

ІВАНОВ Д.Д., ШКАРОВСЬКИЙ В.В.
Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

БЛІЦ-АНАЛІЗ КЛІНІЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ

Молода жінка віком 30 років звернулась із скаргою на наявність поширених набряків, що виникають при відмові від прийому сечогінних. Проте вона виявляла стійке бажання припинити їх прийом.

Із анамнезу відомо, що протягом останніх 8 років жінка приймає від 40 мг (на початку) до 400–500 мг/добу фуросеміду 6–7 разів на тиждень із метою схуднення. Своєї мети вона досягла, маса тіла становить 42 кг при рості 162 см. Проте на сьогодні відчуває слабкість, млявість та розуміє абсурдність свого стану.

При обстеженні не виявлено ніяких суттєвих відхилень у клініко-лабораторних показниках крові і сечі, натрій крові був у нижніх межах норми. Менструації відсутні. АТ 110/85 мм рт.ст. Кількість сечі становить 800–1200 мл/добу. Отримала консультацію терапевта, ендокринолога та дієтолога. Звернулась до нефролога з причини відсутності об’єктивних причин для збереження набряків.

Поглиблений нефрологічний аналіз клініко-лабораторних показників дозволив виявити такі особливості стану молодої жінки: креатинін крові 108 мкмоль/л (розрахункова ШКФ за GFR-EPI 59,3 мл/хв), зменшений за даними ультразвукового дослідження розмір нирок (права 87 х 39 мм та ліва 89 х 41 мм). При проведенні аналізу сечі за Зимницьким відносна щільність становила 1006–1017 при діурезі 1150 мл. Дослідження на ренін/альдостерон, паратгормон та альбумінурію не виявило відхилень від норми. Значення паратгормону й результати аналізу за Зимницьким дозволили сподіватися, що процес втрати функції нирок може мати оборотний характер.

Таблиця 1

Показники	Місяці спостереження				
	0	1	2	3	4
ШКФ (GFR-EPI), мл/хв	59	61	65	86	123
Розмір правої нирки, мм	88 × 40	94 × 39	99 × 43	95 × 53	101 × 51
Розмір лівої нирки, мм	90 × 40	92 × 44	96 × 42	99 × 54	105 × 51

Чи можна говорити про хронічну хворобу нирок, інтерстиціальний нефрит чи токсичну нефропатію? Хронічна хвороба нирок потребує наявності 3-місячного зниження ШКФ, інтерстиціальний нефрит — морфологічного підтвердження та щонайменше зниження концентраційної функції нирок, токсична нефропатія не є самостійною нозологічною формою.

Молодій жінці було запропоновано протягом трьох тижнів зменшити дозу фуросеміду до однієї таблетки 40 мг, потім перейти на трифас 20 мг/добу, який поступово протягом трьох місяців зменшено до 10 мг двічі на тиждень. При спробі більш швидкого зменшення дози відбувалася затримка рідини. Водночас із метою відновлення периферійного кровообігу призначений раміприл 1,25 мг на ніч, дозу якого титровано збільшили до 5 мг протягом місяця під контролем креатиніну крові. Динаміка показників наведена в табл. 1.

Динаміка спостереження свідчить, що фільтраційна функція нирок поступово відновлювалась, показники аналізу за Зимницьким нормалізувалися до третього місяця спостереження, нирки також із місяця в місяць «розправлялись», поступово набуваючи фізіологічного розміру. Їх зменшений об’єм був обумовлений хронічною дегідратацією. До 6-го місяця спостереження жінка отримувала 5 мг трифасу один, рідко два рази на тиждень. Прогноз у цьому випадку є сприятливим. Діагноз сформульований як ХХН 2 ст., токсична нефропатія.

Така ситуація зустрічається в практиці нефролога. У нас було ще два подібних випадки з анамнезом прийому 12 та майже 20 років. Узагальнюючі цю практику, можна сказати, що більша тривалість прийому фуросеміду супроводжується більш вираженим порушенням клубочкової фільтрації та розвитком інтерстиціального нефриту. Після відміни діуретика жінкам важко збільшувати масу тіла, може розвиватись гіпоальбумінемія, гіперальдостеронізм, що провокують розвиток набряків. Гіперальдостеронізм ефективно корегується альдактоном, також він допомагає контролювати водний баланс у таких випадках.

Отримано 11.02.15 ■

Адреса для листування з авторами:

Іванов Д.Д.
E-mail: ivanovdd@i.kiev.ua

© Іванов Д.Д., Шкаровський В.В., 2015
© «Нирки», 2015
© Заславський О.Ю., 2015