

CONCLUSIONS: In 2 cases such symptoms took place: positive rebound tenderness symptoms, increasing leukocytosis, fever, and increased activity of nephritis. Case 1: the diagnostic laparoscopy was necessary, in connection with presence of obvious symptoms of acute appendicitis and necessity of painful syndrome differentiation. Case 2: Taking into consideration previous anamnesis, localization of pains, CT-sings of hematoma, conservative treatment with subsequent selection immunosuppressive drugs was spent.

KEYWORDS: Nephrotic syndrome, differential diagnostic, acute surgical pathology.

Кардиоренальный синдром у лиц молодого возраста - описание клинического случая

Бахтиярова Г.К.

Клинико-диагностический центр МКТУ г. Туркестан, Казахстан

ВВЕДЕНИЕ. Кардиоренальный синдром (КРС, в англоязычной литературе cardiorenal syndrome) – состояние, при котором есть патофизиологические изменения сердца и почек, представленные острой или хронической дисфункцией в одном органе, вызывают острые или хронические дисфункции в другом органе. В зависимости от первопричины развития КРС различают пять типов и не является нозологической формой. У многих пациентов КРС в основном проявляется в пожилом и старческом возрасте.

ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ: больная 25 лет, с жалобами кашель с трудноотделяемой мокротой, затрудненный выдох, одышку при подъеме на 2-й этаж, выраженную общую слабость, недомогание, учащенное сердцебиение, быструю утомляемость, периодически головные боли, отечность нижних конечностей и поясничной области по типу анасарки, увеличение живота за счет жидкости в брюшной полости, резкую боль при пальпации нижних конечностей, правом подреберье, пастозность лица, иктеричность склер, боль в костях, имеющая клинические проявления нефротического синдрома, отечно-асцитического синдрома, дыхательно-сердечной недостаточности, обструктивного синдрома. В результате обследования было выявлено прогрес-

сирование повреждения клапанов сердца (выраженная дилатация правых полостей, дилатация основания легочной артерии и НПВ. Регургитация на ТК (++) и на КЛА (++) . пиковая ДАА — 35 мм.рт.ст. Легочная гипертензия. Выпот в полости перикарда V – 150-200мл.), нарастание явлений сердечной недостаточности (одышка, массивные отеки периферические, застой по большому кругу кровообращения, асцит, акроцианоз), повреждения функции почек (протеинурия, эритроцитурия). Больная регулярно принимала - дигоксин, торсамид, панангин, отхаркивающие средства. С 10-летнего возраста – S-образный скалиоз грудного отдела позвоночника 3 степени. Наряду с оценкой функции сердца и почек, рутинных клинико-лабораторных анализов, у больной проверяли на предмет активности хронического аутоиммунного гепатита, налияие LE-клеток в крови, электролиты.

ОБСУЖДЕНИЕ. Исходные данные больной были следующими: ОАМ от 17.02.14 - глюкоза — норма, протеин — 3+ билирубин —1+, кетон — нег, эр - 2+, среда -5, нитрит -1+ поз, лейкоц. —нет, уд вес — 1.025, уробилиноген —2+.

ОАК от 17.02.14 - гем — 132 mmol/L, лейкоц — 4,7 mmol/L, эр — 6,12 mmol/L, тромб — 186 mmol/L, СОЭ — 2 мм/ч.

БАК от 17.02.14 — мочевины — 6,75 mmol/L, креатинин — 51,31 umol/L, общий белок — 66,14 г/л, общий билирубин — 39,08 umol/L, АЛТ — 12,40 U/L, АСТ — 19,45 U/L, ревмофактор — 4,85 IU/mL, амилаза — 48,54 U/L.

УЗИ ОБП от 17.02.14 — Диффузное изменение паренхимы печени по типу хронического гепатита. Скорость воротных вен 18,71 см/с. Хронический некалькулезный холецистит. Диффузное изменение паренхимы поджелудочной железы. Асцит.

Заключение протокола рентгенологического исследования грудной клетки прямой проекции от 17.02.14 протокол № 1377 - Дистрофические изменения грудного отдела позвоночника. Сколиоз грудного отдела позвоночника. Диффузный остеопороз.

ЭхоКГ от 14.02.14 — Расширение восходящего отдела дуги аорты. Выраженная дилатация правого предсердия, правого желудочка. Недостаточность ТК 2-3 степени. Трикуспидальная регургитация 2-3 степени. Нарушение систолической функции ЛЖ.ФВ 44%. ЭКГ от 10.02.14 — ритм синусовый с ЧСС 102 в минуту.ЭОС отклонена вправо. НБНПГ, признаки ГПП и ГПЖ. Результаты анализов лаборатории IN VIVO от 20.02.14 — LE — клетки — отсутствуют.

Электролиты в крови — кальций — < 0,50 (норма — 2,20-2,50), калий — 4,3 ммоль/л (норма — 3,5-5,5), натрий — 142 ммоль/л (норма — 136-145)

БАК на уровень альбумина в сыворотке крови — 33 г/л (норма — 34-50)

ИФА на вирусные маркеры: гепатит В HbsAg — 0,09 (норма — 0-1) S/CO, антитела IgM+IgG к гепатиту С (anti-HCV-IgM+IgG) — 0,36 (норма — 0-1).

ВЫВОДЫ. У данной пациентки за короткий срок (2 года) отмечается прогрессирование прогрессирование хронической сердечной недостаточности, прогрессирование поражения клапанов сердца (трикуспидального клапана в большей степени), и учитывая клиническую симптоматику проявлений аутоиммунного хронического гепатита имеет место повреждения почек.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: Кардиоренальный синдром, лица молодого возраста.

КТ-ангиография в скрининговой диагностике добавочных почечных артерий

Чувакова Э.К., Сарсенгалиев Т.И., Цой Б.В.

АО «Национальный научный медицинский центр», г.Астана, Казахстан

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценить эффективность КТ-ангиографии в скрининге и визуализации добавочных почечных артерий.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Проведены КТ-ангиографии 40 пациентам с различной патологией абдоминального сегмента, большинству из которых (80%, n=32) исследование проводилось для диагностики экстраренальной патологии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ. В нашем случае, добавочные почечные артерии диагностированы в 33% (n=13). При этом наблюдались одна (54%, n=7), две (23%, n=3), три (n=15%), четыре (8%, n=1) добавочных почечных артерий; справа чаще (62%, n=8), чем слева. Более половины из всех диагностируемых случаев чаще встречается у женщин (62%, n=8), чем у лиц мужского пола. Дополнительное кровоснабжение нижнего сегмента почки наблюдалось в 46%(n=6) случаях, верхнего в - 54%. По отношению к почечной лоханке, они чаще располагаются кпереди от нее (77%, n=10), кзади (23%, n=3).