

ЗАДАЧА 1

Мальчик 10-ти лет поступил в больницу с жалобами на головную боль, тошноту, вялость, уменьшение диуреза, изменение цвета мочи.

Анамнез жизни: Ребенок от I беременности, протекавшей с токсикозом 1-ой половины, срочных физиологических родов. Масса тела при рождении – 3200 г, длина - 52 см. Раннее развитие без особенностей. До года страдал atopическим дерматитом, после года часто болел ОРВИ, трижды – ангинами.

Анамнез болезни: Три недели назад перенес ангину, неделю назад выписан в школу. В течение последних двух дней появились головная боль, тошнота, потеря аппетита, стал мало мочиться. Моча – темно-коричневого цвета, мутная.

При осмотре ребенок бледный, вялый, жалуется на головную боль. Отмечаются одутловатость лица, плотные отеки на голених. АД – 145/90 мм рт. ст. Аускультативно в легких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца при перкуссии расширены влево. Тоны сердца звучные, систолический шум на верхушке, ЧСС 78 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает на 2,5 см из-под края правой реберной дуги, край мягко-эластичной консистенции. Мочеиспускание не затруднено, моча красно-коричневого цвета, мутная. Мочится редко.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1024, белок – 1,5 г/л, лейкоц. – 4-6 в п/зр.; эр. – измененные – покрывают все поля зрения.

Посев мочи: результат отрицательный.

Клинический анализ крови: Hb – 105 г/л; эр. – $3,9 \times 10^{12}/л$; тромбоц. – $330 \times 10^9/л$; лейкоц. – $8,2 \times 10^9/л$: п/я – 3%, с/я – 71%, э. – 1%, л. – 22%, м. – 3%; СОЭ – 25 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 60 г/л; альбумины – 32 г/л; холестерин – 4,6 ммоль/л; мочевины – 12 ммоль/л; креатинин – 140 мкмоль/л; серомукоид – 0,38; АСЛ-О – 1800 е/л; СРБ – 12 мг/л (норма 0-5); К – 5,1 ммоль/л; Na – 140 ммоль/л.

УЗИ почек: почки увеличены в размерах, контуры ровные, расположение типичное. Дифференцировка слоев паренхимы нарушена, эхогенность паренхимы умеренно повышена, кровоток симметричный, до капсулы, индексы резистентности повышены. Чашечно-лоханочная система без деформаций и эктазий.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте развернутый диагноз.
2. Составьте план дополнительных обследований.
3. Составьте план лечения.
4. Какие осложнения возможны при данном заболевании?
5. Каков прогноз заболевания?

ЗАДАЧА 1

Диагноз: Острый гломерулонефрит, постстрептококковый, с нефритическим синдромом, активность III. Острое повреждение почек (ОПП) II.

ЗАДАЧА 2

Мальчик 6-ти лет поступил в отделение с жалобами на отеки, слабость, сниженный аппетит.

Анамнез жизни. Ребенок от I беременности, протекавшей без осложнений. Роды в срок, со стимуляцией. Масса тела при рождении – 3200 г, длина 51 – см. На грудном вскармливании до 3-х месяцев. Профилактические прививки – по возрасту. Перенес ветряную оспу. Часто болел ОРВИ.

Семейный анамнез. Заболеваний почек в семье нет. У матери – хронический тонзиллит; у бабушки по линии матери – бронхиальная астма.

Анамнез болезни. Три недели назад заболел легкой формой ОРВИ. Через десять дней после начала ОРВИ обратили внимание на пастозность век. В течение последующей недели отеки нарастали, последние 2 дня стал меньше мочиться. Моча мутноватая, пенится.

При поступлении в стационар состояние тяжелое. Жалуется на недомогание, слабость. Бледный, высыпаний на коже нет. Выраженная отечность лица, голеней, стоп, передней брюшной стенки, поясничной области, живот увеличен в объеме. АД – 95/45 мм рт. ст. ЧСС – 82 в мин. Тоны сердца несколько приглушены. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края правой реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

Клинический анализ крови: Hb – 140 г/л, эр. – $5,2 \times 10^{12}$ /л; тромб. – $416,0 \times 10^9$ /л; лейкоц. – $9,8 \times 10^9$ /л: п/я – 3%, с/я – 58%, э. – 2%, л. – 34%, м. – 5%; СОЭ – 57 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-желтый; относительная плотность – 1,028; реакция – нейтр.; белок – 6,0 г/л; лейкоц. – 0-1 в п/зр.; эр. – 0-1 в п/зр.

Суточный анализ мочи: диурез – 450 мл; белок – 7,5 г/л.

Биохимический анализ крови: общий белок – 41 г/л; альбумины – 11 г/л; СРБ – 3 мг/л (норма 0-5); холестерин – 9,3 ммоль/л; триглицериды – 3,2 ммоль/л (N-0,4-1,69); К – 3,81 ммоль/л; Na – 137,5 ммоль/л; мочевины – 5,1 ммоль/л; креатинин – 46 мкмоль/л.

Коагулограмма: фибриноген – 6,5 г/л; протромбин – 130%.

УЗИ: Почки расположены типично, увеличены в размерах (правая – 80,4×38,6 мм, левая – 78,1×38,9 мм), слой паренхимы утолщен. Дифференцировка слоев паренхимы смазана, эхогенность коркового слоя неравномерно повышена. Чашечно-лоханочная система с обеих сторон не расширена. Показатели гемодинамики симметричны с обеих сторон, повышены индексы резистентности. В брюшной полости между петлями кишечника определяется свободная жидкость.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Какие морфологические изменения в почках наиболее вероятны в данном случае?
3. Составьте план лечения, укажите дозы основных препаратов и схему их приема.
4. Какие имеются особенности противоотечной терапии в подобной клинической ситуации?
5. Каков предполагаемый прогноз заболевания?

ЗАДАЧА 2

Диагноз: Острый гломерулонефрит с нефротическим синдромом (идиопатический нефротический синдром), активность III степени.

ЗАДАЧА 3

Мальчик 13-ти лет, поступил в специализированное нефрологическое отделение в связи с неэффективностью стероидной терапии по месту жительства.

Анамнез жизни: Мальчик от II беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине, 2-х срочных родов. Масса тела при рождении – 3500 г., длина – 53 см. Раннее развитие по возрасту. Детскими инфекциями не болел. На диспансерном учете до настоящего заболевания не состоял. Наследственность неотягощена.

Анамнез болезни: 5 месяцев назад после ОРВИ отмечалась протеинурия до 1,6 г/л. Спустя 3 месяца мама заметила появление отеков. Поступил в стационар по месту жительства. При обследовании выявлялись распространенные отеки, АД – 140/100 мм рт. ст, протеинурия – 3-5 г/л, гипоальбуминемия, гиперхолестеринемия. Получал преднизолон в дозе 60 мг/сутки ежедневно в течение 8-ми недель без эффекта. В связи с этим переведен в специализированное нефрологическое отделение.

При поступлении: Состояние тяжелое. Отмечаются отеки на лице, туловище, конечностях. Аускультативно в легких – дыхание ослаблено в нижних отделах, хрипов нет. ЧД – 20 в 1 мин. Границы сердца: правая – на 1 см кнаружи от правого края грудины, левая – на 2,5 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца приглушены. ЧСС – 88 в 1 мин, АД – 150/95 мм рт. ст. Живот резко увеличен в объеме, выражены симптомы асцита. Печень выступает на 3 см. из-под края реберной дуги. Диурез – 600 мл/24ч.

Клинический анализ крови: Hb – 119 г/л; эр. – $4,2 \times 10^{12}$ /л; лейкоц. – $14,2 \times 10^9$ /л: п/я – 5%, с/я – 65%, э. – 2%, л. – 25%, м. – 3%; СОЭ – 46 мм/час

Общий анализ мочи: реакция – кислая; белок – 9,0 г/л; лейкоц. – 3-5 в п/зр.; эр. – 30-35 в п/зр.; цилиндры: гиалиновые – 5-6 в п/зр., зернистые – 3-4 в п/зр.

Биохимический анализ крови: общий белок – 45 г/л: альбумины – 45%, глобулины: α_1 – 6%, α_2 – 25%, β – 10%, γ – 14%; креатинин – 78 мкмоль/л; мочевины – 6,1 ммоль/л; холестерин – 10,7 ммоль/л; триглицериды – 4,69 ммоль/л (N-0,4-1,69); К – 4,5 ммоль/л.

Суточный анализ мочи: диурез – 650 мл, белок – 10,1 г/л.

Иммунологическое исследование: IgG – 2,7 г/л (N – 7-16), IgA – 3,1 г/л (N – 0,1-4,5), IgM – 0,9 г/л (N – 0,6-2,8); С3 – 0,6 г/л (N – 1,2-1,6); С4 – 0,1 г/л (N – 0,15-0,35).

УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, увеличены в размерах, отечны. Эхогенность коркового слоя умеренно диффузно повышена, кровоток не ослаблен, индексы резистентности повышены.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие дополнительные обследования могут быть необходимы в данном случае?
3. Какие морфологические варианты заболевания вероятны в данном случае?
4. Основные подходы к лечению в данной клинической ситуации.
5. Прогноз заболевания.

ЗАДАЧА 3

Диагноз: Гломерулонефрит, смешанная форма (нефротический синдром с гематурией и гипертензией стероидрезистентный), активность III степени. Необходимо уточнение морфологического варианта.

ЗАДАЧА 4

. Мальчик 7-ми лет поступает в отделение повторно.

Болен с 5-ти лет, когда после легкой ОРВИ появились отеки, анасарка, протеинурия до 6 г/л. Был поставлен диагноз гломерулонефрит, нефротическая форма. Назначена терапия преднизолоном 2 мг/кг в течение 6-ти недель, с последующим выходом в полную клинико-лабораторную ремиссию. Затем альтернирующий преднизолона курс 1,5 мг/кг/48ч в течение 6-ти недель с постепенным снижением дозы до полной отмены. Через неделю после отмены лечения на фоне полного здоровья развился рецидив протеинурии. В дальнейшем сохранялась чувствительность к глюкокортикоидам, но рецидивы возникали 6 раз при попытке отмены терапии преднизолоном, получал преднизолон практически непрерывно. Последние 2-3 месяца жалуется на боли в ногах и в спине, периодически – боли в эпигастрии и тошноту. Последний рецидив через 5 дней после отмены преднизолона: 2 дня назад в анализе мочи зафиксирована протеинурия – 1,0 г/л.

При поступлении состояние средней тяжести, жалоб нет, отеков нет. АД – 110/60 мм. рт. ст. Ребенок избыточного питания, с преимущественным отложением жира на животе. На бедрах – розовые стрии. Лицо лунообразное, на щеках яркий румянец, гипертрихоз. Границы сердца не расширены, тоны звучные, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, при пальпации слегка болезненный в эпигастрии и в точке желчного пузыря, печень выступает на 3 см из-под края правой реберной дуги, селезенка не пальпируется. Диурез снижен, моча светлая, мутноватая, пенистая.

Клинический анализ крови: Hb – 123 г/л; эр. – $4,2 \times 10^{12}$ /л; тромб. – $316,0 \times 10^9$ /л; лейкоц. – $9,8 \times 10^9$ /л; п/я – 4%, с/я – 56%, э. – 3%, л. – 32%, м. – 5%; СОЭ – 27 мм/час

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-желтый; относительная плотность – 1028; реакция – нейтральная; белок – 4,0 г/л; лейкоц. – 0-1 в п/зр.; эр. – 0-1 в п/зр..

Биохимический анализ крови: общий белок – 54 г/л; альбумины – 24 г/л; холестерин – 7,8 ммоль/л; К – 4,2 ммоль/л; Na – 137 ммоль/л; мочевины – 5,1 ммоль/л; креатинин – 46 мкмоль/л.

Иммунологическое исследование: IgG – 3,7 г/л (N – 7-16); IgA – 3,1 г/л (N – 0,1-4,5); IgM – 0,9 г/л (N – 0,6-2,8); C3 – 1,6 г/л (N – 1,2-1,6); C4 – 0,28 г/л (N – 0,15-0,35).

Коагулограмма: фибриноген – 6,0 г/л; протромбин – 130%.

Суточный анализ мочи: диурез – 750 мл; белок – 3,8 г/л.

УЗИ: почки расположены в типичном месте, увеличены в размерах, эхогенность коркового слоя умеренно диффузно повышена.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте лечение.
3. Необходимы ли дополнительные исследования для уточнения диагноза и коррекции терапии?
4. Какие осложнения проводимой терапии отмечаются у больного?
5. Какие дополнительные обследования необходимы для их контроля?

ЗАДАЧА 4

Диагноз: Гломерулонефрит, нефротическая форма (идиопатический нефротический синдром, стероидзависимый), рецидив, активность II степени. Синдром экзогенного гиперкортицизма. Гастрит (стероид-индуцированный?). Стероидный остеопороз?

ЗАДАЧА 5

Мальчик 15-ти лет поступил в отделение нефрологии для обследования и уточнения диагноза.

Анамнез жизни. Мальчик от I беременности, протекавшей с токсикозом, срочных родов. Масса тела при рождении – 3800 г, длина – 50 см. Период новорожденности протекал без особенностей. На 1-м году рос и развивался нормально. До 2-х лет привит по возрасту. Болел ОРВИ 3-4 раза в год. Аллергический анамнез не отягощен. С 9-ти лет наблюдается сурдологом в связи со снижением слуха. Пользуется слуховым аппаратом.

Семейный анамнез. Наследственность по заболеваниям почек отягощена: у матери и бабушки по материнской линии – длительное время отмечается изолированная гематурия; родной брат матери умер в возрасте 23-х лет от хронической почечной недостаточности.

Анамнез заболевания. Изменения в моче выявлены в 3 года после перенесенной ОРВИ: эритроциты – 20-30 в п/зр., следы белка. Самочувствие мальчика оставалось удовлетворительным. Гематурия расценена как проявление острого гломерулонефрита. Однако, год спустя, в связи с сохраняющейся гематурией диагноз изменен на хронический гломерулонефрит. Самочувствие до последнего времени оставалось нормальным. Отеков не было. Артериальное давление не повышалось.

При поступлении: состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, бледные; видимые слизистые бледно-розовые. В физическое развитие среднее (масса тела – 60 кг, рост – 168 см.). Видимых отеков, пастозности нет. Аускультативно в легких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, громкие. ЧСС 80 в 1 мин. АД – 135/85 мм рт. ст. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, во всех отделах безболезненный. Печень у края правой реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

Клинический анализ крови: Hb – 125 г/л; эр. – $4,2 \times 10^{12}$ /л; тромб. – $320,0 \times 10^9$ /л; лейкоц. – $7,0 \times 10^9$ /л: п/я – 2%, с/я – 66%, лим. – 27%, эоз. – 1%, мон. – 4%; СОЭ – 8 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – розовый; прозрачность – неполная; реакция – щелочная; относительная плотность – 1014; белок – 1,1 г/л; эр. – покрывают все поля зрения; лейкоц. – 0-1 в п/зр.; цилиндры – 4-5 в п/зр. (эритроцитарные).

Проба по Зимницкому: относительная плотность мочи – 1003-1014; диурез: дневной – 570 мл, ночной – 850 мл.

Биохимический анализ крови: общий белок – 70 г/л; холестерин – 5,3 ммоль/л; мочевины – 12,5 ммоль/л; креатинин – 130 мкмоль/л; К – 4,3 ммоль/л; Na – 135 ммоль/л; глюкоза – 4,3 ммоль/л.

УЗИ: Почки расположены типично; размер: правая – 112×38,6 мм; левая – 111×38,9 мм); паренхима не утолщена. Дифференцировка слоев паренхимы нарушена. Эхогенность коркового слоя неравномерно повышена. Чашечно-лоханочная система с обеих сторон не расширена. Показатели гемодинамики симметричны с обеих сторон, повышены индексы резистентности.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте и обоснуйте и диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы Вам для уточнения диагноза?
3. Оцените функцию почек у данного больного и определите стадию хронического заболевания почек.
4. Определите тактику ведения больного и прогноз заболевания

ЗАДАЧА 5

Диагноз: Наследственный нефрит с тугоухостью (синдром Альпорта).
Хроническая болезнь почек (ХБП) 3 стадии.

ЗАДАЧА 6

Девочка 4-х лет направлена в стационар с жалобами на лихорадку, боли в поясничной области, больше справа, умеренной интенсивности.

Анамнез заболевания. Больна в течение 5-ти дней: после переохлаждения отмечались учащенные мочеиспускания, на 6-ой день – подъем температуры до 39°C, озноб, головная боль при отсутствии катаральных явлений.

Анамнез жизни. Девочка часто болеет ОРВИ. На 1 году жизни перенесла рахит. В 2,5 года получала курс препаратов железа в связи с анемией легкой степени. Отклонений в анализах мочи не было.

При поступлении: состояние средней тяжести. Девочка вялая, лихорадит до 38,8°C. Физическое развитие соответствует возрасту, пониженного питания. Кожные покровы бледные, под глазами тени, отеков нет. Зев бледный, нос не заложен. Аускультативно в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные. ЧСС – 120 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивая – положительный справа. Печень и селезенка не пальпируются. АД – 90/50 мм рт. ст. Мочеиспускание не затруднено, безболезненное. Моча – мутная. Стул оформленный.

Клинический анализ крови: Hb – 104 г/л; эр. – $4,0 \times 10^{12}$ /л; тромб. – 420×10^9 /л; лейкоц. – $18,5 \times 10^9$ /л: п/я – 10%, с/я – 66%, э. – 1%, л. – 15%, м. – 8%; СОЭ – 37 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – желтый; прозрачность – мутная; реакция – нейтральная; относительная плотность – 1011; белок – 0,2 г/л; лейкоц. – сплошь в п/зр., эр. – 12-15 в п/зр., бактерий – много; слизь – много.

Биохимический анализ крови: общий белок – 72 г/л; альбумины – 40 г/л; мочевины – 5,4 ммоль/л; креатинин – 54 мкмоль/л; СРБ – 15 г/л (N 0-5).

УЗИ почек и мочевого пузыря: Почки расположены типично, несколько увеличены в размерах: левая – 78 x 38 x 32 мм; правая – 77x36x30 мм. Слои паренхимы дифференцируются нечетко. Чашечно-лоханочная система – без деформаций и эктазий. Стенка правой лоханки утолщена. Стенка мочевого пузыря не утолщена.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте диагноз. Какова наиболее вероятная этиология заболевания?
2. Назначьте лечение. Какие антибиотики целесообразно назначить в качестве стартовой терапии до получения результата посева мочи?
3. Есть ли показания к назначению рентгеноурологического обследования?

4. Есть ли показания к длительному профилактическому лечению после санации мочи?
5. Укажите схему диспансерного наблюдения после выписки из стационара.

ЗАДАЧА 6

Диагноз: Острый пиелонефрит, активность III.

ЗАДАЧА 7

Девочка 6-ти лет поступила в стационар с направляющим диагнозом «Железодефицитная анемия средней степени тяжести. Рахитоподобное заболевание».

Анамнез заболевания: в возрасте 3-х лет по поводу незначительной лейкоцитурии (до 8-10 в п/зр), получала лечение фурагином. Подробное обследование не проводилось. Далее отмечались незначительная протеинурия, снижение плотности мочи до 1010, понижение уровня гемоглобина до 85-90 г/л, повышенная жажда. Неоднократно лечилась препаратами железа без существенного успеха. В течение последнего года стало проявляться вальгусное искривление нижних конечностей, несколько раз консультирована ортопедом, но точный диагноз поставлен не был. Неделю назад при оформлении в детский сад обнаружено снижение гемоглобина до 56 г/л, в связи с чем для уточнения диагноза девочка направлена в стационар.

Анамнез жизни: Родилась от I беременности, протекавшей с ОРВИ на сроке 12-14 недель, нефропатией, 1-х срочных неосложненных родов. Психомоторное развитие по возрасту. Болела ОРВИ 5-6 раз в год. Семейный анамнез. Родители здоровы. У родственников по линии отца – гастрит, гипертоническая болезнь; у бабушки по матери – бронхиальная астма.

При осмотре состояние средней тяжести, питание понижено, физическое развитие соответствует 3 перцентиллям. Кожные покровы бледные, с серовато-желтым оттенком, склеры чистые. Обращают на себя внимание X-образно искривленные ноги. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные, ЧСС – 102 в 1 мин. Живот не увеличен в объеме. Печень и селезенка не пальпируются. АД – 135/80 мм рт. ст. Моча прозрачная, мочеиспускание не затруднено, безболезненное. Диурез увеличен. Стул оформленный.

Общий анализ крови: Hb – 56 г/л; эр. – $2,9 \times 10^{12}$ /л; тромб. – $255,0 \times 10^9$ /л; лейкоц. $5,8 \times 10^9$ /л: п/я – 2%, с/я – 65%, лимф. – 27%, эоз. – 1%, мон. – 5%; СОЭ – 26 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1005; белок – 0,099 г/л; лейкоц. – 3-5 в п/зр.; эритроц. – 1-2 в п/зр.

Биохимический анализ крови: общий белок – 62 г/л; альбумины – 37 г/л; АЛТ – 15 Ед/л; АСТ – 32 Ед/л; щелочная фосфатаза – 1169 Ед/л; мочевины – 26,4 ммоль/л; креатинин – 485 мкмоль/л; кальций общий – 1,9 ммоль/л; Ca^{++} – 0,9 ммоль/л; Na – 135 ммоль/л; K – 3,8 ммоль/л.

Проба по Зимницкому: относительная плотность мочи – 1001-1010; диурез: дневной – 750 мл, ночной – 950 мл.

Кислотно-основное состояние крови: pH = 7,25; BE = - 13,2.

УЗИ почек: Почки расположены типично, значительно уменьшены в размерах, плохо дифференцируются от окружающей ткани, контуры их неровные. Слои паренхимы практически не дифференцируются. Чашечно-лоханочная система без деформаций и эктазий.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие дополнительные обследования необходимы в данном случае?
3. Назначьте лечение (включая рекомендации по диете).
4. Составьте план дальнейшего наблюдения ребенка.

ЗАДАЧА 7

Диагноз: Гипоплазия обеих почек. Хроническая болезнь почек (ХБП) IV стадии (ХПН). Нефрогенная анемия, нарушения фосфорно-кальциевого обмена.

ЗАДАЧА 8

Девочка 10-ти лет обратилась к врачу с жалобами на резко учащенные (каждые 10-15 мин), болезненные мочеиспускания малыми порциями, появление капельки крови в конце мочеиспускания.

Анамнез заболевания: данные жалобы появились остро после переохлаждения, за сутки до поступления. Ранее в анамнезе указаний на дизурию и изменения в анализах мочи нет.

При осмотре: правильного телосложения, удовлетворительного питания. Температура тела 36,8°C. Кожные покровы обычной окраски. Аускультативно в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные. ЧСС – 76 в 1 мин. АД – 110/65 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный при пальпации над лобком. Печень и селезенка не пальпируются. Мочеиспускания болезненны. Моча мутная, в конце мочеиспускания – капелька крови. Стул оформленный.

Общий анализ крови: Hb – 134 г/л; эр. – $4,5 \times 10^{12}$; лейкоц. – $6,5 \times 10^9$: п/я – 2%, с/я – 66%, э. – 1%, л. – 23%, м. – 8%; СОЭ – 7 мм/час

Общий анализ мочи: цвет – желтый; прозрачность – мутная; реакция – нейтральная; относительная плотность – 1022; белок – 0,033 г/л; лейкоциты – сплошь в п/зр., эритроциты – 50-60 в п/зр., слизь – много, эпителий переходный – много, бактерии – много.

УЗИ почек и мочевого пузыря: Почки расположены типично. Размеры: левая – 90×36×28 мм; правая – 92×35×29 мм. Слои паренхимы дифференцируются отчетливо. Чашечно-лоханочная система без деформаций и эктазий. Стенка мочевого пузыря утолщена до 4 мм, в просвете осадок. После микции в пузыре ~ 25 мл остаточной мочи.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Какова наиболее вероятная этиология заболевания?
3. Нуждается ли больная в дополнительном обследовании?
4. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА 8

Диагноз: Острый цистит.

ЗАДАЧА 9

Мальчик, 8-ми месяцев поступил в стационар в связи с рецидивирующей лейкоцитурией.

Анамнез жизни: Ребенок от II беременности, протекавшей с угрозой прерывания в течение всей беременности, 1-ых родов на 36-ой неделе беременности. При рождении масса тела – 2400 г, длина – 46 см.

Анамнез болезни: Внутриутробно (на 20 неделе гестации) при УЗИ заподозрен двусторонний гидронефроз. На 3-ем месяце жизни при УЗИ выявлена двусторонняя пиелозктазия.

В возрасте 3-х месяцев по данным УЗИ почек: правая – 58×12 мм, паренхима – 7 мм; левая – 55×20 мм, паренхима – 8 мм. Чашечно-лоханочные комплексы разбросаны, щелевидной формы, в просвете небольшое количество взвеси, стенки уплотнены. Мочевой пузырь средних размеров, стенки с неровными контурами, эхогенность их неоднородная, толщина до 5 мм, полость – эхонегативная. В предпузырном отделе определяются мочеточники, диаметр их периодически достигает 7 мм, стенки утолщены. После микции – небольшое количество остаточной мочи.

В возрасте 6-ти месяцев перенес атаку пиелонефрита. Находился на стационарном лечении. Получал цефазолин – 6 дней, затем супракс – 6 дней.

При поступлении: состояние средней тяжести. Лихорадит до 38°C, бледен. Кожа чистая, отеков нет. Аускультативно в легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные. ЧСС – 120 в 1 мин. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Мочеиспускание с натуживанием. Струя вялая, прерывистая. Стул ежедневно, кашицеобразный, без примесей.

Общий анализ мочи: белок – 0,03 г/л; лейкоц. – до 90 в п/зр.

Цистография: мочевой пузырь расположен обычно, по левому контуру выявляется дивертикулоподобное выпячивание размером 5×4 см. Контур четкий, ровный. Имеет место стеноз уретры. Задняя уретра расширена до 1,5 см. Диаметр передней уретры 3 мм.

Цистоуретроскопия: на границе верхней и средней трети мочевого пузыря на боковой стенке слева имеется широкий (диаметром 1 см) округлый вход в дивертикул пузыря (размером 5×4 см) Последний выстлан неизменной слизистой. В теле и верхушке пузыря выраженная трабекулярность стенки. Обнаружен клапан задней уретры.

УЗИ почек: правая 67×28 мм, паренхима – 11 мм, левая 64×28 мм, паренхима 10 мм. Паренхима не дифференцирована, смазана, эхогенность повышена. Справа лоханка – 5,5 мм, верхняя группа чашечек – 2 мм. Слева лоханка – 6,5 мм, верхняя группа чашечек – 3 мм. Кровоток прослеживается до капсулы почек.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Нуждается ли больной в дополнительном обследовании? Если – да, то в каком?
3. Назначьте лечение. Какое лечение, помимо фармакотерапии, необходимо больному?
4. Каков прогноз заболевания?

ЗАДАЧА 9

Диагноз: Вторичный обструктивный пиелонефрит, активность II-III, рецидивирующее течение. Клапан задней уретры. Дивертикул мочевого пузыря.

ЗАДАЧА 10

Анамнез жизни: девочка 3-х лет, от II беременности, протекавшей с токсикозом в 1-м триместре и нефропатией в 3-ем. Роды 2-ые, в срок. Масса тела при рождении – 3600 г, длина – 52 см. На грудном вскармливании до 3-х месяцев. Профилактические прививки по возрасту. Перенесла краснуху, ОРВИ болела редко.

Анамнез заболевания: настоящее заболевание началось с рвоты, жидкого стула, субфебрильной температуры. В течение 4-х дней находилась дома, получала энтерофурил. На 5-ый день появилась резкая бледность, слабость, вялость, боль в поясничной области, озноб, двукратная рвота.

При поступлении в стационар состояние тяжелое, в сознании, вялая. Кожные покровы бледные с желтушным оттенком, общая пастозность. Аускультативно в легких – дыхание пуэрильное, хрипы не выслушиваются. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, левая – по левой средне-ключичной линии, верхняя – по 3 ребру. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичны. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в эпигастральной области. Печень выступает на 3 см выступает из-под края правой реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул жидкий, с прожилками крови. Олигурия, на следующий день – анурия.

Клинический анализ крови: Hb – 75 г/л; эр. – $2,2 \times 10^{12}$ /л; ретикул. – 18%; тромб. – $70,0 \times 10^9$ /л; лейкоц. – $15,7 \times 10^9$ /л; СОЭ – 25 мм/час.

Общий анализ мочи: количество мочи – 10,0 мл; цвет – темно-коричневый; белок – 0,66 г/л; лейкоц. – 2-3 в п/зр.; эр. – до 50 в п/зр.

Биохимический анализ крови: общий белок – 68 г/л; СРБ – 15 г/л (N 0-5); общий билирубин – 40 мкмоль/л; прямой – 3,5 мкмоль/л; холестерин – 4,7 ммоль/л; глюкоза – 4,5 ммоль/л; мочевины – 28,6 ммоль/л; креатинин – 573 мкмоль/л; К – 6,19 ммоль/л; Na – 128,0 ммоль/л.

УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, увеличены в размерах, отмечается отечность паренхимы, чашечно-лоханочная система не изменена.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Какова предположительно этиология данного заболевания?
3. Определите тактику ведения больной и основные направления лечебных мероприятий?
4. Прогноз и возможные исходы заболевания

ЗАДАЧА 10

Диагноз: Гемолитико-уремический синдром (STEC-ГУС?). Острое повреждение почек (ОПП) III стадия (ОПН).