

ФГБОУ ВО Российский национальный исследовательский
медицинский университет имени Н. И. Пирогова

Лечебный факультет
Кафедра госпитальной терапии № 1

Демонстрация клинического случая пациентки с системной склеродермией и хронической болезнью почек.

Докладчик: Баканова Ю.В. группа 1.6.09А
Преподаватель: к.м.н., доцент Теплова Н.Н.
д.м.н., профессор Теплова Н.В

Пациентка Поплавская Г.Н., 07.11.1964 г.р. в возрасте 53 лет, поступила в нефрологическое отделение 15 ГКБ 29.11.2017

Жалобы при поступлении: на отеки левой нижней конечности и культы правого бедра, слабость

Анамнез: В 1985г диагностирована системная склеродермия, с этого периода принимает ГКС.

В 1993г – некроз пальцев правой стопы с последующей ампутацией.

В 1998г эндопротезирование левого тазобедренного сустава в связи с переломом шейки бедра.

В 2000г - ОНМК с нарушением слуха.

В 2006г синдром мальабсорбции, анемия.

В 2008г ампутация правой нижней конечности в нижней трети в связи с влажной гангреной правой голени.

В июне 2010г – окклюзия поверхностной большеберцовой артерии слева, применялся актовегин, трентал с положительным эффектом. Лечение синдрома Рейно-лечение вазопропаном.

В период с 25.05.2015 по 15.06.2015 находилась на стационарном лечении в 18 ревматологическом отделении ГКБ № 4 по поводу ССД

В 2016 оперирована в ГКБ № 15 по поводу острого деструктивного холецистита с развитием перитонита.

В период с 18.11.2017 по 29.11.2017 находилась на стационарном лечении в 10 ХО ГКБ № 15 по поводу острого левостороннего илеофemorального тромбоза.

Вредные привычки: отрицает

Наследственность: не отягощена

Аллергоanamнез: отрицает

В настоящее время находится на лечении в нефрологическом отделении ГКБ № 15

Объективно: Температура 36,7

Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Положение-вынужденное (сидит в постели). Телосложение правильное. Кожные покровы бледные. Ампутирована правая нижняя конечность на уровне нижней трети бедра. Влажность кожного покрова нормальная. Лимфоузлы не увеличены. Отеки голеней, левой стопы. Мышцы безболезненны. Суставы без патологии.

Органы дыхания: форма грудной клетки правильная, равномерно участвует в акте дыхания, пальпация ее безболезненная. Дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет, ЧДД 18 в минуту.

Органы кровообращения: АД 140/90 мм.рт.ст. ЧСС 90уд/ мин, ритмичные. Область сердца не изменена, граница сердца в пределах нормы, шумов нет. Пульсация периферических сосудов не сохранена.

Органы пищеварения: язык чистый, глотание свободное, живот увеличен за счет асцита. Симатом Ортнера, Мюсси отрицательные. Печень не увеличена. Стул нормальный.

Органы мочевыделения: Диурез адекватный. Сиптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, никтурии нет.

Неврологический статус: сознание ясное, менингеальных симптомов нет, очаговой симптоматики нет.

Клинический диагноз:

Основной: Системная склеродермия, хронического течения, лимитированная форма. CREST –синдром. Хроническая болезнь почек стадия С3а.

Осложнения: нефротический синдром. Медикаментозный синдром Кушинга.

Сопутствующие: Острый левосторонний илеофemorальный тромбоз от 18.11.2017 года. Гипертоническая болезнь I степени III стадии.

Диагноз поставлен на основании жалоб, анамнеза, данных осмотра и лабораторных показателей.

План обследования: ОАМ, суточная протеинурия, ОАК, Б/Х крови, проба Реберга, ЭКГ, УЗИ брюшной полости

Общий осмотр

Общее состояние: средней степени тяжести, телосложение: правильное, питание нормальное, кожный покров обычной окраски, чистый, цианоза нет, мышечный тонус сохранен, зев чистый, миндалины не увеличены, периферические лимфоузлы не увеличены, молочные железы в Н. Отеки голеней и стоп.

Органы дыхания: ЧДД 16 в минуту. Грудная клетка правильной формы, перкуторный звук лёгочный. Дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет

Органы кровообращения: пульс 90 уд/мин удовлетворительного напряжения. ЧСС 90 уд/мин ритм правильный. Тоны сердца приглушены. Верхушечный толчок в 5 межреберье по среднеключичной линии. АД 140/90 мм.рт.ст. Патологическая пульсация не определяется. Границы сердца: верхняя-3 ребро, правая-правый край грудины, левая +1 см снаружи от левой средне-ключичной линии, шумов нет.

Органы пищеварения: язык влажный, чистый. Живот обычной формы, мягкий безболезненный при пальпации. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень: не увеличена. Размеры по Курлову: 9*8*7. Желчный пузырь безболезненный. Селезенка перкуторно определяется на уровне 9 ребра, не пальпируется.

Органы мочеиспускания: мочеиспускание свободное, безболезненное. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания: отрицательный с обеих сторон.

Диагноз: Системная склеродермия, хронического течения, лимитированная форма. CREST – синдром. С-м Шегрена Хронический болезнь почек стадия С3а Сопутствующие: острый левосторонний илеофеморальный тромбоз от 18.11.2017 года. Гипертоническая болезнь 1 степени III стадии.

УЗИ органов брюшной полости и почек

Исследование проведено на аппарате ESAOTE3.5 мгц

Ф.И.О. Поплавская Г. Н. Возраст 53 года

Дата исследования: 1 декабря 2017 г. Отделение: 21 нефр. История болезни № 93998

Акустическая доступность ограничена из-за газовых помех.

Разобшение листков брюшины по латеральным каналам, в полости малого таза, межпетельно. Разобшение листков плевры лежа справа до 5,5см

ПЕЧЕНЬ: размеры: правая доля 12,0 см. левая доля 6,0 см;

Контур ровный;

Структура паренхимы однородная;

Эхогенность средняя;

Объемные образования не выявлены;

Портальная вена 0,8 см. нижняя полая вена не расширена, коллабирует при дыхании более 50%, печеночные вены не расширены.

ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ: удален оперативно;

Общий желчный проток 0,5 см;

ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА; экранирована кишечником

СЕЛЕЗЕНКА: акустически недоступна.

ПОЧКИ: размеры: правой почки 12,0x5,2см; левой почки 11,5x5,5см;

Толщина паренхимы правой почки 1,7см; левой почки 1,7см ;

Кортико-медуллярная дифференцировка сохранена, выделенность пирамид:

Эхогенность паренхимы немного повышена;

Контур неровный;

Подвижность сохранена; Расположение типичное;

ЧЛС правой почки не расширена;

левой почки не расширена;

Объемные образования в правой почке не выявлены;

в левой почке не выявлены;

Конкременты не выявлены;

ОБЛАСТЬ НАДПОЧЕЧНИКОВ не изменена

БРЮШНАЯ АОРТА не дифференцируется

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: УЗ – признаки состояния после холецистэктомии, диффузные изменения паренхимы почек, свободная жидкость брюшной полости, правосторонний плевральный выпот, выраженный пневматоз кишечника.

Клинический анализ мочи от 30.11.2017.

Цвет	Желтая		бесцветный - темно-желтый	
Прозрачность	Полная		прозрачная	
Реакция	5,5	pH	5.0-7.0	Кислая
Относительная плотность	1,007	г/л	1.003 — 1.030	
Белок	1,00*	г/л	0,00 — 0,15	
Глюкоза	0	ммоль/л	0.0 — 0.0	Отрицательно
Лейкоциты	0	Лей/мкл	0.00 — 25,00	Отрицательно
Эритроциты	0	Эр/мкл	0.00—10.00	Отрицательно
Нитриты	0	мг/дл	отрицательно	Отрицательно
Кетоны	0	ммоль/л	0.0 — 0.0	Отрицательно
Уробилиноген	3,2	мкмоль/л	0.0—17.0	
Билирубин	0	мкмоль/л	0-3	Отрицательно

ОАК от 01.12.2017г

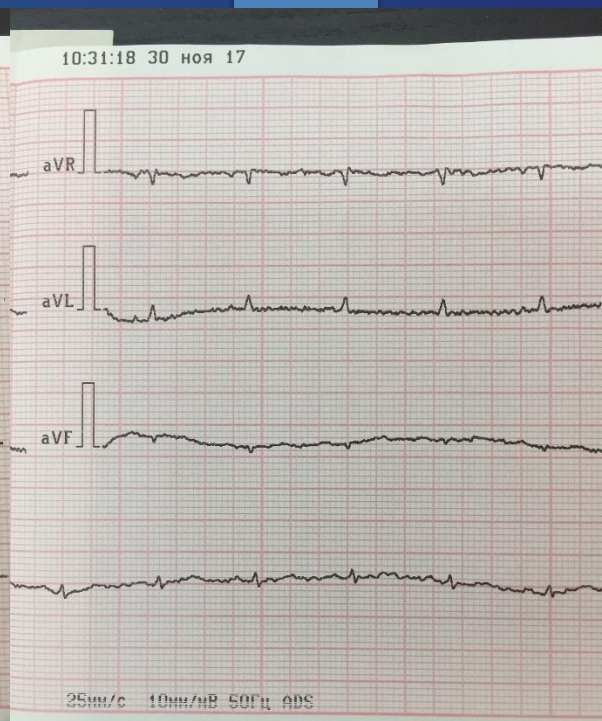
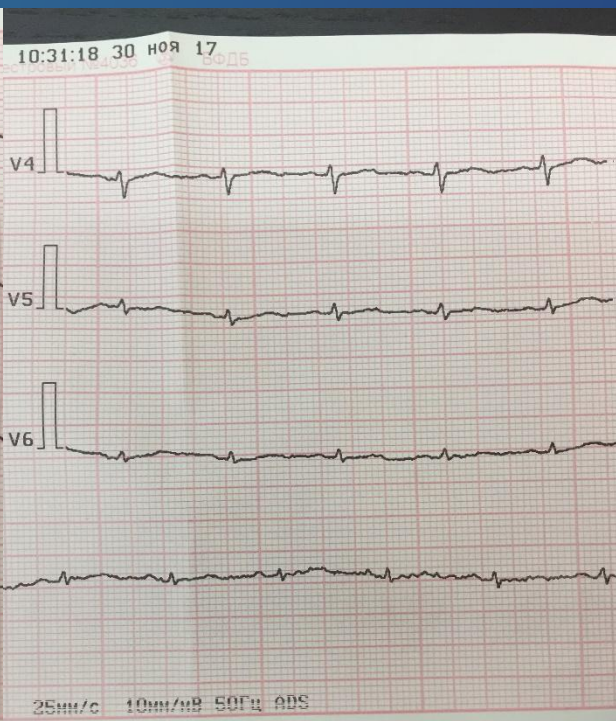
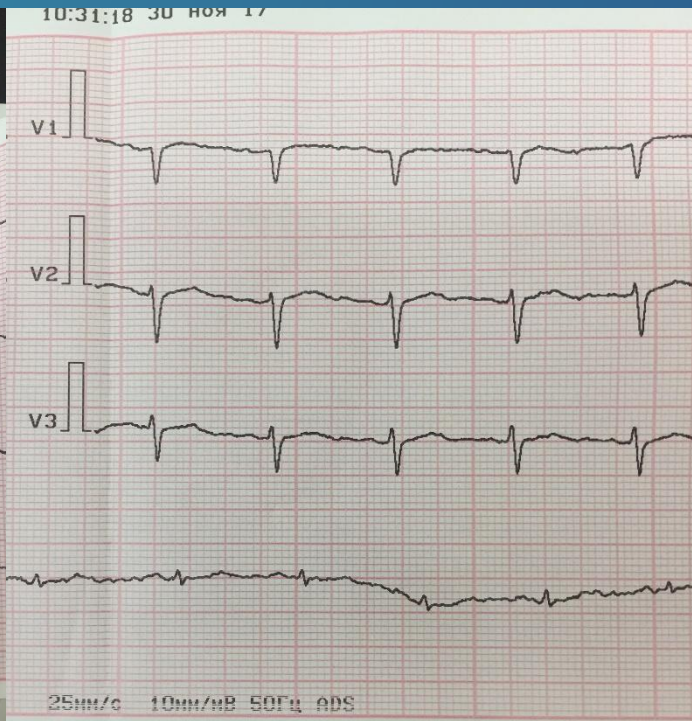
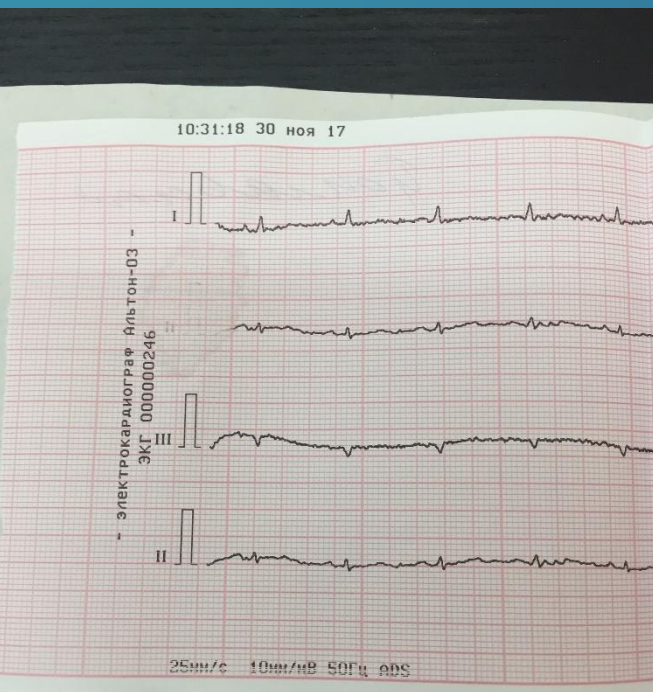
Гемоглобин	82	Г/л	120-140
Эритроциты	4,6	10*12/л	3,9 – 4,7
Гематокрит	0,30	L/L	0,36-0,42
Средний объём эритроцита	64,4	Фл	80,0-100,0
Среднее сод. Гемоглобина в эритроците	17,8	Пг	27,0-31,0
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците	277	Г/л	320-380
Ширина распрд. Эритр. По V	22,0	%	11,5-14,5
Тромбоциты	262	10*9/л	150-450
Средний объём эритроцита	7,7	Фл	7,6-10,8
Лейкоциты	9,1	10*9/л	4,0-9,0
Миелоциты %	1	%	0-0
Палочкоядерные %	5	%	1-6
Сегментроядерные	74	%	47-72
Эозинофилы %	1,0	%	0,0-5,0
Моноциты %	6	%	3-12
Лимфоциты %	13	%	19-37
Миелоциты (абс)	0,09	10*9/л	0-0
Палочкоядерные (абс)	0,46	10*9/л	0,06-0,62
Сегментоядерные (абс)	6,76	10*9/л	1,94-6,88
Эозинофилы (абс)	0,09	10*9/л	0-0,5
Моноциты (абс)	0,55	10*9/л	0,3-1,1
Лимфоциты (абс)	1,19	10*9/л	1,12-3
СОЭ по Вестергрену	Нет	Мм/час	0-30

Биохимия крови от 01.12.2017

Общий белок	30,0*	г/л	I 66,0 — 88,0
Альбумин	16,9*	г/л	34,0 — 50,0
Альбумино-глобулиновый коэффициент	1,3	Ед.	1,0-20
Мочевина	4,35	ммоль/л	3,50 — 7.20
Креатинин	62,0	мкмоль/л	53.0 — 97.0
Мочевая кислота	320	мкмоль/л	155 — 357
Холестерин	5,12	ммоль/л	3.10 — 5.20
Триглицериды	1,98	ммоль/л	0.40 — 2.30
Билирубин общий	1,0*	мкмоль/л	1,7 — 21,0
Калий (сыворот.)	5,60*	ммоль/л	3,50 — 5,10
Натрий	142,0	ммоль/л	135,0 — 151.0
Кальций общий	1,67*	ммоль/л	2.15 — 2,57 I
Железо	5,0*	мкмоль/л	7.0 — 30.4 I
С-реактивный белок	7,11*	мг/л	0,00 — 5.00
Объем мочи (проба Реберга)	1 900*	мл/сут	2 000 — 3 000
<i>Проба Реберга</i>			
Креатинин в разведенной моче суточный	22,0	мкмоль/л	
Клубочковая фильтрация	46.8*	мл/мин	60.0— 160.0
Минутный диурез	1,32	мл/мин	
Канальцевая реабсорбция	97,2*	%	97.0 — 0.0

Суточная протеинурия

Анализ	Результат	Ед.изм.	Пределы
Объем мочи	1 900*	мл/сут	2 000 — 3 000
Общий белок в моче	1,90*	г/л	0,00 — 0,15
Общий белок в моче суточный	3,61*	г/сут	0,03 — 0,15



План лечения:

Основными направлениями медикаментозного лечения хронического течения системной склеродермии является сосудистая, антифиброзная и иммуносупрессивная терапия.

Метипред 4 мг -1 табл

Плаквенил (аминохинолон) 200 мг – 1 табл (сочетает в себе противовоспалительные и умеренные иммуносупрессивные эффекты гидроксихлорохина)

Трентал 100 мг – 3 раза в день, Актовегин 10 мл- 2 раза в/в кап

Эналаприл 5 мг – 2 р,

Нифедипин (произв. дигидропиридина) 20 мг (среди всех БКК проявляют наибольшую селективность в отношении гладкомышечных клеток сосудов и соответственно дают вазодилатационный эффект

Омез 20 мг, мезим 3 р/день по 1 табл

Дневник

05.12.17. Состояние ср ст тяжести. На момент осмотра жалобы на слабость, головокружение, потерю аппетита. Дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный, отмечается симптом флюктуации. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул в норме. Диурез 2600 мл за сут. АД 120/85 мм рт ст. Р 81 уд в мин. ЧД 16 в мин

Проводится лечение в соотв. с назначениями лечащего врача.

Рекомендации по лечению

Адекватный контроль АД занимает основное место в лечении склеродермического почечного криза. Дозу лс (иАПФ) подбирают таким образом, чтобы сохранять диастолическое давление на уровне 85-90 мм рт ст и систолическое на уровне 130 мм рт ст.

Следует избегать чрезмерного снижения АД и гиповолемии, которые могут привести к снижению почечной перфузии и острому некрозу канальцев.

В случае прогрессирования почечной недостаточности (20-50 % больных) необходим гемодиализ.