

Больной К., 1976 г.р.

Хабаровск

30.10.2015

Клинико-морфологический разбор

Захарова Е.В., Столяревич Е.С.

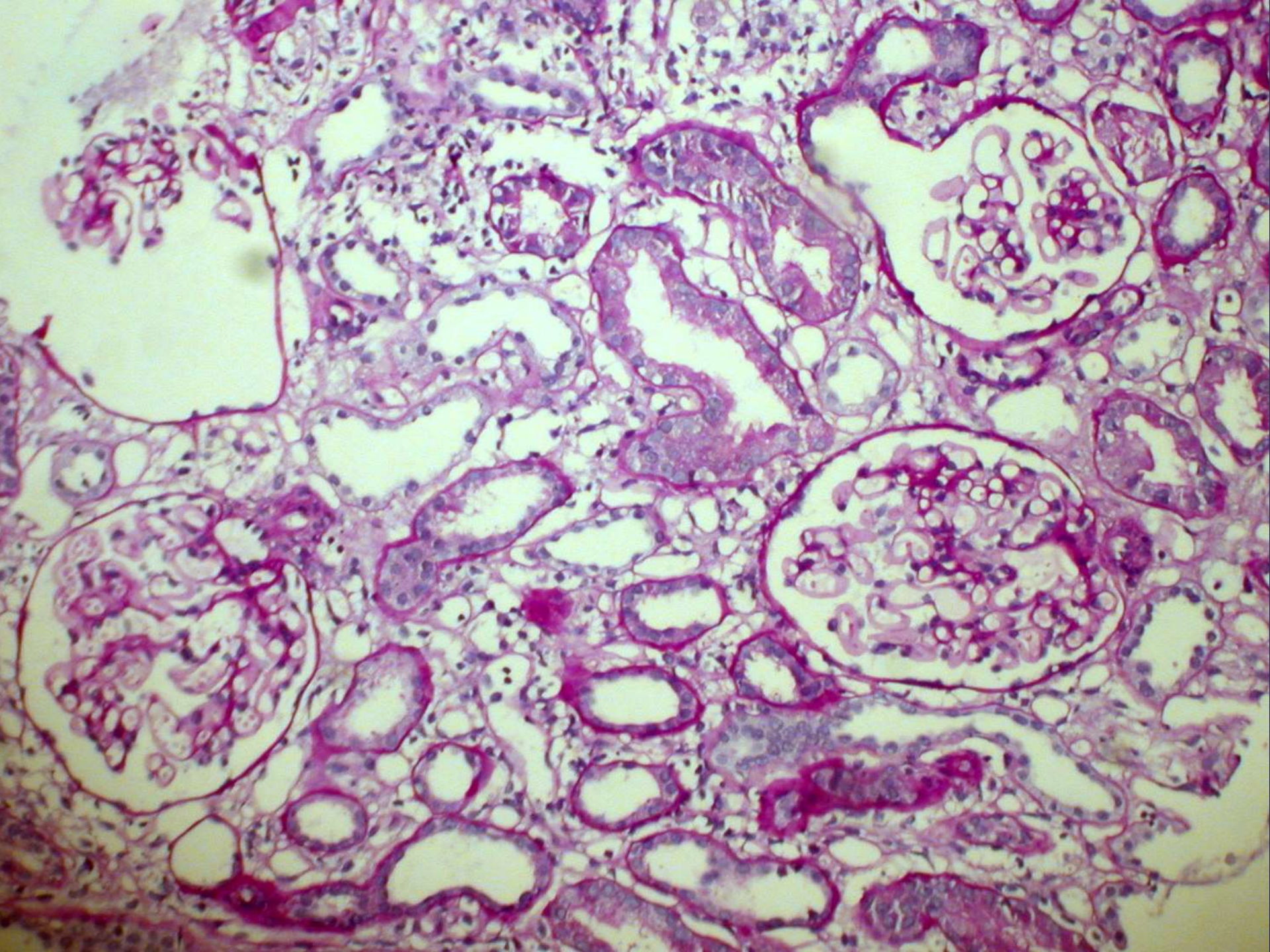
*Поступил в 24 нефрологическое отделение 09.09.2015*

Жалобы на учащенное мочеиспускание, снижение аппетита, потерю в весе, осиплость голоса, покраснение глаз.

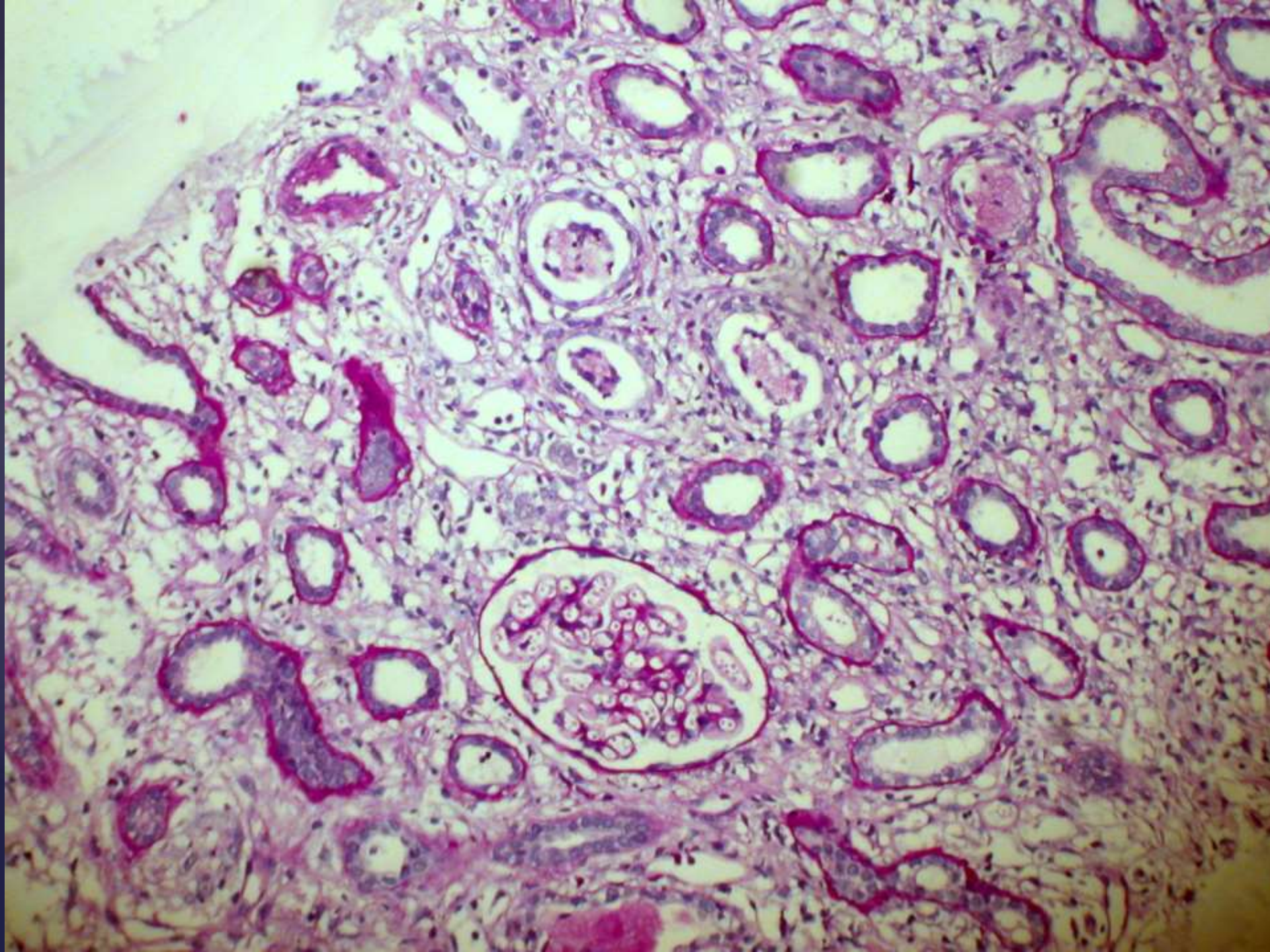
В анамнезе: хронический геморрой, несколько лет назад – острая пневмония

- В начале 2014г. без видимой причины появились эритематозные высыпания на коже, отеки нижних конечностей, ликвидировавшиеся на фоне гомеопатического лечения
- В марте 2014г. – обострение хронического геморроя, экстренно оперирован
- С этого времени появился субфебрилитет, неприятные ощущения в грудной клетке, отметил осиплость голоса, стал терять в весе
- При амбулаторном обследовании выявлено повышение креатинина крови
- В августе 2015г. обследован в 119 МСЧ, выявлен конкремент левой почки, выполнена перкутанная нефролитотомия
- В связи с сохраняющейся гиперазотемией при повторной госпитализации выполнена пункционная биопсия

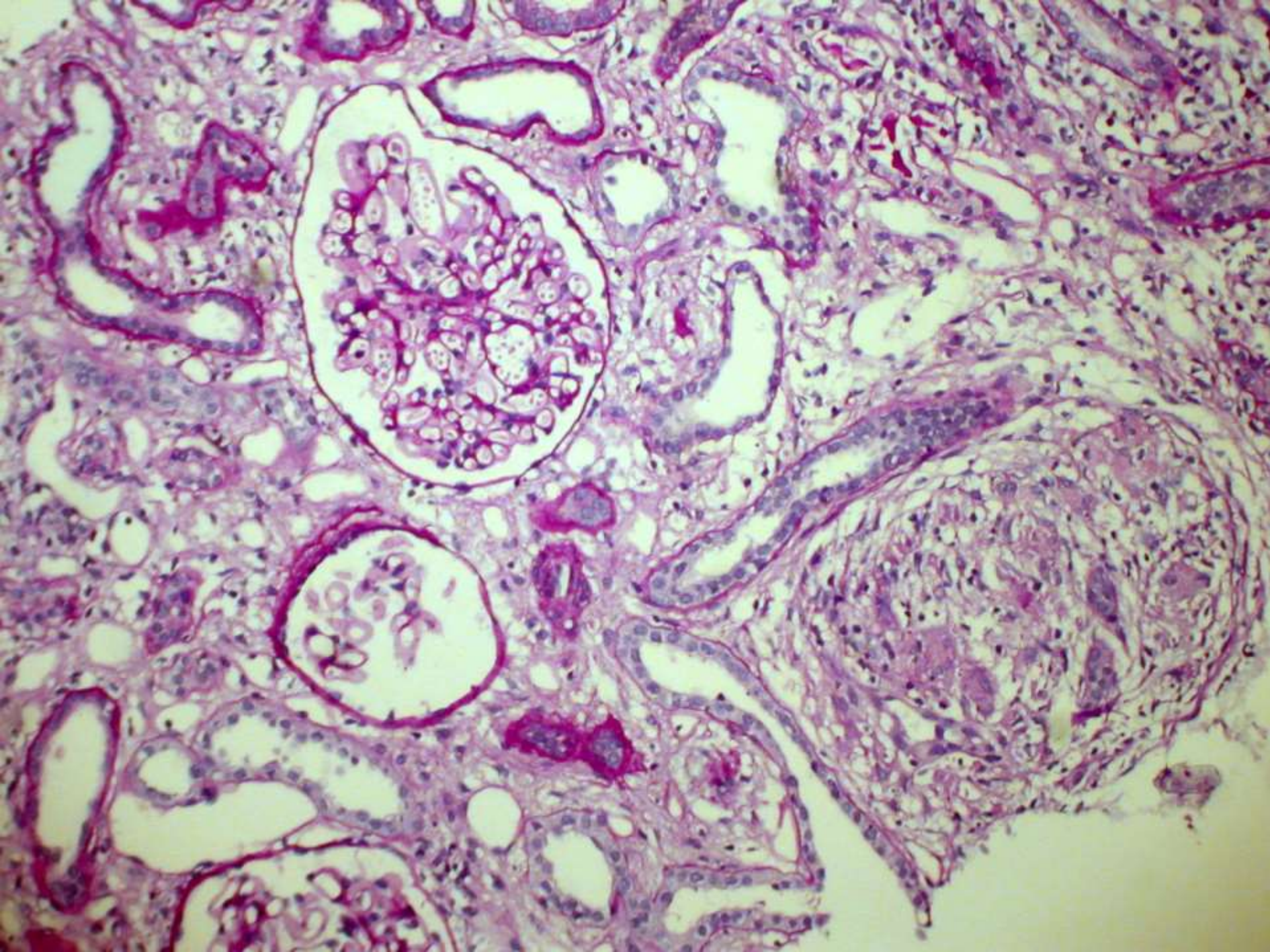




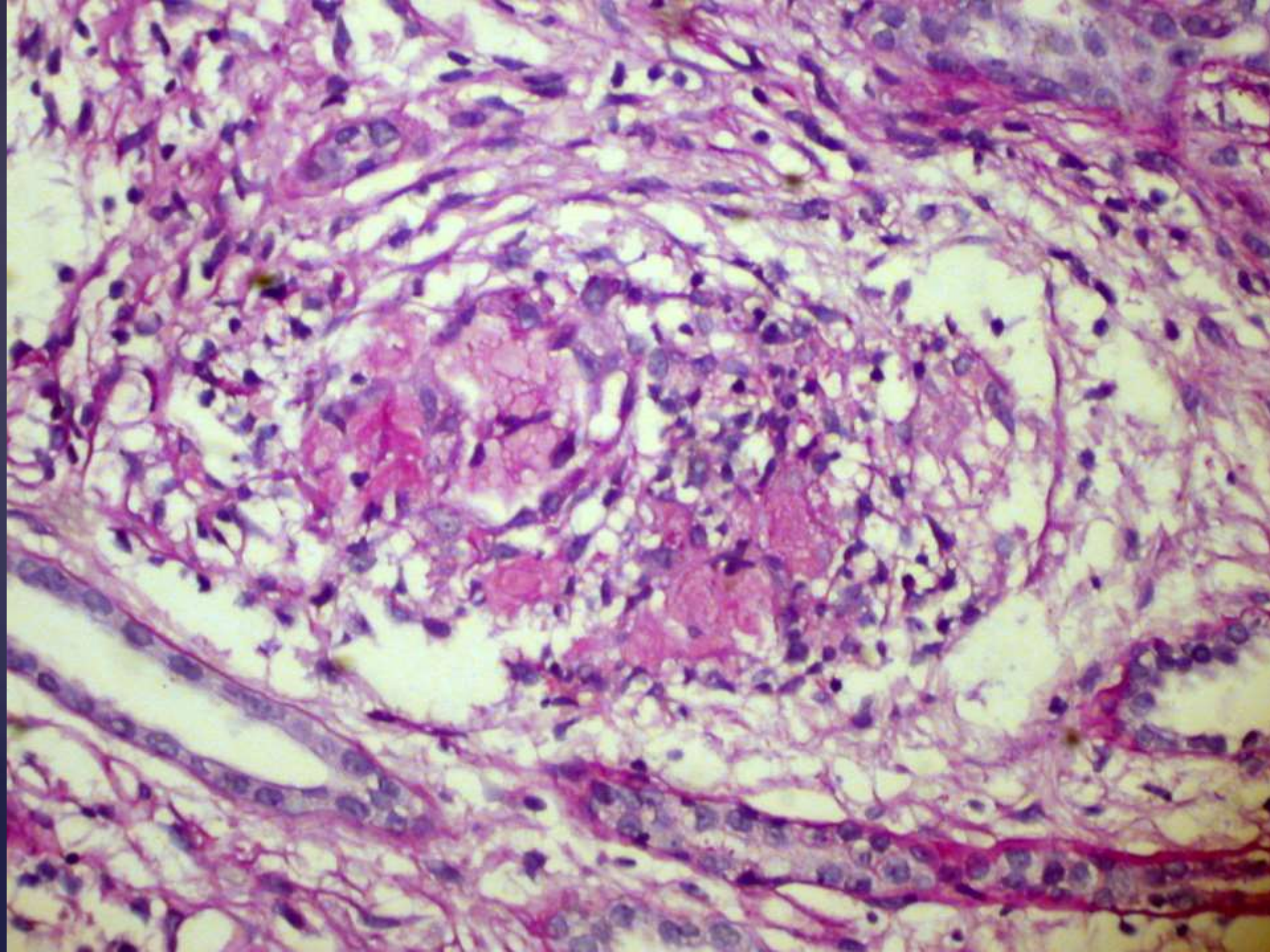




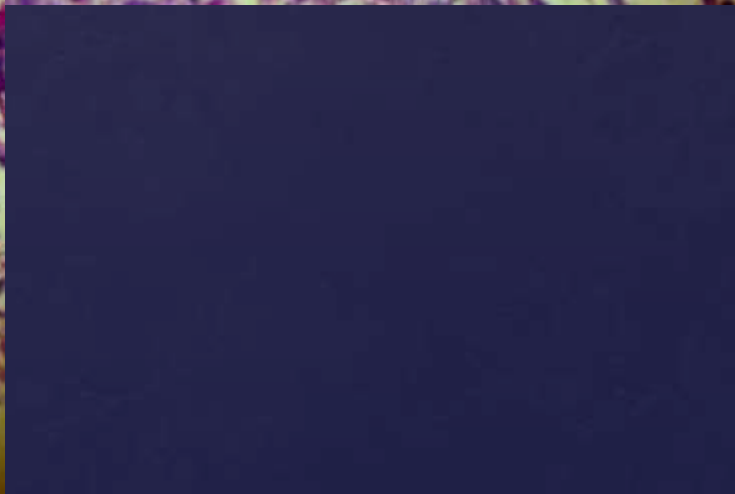
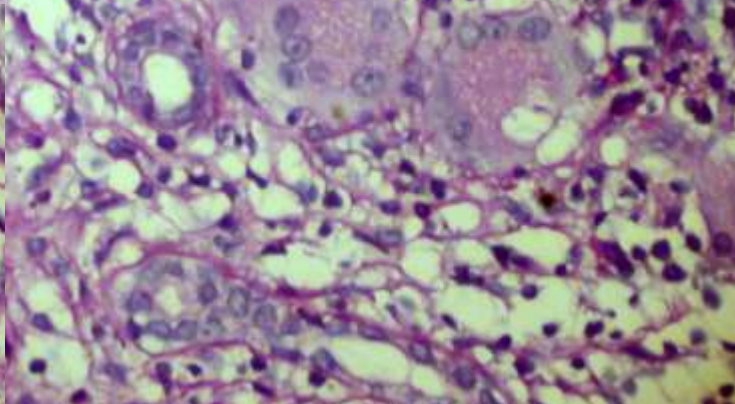
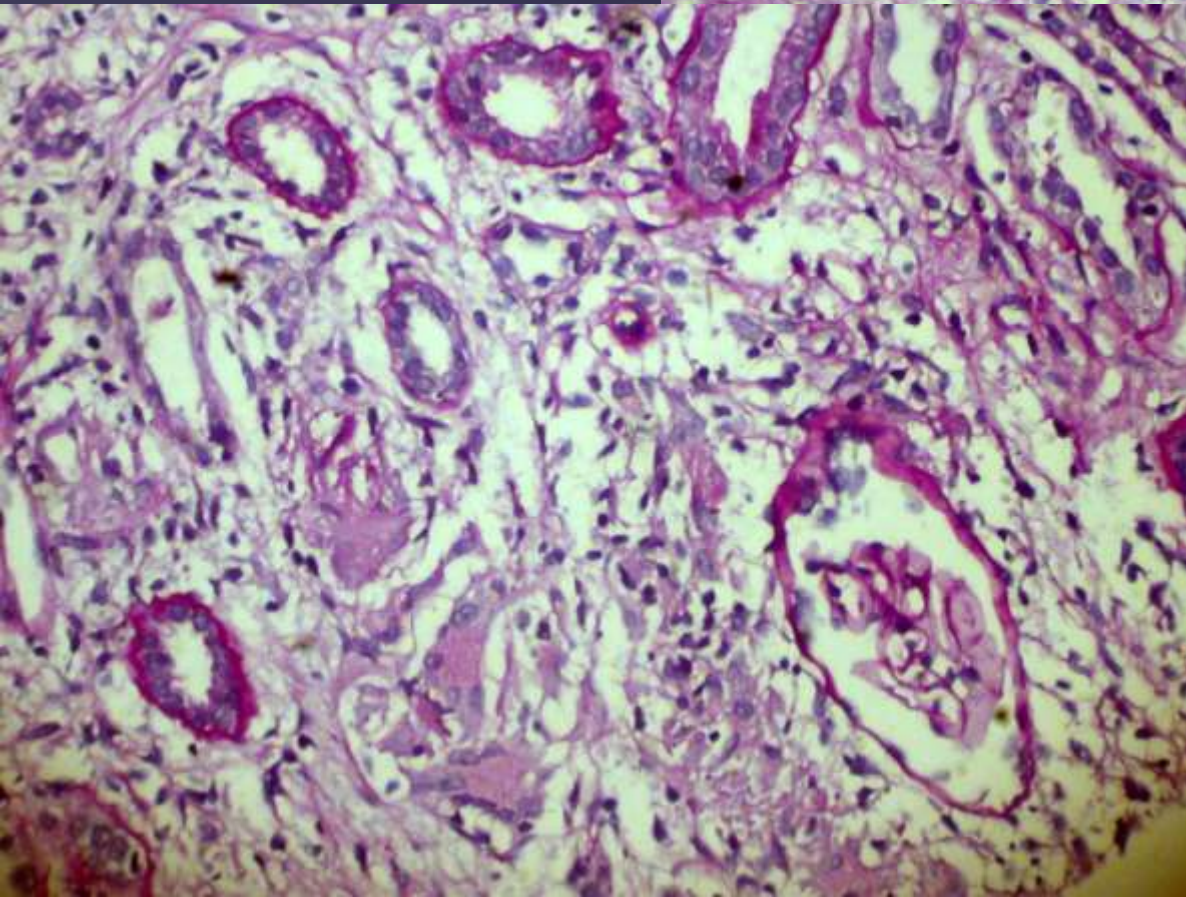
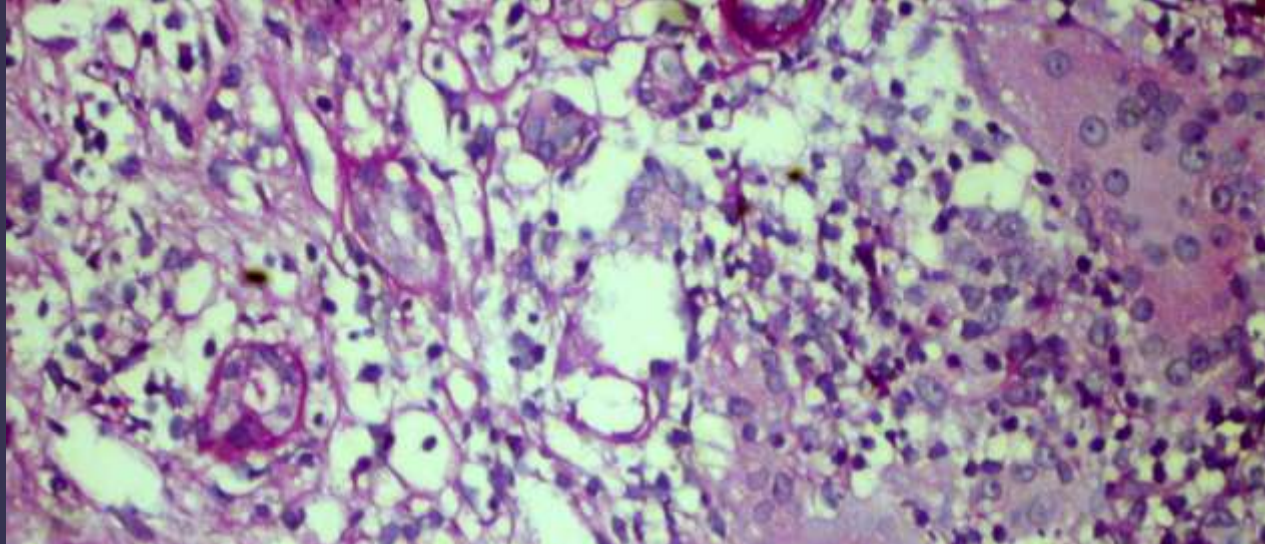




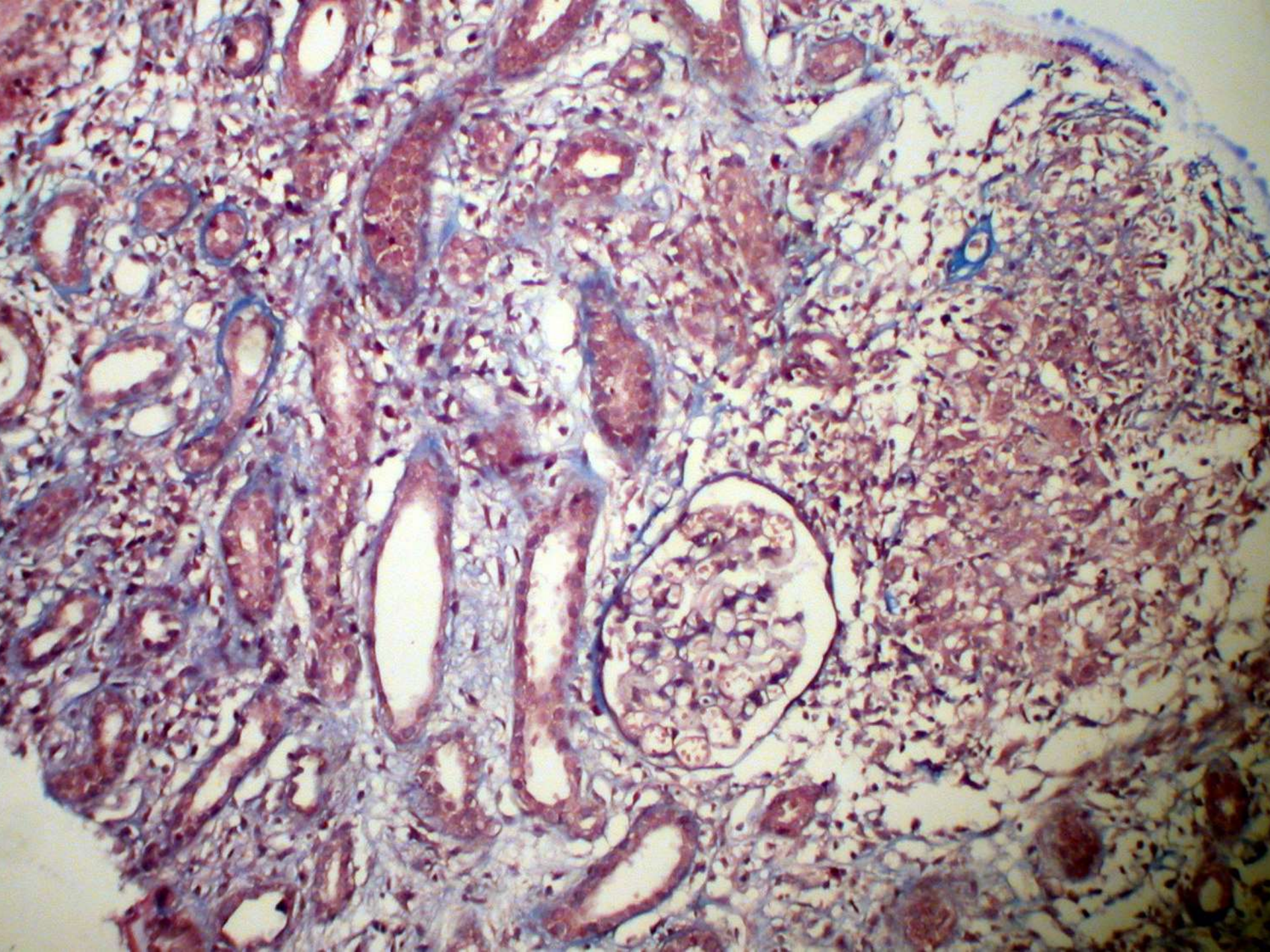














- ⌘ В препарате 16 клубочков, клубочки выглядят малоизмененными. Стенки капиллярных петель не утолщены, одноконтурные. Проллиферативных изменений нет.
- ⌘ Диффузно-очаговая лимфогистиоцитарная инфильтрация интерстиция без явной тенденции к инвазии в канальцы. В интерстиции имеется множество крупных гранулем, состоящих из эпителиоидных клеток и гигантских многоядерных клеток, без выраженной лимфоидноклеточной реакции на периферии. Отек и диффузно-очаговый склероз интерстиция с атрофией канальцев, распространенность которых трудно оценить из-за выраженного отека и инфильтрации.
- ⌘ Артерии и артериолы – без особенностей.
- ⌘
- ⌘ Иммунофлюоресценция (БП 46344-51):
- ⌘ IgG -нет
- ⌘ IgA -нет
- ⌘ IgM – нет
- ⌘ C1q – нет
- ⌘ C3 – нет
- ⌘ Карра - нет
- ⌘ Lambda – нет
- ⌘ Фибриноген – нет
- ⌘
- ⌘ Заключение: Гранулематозный интерстициальный нефрит
- ⌘
- ⌘ Комментарии: Данная морфологическая картина наиболее характерна для саркоидоза, однако нельзя полностью исключить лекарственный нефрит, тубулоинтерстициальный нефрит с увеитом и туберкулез.
- ⌘



- При дообследовании: тромбоцитоз при отсутствии анемии, небольшая гиперэозинофилия, повышение СРБ
- АНЦА – в пределах нормы
- Анализ мочи без патологии, за исключением снижения удельного веса
- Направлен на консультацию в ГКБ им. Боткина
- Заключение: у больного с гранулематозным интерстициальным нефритом с нарушением функции почек дифференциальный диагноз следует проводить между саркоидозом, ТИНУ, туберкулезом и АНЦА-ассоциированным АНЦА-негативным васкулитом
- Рекомендовано дообследование:
  - КТ ОГК и шеи
  - кровь на кальций
  - консультация ЛОР, окулиста, фтизиопульмолога



- КТ ОГК: диффузные изменения ткани обеих легких, внутригрудная лимфаденопатия. КТ-картина может быть обусловлена саркоидозом
- КТ мягких тканей шеи и гортани с фонацией: образование в области голосовой щели слева?, слизистое содержимое?. При фонации достоверных данных за наличие внутрипросветных образований не получено
- Кальций крови общий 3,39 ммоль/л
- ЛОР, окулист – патологии не найдено
- Консультация в МГНПЦБТ: генерализованный саркоидоз с поражением ВГЛУ, легких и почек, активная фаза. Рекомендовано проведение кортикостероидной терапии
- Повторно консультирован нефрологом в ГКБ им. Боткина, в связи с наличием выраженной гиперкальциемии экстренно госпитализирован



**При поступлении:** в ясном сознании, грубой очаговой неврологической симптоматики нет. Пониженного питания. Кожа умеренно бледная, с сероватым оттенком. Отеков нет. Склеры инъецированы. Голос сиплый. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены. ритм правильный ЧСС 80 в 1 мин., АД 130\80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание учащенное, никтурия, диурез до 2 л\сутки

Л x10 <sup>9</sup> /л	Эр x10 <sup>12</sup> /л	Нв (г/л)	Тр x10 <sup>9</sup> /л	п/я %	с/я %	лц %	м %	э %	СОЭ мм/ч
7,81	4,01	114	417	3	65,4	15,5	10,9	5,8	36

Цвет	Отн.пл.	Реакция	Белок г/л	Глюкоза ммоль/л	Л в п/з	Эр в п/з	Ц в п/з
Желт	1,008	7.0	0,37	2,6	40-45	1-3	-

**Посев мочи на бактериурию:** нет роста флоры.



Билирубин об. мкмоль/л	12
Глюкоза ммоль/л	4,6
О.белок г/л	61
Альбумин г/л	31
Мочевина ммоль/л	7,2
<b>Креатинин мкмоль\л</b>	<b>249</b>
АЛТ у/л	24
АСТ у/л	17
Щелочная фосфатаза у/л	128
ГГТП у/л	67
Холестерин моль/л	5,96
ТГ ммоль/л	1,72
Сыв.железо мкмоль/л	17
Трансферрин г\л	1,59
Ферритин мкг\л	109,6
<b>Кальций++ ммоль/л</b>	<b>1,63</b>
Фосфор ммоль/л	0,98
Калий ммоль/л	3,3
Натрий ммоль/л	138
Хлор ммоль\л	111
рН	7,3



**ЭКГ:** Синусовый ритм, ЧСС 68 в 1 мин., нормальное положение ЭОС.

**УЗИ органов брюшной полости и почек:**

- Умеренная гепатоспленомегалия.
- Почки. Правая опущена, левая типично, форма бобовидная, контуры четкие. Rd 132x50 мм; ТСП 22 мм. Rs 145x63 мм; ТСП-25 мм. Эхогенность паренхимы повышена. ЧЛС: левая лоханка 15 мм, чашечки 10 мм; правая лоханка 20 мм, чашечки 18 мм. Конкременты: правая 5 мм в средней чашечке; левая - множественные до 7 мм
- Объемные образования не дифференцируются
- Забрюшинные лимфатические узлы не визуализируются
- Свободная жидкость в брюшной полости не определяется

**УЗИ щитовидной железы, периферических лимфоузлов :**

Диффузные изменения щитовидной железы

**ЭГДС:** ГПОД. Хронический гастрит с очаговой атрофией



**ЛЕЧЕНИЕ:** физ. р-р в/в 1600 мл/сутки, преднизолон 40 мг внутрь, омез, альмагель

Самочувствие существенно улучшилось, при выписке кальций<sup>++</sup> 1,29 ммоль \ л, креатинин 190 мкмоль \ л

Выписан 24.09.2015

### Клинический диагноз:

Саркоидоз с поражением легких, внутригрудных лимфоузлов и почек; гранулематозный интерстициальный нефрит, гиперкальциемия, ОПП в стадии обратного развития.

Состояние на фоне проводимой кортикостероидной терапии. МКБ, мелкие конкременты обеих почек.

13.10.2015 при контрольном обследовании:

- КТ ОГК - улучшилась прозрачность легочной ткани
- Креатинин 124 мкмоль
- Кальций общий 2,24 ммоль \ л
- Начато постепенное снижение дозы преднизолона