструментальных исследований

УЗИ почек от 21.03.2012 г.

Размеры: левая – 4,5х10,5 см, правая – 4,5х10,3 см. Контуры четкие, паренхима однородна, отечна. ЧЛС деформирована.
Заключение: деформация ЧЛС в обеих почках, признаки отека паренхимы почек

Исследование глазного дна от 22.03 2012 г

Сужение и извитость сосудов сетчатки, отек соска зрительного нерва

ЭКГ от 06. 02. 2012 г

Вольтаж средний. Горизонтальная ЭОС. Ритм синусовый. ЧСС – 82. Признаки гипертрофии левого желудочка





Клинический диагноз

**Хронический гломерулонефрит,
смешанная форма**

Стадия обострения. ХПН – I

Нефротический синдром.

Артериальная гипертензия III ст.

Риск 4

Обоснование клинического диагноза

Гломерулонефрит выставляется на основании отечного синдрома, выражающегося отеками лица (больше по утрам), нижних конечностей, пастозностью поясничной области и передней брюшной стенки, дизурического синдрома (снижение выделения мочи, никтурия до 2 раз за ночь); болевого синдрома, характеризующегося постоянными симметричными тупыми, тянущими, двухсторонними болями в поясничной области не связанными с физической нагрузкой.

Данных лабораторного исследования; в общем анализе мочи - микрогематурия (10-15 в п/зр), массивная протеинурия (2,45 г/л), лейкоцитурия (1-2--6 в п/зр), цилиндрурия (гиалиновые цилиндры до 4-5 в п/зр); Исследование мочи по Зимницкому: I – 450 мл, плотность – 1012, II – 550 мл, плотность – 1010 Никтурия, гипостенурия. Проба по Нечипоренко: одинаковое соотношение эритроцитов с лейкоцитами: лейкоциты/эритроциты = 1/1; на УЗИ почек отмечается незначительная деформация ЧЛС, признаки отека .

Обоснование клинического диагноза

Хронический выставляется на основании данных анамнеза: считает себя больным с 2009, когда впервые заметил отеки век, лица, никтурию, а при обследовании в моче была выявлена протеинурия (до 0,845 г/л), а в анализах крови значительное повышение СОЭ (до 33 мм/час) . В дальнейшем неоднократно лечился стационарно по поводу обострений.

Смешанная форма (нефротическая и гипертоническая): выставляется на основании сочетания признаков нефротической (отечный, болевой, дизурический синдромы) формы и синдрома артериальной гипертензии (АД - 140/90 мм. рт. ст., в анамнезе кризы до 180/100 мм. рт. ст.).

На ЭКГ – ритм синусовый, вольтаж средний, гипертрофия левого желудочка. При исследовании глазного дна - сужение и извитость артерий , отек соска зрительного нерва.

Фаза обострения выставляется на основании жалоб больного на ухудшение самочувствия в течении двух недель после вирусной инфекции, появление отеков лица, нижних конечностей, пастозности поясничной области, живота; повышение АД до 140/90 мм. рт. ст., с кризами до 190/100 мм. рт. ст.;

Обоснование клинического диагноза

данных лабораторного исследования: ОАК – СОЭ – 40 мм/час, Лейкоциты – 18×10^9 /л, ОАМ - лейкоциты- 1-2 - 6 в п.з. Эритроциты - 10 – 15 в п. Зр., цилиндры гиалиновые 4-5 в п/зр

ХПН - I выставляется на основании жалоб больного на отеки, снижение диуреза, слабость, головную боль, снижение аппетита, тошноту. Данных анамнеза заболевания о длительности и степени выраженности процесса. Из лабораторных данных: креатинин крови - 0,187 ммоль/л. мочевины крови - 11,94 ммоль/л.

Артериальная гипертензия III ст выставляется на основании данных анамнеза (повышение давления в течении 10 лет) и цифр повышения артериального давления (до 180/100 мм/рт ст.), подтвержденных при стационарном лечении.

Риск 4 выставляется на основании уровня повышения артериального давления и наличия поражения «органов – мишеней» (изменения сосудов сетчатки и наличие гипертрофии миокарда)



Лечение

Режим I

Стол 7 (с ограничением жидкости и соли)

Преднизолон 90 мг в/в+NaCl 0,9%-200,0 мл N 5

**Преднизолон 20 мг в сутки в течении 5 дней и 10 мг в
сутки 10 дней**

Фозикард 10 мг х 2 раза в день

Цефазолин по 1 г х 2 раза в день в/м – 7 дней



Благодарю за просмотр

