

**Фонд оценочных средств**  
**для подготовки к государственной итоговой аттестации**  
**по специальности ординатуры «Нефрология».**  
**Ситуационные задачи**

**Задача 1.**

<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У армянина 27 лет, страдающего в течение 15 лет приступами абдоминальных болей, 2 года назад появилась протеинурия с быстрым формированием нефротического синдрома. У кузины пациента аналогичные болевые приступы, дядя умер от почечной недостаточности.
Вопросы:
1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте диагноз
3. Составить план обследования с целью уточнения причинного фактора заболевания
4. Какое лечение необходимо назначить больному?
5. Требуется ли семейное обследование?

**Задача 2.**

<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У больного 45 лет обнаружены гипертрофия околоушных слюнных желёз, контрактура Дюпюитрена, протеинурия 2,5 г/л, гематурия (50–60 эритроцитов в поле зрения). Концентрация IgA в крови повышена.
Вопросы:
1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте диагноз
3. Составить план обследования с целью уточнения причинного фактора заболевания
4. Какой клинический симптом является патогномичным для данной патологии?
5. Лечебная тактика

**Задача 3.**

<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
Больная 40 лет, парикмахер. Длительное время страдает хроническим пиелонефритом. При очередном обострении, проявляющемся болями в поясничной области, дизурией, познабливанием, субфебрилитетом, выявлены протеинурия 0,066 г/л., лейкоцитурия 40–50 в поле зрения, бактериурия. В общем ан. крови- Нб-104г/л, Эр-ты $2,8 \times 10^{12}/л$ Лейк-ты- $11 \times 10^9 /л$ . При осмотре отмечается повышение АД до 155/95мм.рт.ст.
Вопросы:
1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте диагноз
3. Составить план обследования с целью уточнения причинного фактора заболевания
4. Объясните генез анемии у пациентки?
5. Лечебная тактика

#### Задача 4.

<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
<p>Больная И., 34 лет, учительница, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на повышение АД до 220/120 мм рт. ст., головные боли, сердцебиение, сухость во рту, зуд кожных покровов, тошноту, жидкий стул. Считает себя больной более 15 лет, когда появились отеки под глазами, повышение АД до 160/100 мм рт. ст., находилась под наблюдением терапевта, после переезда на работу в сельскую местность, в течение 10 лет на диспансерном учете не состоит. Последних 6 месяцев АД постоянно повышено до 180-200/100-110 мм рт.ст., эпизодически - 240/140 мм рт.ст., лечится не регулярно. Месяц назад появилась тошнота, склонность к поносам, а 2 недели назад - зуд кожных покровов. Объективно: Состояние больной тяжелое. Вес = 60 кг. Кожные покровы бледные, сухие, со следами расчесов; на лице они как бы припудрены белой пудрой. Видимые слизистые бледные. Одутловатость лица, пастозность стоп, голеней, передней брюшной стенки. Грудная клетка симметрична, при перкуссии легочный звук, дыхание везикулярное. Пульс повышенного наполнения и напряжения, частотой 76 в 1 мин. АД 220/120 мм рт. ст. Верхушечный толчок смещен на 1 см влево от левой среднеключичной линии, тоны сердца приглушены, ослаблен I тон над верхушкой, основанием мечевидного отростка, акцент II тона над аортой; Язык сухой, запах аммиака в выдыхаемом воздухе. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:</p> <p>1.Общий анализ крови: НЬ - 72 г/л, эр. - <math>2,6 \times 10^{12}/л</math>, ЦП - 0,9; лейкоц. - <math>5,7 \times 10^9/л</math>, э. - 2%, п. - 3%, с. - 68%, л. - 25%, м. - 2%; СОЭ 20 мм/ч.</p> <p>2.Общий анализ мочи: цвет светлый, плотность – 1,008, белок - 3,8 г/л, лейкоц. - 2-4 в п/зр, эр. - 10-12 в п/зр, цилиндры: зернистые 3-4 в п/зр, восковидные 2-3 в п/зр.</p> <p>3.Биохимическое исследование крови: АСТ - 0,43 ммоль/л, АЛТ - 0,45 ммоль/л, сахар - 3,8 ммоль/л, холестерин - 5,5 ммоль/л; креатинин - 1,4 ммоль/л, мочевины - 38,2 ммоль/л, общий белок 65 г/л.</p>
<b>Вопросы:</b>
1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

#### Задача 5.

<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
<p>Больная П., 58 лет, химик, работает в контакте с органическими растворителями в лабораторных условиях, стаж работы 25 лет. В клинику поступила с жалобами на слабость, пониженную работоспособность, жажду, большое количество выделяемой мочи за сутки (более 2,5 л, особенно ночью). Из анамнеза известно, что с 18-летнего возраста страдает мигренью, по поводу которой постоянно принимала цитрамон. В последние 5–7 лет из-за постоянной мигрени принимает в сутки 2–3 таблетки цитрамона. При осмотре: бледность кожных покровов со слегка желтушным оттенком. В лёгких без особенностей. На верхушке сердца — систолический шум, пульс 80 в мин, ритмичный, артериальное давление 130/80 мм.рт.ст. Печень и селезёнка не пальпируются, размеры их не увеличены, отёков нет. При лабораторном обследовании: анализ мочи — относительная плотность 1007, реакция щелочная, белок 0,66 г/л, лейкоцитов 10–15 в</p>

поле зрения, эритроцитов 10–12 в поле зрения. Общий анализ крови: гемоглобин 100 г/л, лейкоциты  $4 \times 10^9$ /л, СОЭ 25 мм/час.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Составить план обследования с целью уточнения причинного фактора заболевания

3. Гистологические признаки тубуло-интерстициального повреждения

4. Как объяснить желтушность кожных покровов?

5. Лечебная тактика

### Задача 6.

**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Больная Ч., 41 год. В детстве перенесла закрытую черепно-мозговую травму, в связи с чем, по рекомендации невропатолога длительно (годами) принимала анальгетические препараты и фуросемид до 80 мг/сут, работала в букинистическом магазине со старинными книгами. В 24-летнем возрасте имела избыточный вес (+30–35 кг), лечилась самостоятельно голоданием. 10 лет назад весной впервые перенесла артрит первого плюснефалангового сустава правой стопы. Диагностировано рожистое воспаление, реактивный артрит. Концентрация креатинина в сыворотке крови в тот период составляла 230 мкмоль/л, мочевая кислота 780 ммоль/л. В последующие годы по поводу суставных болей принимала нестероидные противовоспалительные средства (НПВС). Мать больной страдала полиартритом, диагноз не был установлен. Поступила в клинику с жалобами на частые артриты плюснефаланговых, голеностопных, коленных суставов, протекающих с повышением температуры тела до 40°C с ознобами, тошнотой, периодические ноющего тупого характера боли в поясничной области, больше слева, дизурические явления.

Вопросы:

Предположите диагноз

Какие биохимические маркеры вам необходимы для постановки точного диагноза?

Каков генез заболевания?

Обоснована ли была терапия артритов НПВС?

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Составить план обследования с целью уточнения причинного фактора заболевания

3. Гистологические признаки тубуло-интерстициального повреждения

4. Тактика купирования острой подагрической атаки.

5. Длительная уратснижающая терапия, выбор для данной пациентки.

### Задача 7.

**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

У больного 45-ти лет, инженера на авиационном заводе, в период госпитализации по месту жительства по поводу пневмонии был выявлен мочевого синдром (протеинурия 0,6–1,2 г/сут, эритроцитурия до 15–20 в поле зрения, лейкоцитурия 5–6 в поле зрения) и АД 150/100 мм рт.ст., расцененные как проявление острого гломерулонефрита (ОГН), хотя и ранее отмечались минимальные изменения в моче. Проведено было лечение гепарином, преднизолоном 40 мг/сут без эффекта на мочевого синдром. Далее больной в течение последующих 3-х лет наблюдался с диагнозом хронический гломерулонефрит (ХГН) и получал терапию азатиоприном (150–100 мг/сут) в сочетании с поддерживающими дозами преднизолона (10–5 мг/сут). Направлен на консультацию в

клинику в связи с тем, что наряду с сохраняющимся мочевым синдромом стала нарастать креатининемия. В представленных анализах мочи — относительная плотность мочи 1003–1010, белок 1,75–2,0 г/л, эритроциты 10–16, лейкоциты 3–5, ураты — немного. Креатинин крови 3,2 мг/дл, мочевая кислота 658 мкмоль/л, СКФ — 25 мл/мин. Множественные тофусы на пальцах кистей рук. АД 170/100 мм рт.ст. Выясняется, что в предыдущие 7–8 лет возникали рецидивирующие артриты первого плюснефалангового сустава правой стопы, купирует приемом Бутадиона.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Верно ли был выставлен диагноз при первом обращении больного в стационар?
3. Составить план обследования с учетом возможных осложнений, связанных с прогрессированием ХБП
4. Показания к нефробиопсии в данном случае?
5. Лечебная тактика

### Задача 8.

**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

35-летнему больному с рецидивирующими почечными коликами и неоднократным отхождением конкрементов, состоящих из оксалата кальция, было рекомендовано ограничение приёма жидкости до 1 л/сут, диета с низким содержанием оксалатов, резкое ограничение кальция (отказ от молочных продуктов) и продуктов, содержащих клетчатку. Уровень кальция сыворотки крови 10,0 мг/дл (2.5ммоль/л)

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составить план обследования с учетом возможных осложнений, связанных с прогрессированием ХБП
3. Дифференциальная диагностика нарушений фосфорно-кальциевого обмена
4. Купирование почечной колики при ее возникновении
5. Лечебная тактика для коррекции гиперкальциемии

### Задача 9.

**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

У больной 61 года после длительного (около 4-х лет) приёма препаратов кальция и витамина Д появились слабость, утомляемость, полиурия (диурез свыше 6 л/сут), никтурия. Экскреция кальция в суточной моче составила 12600мг.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составить план обследования с учетом возможных осложнений, связанных с прогрессированием ХБП
3. Дифференциальная диагностика нарушений фосфорно-кальциевого обмена
4. Купирование почечной колики при ее возникновении
5. Лечебная тактика для коррекции гиперкальциемии

### Задача 10.

**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Женщина 22 лет поступила с жалобами на лихорадку, слабость, отёки, боли в грудной клетке при дыхании, боли в мелких суставах рук и ног. Заболела 4 мес назад после родов.

При обследовании: температура тела 38,4 °С, пульс 100 в минуту, АД 140/90 мм рт.ст., суставы отёчные, болезненные. Шум трения плевры, отёки голеней и стоп, диурез 500 мл в сутки. Лабораторные данные: гемоглобин 102 г/л, лейкоциты 3,6x10<sup>9</sup>/л, тромбоциты 118x10<sup>9</sup>/л, СОЭ 45 мм/ч. В анализах мочи: относительная плотность 1014, белок 5 г/л, эритроциты 60–80 в поле зрения, лейкоциты 6–8 в поле зрения.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составить план обследования с учетом возможных вариантов полисистемных заболеваний
3. Дифференциальная диагностика нарушений остронефритического синдрома
4. Морфологические изменения в почке при быстро прогрессирующем гломерулонефрите
5. Лечебная тактика в данной ситуации

### Задача 11.

**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Больная 28 лет, воспитатель детского сада. 4 года назад, во второй половине беременности, впервые были выявлены протеинурия, лейкоцитурия, эритроцитурия. После родов анализы мочи нормализовались. Около 2 нед назад, после перенесённого гриппа, появились сильные боли в поясничной области справа, иррадиирующие в пах, учащённое болезненное мочеиспускание, ознобы, лихорадка до 39 °С. При амбулаторном обследовании выявлена протеинурия 0,125 г/л, лейкоцитурия 25–30 в поле зрения, эритроцитурия 8–10 в поле зрения, удельный вес мочи 1016. В крови лейкоциты 13,6x10<sup>9</sup>/л, СОЭ 30 мм/ч. Назначенная терапия эритромицином в дозе 1 г в сутки существенного эффекта не дала, хотя температура снизилась до субфебрильных цифр. Неэффективна оказалась также терапия спазмолитиками.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составить план обследования.
3. В чем причина неэффективности лекарственной терапии?
4. Какое исследование необходимо провести для подбора эффективного лекарства?
5. Лечебная тактика в данной ситуации

### Задача 12.

**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Юноша 16 лет поступил по поводу массивных отёков, которые сохраняются в течение 4 мес. Бледность, анасарка, пульс 76 в минуту, АД 120/80 мм рт.ст. В анализе крови — гемоглобин 130 г/л, тромбоциты 240x10<sup>9</sup>/л, СОЭ — 36 мм/ч. В анализе мочи: относительная плотность 1023, белок 16 г в сутки, лейкоциты 2–4 в поле зрения, эритроциты — нет, гиалиновые цилиндры. Общий белок крови 43 г/л, альбумин 17 г/л, креатинин 106 мкмоль/л, холестерин 14,56 ммоль/л.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Будете ли Вы проводить нефробиопсию перед началом лечения?
3. Какую картину скорее всего можно ожидать при морфологическом исследовании?
4. Дифференциально-диагностический ряд при БМИ.
5. Лечебная тактика в данной ситуации

### Задача 13.

<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У больной 23 лет с активным волчаночным нефритом внезапно появились синяки на коже, носовые кровотечения, затем макрогематурия и олигурия.
Вопросы:
1. Предположите какой синдром развился у больной?
2. Будете ли Вы проводить нефробиопсию перед началом лечения?
3. Какие исследования необходимо срочно выполнить для подтверждения развития этого синдрома?
4. Дифференциально-диагностический ряд при ТМА.
5. Какой препарат является обязательным при лечении для данной пациентки?

#### Задача 14.

<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
Больная С., 21 год, педагог. У больной через 6 мес после родов появились слабость, артралгия, трофические расстройства (отметила выпадение волос), развился нефротический синдром. Диагностировали острый гломерулонефрит. Терапия преднизолоном в дозе 50 мг в сутки в течение месяца с эффектом. Однако после быстрой отмены последнего отмечен рецидив нефротического синдрома. При обследовании: выраженные отёки до степени анасарки. Протеинурия 12 г в сутки, альбумины сыворотки крови 23 г/л, функция почек сохранна. АД 140/80 мм рт.ст. В крови — гемоглобин 67 г/л, лейкоциты — $3,2 \times 10^9$ /л, СОЭ — 60 мм/ч.
Вопросы:
1. Укажите наиболее вероятный диагноз?
2. Обоснование предполагаемого диагноза?
3. Какая ошибка была допущена врачом?
4. Морфологические варианты люпус-нефрита.
5. Лечебная тактика в данной ситуации.

#### Задача 15.

<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
Больная К., 23 года, экономист, обратилась к врачу с жалобами на отечность век и под глазами по утрам, пастозность лица, слабость. Считает себя больной после вакцинации против гриппа, когда через две недели появилась слабость, поднялась температура тела до 37,50С, отечность лица по утрам, быстро проходящая, в это же время больная отмечает уменьшение объема выделяемой мочи и её красный цвет (не связанный с месячными). Прибавка веса на 7 кг. Красный цвет мочи через несколько дней исчез. Объективно: Вес = 55кг. Состояние средней степени тяжести. Лицо бледное, одутловатое, веки отечны, глазные щели сужены за счет периорбитального отека. Кожные покровы без высыпаний, видимые слизистые розовые. Пастозность рук, ног. Лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка правильной формы. Над легкими ясный легочный звук, ЧД 16 в мин, дыхание везикулярное. Пульс на обеих лучевых артериях одинаков, ритмичный, частотой 80 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 138/85 мм рт ст. Границы относительной тупости сердца: правая на 1,0 см вправо от правого края грудины, верхняя в III межреберье, левая на 1 см кнутри от средне-ключичной линии в V межреберье, тоны сердца правильного соотношения. Слизистая ротоглотки розовая, миндалины не изменены. Живот симметричный, мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Поясничная область отёчна с обеих сторон, отеки мягкие, подвижные. Симптом поколачивания отрицательный с обеих

<p>сторон, почки стоя и лежа не пальпируются, их проекции болезненна.</p> <p>При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:</p> <p>1.Общий анализ крови: НЬ - 130 г/л, эр. 4,5 x 10<sup>12</sup>/л, лейкоц. 5,8 x 10<sup>9</sup>/л, э - 3%, п/я -3%, с/я - 53%, л - 35%, м - 6%; СОЭ - 25 мм/ч.</p> <p>2.Общий анализ мочи: желтая, прозрачная, рН кислая, плотность 1,020; белок 3,5 г/л, эп. почечный 8-10 в п/зр., эр. 15-20 в п/зр., лейкоц. 2-4 п/зр., цилиндры: эритроцитарные 2-3 п/зр, зернистые 0-2 п/зр.,</p> <p>3. Суточный белок мочи = 8,9 г</p> <p>3.Биохимический анализ крови: общий билирубин - 15,5 мкмоль/л, прямой билирубин - 4,7 мкмоль/л, общий белок - 55 г/л, Альбумин 28г/л, креатинин - 0,12 ммоль/л, холестерин – 8,9 ммоль/л.</p> <p>4.УЗИ почек: правая почка 120x56 мм, паренхима 20 мм, левая почка: 118x54 мм, паренхима 20 мм. Паренхима обеих почек диффузно-неоднородная. Лоханки, чашечки не изменены. Конкременты, объемные образования не выявлены.</p>
Вопросы:
1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

#### Задача 16.

<p><b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b></p> <p>У больного 23 лет, 4 года страдающего остеомиелитом костей таза, появились отёки, асцит, гидроторакс. При обследовании обнаружены нефротический синдром, гепатоспленомегалия. В крови тромбоцитоз 868x10<sup>9</sup>/л, резко повышено содержание фибриногена.</p>
Вопросы:
1. Укажите наиболее вероятную причину осложнения со стороны почек?
2. Какие методы диагностики данного осложнения необходимы?
3. Какая ошибка в базисной терапии была допущена врачом?
4. Патогенетическое лечение в данной ситуации.
5. Синдромальное лечение в данной ситуации.

#### Задача 17.

<p><b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b></p> <p>У больного 19 лет после гриппа появились стойкая макрогематурия, одышка, кровохарканье. На рентгенограммах грудной клетки — признаки двустороннего симметричного диссеминированного поражения лёгких. В течение 2 нед состояние пациента ухудшилось, содержание креатинина крови повысилось до 326 мкмоль/л.</p>
Вопросы:
1. Наиболее вероятный диагноз.
2. Какие методы диагностики в данном случае необходимы?
3. Каков патогенез данного заболевания?
4. С какими заболеваниями следует проводить диф.диагностику?
5. Лечение в данной ситуации.

### Задача 18.

<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У больного 49 лет, страдающего псориазом в течение 2 лет, наблюдается прогрессирующее поражение крупных суставов. Лечение индометацином оказалось неэффективным. Госпитализирован с жалобами на отёки ног, которые появились месяц назад и не поддавались терапии мочегонными средствами. При обследовании выявлена картина нефротического синдрома, увеличение печени.
Вопросы:
1. Наиболее вероятная причина нефротического синдрома и гепатомегалии.
2. Какие лабораторные и клинические признаки входят в понятие нефротического синдрома?
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Какие препараты могут быть использованы для лечения данного пациента?
5. Каков прогноз в данной ситуации?

### Задача 19.

<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
Мужчина 40 лет обратился к терапевту с жалобами на боли в области сердца, усиливающиеся в положении лежа, общую слабость, головные боли, плохой аппетит, пастозность лица, дискомфорт в области предстательной железы. Из анамнеза: при поступлении в институт в возрасте 17 лет выявлены изменения в анализах мочи (какие — не помнит), в последующем не обследовался. Последние 4–5 лет периодически отмечает повышение АД, терапия не проводилась. 2–3 года регулярно встает в туалет по ночам. При осмотре: кожные покровы бледные с землистым оттенком, пастозность лица, АД 170/100 мм рт.ст., грубый пансистолический шум, наиболее выраженный в 1-й и 5-й точках аускультации, ослабление тонов сердца. Пульс 60 в мин, ритмичный. На электрокардиограмме (ЭКГ): подъём расширенного сегмента ST, высокие T. Предварительный диагноз: ишемическая болезнь сердца, стенокардия функциональный класс 2, порок сердца (?), гипертоническая болезнь 3 стадии, хронический гастрит, хронический простатит (?). Назначены нитросорбид 40 мг/сут, каптоприл 25 мг 2 раза в сутки, консультация уролога, эзофагогастродуоденоскопия.
Вопросы:
1. Наиболее вероятный предположительный диагноз.
2. Как можно объяснить наличие шума и изменения на ЭКГ в данной ситуации?
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Какие диагностические и лечебные ошибки, с Вашей точки зрения, были допущены?
5. Каков прогноз в данной ситуации?

### Задача 20.

<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
Больная 16-ти лет обратилась к врачу по поводу болей в поясничной области ноющего характера. При анализе мочи выявлены гексагональные кристаллы. На обзорной рентгенограмме в проекции живота определяются множественные, слегка контрастные гомогенные конкременты. На экскреторной урограмме камни визуализируются как дефекты наполнения.
Вопросы:
1. О каком виде нефролитиаза может идти речь?

2. Какой анализ нужно выполнить для подтверждения диагноза?
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Какие препараты могут быть использованы для лечения данного пациента?
5. Каков прогноз в данной ситуации?

### Задача 21.

<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У больного 47-ми лет, страдающего ожирением 3-й степени (масса тела 115 кг, рост 178 см), артериальной гипертензией (АД 180/100 мм ртст.) и имеющего гиперлипидемию и нарушенную толерантность к глюкозе, на фоне резкого снижения веса (лечение самостоятельно голоданием) появились боли в коленных суставах, развился артрит правого голеностопного сустава. При обращении к врачу диагностирован полиартрит, назначен диклофенак с эффектом. Какой синдром может обсуждаться у данного больного:
Вопросы:
1. Какой синдром может обсуждаться у данного больного?
2. Какие факторы риска у больного, для развития суставного синдрома?
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Какие препараты могут быть использованы для лечения данного пациента?
5. Каков прогноз в данной ситуации?

### Задача 22.

<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
Больной 64-х лет, инвалид 2-й группы. Ранее работал паркетчиком. В 1996 г после экстракции зуба развился гнойный периостит, сепсис. Длительно получал лечение антибиотиками (диагностирован подострый инфекционный эндокардит), диуретиками (фуросемид) в связи с сердечной недостаточностью. С этого периода стал отмечать внезапно появляющиеся боли с покраснением и припуханием кожи в области пальцев стоп, свода стопы с повышением температуры до 39 °С. Боли сохранялись в течение нескольких дней, а затем внезапно исчезали в начале с перерывом до месяца, а в настоящее время — до недели. Принимает диклофенак и местно обезболивающие мази, гель. В области пяток сформировались огромные (более кулака) натёчники, после вскрытия кожи над их областью отходит до 200–250 мг мелоподобной пастообразной массы. В области ушных раковин, околоуставных тканей пальцев кистей рук — многочисленные тофусы величиной от просяного зернышка до земляного ореха. Неоднократно безболезненно с мочой отходили конкременты желтовато-бурового цвета размером до 3–4 мм. По поводу артериальной гипертензии принимает фуросемид 80 мг 3 раза в неделю. Наследственность — у родной сестры и брата отмечались боли в суставах, артериальная гипертензия, тофусы на пальцах кистей рук. Причины смерти не знает. При обследовании: АД до 180/100 мм рт.ст., креатинин крови 180 мкмоль/л, СКФ 26 мл/мин, мочевая кислота 780 мкмоль/л, холестерин свыше 5 ммоль/л, экскреция мочевой кислоты 488 мг/сут.
Вопросы:
1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз
2. Составьте план дополнительного обследования.
3. Принципы купирования острой подагрической атаки.
4. Какие препараты могут быть использованы для длительного лечения данного пациента с учетом СКФ?
5. Каков прогноз в данной ситуации?

### Задача 23.

<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
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. 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 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 170/15 мм рт.ст. В задненижних отделах легких жесткое дыхание. Живот мягкий, слегка чувствительный при пальпации по ходу кишечника. Анализ крови: эр. 2,1 x 10 <sup>9</sup> , Нв 92 г/л, лк. 7,2 x 10 <sup>9</sup> /л, СОЭ 24 мм/л. Анализ мочи: относительная плотность 1,006, белок 0,65 г/л, лк. 12 в поле зрения, эр. измененные 10-12 в поле зрения, цилиндры гиалиновые и зернистые 5-6 в поле зрения. Креатинин крови: 356 мкмоль/л.
Вопросы:
1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие признаки уремии можно выделить у пациента?
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Какие препараты могут быть использованы для лечения данного пациента?
5. Каков прогноз в данной ситуации?

### Задача 24.

<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
Больная С., 29 лет, поступила с жалобами на слабость, головную боль, головокружение. В детстве часто болела ангинами. В 17 летнем возрасте при обследовании впервые в моче обнаружили белок. Через год стало повышаться артериальное давление, появились головные боли, головокружение. С этого времени принимала каптоприл, адельфан. При поступлении состояние относительно удовлетворительное. Небольшой цианоз губ. Отеков нет. Питание снижено. В легких дыхание везикулярное. Границы сердца увеличены влево на 1-1,5 см снаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца звучные, ясные. Акцент 2 тона на аорте. Пульс напряжен, ритмичен, 88 уд. в мин. АД 190/110 мм рт.ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, б/болезненный. Печень у края реберной дуги. Ан. мочи: уд. вес 1010, белок 3,3%, гиалиновые цилиндры 2-3 в п/зр., эритроциты 80-100 в п/зр. Ан. Крови: НБ 90 г/л, СОЭ 30 мм/ч, креатинин 90 мкм/л. СКФ 49,9 мл/мин. При рентгеноскопии гр. клетки сердце аортальной конфигурации, увеличен левый желудочек. Легкие без патологии. ЭКГ: признаки гипертрофии левого желудочка. Глазное дно: артерии сужены, неравномерного калибра. Диски зрительных нервов без особенностей. В центральных отделах сетчатки левого глаза единичные кровоизлияния. Радиоренография: клиренс крови нормальный. Поглощение и выделение гиппурана равномерно снижено обеими почками.
Вопросы:
1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие причины анемии можно выделить у пациента?

3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Какие препараты могут быть использованы для лечения данного пациента?
5. Каков прогноз в данной ситуации?

### Задача 25.

<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
<p>Больной П., 18 лет, слесарь, жалуется на головную боль в теменной и затылочной областях, тупую боль в поясничной области, появляющуюся при поворотах туловища наклонах. Кроме того, заметил, что стал реже мочиться, при каждом мочеиспускании выделяется мало мочи. После охлаждения 3 недели назад стало болеть горло. По совету врача начал принимать сульфаниламиды, 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. Анализ крови: эр. <math>4,3 \times 10^{12}</math> /л, НЬ 140 г/л, л. Лейк. <math>11 \times 10^9</math> /л, СОЭ 22 мм/ч. Анализ мочи; относительная плотность 1028, белок 1,65 г/л, л-ты. 5-6 в поле зрения, эр-ты. дисморфные 10-15 в поле зрения, цилиндры гиалиновые и зернистые 5-6 в поле зрения.</p>
Вопросы:
1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Сформулируйте понятие нефритического синдрома?
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Какие препараты могут быть использованы для лечения данного пациента?
5. Каков прогноз в данной ситуации?

### Задача 26.

<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
<p>Больной 43 лет заболел 7 месяцев назад. После перенесённой ангины появились отёки, артериальная гипертензия, моча цвета «мясных помоев». Лечился в стационаре, получал фуросемид, ампициллин, гипотензивные препараты. Было некоторое улучшение, но все симптомы не исчезли. Месяц назад состояние больного вновь ухудшилось: усилилась головная боль, тупые боли в поясничной области, слабость, ухудшение зрения. Госпитализирован.</p> <p>При осмотре: бледен, лицо одутловато. Выраженные отёки голеней, стоп, поясничной области. Границы сердца расширены влево, тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке, ЧСС 64 уд/мин, АД 180/120 мм рт. ст. В нижних отделах лёгких незвонкие влажные хрипы. Печень у рёберного края. ЭКГ – признаки перегрузки левого желудочка. Глазное дно – гипертоническая ангиоретинопатия.</p>
Вопросы:
1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие лабораторные и клинические признаки входят в понятие нефротического синдрома?
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Какие препараты могут быть использованы для лечения данного пациента?
5. Каков прогноз в данной ситуации?

### Задача 27.

<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
Больной 55 лет доставлен в больницу в коматозном состоянии. Со слов родственников, он болен много лет; в последнее время потерял аппетит, часто появлялась тошнота, рвота, сонливость. В день госпитализации потерял сознание. Объективно: Истощение, бледность. Язык сухой запах мочевины изо рта. В лёгких сухие хрипы. Сердце – систолический шум на верхушке, акцент II тона на аорте, шум трения перикарда. АД 170/90 мм рт.ст. В анализе крови: Нв 80 г/л, лейкоц 16*10 <sup>9</sup> , в анализе мочи: относительная плотность 1007, белок 0,66 г/л, в осадке единичные эритроциты.
Вопросы:
1. Наиболее вероятная причина комы? Возможный дифференциальный ряд.
2. Сформулируйте предварительный диагноз
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Какие препараты могут быть использованы для лечения данного пациента?
5. Есть ли показания к экстренному гемодиализу?

### Задача 28.

<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
Больная 25 лет поступила в кардиоревматическое отделение с диагнозом «отёк лёгких». Из анамнеза: в марте этого года перенесла фолликулярную ангину, примерно через две недели проснулась утром с сильной головной болью, выраженным отёком лица. Вызванный участковый врач зафиксировал повышение АД до 170/100 мм рт.ст, был поставлен диагноз «Гипертонический криз», назначена гипотензивная терапия. Состояние больной не улучшалось, и только через месяц была направлена на госпитализацию. В стационаре был диагностирован острый гломерулонефрит, назначены мочегонные, гипотензивные средства, преднизолон. Самочувствие и состояние больной несколько улучшилось, снизилось АД до 140/90, уменьшились отёки, улучшились (но не нормализовались) анализы мочи. По просьбе больной через месяц выписана с рекомендацией амбулаторного приёма преднизолона. По совету экстрасенса, к которому больная обратилась в связи с плохим самочувствием, отёками, повышенным АД, был отменён преднизолон, что вызвало резкое ухудшение состояния больной: уменьшилось количество мочи, резко усилились отёки, стала нарастать одышка, и в связи с развившимся приступом удушья больная была госпитализирована. При осмотре – выраженная бледность кожи и слизистых, одутловатость лица, анасарка. В лёгких масса влажных разнокалиберных хрипов, тоны сердца приглушены, ЧСС 80 уд/мин, АД 180/110 мм рт.ст. Анализ крови: Нв 94 г/л, лейкоц 5,6*10 <sup>12</sup> /л, п/я 1%, сегм 73%, лимф 19%, мон 7%, СОЭ 70 мм/час. Анализ мочи: относительная плотность 1018, белок 33г/л, лейкоц 15-20 в п/зр, эр 10-15 в п/зр, гиалиновые цилиндры 6-8 в п/зр, восковидные цилиндры 5-7 в п/зр. Суточная протеинурия 41 г. В биохимическом анализе крови: общий белок 42 г/л, альбумины 13г/л, глобулины: α 1 5,6%, α2 35,15, γ 10,6%. Холестерин 15,2 ммоль/л (N до 5,6), β-липопротеиды 110 ммоль/л (N - 55), мочевины 8,2 ммоль/л (N 1,7-8,3), креатинин 86 мкмоль/л (N 48-98). При УЗИ выявлено увеличение размеров печени, почек. Рентгенография легких: застойные явления, корни недостаточно структурны, отмечено наличие выпота в плевральных полостях. Сердце расширено в поперечнике, увеличен левый желудочек.

Вопросы:
1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо назначить больной?
3. Какие врачебные ошибки Вы можете отметить в данном случае?
4. Какие препараты могут быть использованы для лечения данного пациента?
5. Каков прогноз в данной ситуации?

### Задача 29.

<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
<p>Больная М., 32 года, кассир, беспокоит повышение температуры тела до 38,60С; слабость, головные боли, мелькание мушек перед глазами, сердцебиение, боли в левой поясничной области без иррадиации, учащенное мочеиспускание небольшими порциями, рези в конце акта мочеиспускания, повышение АД до 145/90 мм рт. ст., слабость, снижение аппетита. Считает себя больной около 15-ти лет с появления учащенного мочеиспускания, резей в конце акта мочеиспускания, болей в поясничной области. Лечилась амбулаторно, при переохлаждении вновь отмечала подобную симптоматику. Повышение артериального давления стала отмечать во время беременности год назад, появились головные боли, сердцебиение, в связи с повышением артериального давления до 200/115 мм рт. ст. произведено кесарево сечение в сроке 27 недель, ребенок жив. Лечение регулярно не принимала.</p> <p>Объективно: вес- 50 кг общее состояние средней степени тяжести, кожные покровы повышенной влажности, теплые, светло-розовые. Грудная клетка симметрично участвует в акте дыхания, над легкими легочной звук, дыхание везикулярное, ЧД 16 в 1/мин. Пульс ритмичный, повышенного наполнения, напряжен, частотой 76 в 1/мин. АД – 145/99 мм рт. ст. Тоны сердца правильного ритма и соотношения. Язык суховат. Живот мягкий, умеренно болезненный в левом фланке в месте проекции левой почки и над лоном. Симптом поколачивания положительный слева. Мочеточниковые точки безболезненны. Мочевой пузырь выступает на 2 см над лоном, пальпация его болезненна.</p> <p>При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные:</p> <p>1.Общий анализ крови: Нв -125 г/л, эр. - <math>4,5 \times 10^{12}/л</math>, ЦП 0,9; лейкоц. – <math>11,2 \times 10^9/л</math>, э. - 2%, п. - 8%, с. - 72%, лимф. - 16%, м. – 2в%; СОЭ - 28мм/ч.</p> <p>2.Общий анализ мочи: плотность 1,018, сахар – отр., белок – 0,11г/л, лейкоц. - 12-16 в п/зр, эр 1-2 в п/зр, лейкоцитарные цилиндры 3-5 в п/зр, бактерии (+).</p> <p>3.МРТ почек и мочевыводящих путей с контрастированием (см. приложение).</p> <p>4. Б/х анализ крови: общий белок – 78 г/л, калий – 3,9 ммоль/л, глюкоза – 4,8 ммоль/л, мочевины – 8,9ммоль/л, креатинин – 148 мкмоль/л.</p>
Вопросы:
1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

### Задача 30.

<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
61-летняя женщина в течение 12 лет страдает ревматоидным артритом. Явилась на диспансерный осмотр. В настоящее время беспокоят боли в коленных и плечевых

суставах и мелких суставах кистей, утренняя скованность в течение 1,5 часов, появились отёки на нижних конечностях. Больная получает индометацин 150 мг/сутки, метатрексат 7,5 мг/сутки.

Объективно: ульнарная девиация кистей, ограничение движений в коленных, лучезапястных, плечевых суставах. Отёки век, отёки голеней (остаётся ямка после надавливания). В лёгких дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичны, 72 уд/мин, АД 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не увеличены. Анализ крови: Нб 100 г/л, лейкоц 7,8\*10<sup>9</sup>/л, СОЭ 42 мм/час. Анализ мочи: относительная плотность 1010, белок 1,2‰, лейкоц 15-20 в п/зр, эритроц 25 в п/зр. РФ 1:160. Креатинин сыворотки крови 100 мкмоль/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. С чем связаны, по Вашему, мнению, отеки у данной пациентки?
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Какие препараты могут быть использованы для лечения данного пациента?
5. Каков прогноз в данной ситуации?

### Задача 31.

**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Больной 22 лет жалуется на резкую слабость, одышку, головную боль, тошноту, повышенную жажду. Частые простудные заболевания. Кожа сухая, бледная. АД 145/90 – 165/110 мм рт.ст. Пульс 75 уд/мин. Левая граница сердца смещена влево на 1 см, тоны умеренно приглушены, акцент 2 тона над аортой. В анализе крови Нб 42 г/л, лейкоц 10\*10<sup>9</sup>/л, СОЭ 38 мм/час, мочевины 14,5 ммоль/л (N 2,5-8,3), креатинин 240 мкмоль/л (N 48-98). Суточное количество мочи 2800 мл.

В анализе мочи относительная плотность 1011, белок 0,099‰, лейкоц 1-2 в п/зр, эритроц 8-10 изменённых в п/зр, гиалиновые цилиндры 1-2 в п/зр.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. С чем связана, по Вашему, мнению, анемия у данной пациентки?
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Какие препараты могут быть использованы для лечения данного пациента?
5. Каков прогноз в данной ситуации?

### Задача 32.

**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Больной 23 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на отёки лица, век, туловища, конечностей, снижение количества выделяемой за сутки мочи, слабость, головную боль.

Из анамнеза известно, что страдает хроническим тонзиллитом. Подобные симптомы впервые появились 2 года назад, длительно лечился в нефрологическом отделении, получал преднизолон с положительным эффектом, выписан из стационара в удовлетворительном состоянии. После выписки у врача не наблюдался, не лечился, хотя отмечал периодически отёки на лице. 2 недели назад переболел ангиной, после этого состояние резко ухудшилось, появились вышеуказанные жалобы.

При осмотре АД – 150/95 мм рт. ст., ЧСС – 92 удара в минуту, ЧДД – 22 в минуту.

Данные обследования.

Общий анализ крови: эритроциты - 3,4\*10<sup>12</sup>/л, гемоглобин - 124 г/л, цветовой показатель - 0,89, лейкоциты - 5,4\*10<sup>9</sup>/л, лейкоцитарная формула - в норме, СОЭ – 42 мм/ч.

Биохимическое исследование: общий белок крови – 45,6 г/л (в норме 65-85 г/л), альбумины – 33% (в норме 35-55 г/л), холестерин крови – 9 ммоль/л (в норме до 5,2 ммоль/л).

Общий анализ мочи: удельный вес – 1012 (в норме 1015-1030), белок – 5,4 г/л (в норме отр.), эритроциты дисморфные – 20-25 в поле зрения (в норме 0-2), гиалиновые и восковидные цилиндры – 9-10 в поле зрения (в норме – отр.).

Вопросы:

1. Укажите основной клинико-лабораторный синдром.
2. Сформулируйте предположительный диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?
4. Назначьте лечение в соответствии с клиническими рекомендациями по терапии больных с данной патологией. Обоснуйте свой выбор.
5. Каковы ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при данном заболевании? Как часто следует производить диспансерное наблюдение?

### Задача 33.

**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Больная 25 лет жалуется на тупую боль в поясничной области, отдающую в нижние отделы живота, частое болезненное мочеиспускание. Заболела 2 года назад после родов. В анамнезе частые ангины. Состояние больной удовлетворительное, температура субфебрильная. Симптом поколачивания слабоположительный. В анализе крови: эритроциты  $4 \cdot 10^{12}/л$ , лейкоциты  $6 \cdot 10^9/л$ , лейкоцитарная формула без изменений. Анализ мочи: относительная плотность 1004-1010, белок 0,033 г/л, лейкоциты до 100 в п/зр, дисморфных эритроцитов 10-15 в п/зр, цилиндры гиалиновые 1-2 в п/зр. Уровень креатинина крови 82 мкмоль/л.

Вопросы:

1. О каком заболевании следует думать?
2. Какие лабораторные и клинические признаки входят в понятие нефритического синдрома?
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Какие препараты могут быть использованы для лечения данного пациента?
5. Каковы ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при данном заболевании? Как часто следует производить диспансерное наблюдение?

### Задача 34.

**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

У больной 27 лет после ангины появились отёки стоп, АД 150/100 мм рт.ст., протеинурия до 1,65%, микрогематурия. Диагностирован острый гломерулонефрит. Проведено лечение пенициллином, гипотензивными и мочегонными средствами неэффективно. В течение 2 месяцев держаться выраженные отёки лица, голеней, стоп, стойкая протеинурия (до 6,6%), АД 130/90 – 150/100 мм рт.ст.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Какие особенности течения ОГН имеют место в данном случае?
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Какие препараты могут быть использованы для лечения данного пациента?
5. Каковы ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при данном заболевании? Как часто следует производить диспансерное наблюдение?

### Задача 35.

#### ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больной 49 лет поступил в терапевтическое отделение с жалобами на пастозность лица и ног, одышку при небольшой физической нагрузке, нарушение зрения, носовое кровотечение. В анамнезе повторные госпитализации с подобными жалобами. При обследовании выявлено смещение левой границы сердца влево на 1 см кнаружи от среднеключичной линии, глухость тонов, систолический шум на верхушке, акцент 2 тона на аорте. АД 160/100 мм рт.ст. Пульс 88 уд/мин. В анализе крови умеренная анемия, креатинин 300 мкмоль/л. В анализе мочи небольшая протеинурия, гематурия (10-20 дисморфных эритроцитов в п/зр), цилиндрурия, относительная плотность 1010 1013. Глазное дно: границы сосочков завуалированы, мелкоочечные кровоизлияния и белые очаги дегенерации равномерно распределены по всему главному дну.

Вопросы:

1. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
2. Какие лабораторные и клинические признаки входят в понятие нефритического синдрома?
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Какие препараты могут быть использованы для лечения данного пациента?
5. Каков прогноз в данной ситуации?

### Задача 36.

#### ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больной 26 лет через неделю после купания в холодной воде появилась одутловатость лица, отметил покраснение мочи, тяжесть голове. При осмотре выявлено повышение АД до 180/100 мм рт. ст., в анализах мочи – протеинурия 6,6% и гематурия. С детства страдает хроническим гнойным бронхитом, подозревали наличие бронхоэктазов, но специальных исследований не проводилось. Анализ крови без отклонений от нормальных показателей, СОЭ 16 мм/час. Уровень креатинина сыворотки крови нормальный.

Вопросы:

1. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
2. Сформулируйте наиболее вероятный клинический диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Какие препараты могут быть использованы для лечения данного пациента?
5. Каковы ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при данном заболевании? Как часто следует производить диспансерное наблюдение?

### Задача 37.

#### ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больная 65 лет заболела остро, после переохлаждения появились ноющие боли в поясничной области, болезненное учащенное мочеиспускание, мутная моча, повышение температуры – 38<sup>0</sup>.

Объективно: Кожные покровы и слизистые бледные. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичны 82 уд/мин, АД 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Симптом «поколачивания» положительный в правой половине поясничной области. В анализе крови: Нв 110 г/л, лейкоц 12,2\*10<sup>9</sup>/л, СОЭ 26 мм/час. Анализ мочи по Нечипоренко: эр 0,9\*10<sup>3</sup>/мл, лейкоц 80\*10<sup>3</sup>/мл.

Вопросы:

1. Сформулируйте наиболее вероятный клинический диагноз.
2. Особенности пиелонефрита в пожилом и старческом возрасте.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Какие препараты могут быть использованы для лечения данного пациента?
5. Как часто следует производить диспансерное наблюдение и противорецидивное лечение?

### Задача 38.

<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У 21-летнего студента на фоне хорошего самочувствия и занятий с полной нагрузкой появилось болезненное опухание большого пальца на стопе, прошедшего от ультрафиолетового облучения. Через некоторое время развилась слабость, головокружение, носовые кровотечения, анемия (70 г/л). В анализе мочи белок 0,99%, эритроциты 10-20 в п/зр, лейкоциты 5-8 в п/зр, относительная плотность 1006. В анализе крови Hb 62 г/л, эритроциты $1,94 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты $12 \times 10^9/л$ , СОЭ 72 мм/час. В сыворотке крови креатинин 1570 мкмоль/л. Глазное дно: сужение артерий и расширение вен сетчатки. Диагностирована фолликулярная ангина, температура 38,5, вскоре снизившаяся до нормальных цифр. Рвота, судороги, спутанное сознание, шум трения перикарда. Через две недели после поступления в клинику больной умер.
Вопросы:
1. Выделите ведущие синдромы.
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Составьте дифференциально-диагностический ряд по имеющимся данным.
4. Какие препараты могут быть использованы для лечения данного пациента?
5. Каков прогноз в данной ситуации? Можно ли было предотвратить смерть?

### Задача 39.

<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
Больной С., 30 лет, повар. Считает себя больным, когда появился водянистый пенистый, зловонный стул около 10 раз за сутки; общая слабость, головная боль, боли в животе, повышение температуры тела до 39°C. Из анамнеза за 6 часов до появления симптомов употреблял в пищу куриные яйца. Обратился к терапевту, бригадой скорой медицинской помощи доставлен в инфекционную больницу с диагнозом Сальмонеллез. На третий день лечения на фоне сохраняющейся диареи, температуры тела повысилась до 40°C, постепенно уменьшалось количество выделяемой мочи. Диурез за сутки 100 мл. Объективно: Общее состояние тяжелое, лицо гиперемировано, отмечается одутловатость лица, отечность передней брюшной стенки, голеней, поясничной области. Система дыхания: легочной звук по всем легочным полям, везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД 19 в мин. Сердечные тоны ясные, ритмичные, тахикардия. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 0,4 см от правого края грудины, верхняя - нижний край III ребра, левая - на 1 см кнутри от среднеключичной линии. Пульс - 115 уд в мин, напряженный. АД - 90/60 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен серым налетом. Живот вздут, при пальпации болезненный в эпигастральной, околопупочной области. Печень по краю реберной дуги, 9x8x7 см по Курлову, край печени ровный безболезненный. Селезенка не пальпируется. Система мочевого выделения: Поясничная область: визуально отечна. Почки в положении лежа, стоя не пальпируются.
Лабораторные данные:
Общий анализ крови: Эр- $4,1 \times 10^{12}/л$ ; Hb-131 г/л; ЦП - 0,8, MCH - 32Pg, MCV - 98fL, MCHC - 310g/L, гематокрит 20%, Тр - $247 \times 10^9$ ; Лейк. - $18,2 \times 10^9/л$ , эозинофилы - 1%,

нейтрофилы: пал. - 12%, сегм. - 65%, лимфоциты - 8%, моноциты - 14%, СОЭ - 46 мм/час.  
Анализ мочи: удельный вес – 1,018, цвет – «соломенный», белок – 0,38 г/л, клетки эпителия канальцев – 1-2 в поле зрения, эритроциты – 15-20 в поле зрения, лейкоциты – 1-3 в поле зрения.

Биохимия крови: креатинин – 760 мкмоль/л; мочевины – 27,7 ммоль/л; холестерин – 6,2 ммоль/л; глюкоза – 5,6 ммоль/л; К – 6,5 ммоль/л; Na – 123,2 ммоль/л;

Исследование кала на салмонеллы: положительный.

УЗИ почек: Размеры почек: правая: 160 x 66мм, паренхима 22 мм; левая: 155 x 60 мм, паренхима 22 мм. Эхогенность повышена, пирамиды отечные. ЧЛС, мочеточники не расширены. Объемные образования и конкременты не визуализируются. Мочевой пузырь не наполнен.

Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Укажите, какие заболевания необходимо дифференцировать у больного?
3. Диагноз, обоснование, дополнительные обследования, если необходимо.
4. Составьте программу лечения.
5. Какие рекомендации в дальнейшем необходимо дать больному? Определить трудоспособность.

#### Задача 40.

**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Больная 50 лет поступила в клинику с жалобами на одышку, головную боль, массивные отёки ног, поясничной области, передней брюшной стенки. Из анамнеза известно, что больная в течение 15 лет страдает сахарным диабетом. Последние два года получает инсулин. Диабет в настоящее время в стадии компенсации. Год назад больная перенесла инфаркт миокарда, артериальная гипертензия с 40-летнего возраста.

Вопросы:

1. Какие вопросы необходимо задать больной для уточнения диагноза?
2. Ведущий синдром у больной?
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Какие изменения Вы можете обнаружить в анализе мочи?
5. Какие препараты могут быть использованы для лечения данного пациента?