

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА (СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ) ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.43 «НЕФРОЛОГИЯ»

Ситуационная задача 1

Анамнез жизни. Мальчик 2 месяцев, от I беременности, протекавшей с тяжелым токсикозом. Роды на 37 неделе беременности. Масса тела при рождении 3500 г., длина 48 см, плацента большая.

Генеалогический анамнез: у родственников больного отмечалась ранняя детская смертность.

Анамнез болезни. С первых дней жизни ребенок редко мочился, выявлялись отеки на конечностях, лице, передней брюшной стенке.

Ребенок поступил на обследование в нефрологическое отделение. Масса тела 5900 г. Состояние тяжелое. Выражены стигмы дисэмбриогенеза. Кожные покровы бледные, отеки на лице, конечностях, асцит. Тоны сердца приглушены. ЧСС 132 удара в минуту. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4,5 см. Диурез снижен.

Несмотря на проводимую терапию, состояние больного оставалось тяжелым. В лечение были включены глюкокортикоиды, которые не оказали положительного эффекта.

Клинический анализ крови – Нв-91 г/л, эр.- $3,0 \times 10^{12}$ /л, лейкоц.- $11,0 \times 10^9$ /л; п/я-3%, с/я-28%, эоз.-7%, лимф.-52%, мон.-10%, СОЭ-32 мм/ч.

Общий анализ мочи – белок-3,6 г/л, лейкоциты-1-2 в п/з, эритроциты – 1-2 в п/з.

Биохимический анализ крови – общий белок -45 г/л, альбумины-35%, глобулины: α_1 – 5%, α_2 – 16%, β – 20%, γ – 24%, холестерин – 8 ммоль/л, креатинин-120 мкмоль/л (норма – 18-62 мкмоль/л), мочевины-13,1 ммоль/л.

Клиренс по эндогенному креатинину: 20 мл/мин.

Гистологическое исследование биоптата почек: микрокистоз, пролиферация мезенгиальных клеток, фиброзные изменения в обеих почках.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Оцените функциональное состояние почек.
4. Составьте план лечения

Ситуационная задача 2

Мальчик 4 лет, от 1 беременности, протекавшей с выраженным токсикозом первой половины. Роды в срок. Масса при рождении 3300 г., длина 51 см. Рос и развивался удовлетворительно. Находился на грудном вскармливании до 2 месяцев. Зубы с 8 месяцев. На первом году жизни с профилактической целью получал витамин Д3 в курсовой дозе 150000 МЕ. Ходит с 1 года 3 мес. Большой родничок закрыт с 1,5 лет. Часто болеет ОРВИ. Аллергоанамнез не отягощен.

Семейный анамнез: у отца с детства выраженная варусная деформация нижних конечностей, низкорослость. Мать здорова.

В 1 год 3мес у ребенка появилась умеренная деформация голеней. По рекомендации ортопеда получал массаж, соленые ванны, препараты кальция. К концу второго года жизни походка стала «утиной», варусная деформация нарастала. На третьем году жизни проводились противорахитические мероприятия: витамин Д3 в курсовой дозе 600000 МЕ, массаж, ЛФК,

препараты кальция. В возрасте 3 лет мальчик был направлен на консультацию в нефроурологический центр.

При осмотре: жалобы на утомляемость, боли в ногах и позвоночнике при нагрузке. Походка «утиная». Рост 87 см, масса тела 13,7 кг, окружность головы 48 см, окружность груди 53 см. Выражена варусная деформация голеней и бедер, «браслетки», реберные «четки», увеличение коленных и голеностопных суставов.

Клинический анализ крови: Hb-132 г/л, Эр- $3.8 \cdot 10^{12}$ /л, Тр- $280 \cdot 10^9$ /л, Лейк- $8,7 \cdot 10^9$ /л, п/я-2%,с/я-33%,э-1%,л-52%,м-12,СОЭ-9 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет-сол-желт, относительная плотность 1010, реакция нейтр, белок- следы, лейкоциты-1-2 в п/зр.

Биохимический анализ мочи: кальций – 3,9 мг/кг/сут (норма-до 4мг/кг/сут), фосфор - 46 мг/кг/сут(норма до 20).

УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, эхогенность паренхимы не изменена.

КОС: рН -7,37, ВЕ – - 2,5

Рентгенография трубчатых костей: общий остеопороз, варусная деформация голеней, бедер, расширение метафизов, больше в медиальных отделах, склерозирование диафизов.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Дайте обоснование диагноза.
3. Каковы генетические особенности заболевания?
4. Составьте план обследования и лечения.

Ситуационная задача 3

Мальчик 9 мес., на приеме у педиатра с жалобами на слабость, капризность, нарушение сна.

Анамнез жизни: Мальчик от 1 нормально протекавшей беременности. Роды в срок. Родился осенью. Масса при рождении 3200 г., длина 52 см. Рос и развивался удовлетворительно. Находился на грудном вскармливании до 7 месяцев. Первые зубы в возрасте 8,5 мес.

Анамнез болезни: Ребенок наблюдается педиатром на участке, которому в возрасте 6 месяцев был поставлен диагноз: рахит, период разгара, средняя степень тяжести. Ребенку был назначен витамин Д в дозе 5 тысяч МЕ, на фоне приема, которого отмечалась положительная динамика. Однако при снижении дозы витамина Д состояние мальчика стало ухудшаться: ребенок стал вялым, капризным, появились потливость и нарушение сна.

При осмотре: Ребенок капризный, сидит плохо, при попытке поставить мальчика на ноги, ребенок стремится сесть, не может устоять. Отмечается развернутая апертюра, умеренные рахитические «четки» на ребрах, мышечная гипотония. Формируется варусная деформация голеней.

Клинический анализ крови: Hb-128г/л, эр- $3.6 \cdot 10^{12}$ /л, тромб- $280 \cdot 10^9$ /л, п/я-2%,с/я-33%,э-1%,л-52%,м-12,СОЭ-9 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет-сол-желт, относительная плотность 1011, реакция нейтр, белок- следы, лейкоциты-1-2 в п/зр.

Биохимический анализ мочи: кальций – 5,3мг/кг/сут (норма-до 4мг/кг/сут), фосфор - 22 мг/кг/сут(норма до 20).

КОС: рН -7,21, ВЕ – - 9

Задание:

1. Сформулируйте диагноз

2. Дайте обоснование диагноза
3. Каковы генетические особенности заболевания?
4. Составьте план обследования и лечения

Ситуационная задача 4

Анамнез жизни. Мальчик 1,5 лет жизни. Ребенок от 2 беременности, протекавшей с угрозой прерывания в течение всей беременности. От первых родов на сроке 36 нед. беременности. При рождении масса тела 2400 г., длина 46 см.

Анамнез болезни. Внутриутробно, с 20 недели антенатального развития, при УЗИ заподозрен двусторонний гидронефроз. В возрасте 2,5 месяца при УЗИ выявлена двусторонняя пиелюктазия.

В возрасте 5 мес. по данным УЗИ: почки - правая 58*12 мм, паренхима 7 мм, левая - 55*20 мм, паренхима 8 мм. ЧЛК разбросаны, щелевидной формы, в просвете небольшое количество взвеси, стенки уплотнены. Мочевой пузырь средних размеров, стенки с неровными контурами, эхогенность их неоднородная 5 мм, полость – эхо негативная. В пред пузырном отделе определяются мочеточники, диаметр их периодически достигает 7 мм, стенки утолщены. После микции – небольшое количество остаточной мочи.

В возрасте 10 месяцев перенес атаку пиелонефрита, находился на стационарном лечении, где были проведены лабораторные исследования, УЗИ. Получал цефазолин – 6 дней, супракс – 6 дней.

Общий анализ мочи: белок 0,03 г/л, лейкоциты до 30 в п/зрения.

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 3 мм.

Цисторетроскопия: на границе верхней и ср/3 мочевого пузыря на боковой стенке слева имеется округлый вход диаметром 1 см, в большого размера (5 x 4 см) дивертикула пузыря. 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. ЧЛК разбросаны. 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. Сформулируйте диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Составьте план лечения.
4. Прогноз заболевания.

Ситуационная задача 5

Мальчик 6 лет, поступил в нефрологическое отделение с жалобами на повышенную утомляемость, боли животе.

Анамнез: Мальчик от I беременности, протекавшей с токсикозом второй половины, роды на 38-й неделе. Масса ребенка при рождении – 2900 г, длина тела – 50 см. Роды без стимуляции, безводный промежуток 3 часа. При рождении отмечалась асфиксия, проводились реанимационные мероприятия. Выписан на 7-е сутки. Период новорожденности протекал без особенностей. До 1 года ничем не болел. Ребенок более 4 раз в год болеет ОРВИ. Несколько раз отмечались подъемы температуры без катаральных явлений, на этом фоне в анализах мочи

выявлялась лейкоцитурия, однако подробное обследование по этому поводу не проводилось. Накануне поступления в отделение отмечалось повышение температуры до 39,8°C, боли в животе, пояснице.

При поступлении: Состояние средней тяжести. Кожа чистая, бледно-серого цвета, периорбитальные тени, аппетит снижен. В легких – везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД=24 в 1 мин. Тоны сердца ясные, шумов нет, ЧСС=100 уд/мин. Живот мягкий, болезненный в околопупочной области. Печень +1,5см из-под реберного края. Мочеиспускание учащенное, болезненное. На третий день пребывания в стационаре в результате лечения самочувствие улучшилось, температура нормализовалась, болевой синдром исчез, аппетит улучшился.

Клинический анализ крови: НЬ – 128 г/л, Эр – $5,6 \times 10^{12}$ г/л, Лейк – $10,5 \times 10^9$ /л, п/я - 10%, с - 67%, л - 21%, м - 2%, СОЭ - 35 мм/час

Общий анализ мочи: белок – следы, относительная плотность – 1.010, лейкоциты – 100 в п/зр, эритроциты – нет.

Анализ мочи на стерильность: выделена E. Coli - 100 000 м. тел/мл

Анализ мочи по Зимницкому: ДД – 250 мл, НД – 750 мл, колебания относительной плотности – 1.010-1.020

Биохимический анализ крови: общий белок – 75.9 г/л, альбумины - 60%, глобулины: α1 - 2%, α2- 15%, β - 13%, γ -10%, мочевины – 6,32 ммоль/л, холестерин – 5,6 ммоль/л.

Биохимический анализ мочи: титруемая кислотность – 74 ммоль/сут (норма – 48-62), оксалаты – 64 мг/сут (норма – до 17), фосфор – 23 ммоль/сут (норма – 19-32), кальций – 3 ммоль/сут (норма – 1,5-4).

Микционная цистография: пузырно-мочеточниковый рефлюкс III степени справа.

Экскреторная внутривенная урография: отмечена деформация чашечно-лоханочной системы справа – расширение лоханки и огрубление форниксов. Мочеточники расширены, извиты. Отмечается S-образный изгиб и сужение правого мочеточника на уровне II и III поясничных позвонков. Выделительная функция нормальная.

УЗИ почек: контур почек неровный, больше справа. Правая почка 82x40 мм, паренхима – 10 мм, лоханка – 14 мм. Левая почка – 96x48 мм, паренхима – 19 мм, лоханка – 6 мм. Паренхима почек уплотнена, мало структурна, эхогенность неравномерно значительно повышена, больше справа.

Задание:

1. Сформулируйте клинический диагноз и обоснуйте его.
2. Каковы этиологические факторы возникновения данного заболевания?
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести ребенку?
4. Какое серьезное осложнение заболевания следует ожидать у данного ребенка в случае поздней диагностики и нерационального лечения?
5. Какие методы хирургического и консервативного лечения могут быть использованы при лечении больного ребенка?

Ситуационная задача 6

Ребенок 1г.6мес на приеме у нефролога с жалобами на вальгусное искривление нижних конечностей, повышенную жажду.

Анамнез жизни: Девочка от третьей нормально протекавшей беременности (первые роды- здоровый ребенок, вторые-мед.аборт). Вес при рождении 3300г., рост- 53см. Росла постоянно с отставанием в физическом развитии Прививки по календарю. В год девочка весила 9300г., рост- 71см. С 3 мес. до 9мес. получала профилактическую дозу вит. Д – курсовая доза

составила 150000Ед. С 9 мес. доза вит.Д была увеличена до 2 тыс. в сутки. Получает до настоящего времени. На грудном вскармливании до 1 года.

Анамнез болезни: Со второго месяца от рождения мама стала отмечать плохую прибавку в весе, однако, при контрольном вскармливании объем высосанного грудного молока был достаточный. В связи с плохой прибавкой в весе девочке начат ранний прикорм в виде гречневой каши в возрасте 4 мес. Более того в возрасте 3 мес., педиатр зарегистрировал признаки рахита (раздражительность, мышечную гипотонию, облысение затылка), был назначен вит. Д в дозе 800Ед/сут. Несмотря на прием вит. Д в возрасте 9 мес. у девочки были отмечены рахитические реберные «четки», «браслетки». Сидеть девочка стала только в 8,5 мес., стоять в 12 мес. Мама также отмечала, что девочка пьет с жадностью и часто плачет пока не выпьет либо чай, либо компот. Ходить ребенок стал только с 1,4мес.

При осмотре: Девочка капризная, плохо реагирует на осмотр, отстает в физическом развитии: масса тела- 9800г., рост- 73см. Кожа сухая, со сниженным тургором. Слизистые розовые, сухие. Отмечаются выраженные изменения костной системы: развернутая апертура грудной клетки, реберные «четки», «браслетки» на руках, вальгусная деформация обеих нижних конечностей. Тоны сердца звучные, выслушивается аритмия. Границы в пределах возрастной нормы. В легких дыхание проводится по всем полям - пуэрильное Живот увеличен в размере. Печень +1см, селезенка не пальпируется. Стул со склонностью к запорам. Суточный диурез до 1,5 л.

Клинический анализ крови: Hb-153г/л, эр-4,5*10¹²/л, Ht-40%, Тр.- 370*10⁹/л, п/я-2%, с/я-23%, э-1%,л-64%, м-12,СОЭ-11 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет-сол-желт, относительная плотность 1006, реакция нейтр, белок- следы, лейкоциты-1-2 в п/зр.

Ан. крови на КЩС и электролиты: рН -7,24, рСО₂-37мм.рт.ст., рО₂- 83мм.рт.ст., АВ – 17 ммоль/л, SB – 22 ммоль/л, ВВ – 35ммоль/л, BE –(- 11,3) ммоль/л, Na⁺-132ммоль/л, K⁺- 2,9ммоль/л, Cl⁻-116ммоль/л , Clк – 4,3ммоль/л.

Задание:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назначьте необходимый комплекс обследования.
3. С каким заболеванием необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Каков патогенез данного заболевания?
5. Какова Ваша лечебная тактика?

Ситуационная задача 7

На приеме у врача педиатра мама с жалобами на плохую прибавку в весе у ребенка 5мес.

Анамнез жизни: Ребенок от второй (первая – здоровая девочка) беременности, протекавшей на фоне токсикоза. Роды в срок. Вес при рождении 3100г, рост- 52см. Находится на грудном вскармливании. С 4,5 мес введен прикорм в виде овсяной каши.

Семейный анамнез: Папа ребенка был оперирован в возрасте 14 лет по поводу двустороннего гидронефроза. Мама отмечает, что у папы также повышенная жажда, однако сахарный диабет у него исключен.

Анамнез болезни: Мама отмечает, что у ребенка постоянное чувство голода. Спустя 30-40 мин после кормления ребенок плачет и успокаивается только после кормления. Сосет жадно. Более того, мама заметила, что после каждого кормления мальчика обильно мочится. В возрасте 3мес. проводили контрольное вскармливание. Мальчик высасывал 140-150мл. С 4 мес. мама стала подавать фруктовые соки. В настоящее время мальчик выпивает до 100мл яблочного сока.

При осмотре: Ребенок раздражен, вес 6100г, рост 66см. Кожа сухая, тургор ткани снижен, подкожно-жировая клетчатка мало выражена. По органам и системам без особенностей. Мама на приеме сменила памперс, при этом отметила, что меняла его час назад.

Клинический анализ крови: Нб-133г/л, эр- $3.8 \cdot 10^{12}$ /л, тромб- $270 \cdot 10^9$ /л, п/я-2%, с/я-23%,э-1%,л-64%,м-12,СОЭ-9 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет-сол-желт, относительная плотность 1002, реакция нейтр, белок- следы, лейкоциты-1-2 в п/зр.

КОС: рН -7,38, ВЕ – -1,5

Задание:

1. Сформулируйте предполагаемый диагноз.
2. Дайте обоснование диагноза.
3. Каковы генетические особенности заболевания?
4. Составьте план обследования и лечения.

Ситуационная задача 8

Ребенок 2г.6мес на приеме у педиатра с жалобами на Х-образную деформацию ног, повышенную жажду, астению, быструю утомляемость.

Анамнез жизни: Девочка от второй нормально протекавшей беременности (первые роды-здоровый ребенок). Вес при рождении 3100г., рост- 50см. На первом году росла и развивалась согласно возрасту. Прививки по календарю. В год девочка весила 10300г., рост- 76см.

Анамнез болезни: На втором году жизни мама стала замечать, что девочка стала плохо прибавлять в весе, несмотря на сохранение аппетита. Появилась повышенная потребность в приеме жидкости. Девочка быстро утомляется. Часто просится « на горшок». Затем мама стала замечать появление Х-образного искривления ног. Обратились к ортопеду, который назначил вит. Д в дозе 1200Ед/сут и массаж. Лечение без эффекта, деформация носила прогрессирующий характер.

При осмотре: Девочка худенькая. Кожа сухая, чистая. Слизистые розовые, умеренно влажные. Выявлена вальгусная деформация обеих нижних конечностей. Тоны сердца звучные, ритмичные. Границы в пределах возрастной нормы. В легких дыхание проводится по всем полям – пуэрильное. Живот мягкий безболезненный. Печень +0,5см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул со склонностью к запорам. Суточный диурез до 1,5-2,0 л.

Клинический анализ крови: Нб 137г/л, эр- $4,1 \cdot 10^{12}$ /л, Нт-40%, тромб- $310 \cdot 10^9$ /л, п/я-2%, с/я-27%,э-1%,л-63%,м-12,СОЭ-12 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет- сол. желт, относительная плотность 1004, реакция -нейтр., белок- следы, лейкоциты-1-2 в п/зр.

Биохимический анализ крови – общий белок -67 г/л, альбумины-35 г/л, холестерин-4,3 ммоль/л, калий-3,01ммоль/л, натрий-133,5 ммоль/л, кальций – 2,4ммоль/л, хлор – 117ммоль/л, мочевины-5,1 ммоль/л, креатинин-36 мкмоль/л (норма – до 70 мкмоль/л), щелочная фосфатаза-760Ед/л (норма до 400ед/л).

Задание:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назначьте необходимый комплекс обследования.
2. С каким заболеванием необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Каков патогенез данного заболевания?
5. Какова Ваша лечебная тактика?

Ситуационная задача 9

Анамнез жизни. Девочка 1 мес жизни. Ребенок от I беременности, протекавшей с нефропатией с 34 недели гестации. От первых своевременных родов. При рождении масса тела 3600 г., длина 51 см.

Анамнез болезни. При рождении отмечалось увеличение размеров живота и выявлялся «симптом пальпируемой опухоли».

По данным УЗИ почек определялись резко увеличенные в размерах почки: левая - 90x40 мм, правая - 89x48 мм. Паренхима уплотнена, эхогенность паренхимы неоднородно повышена с множественными эконегативными областями.

Биохимический анализ крови: мочевины 19,6 ммоль/л, калий 5,7 ммоль/л, креатинин 144,6 мкмоль/л.

Кислотно-основное состояние крови: рН=7,31; ВЕ=-8.

Общий анализ мочи: белок 0,6 г/л, лейкоциты 1-2 в п/зрения, эр. – 0-1 в п.зр.

В возрасте 1 месяца жизни - живот резко увеличен в размерах. При пальпации живота определяются больших размеров бугристые почки.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Оцените функциональное состояние почек.
4. Прогноз заболевания.

Ситуационная задача 10

Девочка Маша, 3,5 лет, поступила в стационар с жалобами на немотивированный подъем температуры до 38-39°C, изменения в общих анализах мочи в виде протеинурии до 1,2 г/л и гематурию до 100 в п/зр.

Анамнез жизни: Девочка от первой, нормально протекавшей беременности. Роды срочные. Вес при рождении 3 100г, длина 51см. На первом году жизни росла и развивалась по возрасту. Прививки согласно календарю. Детские инфекции не переносила. Травм и операций не было.

Анамнез болезни: В возрасте 2 года и 7 мес. девочка перенесла ОРВИ. При исследовании клинического анализа крови отмечалось повышение СОЭ, в связи с чем девочка стала наблюдаться педиатром и проведено амбулаторное обследование: общий анализ мочи, б/х крови, посев мочи, посев кала – патологических изменений в анализах не выявлено. Девочка была консультирована отолорингологом, инфекционистом, не выявивших специфической патологии. В последующем у девочки стали отмечаться не мотивированные подъемы температуры, которые купировались приемом жаропонижающих препаратов. В возрасте 2года 11 мес. девочка консультирована гастроэнтерологом, заподозрившей у девочки наличие гельминтоза и без лабораторного подтверждения назначила курс антигельминтных препаратов (пирантел и бильтрицид). После повторного курса, проведенного в 3 года 1 мес. у девочки в анализах мочи появилась протеинурия (до 1г/л) и гематурия (25-30 в п/зр).

При поступлении: Состояние девочки ср. тяжести. Отмечается слабость, девочка контактная, активных жалоб не предъявляет. При осмотре девочка нормального телосложения, средней упитанности. Кожные покровы чистые, несколько влажные. Слизистые розовые влажные. При пальпации периферических л/у отмечается увеличение размеров передне- и заднешейных, подчелюстных и подключичных л/у до 1,5-2,0см. Со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем без патологических изменений. При пальпации живота

отмечается увеличение размеров печени (+3см) и селезенки (+1,5см). Симптом поколачивания – отр. Диурез нормальный. Стул оформленный -1раз в день.

При обследовании:

Клинический анализ крови: Нв-74г/л, Эр- $2,8 \times 10^{12}$ /л, Тр.- 123×10^9 /л, Лейк- $5,3 \times 10^9$ /л: п- 3% ; с- 34%; Э-2%; б- 3%; л- 51%; м-7% , СОЭ – 48мм/час.

Общий анализ мочи - б -1,3г/л ; глюкоз-нет; лейкоц-15-20 вп/зр; Эр. измен- 50-60 в п/зр.

Биохимический анализ крови: Общ.белок – 65 г/л, альбумины – 34 г/л, СРБ - 4,1 ед/л (норма до 2,0), билирубин: общ - 15,1 мкмоль/л, прям - 2,7 мкмоль/л; холестерин - 4,1 ммоль/л, креатинин – 36 мкмоль/л, мочевины – 5,3 ммоль/л, мочевины к-та – 135 мкмоль/л, натрий - 139 ммоль/л, калий – 3,7 ммоль/л.

Задание:

1. Предположите диагноз у больной.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить диф. диагностику?
3. Какие дополнительные исследования нужно провести девочке?
4. Определите основные компоненты терапии.

Ситуационная задача 11

Девочка 13лет, поступила в отделение нефрологии в связи с персистирующей гематурией.

Анамнез жизни. От I беременности, протекавшей с угрозой прерывания, нефропатией, от I срочных родов. При рождении масса тела 3560 г., длина 50 см. Росла и развивалась по возрасту. Генеалогический анамнез: у матери девочки выявлен поликистоз почек в 25 лет. Ранних смертей в семье не отмечалось.

Анамнез болезни. В течение последнего года отмечались изменения в анализах мочи в виде микрогематурии и лейкоцитурии. Принимала уросептики без эффекта. Периодически отмечается подъем АД, расцененное как проявление ВСД.

Состояние при поступлении удовлетворительное. На момент осмотра активных жалоб не предъявляла. Кожа бледно-розовая, чистая от инфекционной сыпи. Тоны сердца громкие, ритмичные. АД=125/70 мм рт. ст. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в эпигастральной области. Печень не выходит из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется.

Клинический анализ крови – Нв-140 г/л, эр.- $4,47 \times 10^{12}$ /л, лейкоц.- $6,9 \times 10^9$ /л; п/я-1%, с/я-50%, эоз.-2%, лимф.-42%, мон.-5%, СОЭ-4 мм/ч.

Общий анализ мочи – реакция-кислая, белок-0,03, лейкоциты-1-2 в п/з, эритроциты –7-10 в п/з.

Биохимический анализ крови – общий белок -68,3 г/л, альбумины-48,1%, холестерин – 3,78 ммоль/л, креатинин-78 мкмоль/л (норма – до 110 мкмоль/л), мочевины-3,0 ммоль/л.

Клиренс по эндогенному креатинину: 87,0 мл/мин.

УЗИ почек: размер правой почки - 106*44,5 мм, паренхима в среднем сегменте – 5,6 мм, в верхнем сегменте – 7 мм, в нижнем сегменте – 14 мм. В паренхиме множественные эхонегативные полости диаметром от 2 до 35 мм. Контур четкий, неровный. Архитектоника сосудов изменена, кровоток прослеживается до капсулы почки. Левая - 116*51 мм, паренхима 19 мм. В паренхиме множественные эхо-негативные полости диаметром от 2 до 21 мм. Архитектоника сосудов изменена. ЧЛК: норма.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Оцените функциональное состояние почек.

4. Составьте план лечения.

Ситуационная задача 12

Мальчик 13 лет поступил в отделение с жалобами на слабость, сниженный аппетит, отеки.

Анамнез жизни: Ребенок от второй беременности, протекавшей с угрозой прерывания на 4-м месяце. Роды в срок, со стимуляцией. Масса при рождении 3200 г., длина 51 см. На грудном вскармливании до 3 месяцев. Профилактические прививки по возрасту. Страдал атопическим дерматитом до 3 лет. Перенес ветряную оспу, Часто болел ОРВИ.

Семейный анамнез: у матери – дерматит, хронический тонзиллит; у бабушки со стороны матери – бронхиальная астма.

Анамнез болезни: Ребенок заболел через 16 дней после перенесенного гриппа. Появился отечный синдром. В дальнейшем отеки нарастали, уменьшился диурез.

При поступлении в стационар состояние средней тяжести. АД=95/45 мм рт.ст. ЧСС – 82 удара в мин. Кожные покровы бледные. Выраженная отечность лица, голеней, стоп, передней брюшной стенки, поясничной области. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, левая – по левой средне-ключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень +2 см. из-под реберного края. Селезенка не пальпируется. Выделил за сутки 300 мл мочи.

Клинический анализ крови – Нв-160 г/л, эр.- $5,2 \times 10^{12}/л$, тромб.- $416 \times 10^9/л$, лейкоц.- $9,8 \times 10^9/л$; п/я-3%, с/я-36%, эоз.-7%, лимф.-52%, мон.-2, СОЭ-37 мм/ч.

Общий анализ мочи – цвет-сол.ж., относительная плотность-1,028, реакция-нейтр., белок-6,0г/л, лейкоциты-0-1 в п/з, эритроциты-0-1 в п/з, бактерии-мало.

Биохимический анализ крови – общий белок -41 г/л, альбумины-19 г/л, серомукоид-0,44, СРБ-++, холестерин-13 ммоль/л, калий-3,81 ммоль/л, натрий-137,5 ммоль/л, мочевины-5,1 ммоль/л, креатинин-96 мкмоль/л (норма – до 110 мкмоль/л).

Клиренс по эндогенному креатинину: 80,0 мл/мин.

Коагулограмма: фибриноген – 4,5 г/л, протромбин – 130%.

Биохимический анализ мочи – белок-2,5 г/сут (норма – до 0,2 г/сут), оксалаты-28 мг/сут (норма – до 17).

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

Задание:

1. Поставьте диагноз.
2. Определите степень необходимости проведения нефробиопсии у данного больного.
3. Оцените функциональное состояние почек.
4. Составьте план лечения.

Ситуационная задача 13

Мальчик Сергей М., 7 лет, поступил в отделение нефрологии с жалобами на лихорадку до $38,4^{\circ}C$, головную боль, сыпь по типу крапивницы, боль в суставах, пастозность век и лица.

Анамнез жизни: Мальчик от первой беременности, протекавшей на фоне токсикоза в первом триместре. Роды срочные. Масса тела при рождении 3100 мг, рост 51 см. На первом году рос и развивался согласно возрасту. Прививки по календарю.

Анамнез болезни: Мальчик в течение двух недель проводил курс профилактики гриппа препаратами интерферона и вит. С. Однако накануне мальчик стал жаловаться на плохое самочувствие, головную боль, «ломоту» в теле, к вечеру отмечался подъем температуры до $39^{\circ}C$. Мама расценила данное состояние как начало ОРВИ, ребенок получил парацетамол. На

следующий день симптомы усилились, появилась мелкоточечная распространенная сыпь, боль в животе, умеренная пастозность и потемнение цвета мочи. В связи с ухудшением состояние был приглашен педиатр, который отправил ребенка в стационар с направляющим диагнозом: «Острый гломерулонефрит».

При поступлении: Состояние средней тяжести. Жалуется на недомогание, боли в голеностопных суставах, умеренная боль в животе. Температура тела- 38,3⁰С. По всему телу отмечается мелкоточечная сыпь, местами сливная. Отмечается пастозность лица, поясницы, голеней. Слизистые зева умеренно гиперемированы, влажные. Тоны сердца умеренно приглушены, пульс симметричный ЧСС- 102 в мин. АД -125/85мм.рт.ст. В легких дыхание проводится по всем полям везикулярное. ЧД – 26 в мин. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, болезненный в параумбиликальной области. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон. Стул 1 раз в день, оформленный. Суточный диурез- мама отмечает снижение диуреза.

Клинический анализ крови – Нв-101 г/л, эр.-3,2x10¹²/л, тромб.-456 x10⁹/л, лейкоц.-13,1x10⁹/л; п/я-3%, с/я-36%, эоз.-9%, лимф.-52%, мон.-2, СОЭ-28 мм/ч.

Общий анализ мочи – цвет- бурый, относительная плотность-1,022, реакция-нейтр., белок-1,2 г/л, лейкоциты(эозинофилы)-20-25 в п/з, эритроциты- все поля зрения, цилиндры- зернистые- 3-4 в п/зр., бактерий-нет.

Проба по Зимницкому: максимальная относительная плотность 1,017, минимальная относительная плотность 1,011, суточный диурез 600мл, дневной диурез 470 мл, ночной – 130 мл.

Биохимический анализ крови – общий белок -69г/л, альбумины-34 г/л, серомукоид-0,44, СРБ-+++ , холестерин-4,3 ммоль/л, калий-5,03 ммоль/л, натрий-133,5 ммоль/л, мочевины-8,3 ммоль/л, креатинин- 107 мкмоль/л. (норма – до 80 мкмоль/л).

Иммунологическое обследование: IgG - 9,3 г/л(норма до 14); IgA – 3,2 г/л(норма до 2,5) ; IgM - 1,2 г/л(норма до1,8); IgE - 320 пг/мл (N-250); С₃ - 1,5 г/л (N-до 1,6); С₄ - 0,23 г/л (N – до 0,35).

Клиренс по эндогенному креатинину: 57,0 мл/мин.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие исследования необходимо провести?
3. С каким заболеванием следует проводить диф.диагностику.
4. Составьте план лечения.

Ситуационная задача 14

Мальчик 12 лет поступил в отделение нефрологии по переводу из соматического отделения г. Грозного.

Анамнез жизни: Мальчик от первой нормально протекавшей беременности. Роды срочные, вес 3300г, длина 53см. На первом году жизни рос и развивался согласно возрасту. Прививки по календарю. Из детских инфекций перенес : ветрянку, оспу.

Анамнез болезни: Месяц назад появились симптомы ОРЗ: субфебрильная температура, повышенная усталость, недомогание, затем присоединился кашель и повышение температуры до фебрильных цифр, появления одышки. В связи с ухудшением состояния поступил в стационар. При поступлении состояние средней тяжести, бледный на коже отмечаются участки депигментации. При осмотре отмечается выраженный кашель, с отхождением слизистой мокроты. Зев умеренно гиперемирован. АД 125/80мм.рт.ст. ЧСС-86 уд в мин. Тоны сердца приглушены, пульс ритмичный. В легких: аускультативно: дыхание проводится по всем полям,

на вдохе выслушиваются влажные хрипы преимущественно в нижних долях обеих легких. ЧД-26 в мин. Перкуторно: умеренное притупление по средней аксиллярной и заднеподмышечной линиях в нижней трети обеих легких. Мальчику провели рентген диагностику грудной клетки, по данным которой была диагностирована нижнедолевая пневмония обеих легких. В стационаре получал антибиотики, отхаркивающие препараты. Состояние ребенка несколько улучшилось, однако сохранялась субфебрильная температура, кашель и в ан. мочи появились изменения в виде протеинурии до 1,2г/л и гематурии – 100-150 в п/зр., стали нарастать цифры азотемии. На 12 день заболевания в б/х крови креатинин -147мкмоль/л, мочевины 9,3ммоль/л. В связи с данными изменениями был переведен в отделение нефрологии.

При поступлении: Состояние средней тяжести, кашель сохраняется суховатый малопродуктивный. Кожа бледная с участками депигментации. Отмечается увеличение щитовидной железы. В легких дыхание проводится по всем полям жесткое, в нижних полях выслушиваются сухие хрипы. ЧД-22 в мин. Тоны сердца ритмичные, несколько приглушены. АД – 135/75 мм.рт.ст. ЧСС- 78в мин. Живот мягкий доступен глубокой пальпации, безболезненный. Печень +1 см. от края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Диурез адекватный.

При обследовании:

Клинический анализ крови: Нв – 101г/л, Эр-ты $3,2 \times 10^{12}$ /л, Цв.п-0,81, Лейк-ты $12,0 \times 10^9$ /л, э- 1%, п/я- 3%, с/я- 70%, л- 14%, м-8% , Тр-ты 270×10^9 /л, СОЭ 27 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет-темно-желтый, реакция кислая, удельный вес 1017, белок - 1,9г/л, лейк-ты -12-15 в п/зр., эритроциты -80-100 в п/зр.

Биохимический анализ крови: белок - 63 г/л, альбумины 34г/л, глобулины 65%: альфа1-глобулины 8%, альфа2- 19%, бета- -15%, гамма- 23%, холестерин 5,8 ммоль/л, СРБ +++ , билирубин общий - 38 мкмоль/л, прямой-25 мкмоль/л; непрямой-13 мкмоль/л, креатинин - 153 мкмоль/л, мочевины - 9,3ммоль/л, железо 2,3ммоль/л(8-13)

Рентгенограмма органов грудной клетки: отмечается усиление легочного рисунка; в нижних отделах правого и левого легкого гомогенные затенения без четких контуров, связанное с корнем.

Иммунограмма: IgA- 2,9 г/л, IgM -2,0 г/л, IgG- 25,6 г/л, ЦИК - 230 ус.ед.

Анализ крови на антитела к базальной мембране –положительный

Определение гормонов щитовидной железы: ТТГ-0,1 мЕд/л (0,4-4,0), Т3-8,3 пмоль/л (2,6 - 5,7), Т4-29 пмоль/л (9,0 - 22,0), АТ-ТГ- 27Ед/мл(0 – 18), АТ-ТПО- 9,1Ед/мл (< 5,6).

УЗИ щитовидной железы: отмечается выраженное увеличение щитовидной железы, с наличием нескольких узлов в правой и левой долях.

Задание:

1. Установите диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
3. Какая клиническая форма нефрита наблюдалась у мальчика?
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
5. Определите принципы терапии.

Ситуационная задача 15

У больного 35 лет, через 2 недели после перенесенного отита появились: головная боль, немотивированная слабость, одышка, сердцебиение, лихорадка, отеки на лице, артериальная гипертензия до 180/100 мм рт.ст., уменьшение количества мочи, изменение ее цвета.

При объективном исследовании выявлено: температура 38 С. Больной бледен, лицо одутловато, веки отечны. Границы сердца в пределах нормы. Акцент 2 тона над аортой АД

180/100 мм.рт.ст., пульс 60 в 1 минуту. Патологии со стороны легких и органов брюшной полости не выявлено.

Общий анализ крови: эритроциты - $4,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 120 г/л, цветовой показатель - 0,9, тромбоциты - $200,0 \times 10^9/л$, лейкоциты - $10,5 \times 10^9/л$, базофилы - 1%, эозинофилы - 9%, палочкоядерные - 5%, сегментоядерные - 65%, лимфоциты - 15%, моноциты - 5%, СОЭ - 50 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 69 г/л, креатинин - 120 мкмоль/л, мочевины - 8 ммоль/л, СРБ - +++, сиаловые кислоты - 0,30 ед, АСЛ-О - 1:440, АСК - 1:200.

Общий анализ мочи: цвет - мясные помои, прозрачность - мутная, реакция - кислая, плотность - 1,020, белок - 1,005 г/л, эритроциты - сплошь в поле зрения, лейкоциты - 10-12 в поле зрения, гиалиновые и восковидные цилиндры - 5-6-7 в поле зрения.

Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты - 2000 в 1 мл, эритроциты - 5000 в 1 мл

Анализ мочи по Зимницкому: Удельный вес - 1,016-1,025;

Дневной диурез - 350 мл;

Ночной диурез - 350 мл.

При проведении бактериологического исследования роста микрофлоры нет.

Проба Реберга-Тареева: Клубочковая фильтрация - 60 мл/мин; Клубочковая реабсорбция - 90%; Креатинин крови - 100 мкмоль/л; Количество мочи за час - 60 мл/мин

УЗИ почек: Размеры почек: левая - 14-8 см, правая - 13-7 см, толщина капсулы - 1,5 мм.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС - 62 в 1 мин. Снижение вольтажа зубцов.

Заключение окулиста: Диски зрительных нервов четкие, ровные. Глазное дно гиперемировано. Мелкоточечные кровоизлияния на сетчатке. Соотношение а:в = 1:3

Задание:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Выделите основные клинические синдромы заболевания.
3. Какие осложнения основного заболевания отмечаются у больного.
4. Определите принципы терапии.

Ситуационная задача 16

Больная 31 год, поступила с жалобами на отеки, боли в поясничной области, слабость. Заболела 2 года назад, когда после ангины появились отеки на ногах, лице, боли в пояснице. Дважды находилась в стационаре, длительно получает преднизолон по 15 мг в сутки.

Объективно: лунообразное лицо, выраженные отеки ног, стрии на животе, бледность кожи и слизистых. Над легкими перкуторно - ясный легочный звук. Аускультативно - дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 в мин. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, верхняя - на 3 ребре, левая - на средне-ключичной линии. АД 120/70 мм.рт.ст. Пульс - 80 уд. в минуту. Патологии со стороны органов брюшной полости не выявлено.

Клинический анализ крови: эритроциты - $3,0 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 102 г/л, цветовой показатель - 0,8, тромбоциты - $200,0 \times 10^9/л$, лейкоциты - $5,6 \times 10^9/л$, СОЭ - 40 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 55 г/л, холестерин - 6,5 ммоль/л, креатинин - 70 мкмоль/л, мочевины - 5,0 ммоль/л, натрий - 140 ммоль/л, калий - 4,5 ммоль/л, глюкоза - 8,9 ммоль/л

Общий анализ мочи: цвет - темно-желтый, прозрачность - мутная, реакция - кислая, плотность - 1,018, белок - 3,500 г/л, лейкоциты - 3-4-5 в поле зрения, эритроциты - 10-15 свежие в поле зрения, гиалиновые цилиндры - 5-6 в поле зрения.

Анализ мочи по Нечипоренко: эритроциты - 2000 в 1 мл, лейкоциты - 2000 в 1 мл.

Проба Реберга-Тареева: Клубочковая фильтрация-70 мл/мин. Клубочковая реабсорбция-99 %. Креатинин крови-75 мкмоль/л. Количество мочи за час-100 мл/мин.

УЗИ почек: размеры: правая почка 12 см-6 см, левая почка 11,5 см - 5,7 см. Диффузные изменения в паренхиме обеих почек.

Задание:

1. Вероятный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести больной?
3. Какие проявления побочных эффектов преднизолона у данной больной?
4. Определите принципы лечения.

Ситуационная задача 17

Больная 60 лет, поступила с жалобами на слабость, головные боли, субфебрильную температуру, одышку, отёки, снижение зрения. В течение 15 лет страдает инсулинозависимым сахарным диабетом, постоянно получает большие дозы инсулина. 5 лет назад стала отмечать загрудинные боли при незначительной нагрузке, подъём АД, отёки на лице и ногах.

Объективно: состояние средней тяжести, пастозность лица, цианоз губ, отёчность голеней. Над лёгкими в нижних отделах ослабленное голосовое дрожание, притупление перкуторного звука. Дыхание везикулярное, в нижних отделах не проводится. ЧД - 22 в минуту. Границы сердца: правая - по краю реберной дуги, верхняя - на 3 ребре, левая - на 2 см снаружи от средне-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, дующий систолический шум на аорте, акцент II тона. Пульс 88 в минуту, слабого наполнения и напряжения. АД 210/120 мм.рт.ст. Пульс на правой стопе прощупывается с трудом. Живот округлой формы. При пальпации мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см. Размеры по Курлову: 12-11-10 см. Край мягкий, безболезненный. Стул и диурез без особенностей. Голени отечны. **Клинический анализ крови:** эритроциты - $4,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 138 г/л, цветовой показатель - 0,9, лейкоциты - $11,5 \times 10^9/л$, палочкоядерные-8%, сегментоядерные - 60%, лимфоциты - 28%, моноциты - 4%, СОЭ - 45мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, реакция - кислая, плотность - 1,001, белок - 3,3 г/л, эритроциты - 4-6-8 в поле зрения, лейкоциты - 10-15-20 в поле зрения.

Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты - 12000 в 1мл, эритроциты - 6000 в 1 мл.

Анализ мочи по Зимницкому: Удельный вес-1,016-1,018. Дневной диурез-400 мл. Ночной диурез-600 мл.

Гликемический профиль: I-9ммоль/л, II-10ммоль/л, III- 7ммоль/л.

Проба Реберга-Тареева: Клубочковая фильтрация-60 мл/мин. Клубочковая реабсорбция-98%. Креатинин крови-138 мкмоль/л. Количество мочи за час-60 мл/мин

ЭКГ- ритм синусовый, ЧСС-62 в 1 мин. Снижение вольтажа зубцов

Заключение окулиста: Диски зрительных нервов ступеваны, границы нечёткие. **Глазное дно** гиперемировано. Мелкоточечные кровоизлияния на сетчатке. Соотношение а:в = 1:3

На флюорографии органов грудной клетки в 3-х проекциях лёгочный рисунок смазан. От переднего отрезка III ребра справа и IV слева до неконтурируемой диафрагмы определяется интенсивное затемнение лёгочной ткани. Корни не структурны, аорта уплотнена.

Задание:

1. Какие синдромы в данный момент являются ведущими в клинике заболевания?
2. Сформулируйте диагноз.
3. Как трактовать наличие лейкоцитурии, сдвиг лейкоцитарной формулы?
4. Определите основные принципы терапии.

Ситуационная задача 18

Больная 17 лет, поступила в отделение для уточнения диагноза и выработки тактики ведения. При поступлении активных жалоб не предъявляла.

Анамнез заболевания: В августе после участия в спортивных соревнованиях – боли в мышцах, слабость, энурез, субфебрилитет. В сентябре-февральная лихорадка, массивная лейкоцитурия, протеинурия до 0,08 г/л, СОЭ 51 мм/час. Госпитализация в стационар по м/ж – протеинурия 0,579 г/л, минимальная лейкоцитурия, миоглобин крови – положит., лейкоцитоз 11,1 тыс, СОЭ 45 мм/час, мочевины 56 ммоль/л, креатинин 1151 мкмоль/л, олигурия. Данные изменения трактовались, как нетравматический рабдомиолиз с развитием острого интерстициального нефрита и острой почечной недостаточности. Было проведено 3 сеанса гемодиализа, плазмо- и гемотрасфузии. На фоне данной терапии отмечалось улучшение состояния: восстановился диурез, креатинин 120 мкмоль/л, мочевины 9,8 ммоль/л. Однако в октябре вновь ухудшение состояния: олигурия, розеолезная сыпь на туловище, креатинин 678 мкмоль/л, СКФ 4 мл/мин, девочке вновь проведена заместительная терапия в виде 3 сеанса гемодиализа, пульс-терапия метипредом 500 мг № 3 через день. Данное лечение было эффективным: восстановился диурез, креатинин 108 мкмоль/л, мочевины 5,7 ммоль/л, гемоглобин 92 г/л. В конце октября -отечность и болезненность правого локтевого сустава.

При объективном исследовании: Состояние средней тяжести. Кожный покров чистый, бледный. Слизистые розовые, влажные. Со стороны сердечно-сосудистой и бронхо-легочной систем изменений не выявлено. АД 130/80мм.рт.ст., ЧСС – 76 в мин. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул 1 раз в день, оформленный. Суточный диурез 2,0-2,5л.

Клинический анализ крови – Нв-109 г/л, эр.- $3,2 \times 10^{12}$ /л, тромб.- 256×10^9 /л, лейкоц.- $8,1 \times 10^9$ /л; п/я-3%, с/я-36%, эоз.-1%, лимф.-52%, мон.-2, СОЭ-18 мм/ч.

Общий анализ мочи – цвет- желтый, относительная плотность-1,006, реакция -нейтр., белок-0,16 г/л, лейкоциты-10-15в п/з, эритроциты- 7-10 в п/зр.

Проба по Зимницкому: максимальная относительная плотность 1,011, минимальная относительная плотность 1,007, суточный диурез 1,7л, дневной диурез 870 мл, ночной – 830 мл.

Биохимический анализ крови – общий белок -69г/л, альбумины-34 г/л, серомукоид-0,44, СРБ-+++ , холестерин-4,3 ммоль/л, калий-5,03 ммоль/л, натрий-133,5 ммоль/л, мочевины к-та 428 мкмоль/л, мочевины-8,3 ммоль/л , креатинин- 110 мкмоль/л. (норма – до 80 мкмоль/л).

Иммунологическое обследование: IgG - 9,3 г/л; IgA – 1,1 г/л ; IgM - 1,2 г/л; IgE - 320 пг/мл (N-250); С₃ - 1,5 г/л (N-до 1,6); С₄ - 0,23 г/л (N – до 0,35) anti-dsDNA – 36,97 U/ml(N до 25).

Однако в начале ноября у девочки вновь фебрильная лихорадка, артралгия левого плечевого сустава.

Общий анализ мочи: б- 0,29 г/л, Эр-ты- 950 в п/зр, Лейк-ты- 60 в п/зр.

Клинический анализ крови – Нв-109 г/л, эр.- $3,2 \times 10^{12}$ /л, тромб.- 508×10^9 /л, лейкоц.- $14,9 \times 10^9$ /л; п/я-3%, с/я-36%, эоз.-1%, лимф.-52%, мон.-2, СОЭ-28 мм/ч.

Клинический анализ крови – Нв-109 г/л, эр.- $3,2 \times 10^{12}$ /л, тромб.- 508×10^9 /л, лейкоц.- $28,3 \times 10^9$ /л; миел-ты-3%, метамиел-ты-4%, п/я-3%, с/я-36%, эоз.-1%, лимф.-52%, мон.-2, СОЭ-28 мм/ч.

Биохимический анализ крови – общий белок -69г/л, альбумины-34 г/л, холестерин-4,3 ммоль/л, калий-5,03 ммоль/л, натрий-133,5 ммоль/л, мочевины к-та 1900 мкмоль/л, мочевины-8,56 ммоль/л , креатинин-445мкмоль/л. (норма – до 80 мкмоль/л).

Пункция костного мозга: субтотальный бластоз в костном мозге.

Задание:

1. Поставьте диагноз.
2. Каков патогенетический механизм развития заболевания у больной?
3. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
4. Назначьте лечение.

Ситуационная задача 19

Больной, 38 лет, доставлен машиной «скорой помощи» с подозрением на пищевое отравление. **При поступлении** жалуется на постоянную тошноту, рвоту после каждого приема пищи, сухость во рту.

Анамнез болезни. Ухудшение самочувствия возникло в последние дни без видимой причины. В течение последнего года заметил повышенную утомляемость, часто стали беспокоить общая слабость, головокружение. Последние 3 года находится под наблюдением в связи с повышением АД. В прошлом году часто болел ангиной. 12 лет назад была проведена тонзилэктомия, после чего ангины прекратились. 10 лет назад в моче случайно был обнаружен белок, но больше по этому поводу не обследовался.

При осмотре: Кожные покровы бледные, пониженного питания. Небольшая одутловатость лица. Отмечаются отдельные подергивания мышцы туловища и верхних конечностей. Левая граница сердца расширена влево на 2 см. 1 тон ослаблен над верхушкой, акцент 2 тона над аортой. ЧСС 88 в мин., АД 170/95 мм рт.ст. В задненижних отделах легких жесткое дыхание. Живот мягкий, слегка чувствительный при пальпации по ходу кишечника.

Клинический анализ крови: Эр.- $2,1 \times 10^9$ /л, Нв -92 г/л, Лейк. - $7,2 \times 10^9$ /л, СОЭ- 24 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1,006, белок 0,65 г/л, Лейк.-12 в п/зр., Эр.- измененные 10-12 в п/зр, Цил-ры гиалиновые и зернистые 5-6 в поле зрения.

Биохимия крови: Креатинин крови: 356 мкмоль/л.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Выделите основные клинические синдромы заболевания.
3. Определите план обследования
4. Определите принципы терапии.

Ситуационная задача 20

Больной П., 18 лет, слесарь, жалуется на головную боль в теменной и затылочной областях, тупую боль в поясничной области, появляющуюся при поворотах туловища наклонях. Кроме того, заметил, что стал реже мочиться, при каждом мочеиспускании выделяется мало мочи.

Анамнез болезни: После охлаждения 3 недели назад стало болеть горло. По совету врача начал принимать сульфадиметоксин, полоскать горло раствором фурацилина. Самочувствие вскоре улучшилось, приступил к работе. Ухудшение наступило вчера днем: появились тяжесть в теменной и затылочной области головы, недомогание. Обратился и поликлинику. Были сданы анализы крови и мочи. На следующий день, поскольку самочувствие не улучшилось, направлен в стационар для обследования и лечения.

При осмотре: пульс 70 в 1 мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, напряжен. АД 160/105 мм рт.ст. 1 тон над верхушкой ослабленной звучности, 2 тон усилен над аортой. Других изменений со стороны внутренних органов.

Клинический анализ крови: Эр. $4,3 \times 10^{12}$ /л, НБ-140 г/л, Лейк- $7,0 \times 10^9$ /л, СОЭ- 22 мм/ч.

Общий анализ мочи; относительная плотность 1028, белок -1,65 г/л, л. 5-6 в поле зрения, эр. выщелоченные 10-15 в поле зрения, цилиндры гиалиновые и зернистые 5-6 в поле зрения.

Биохимия крови: креатинин – 123мкмоль/л, мочеви́на 9,3ммоль/л, общ.белок -66г/л

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Составьте план обследования и лечения.
3. Выделите основной синдром, наблюдаемый у больного.
4. Каков прогноз заболевания?