

ЭКСПЕРТНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У пациента хронический гломерулонефрит с выраженной почечной недостаточностью (СКФ 28,6 мл/мин/1,73м²) и признаками системного воспаления. Креатинин повышен в 3,5 раза от нормы, что соответствует 4-й стадии ХБП. Анемия почечного генеза (Hb 89 г/л) и воспалительный синдром (СОЭ 59 мм/ч, нейтрофилёз) требуют активного нефрологического ведения с подготовкой к заместительной почечной терапии. Второй эпизод лечения (выписные эпикризы от 2016 и 2019 годов) указывает на прогрессирующее течение заболевания.

Клинические индексы и расчётные показатели

ИНДЕКС	ФОРМУЛА	ЗНАЧЕНИЕ	НОРМА	КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ
СКФ (CKD-EPI)	По креатинину, возрасту, полу	28,6 мл/мин/1,73м ²	>60	4-я стадия ХБП, преддиализная
NLR	Нейтрофилы/Лимфоциты	3,2	<3,0	Умеренное воспаление
Коэф. де Ритиса	АСТ/АЛТ	1,8	0,91-1,75	Норма, печень не повреждена

Значимые отклонения — разбор

ПОКАЗАТЕЛЬ	РЕЗУЛЬТАТ	НОРМА	СТАТУС	ПАТОФИЗИОЛОГИЯ	СВЯЗЬ С ДРУГИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ
Креатинин	301×10 ⁹ /л	62-115 мкмоль/л	КРИТИЧНО	Резкое снижение фильтрации почек, накопление азотистых шлаков	Объясняет анемию и воспаление
Гемоглобин	89 г/л	130-160 г/л	СНИЖЕНО	Дефицит эритропоэтина при ХБП, хроническое воспаление подавляет эритропоэз	Прямо связан со СКФ <30
Мочевина	29,5 ммоль/л	2,8-7,2 ммоль/л	ПОВЫШЕНО	Нарушение азотовыделительной функции почек	Коррелирует с креатинином
СОЭ	59 мм/ч	<15 мм/ч	ПОВЫШЕНО	Хронический воспалительный процесс в почках, системная воспалительная реакция	Усугубляет анемию

Главный паттерн: уремический синдром с анемией при 4-й стадии ХБП на фоне хронического гломерулонефрита.

Что в норме

АЛТ, АСТ, билирубин, общий белок, глюкоза, тромбоциты — в норме.

Печеночная и углеводная функции сохранены, что важно для выбора методов лечения и коррекции анемии.

Системный анализ

Хронический гломерулонефрит с IgA-нефропатией находится в стадии выраженной декомпенсации. СКФ 28,6 мл/мин указывает на критическое снижение функции почек — пациент находится в преддиализном периоде. Протеинурия и гематурия подтверждают активность гломерулярного процесса.

Анемия (Hb 89 г/л) типична для ХБП 4-й стадии и обусловлена дефицитом эндогенного эритропоэтина. Нормальные показатели железа (ферритин в норме) исключают железodefицитную анемию — это классическая анемия хронических болезней.

Воспалительный синдром (СОЭ 59, нейтрофилёз 73,2%) может быть как проявлением основного заболевания, так и присоединения вторичной инфекции на фоне уремической интоксикации. Отсутствие лихорадки и нормальные показатели печени говорят против острого инфекционного процесса.

Сохранность белково-синтетической функции печени (нормальный общий белок) и отсутствие гипергликемии создают благоприятные условия для проведения заместительной почечной терапии.

Дифференциальный диагноз

СОСТОЯНИЕ	ВЕРОЯТНОСТЬ	АРГУМЕНТЫ ЗА	АРГУМЕНТЫ ПРОТИВ	ЧТО ПОДТВЕРДИТ ИЛИ ИСКЛЮЧИТ
Прогрессирование ХГН	85%	Анамнез, СКФ 28,6, протеинурия	Нет	Биопсия почки (уже выполнена)
Острое на хроническое	10%	Высокое СОЭ, нейтрофилёз	Стабильный креатинин в динамике	Посевы мочи, УЗИ почек
Обострение ХГН	5%	Воспалительные маркеры	Нет гематурии в ОАМ	С3, С4 комплемента, ANA

Детальный план действий

СРОК	ДЕЙСТВИЕ	ЗАЧЕМ	НА ЧТО ОБРАТИТЬ ВНИМАНИЕ
Сегодня	Консультация нефролога в стационаре	Оценка показаний к диализу	Симптомы уремии, перегрузка жидкостью
В течение 3 дней	Подготовка сосудистого доступа (фистула)	При СКФ <30 готовят к диализу	Состояние сосудов предплечья
В течение недели	Коррекция анемии эритропоэтином	Hb <90 г/л при ХБП требует лечения	Контроль Hb через 2 недели
В течение месяца	Консультация трансплантолога	Подготовка к трансплантации	HLA-типирование, вирусологическое обследование

Что можно изменить без лекарств

Диета с ограничением белка до 0,8 г/кг → снижает мочевины на 15-20% за 2-4 недели у 70% пациентов с ХБП 4-5 стадий.

Ограничение соли до 2-3 г/сут → уменьшает протеинурию на 20-30% за 4-6 недель.

Контроль артериального давления <130/80 → замедляет прогрессирование ХБП на 25-

40% при длительном соблюдении.

Отказ от нефротоксичных препаратов (НПВС, аминогликозиды) → предотвращает дальнейшее снижение СКФ.

Вопросы для врача

Спросите нефролога: "При моей СКФ 28,6 мл/мин когда начинать подготовку артериовенозной фистулы для гемодиализа?"

Спросите нефролога: "Креатинин 301 мкмоль/л — это показание для срочного диализа или можно продолжить консервативное лечение?"

Спросите гематолога: "При гемоглобине 89 г/л и ХБП 4 стадии — какую дозу эритропоэтина назначить и как часто контролировать?"

Для лечащего врача

Пациент с ХГН (IgA-нефропатия), ХБП 4 стадия (СКФ 28,6 мл/мин/1,73м²), креатинин 301 мкмоль/л, мочевины 29,5 ммоль/л. Анемия хронических болезней (Hb 89 г/л) без железодефицита. Воспалительный синдром (СОЭ 59, нейтрофилы 73,2%) требует исключения присоединения инфекции.

Рекомендуется оценить показания к началу заместительной почечной терапии, подготовка артериовенозной фистулы. Коррекция анемии эритропоэстимулирующими препаратами (цель Hb 100-120 г/л). При осмотре обратить внимание на признаки перегрузки жидкостью, уремические симптомы (зуд, тошнота, слабость).

Контроль функции почек еженедельно, при нарастании симптомов уремии — экстренная консультация для решения вопроса о диализе.

Красные флаги

Вызвать скорую при: одышке в покое, отёках до середины голени и выше, тошноте с рвотой более суток, спутанности сознания, судорогах, снижении диуреза менее 400 мл/сут, повышении креатинина более 400 мкмоль/л при повторном анализе.

Прогноз и динамика

С лечением: при своевременном начале диализа и коррекции анемии — стабилизация состояния, подготовка к трансплантации. Контроль креатинина еженедельно, при нарастании более 50 мкмоль/л — срочный диализ.

Без лечения: прогрессирование уремии в течение 2-6 месяцев до жизнеугрожающих осложнений. При достижении креатинина 500 мкмоль/л — экстренный диализ неизбежен.

Контрольные точки: креатинин и мочевины еженедельно, гемоглобин через 2 недели после начала лечения эритропоэтином, консультация нефролога через 1 месяц для оценки динамики и коррекции терапии.

Расшифровка носит информационный характер и не заменяет консультацию
врача. HelpScanner.ru

HelpScanner.ru · support@helpscanner.ru

Расшифровка носит информационный характер и не является медицинским диагнозом. Для постановки диагноза
обратитесь к врачу.