

2. НЕФРОЛОГИЯ

ЗАДАЧА № 1

Больной А., 23 лет, бухгалтер, жалуется на постоянное ощущение тяжести в поясничной области с обеих сторон, без иррадиации, повышение температуры до $37,5^{\circ}\text{C}$, отечность век, постоянную разлитую головную боль, шум в ушах, мелькание мушек перед глазами, появление мочи цвета мясных помоев, слабость, недомогание.

Из анамнеза заболевания: 3 недели назад перенес лакунарную ангину, лечился самостоятельно, чувствовал себя неплохо. В течение последней недели вновь поднялась температура до $37,4^{\circ}\text{C}$, 3 дня назад проснулся с отеками под глазами, головной болью, мельканием мушек перед глазами, повился шум в ушах. Количество мочи уменьшилось, она стала красной.

Объективно:

Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, влажные, без высыпаний. Отеки под глазами и на пояснице. Легкая пастозность стоп, голеней. Грудная клетка правильной формы, ЧД – 18 в 1 мин., над легкими легочный звук, дыхание везикулярное. Границы относительной тупости сердца не смещены. Тоны сердца правильного ритма, частотой 58 в 1 мин., акцент второго тона над аортой, неинтенсивный систолический шум на верхушке. АД 160/100 мм рт.ст. на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезенка не пальпируются. Поясничная область внешне не изменена, пальпация ее безболезненна. Симптом поколачивания слабо положительный с обеих сторон. Почки не пальпируются.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб – 110 г/л, эр. – $3,2 \times 10^{12}/\text{л}$, лейкоц. – $11 \times 10^9/\text{л}$, э – 2%, п – 6%, с – 73%, л – 19%, СОЭ – 38 мм/ч.
2. Общий билирубин 21,8 мкмоль/л, прямой – 4,3 мкмоль/л, непрямой – 17,5 мкмоль/л; общий белок – 65 г/л; мочевины – 8,1 ммоль/л; креатинин – 0,19 ммоль/л, глюкоза 4,5 ммоль/л, холестерин 3,5 ммоль/л.
3. ОАМ: цвет красно – бурый, отн. плотность – 1,028; белок – 0,632 г/л; эп. плоский – 2-3 в п.зр.; лейкоц. – 2-3 в п.зр., эр. – выщелоченные сплошь; гиалиновые цилиндры – 6-7 в п.зр.

ЗАДАНИЕ

1. Выделите и обоснуйте синдромы; выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Объясните механизм появления систолического шума на верхушке.
4. Назовите механизм образования гиалиновых цилиндров.
5. Перечислите недостающие методы обследования пациента.
6. Оцените данные биохимического анализа крови.
7. Оцените результаты общих анализов крови и мочи.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА №2

Больная Р., 28 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на появление отечности век, особенно выраженных по утрам, проходящих к обеду; головные боли, головокружение, кожный зуд, выделение мочи цвета мясных помоев, общую слабость.

Из анамнеза заболевания: больной себя считает в течение 12 лет, когда впервые стала появляться отечность век по утрам, быстро проходящая. Не лечилась и не обследовалась, так как отеки проходили самостоятельно в течение дня. Два года назад, на протяжении всей беременности отмечала постоянные отеки на лице, головные боли, сердцебиение и повышение АД до 200/140 мм рт.ст. После родов АД больная не контролировала, головные боли, сердцебиение и отеки не беспокоили. Настоящее ухудшение самочувствия в течение 3 дней, связано с переохлаждением: на следующий день появились отеки на лице, головные боли, моча приобрела цвет «мясных помоев».

Объективно:

Больная заторможена. Астеник. Кожные покровы бледные, сухие. Выраженная отечность под глазами, одутловатость лица, мягкие отеки по всему телу. Дыхание везикулярное, хрипов нет. АД 155/110 мм рт.ст. Верхушечный толчок разлитой, на 1 см кнаружи от левой СКЛ, умеренной силы и резистентности. Тоны сердца правильного ритма, частотой 88 уд/мин., приглушены, I тон над верхушкой ослаблен, акцент II тона над аортой. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Размеры печени по Курлову 10×8×6 см. Пальпация в проекции почек безболезненна, симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб – 88 г/л, эр. – $2,6 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 0,85; лейкоц. – $7,0 \times 10^9$ /л, э – 2%, п – 4%, с – 64%, л – 29%, м – 1%, СОЭ – 18 мм/час.
2. ОАМ: красноватого цвета, прозрачность снижена; рН – нейтр.; отн. плотность – 1,012; белок – 0,07 г/л, лейкоц. – 3-4 в п.зр., эр. – сплошь в п.зр., эп. почечный – 5-6 в п.зр., цилиндры: гиалиновые – 3-4 в п.зр., зернистые – 1-2 в п.зр., восковидные – 1-2 в п.зр.
3. Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоц. – $3,0 \times 10^6$ /л, эр. – $10,0 \times 10^6$ /л, цилиндры – $2,0 \times 10^6$ /л.

ЗАДАНИЕ

1. Выделите и обоснуйте синдромы; выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Объясните происхождение отеков.
4. Механизм изменения АД.
5. Что можно выявить при исследовании пульса?
6. Оцените лабораторные данные.
7. Составьте план дополнительных исследований.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА №3

Больная С., 42 лет, предъявляет жалобы на головную боль, колющие боли в области верхушки сердца, не связанные с физической нагрузкой, ноющие боли в поясничной области, рези в конце мочеиспускания, общую слабость.

Из анамнеза заболевания: считает себя больной более 20 лет, когда впервые появились рези при мочеиспускании, лечилась настоями трав, за медицинской помощью не обращалась. Иногда при появлении резей после мочеиспускания больная отмечала появление болей в поясничной области. Около 8 лет больная отмечает повышение АД, проявляющееся головными болями, головокружением. Постоянной гипотензивной терапии не получает. Последнее ухудшение самочувствия в течение недели, когда после переохладения появились рези после мочеиспускания и боли в поясничной области, повысилась температура до 38,2°C. Самостоятельно лечилась отваром семени укропа, амоксициллином. Температура постепенно снизилась, боли в пояснице уменьшились, однако рези в конце мочеиспускания сохранялись, усилились головные боли, головокружение и появились боли в области сердца.

Объективно:

Температура тела 37,2°C. Бледность кожных покровов. Одутловатость лица. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс одинаков на обеих лучевых артериях, хорошего наполнения и напряжения. АД 150/105 мм рт.ст. Правая граница относительной тупости сердца - на 1 см правее грудины в IV межреберье, верхняя - в III межреберье, левая - на 1 см снаружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца правильного ритма, приглушены, акцент II тона над аортой. ЧСС 80 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания слабо положительный с обеих сторон.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб - 112 г/л, эр. - $3,2 \times 10^{12}$ /л, ЦП - 0,88; тромбоциты - 220×10^9 /л, лейкоц. - $11,7 \times 10^9$ /л, э - 1%, п - 12%, с - 67%, л - 15%, м - 4%, б - 1%, СОЭ - 24 мм/час.
2. ОАМ: мутная, отн. плотность - 1,015; белок - 0,033 г/л, лейкоц. - 10-20 в п.зр., эр. - нет, эп. - ед. в п.зр.

ЗАДАНИЕ

1. Выделите и обоснуйте синдромы; выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Механизм возникновения болей в поясничной области.
4. Механизм развития изменений АД.
5. Какие свойства верхушечного толчка могут быть выявлены у больного?
6. Оцените лабораторные данные.
7. Составьте план дополнительных исследований.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА №4

Больной К., 18 лет, доставлен бригадой скорой медицинской помощи в дежурную клинику с жалобами на выраженную слабость, тошноту, отечность лица, сильные головные боли, больше в затылочной области, головокружение, мелькание мушек перед глазами, уменьшение количества выделяемой мочи.

Из анамнеза заболевания: считает себя больным после переохлаждения два дня назад, когда появились сильные головные боли, тошнота, головокружение, мелькание мушек перед глазами, отечность лица, резко уменьшилось количество выделяемой мочи.

Из анамнеза жизни: с детства - хронический тонзиллит с частыми обострениями.

Объективно:

Состояние больного тяжелое. Больной заторможен. Кожные покровы бледные, умеренной влажности. Выраженная отечность лица, веки из-за отека практически не раскрываются, губы толстые, отечные. Пальпируются подчелюстные, задние и передние шейные лимфоузлы, плотно-эластической консистенции, безболезненные, подвижные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс симметричный, твердый, ритмичный. АД 170/120 мм рт.ст. Верхушечный толчок усилен, не смещен. Тоны сердца правильного ритма, частотой 60 уд/мин, приглушены, акцент II тона над аортой. Зев гиперемирован, отечность мягкого неба, миндалины значительно увеличены, гиперемированы. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный, почки не пальпируются, пальпация их безболезненна.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб - 130 г/л, эр.- $4,2 \times 10^{12}/л$, ЦП – 0,95; тромбоциты - $250 \times 10^9/л$, лейкоц. - $10,5 \times 10^9/л$; э – 1%, п – 4%, с – 70%, л – 21%, м – 3%, б – 1%; СОЭ – 33 мм/час.
2. ОАМ: цвет «мясных помоев», прозрачность снижена, рН – нейтр.; отн. плотность – 1,027; белок - 2,4 г/л, эр. - сплошь в п.зр., цилиндры галиновые 2-4 в п.зр., зернистые 2-3 в п. зр.
3. ЭКГ – ритм синусовый, 60 в 1 мин., эл. ось сердца расположена правильно, перегрузка левого желудочка.

ЗАДАНИЕ

1. Выделите и обоснуйте синдромы; выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Диагностическое значение выявленных лимфоузлов.
4. Механизм возникновения изменений пульса.
5. Опишите вероятные изменения подкожной клетчатки на конечностях.
6. Оцените лабораторные данные.
7. Составьте план дополнительных исследований.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА №5

Больная Б., 30 лет, поступила в стационар с жалобами на ознобы, повышение температуры, ноющие боли в пояснице, головную боль, преимущественно в затылочной части, головокружение, сердцебиения, колющие боли в области верхушки сердца, не связанные с физической нагрузкой, общую слабость.

Из анамнеза заболевания: больна около 5 лет, в течение которых больную беспокоят головные боли, головокружение и колющие боли в области сердца. Тогда же было выявлено повышение АД до 150/95 мм рт.ст. Больная начала регулярно принимать гипотензивные препараты. Настоящее ухудшение самочувствия связывает с переохлаждением неделю назад: повысилась температура до 39°C, появились ознобы, ноющие боли в поясничной области, усилились головная боль и головокружение. АД колебалось в пределах 160-170/95-100 мм рт.ст, несмотря на прием гипотензивных препаратов.

Объективно:

Состояние больной средней степени тяжести, питание понижено, ИМТ – 17,2 кг/м². Температура 39,2°C. Кожные покровы горячие, повышенной влажности. Отеков нет. Грудная клетка симметрично участвует в дыхании, над легкими легочной звук, дыхание везикулярное. АД 185/110 мм рт.ст. Верхушечный толчок в VI межреберье, усиленный, разлитой, резистность повышена. Тоны сердца ясные, правильного ритма, частотой 96 уд/мин, акцент II тона над аортой. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон, больше справа. Пальпируется нижний полюс правой почки, пальпация болезненна. Мочеточниковые точки безболезненны.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб - 100 г/л, эр. - $3,2 \times 10^{12}/л$, ЦП – 0,8; лейкоц. – $12,0 \times 10^9/л$, э – 1%, п – 18%, с – 63%, л – 16%, м – 1%, б – 1%, тромбоциты $250 \times 10^9/л$, СОЭ – 43 мм/час.
2. ОАМ: мутная, кислая, отн. плотность – 1,013; белок - 0,3 г/л, лейкоц. – 40-50 в п.зр., эп. - 8-10 в п.зр., эр. – 4-6 в п.зр., гиалиновые цилиндры - 1-2 в п.зр., оксалаты - (+), бактерии - (+++).

ЗАДАНИЕ

1. Выделите и обоснуйте синдромы; выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Каков механизм повышения температуры тела?
4. Каков механизм повышения АД?
5. Опишите вероятные изменения пульса на лучевых артериях.
6. Оцените лабораторные данные.
7. Составьте план дополнительных исследований.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА №6

Больной Ж., 31 года, доставлен в приемное отделение с жалобами на тошноту, повторную рвоту, приносящую облегчение, жидкий стул, кожный зуд, общую слабость.

Из анамнеза заболевания: около 10 лет при амбулаторном исследовании анализов мочи фиксировалась изолированная микрогематурия. Обследован урологом (патология отвергнута), нефрологом (рекомендована биопсия почки, от которой пациент отказался). Лекарственных препаратов не принимал. В течение последнего года отмечает учащение мочеиспускания в ночные часы до 3-4 раз. Настоящее ухудшение самочувствия в течение последнего месяца, когда отметил появление кожного зуда, сухости во рту, тошноты, рвоты, приносящей облегчение, жидкого стула без патологических примесей, выраженной общей слабости.

Объективно:

Состояние больного тяжелое. Больной сонлив. Запах аммиака в выдыхаемом воздухе. Кожные покровы сухие, шелушащиеся, следы расчесов на брюшной стенке, предплечьях и спине. Щеки как будто присыпаны пудрой. Видимые слизистые бледные, суховаты. Дыхание везикулярное, в подмышечных областях с обеих сторон выслушивается шум трения плевры. АД 170/120 мм рт.ст. Пульс на лучевых артериях хорошего наполнения и напряжения, ЧСС 60 уд/мин. Тоны сердца правильного ритма, приглушены, акцент II тона на аорте. Язык обложен коричневым налетом, сухой. Живот мягкий, печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются, пальпация в области проекции почек безболезненна.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб - 85 г/л; эр. - $1,9 \times 10^{12}$ /л; ЦП - 0,85; ретикулоциты - 0,5%, тромбоциты - 120×10^9 /л, лейкоц. - $4,8 \times 10^9$ /л; э - 4%, п - 3%, с - 65%, л - 28%; СОЭ - 24 мм/час.
2. ОАМ: светлая, прозрачная, слабо-кислая, отн. плотность - 1,008; белок - 0,3 г/л, сахар - отр., лейкоц. и эп. - ед. в п.зр.; эр. - 2-5 в п.зр., цилиндры восковидные - 2-3 в п.зр.
3. Креатинин - 0,83 ммоль/л, общий белок 65 г/л.
4. ЭКГ ритм синусовый, частотой 72 в 1 мин., признаки ГЛЖ.

ЗАДАНИЕ

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Механизм возникновения тошноты, рвоты, поносов.
4. Объясните механизм изменений кожных покровов.
5. Оцените результаты анализов крови.
6. Оцените общий анализ мочи.
7. Составьте план дополнительных исследований.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА №7

Больная М., 30 лет, поступила в отделение с жалобами на головные боли, преимущественно в затылочной части, головокружения, особенно при перемене положения, мелькание мушек перед глазами, частые безболезненные мочеиспускания малыми порциями (в том числе ночью до 3-4 раз), режущие боли в конце мочеиспускания, ноющие боли в поясничной области, преимущественно справа, общую слабость.

Из анамнеза заболевания: считает себя больной с 20 лет, когда впервые после переохлаждения появилось учащенное мочеиспускание малыми порциями, с режями в конце мочеиспускания. За медицинской помощью не обращалась. Последние 3 года стала отмечать появление отечности под глазами, ноющих болей в поясничной области, головных болей, слабость. Периодически отмечала повышение температуры до 37,3 - 37,5°C с ознобами. Настоящее ухудшение в течение 2 недель: усилились головные боли, слабость, боли в поясничной области, увеличилась частота мочеиспусканий (каждый час).

Объективно:

Состояние средней степени тяжести. Температура тела 37,6°C. Кожные покровы бледные, сухие, видимые слизистые бледные. Одутловатость лица. Дыхание везикулярное, хрипов нет. АД 160/100 мм рт.ст. Тоны сердца правильного ритма, приглушены, акцент II тона над аортой, живот мягкий, безболезненный при пальпации. Поясничная область внешне не изменена, пальпация ее безболезненна. Симптом поколачивания положительный, больше справа. Область почек безболезненна, пальпируется нижний полюс правой почки. Пальпация мочеточниковых точек безболезненна. Мочевой пузырь не увеличен, пальпация над лоном умеренно болезненна.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб - 102 г/л, эр. - $3,0 \times 10^{12}$ /л, ЦП - 0,8; лейкоц. - $10,4 \times 10^9$ /л, э - 2%, п - 8%, с - 72%, л - 16%, м - 2%, СОЭ 28 мм/час.
2. ОАМ: цвет желтый, мутная, отн. плотность 1,014; белок - 0,066 г/л, эр. - нет, лейкоц. - 22-28 в п.зр., цилиндры гиалиновые 2-4 в п.зр., соли фосфаты (+), бактерии (++)
3. Сахар крови - 4,0 ммоль/л, холестерин - 4,8 ммоль/л, креатинин - 0,12 ммоль/л, мочевины - 8,2 ммоль/л.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Объясните механизм появления акцента II тона на аорте.
4. Объясните механизм учащения мочеиспускания.
5. Опишите вероятные данные пальпации области сердца.
6. Оцените результаты лабораторных методов исследования.
7. Составьте план дополнительного обследования.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА №8

Больной Н., 18 лет, жалуется на отеки лица, ног, головную боль, сердцебиения, длительные давящие боли в сердце, слева от грудины, отдающие в левую лопатку, ноющие боли в пояснице, появление мутной красноватой мочи в небольшом количестве, общую слабость, разбитость.

Из анамнеза заболевания: считает себя больным в течение 3-х дней, когда появились головные боли, головокружения, вызвал на дом врача, выявлено повышение артериального давления, назначены гипотензивные препараты, однако состояние больного не улучшалось, появились отеки на лице и ногах, что заставило больного обратиться в дежурное терапевтическое отделение.

Из анамнеза жизни: три недели назад перенес ангину, лечился амбулаторно, после чего чувствовал себя хорошо.

Объективно:

Состояние тяжелое. Лицо отечное, апатичное, температура $37,7^{\circ}\text{C}$, кожные покровы бледные, достаточной влажности, отеки на пояснице, стопах и голенях. Над легкими легочный звук, дыхание везикулярное. Пульс на лучевой артерии повышенного наполнения и напряжения. АД 160/105 мм рт.ст. Тоны сердца правильного ритма, частотой 84 в 1 мин., приглушены, акцент II тона над аортой. Язык чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Поколачивание по пояснице слабо болезненно с обеих сторон. Пальпация области почек безболезненна, мочевого пузыря не увеличен.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб - 140 г/л, эр. - $4,8 \times 10^{12}/\text{л}$, ЦП - 0,95; лейкоц. - $10,9 \times 10^9/\text{л}$, э - 0%, п - 5%, с - 69%, л - 23%, м - 2%, б - 1%, тромбоциты $290 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ - 18 мм/час.
2. ОАМ: цвет светло красный, кислая, отн. плотность - 1,029; белок - 0,3 г/л, лейкоц. - 4-6 в п.зр., эп. - 8-10 в п.зр., эр. - 40-50 в п.зр., гиалиновые цилиндры - 1-2 в п.зр., оксалаты - (+).
3. ЭКГ: ритм синусовый, частотой 80 в 1 мин., электрическая ось сердца расположена правильно, дистрофические изменения в миокарде левого желудочка.

ЗАДАНИЕ

1. Выделите и обоснуйте синдромы; выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Механизм появления болей в пояснице.
4. Механизм изменения свойств артериального пульса.
5. Сделайте наиболее вероятное заключение по перкуссии сердца больного.
6. Оцените лабораторные данные.
7. Составьте план дополнительных исследований.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА №9

Больной В., 26 лет, предъявляет жалобы на одышку с чувством нехватки воздуха при физической нагрузке, сердцебиения, головную боль, головокружения, тошноту, отеки на лице, общую слабость.

Из анамнеза жизни: В 15-летнем возрасте перенес острый гломерулонефрит, находился на диспансерном учете, строго выполнял все рекомендации. Но оставались головные боли, слабость, артериальное давление чаще было повышенным, иногда отмечались отеки под глазами по утрам, при сдаче анализов мочи всегда находили изменения. Ухудшение состояния связывает с переохлаждением, после чего отеки под глазами стали более продолжительными, усилились головные боли, появились сердцебиения и одышка.

Объективно:

Общее состояние средней степени тяжести. Кожа сухая, бледная, видимые слизистые бледно-розовые. Одутловатость лица, отеки на ногах мягкие, подвижные. Над всей поверхностью легких легочный звук, дыхание везикулярное. АД 180/100 мм рт.ст. Верхушечный толчок в VI межреберье на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии, ослаблен, резистентность его снижена, площадь расширена. Тоны сердца правильного ритма, частотой 98 уд/мин., приглушены, ослаблен I тон над верхушкой, акцент II тона над аортой. Язык суховат, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Перистальтика активная. Печень и селезенка не увеличены. Поколачивание по пояснице безболезненно. Пальпация области почек безболезненна. Мочевой пузырь не определяется.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб - 86 г/л, эр. – $2,8 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 0,8; лейкоц. – $7,9 \times 10^9$ /л, э – 0%, п – 5%, с – 69%, л – 23%, м – 2%, б – 1%, тромбоциты 190×10^9 /л, СОЭ – 23 мм/час.
2. ОАМ: цвет соломенно-желтый, кислая, отн. плотность – 1,008; белок - 0,27 г/л, лейкоц. – 1-3 в п.зр., эп. - 3-4 в п.зр., эр. – 6-10 в п.зр., зернистые цилиндры - 2-4 в п.зр., оксалаты - (+).
3. Общий билирубин – 20,5 мкмоль/л, прямой – 4,6 мкмоль/л, не прямой 15,9 мкмоль/л; общий белок 55 г/л, АСТ – 0,38 ммоль/л, АЛТ – 0,45 ммоль/л, холестерин 8.9 ммоль/л, креатинин – 0,23 ммоль/л, СКФ – 30%.

ЗАДАНИЕ

1. Выделите и обоснуйте синдромы; выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Механизм появления инспираторной одышки.
4. Сделайте наиболее вероятное заключение по перкуссии сердца больного.
5. Почему не определяется мочевой пузырь.
6. Оцените лабораторные данные.
7. Составьте план дополнительных исследований.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА №10

Больной П., 45 лет, предъявляет жалобы на тянущую боль в поясничной области, больше справа, отечность лица, повышение температуры тела до 37,3°C, учащенное мочеиспускание небольшим количеством мочи.

Из анамнеза заболевания: подобные боли и периодическое повышение температуры больной отмечает пять лет. При обследовании находили мелкие камешки в обеих почках, иногда они выходили самостоятельно. Ноющие боли в пояснице и рези в конце мочеиспускания больной стал отмечать год назад. Вчера вновь появились колющие, а затем жгучие боли в поясничной области, больше справа, в правой половине живота с иррадиацией в паховую область, внутреннюю поверхность бедра, задержку мочеиспускания, из-за болей «не мог найти места», госпитализирован в порядке скорой помощи. При обзорной R-графии брюшной полости выявлен камень до 2 мм в диаметре на уровне устья правого мочеточника. После введения спазмолитиков ощутил сильный позыв на мочеиспускание, выделилось около 500 мл мочи, после чего болевые ощущения уменьшились, в дальнейшем моча стала отходить малыми порциями, часто.

Объективно:

Состояние больного средней степени тяжести. Пастозность лица, бледность кожных покровов, над легкими легочный звук, дыхание везикулярное. АД 120/80 мм.рт.ст. Тоны сердца правильного ритма, частотой 88 в 1 мин., соотношение тонов правильное. Живот мягкий, безболезнен. Печень не увеличена. Поколачивание по пояснице болезненно с обеих сторон, больше справа, почки не пальпируются.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб - 105 г/л, эр. - $2,9 \times 10^{12}$ /л, ЦП - 0,85; лейкоц. - $14,9 \times 10^9$ /л, э - 2%, п - 7%, с - 72%, л - 17%, м - 1%, б - 1%, СОЭ - 21 мм/час.
2. ОАМ: цвет красный, кислая, отн. плотность - 1,019; белок - 0,35 г/л, лейкоц. - 24-40 в п.зр., эп. - 8-10 в п.зр., эр. - 20-40 в п.зр., гиалиновые цилиндры - 1-2 в п.зр., оксалаты - (++++).
3. ЭКГ: ритм синусовый, частотой 88 в 1 мин., электрическая ось сердца расположена правильно, дистрофические изменения в миокарде левого желудочка.

ЗАДАНИЕ

1. Выделите и обоснуйте синдромы; выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Механизм появления бледности кожных покровов.
4. О чем говорит иррадиация болей в пах, внутреннюю поверхность бедра.
5. Сделайте наиболее вероятное заключение по исследованию пульса.
6. Оцените лабораторные данные.
7. Составьте план дополнительных исследований.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА №11

Больной С., 18 лет, предъявляет жалобы на сильные боли в затылочной части головы, головокружение, тошноту, сердцебиение, выраженные отеки лица, ноющие боли в пояснице, отсутствие мочи, общую слабость.

Из анамнеза заболевания: больным считает себя с утра: проснулся от сильных головных болей и сердцебиения, не смог полностью открыть глаза. Появились неинтенсивные боли в пояснице. Была вызвана бригада скорой помощи и больного госпитализировали.

Из анамнеза жизни: страдает хроническим тонзиллитом, последнее обострение было месяц назад. Лечился амбулаторно. Три дня назад сильно промерз.

Объективно:

Состояние крайне тяжелое, сознание ясное, из-за отеков век не может открыть глаза, выраженная отечность лица, губ. Кожные покровы бледные. Отеки подкожной клетчатки туловища, рук, ног мягкие, подвижные, теплые. Зев гиперемирован, миндалины гиперемированы, увеличены, выбухают в просвет глотки. Подчелюстные лимфоузлы до 2-х см в диаметре, подвижные, безболезненные. Дыхание везикулярное, прослушивается повсеместно. АД 180/115 мм рт ст. Тоны сердца правильного ритма, частотой 88 уд/мин, усилен II-ой тон над аортой. Живот мягкий, безболезнен, печень и селезенка не увеличены. Поколачивание по пояснице слегка болезненно, пальпация области почек безболезненна, почки не пальпируются. Мочеточниковые точки безболезненны.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб - 135 г/л, эр. - $5,2 \times 10^{12}/л$, ЦП - 0,9; лейкоц. - $12,9 \times 10^9/л$, э - 2%, п - 4%, с - 65%, л - 25%, м - 3%, б - 1%, тромбоциты $180 \times 10^9/л$, СОЭ - 16 мм/час.
2. ОАМ: цвет светло красный, кислая, отн. плотность - мало мочи, белок - 0,65 г/л, лейкоц. - 4-6 в п.зр., эп. - 8-10 в п.зр., эр. - 40-50 в п.зр., зернистые цилиндры - 1-2 в п.зр.
3. Общий билирубин 21,0 мкмоль/л, прямой - 4,2 мкмоль/л, не прямой 16,8 мкмоль/л; АСТ - 0,36 ммоль/л, АЛТ - 0,48 ммоль/л, мочевины 12,4 ммоль/л, креатинин 0,25 ммоль/л.

ЗАДАНИЕ

1. Выделите и обоснуйте синдромы; выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Механизм появления выраженной отечности.
4. Опишите наиболее вероятные свойства артериального пульса.
5. Сделайте наиболее вероятное заключение по перкуссии сердца больного.
6. Оцените лабораторные данные.
7. Составьте план дополнительных исследований.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА №12

Больной К., 22 лет, предъявляет жалобы на головные боли, сердцебиение, повышение температуры тела до 37,5°C, отеки век, общую слабость, малое количество мочи.

Из анамнеза заболевания: три дня назад появился легкий озноб, общая слабость, головные боли, принимал отвары трав, однако слабость и головные боли усилились, стали беспокоить сердцебиения при обычной физической нагрузке, обратился в поликлинику и больного госпитализировали.

Из анамнеза жизни: хронический тонзиллит более десяти лет, последнее обострение около месяца назад, лечился у ЛОР врача. Другими заболеваниями не страдал.

Объективно:

Состояние средней тяжести, положение активное, лицо отечное, зев гиперемирован, миндалины отечны, выбухают в просвет глотки, заднешейные, подчелюстные лимфоузлы увеличены до 1,5 см в диаметре, безболезненные, подвижные. Над легкими легочный звук, дыхание везикулярное, пульс одинаков на обеих руках, повышенного наполнения, удовлетворительного напряжения. АД 130/80 мм рт.ст., Тоны сердца правильного ритма и соотношения, ЧСС 80 уд/мин. Живот мягкий, безболезнен, печень и селезенка не пальпируются. Поколачивание по пояснице слегка болезненно, пальпация области почек безболезненна.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб - 145 г/л, эр. - $4,8 \times 10^{12}/л$, ЦП - 0,85; лейкоц. - $10,9 \times 10^9/л$, э - 1%, п - 3%, с - 66%, л - 28%, м - 1%, б - 1%, тромбоциты $240 \times 10^9/л$, СОЭ - 19 мм/час.
2. ОАМ: цвет светло красный, кислая, отн. плотность - 1,029; белок - 1,35 г/л, лейкоц. - 4-6 в п.зр., эп. - 8-10 в п.зр., эр. - сплошь в п.зр., зернистые цилиндры - 3-4 в п.зр.
3. Общий билирубин 20,0 мкмоль/л, прямой - 3,2 мкмоль/л, не прямой 16,8 мкмоль/л; АСТ - 0,36 ммоль/л, АЛТ - 0,48 ммоль/л, мочевины - 8,6 ммоль/л, креатинин - 0,19 ммоль/л, общий белок - 59 г/л, холестерин - 8,65 ммоль/л.
4. ЭКГ: ритм синусовый, правильный, частотой 76 в 1 мин., признаков гипертрофии отделов сердца нет.

ЗАДАНИЕ

1. Выделите и обоснуйте синдромы; выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. В чем причина отсутствия гипертензионного синдрома?
4. Наиболее вероятное заключение по пальпации мочеточниковых точек.
5. Оцените ОАК и ОАМ.
6. Оцените данные биохимического исследования.
7. Составьте план дополнительных исследований.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА №13

Больная Ш., 50 лет, поступила в отделение с жалобами на сухость во рту, изжогу, тошноту, периодически – рвоту, приносящую облегчение, отсутствие аппетита, поносы, кожный зуд, общую слабость, снижение работоспособности.

Из анамнеза заболевания: Более 20 лет назад случайно был диагностирован хронический пиелонефрит, после чего больная не обследовалась и не лечилась. В течение последнего года появилась нарастающая общая слабость, снижение памяти, аппетита, тошнота, больная обратилась к гастроэнтерологу, сделана ФГДС, патологии не было выявлено. Принимала омепразол, но жалобы сохранялись, присоединились поносы и больная для дообследования направлена в стационар.

Объективно:

Состояние средней степени тяжести, больная вялая, апатичная, несколько пониженного питания, кожные покровы бледные, сухие, плечи как будто припудрены, следы расчесов. Видимые слизистые бледные. При дыхании больной ощущается запах аммиака. Пальпаторно в подмышечных областях определяется трение плевры, над легкими легочный звук, дыхание везикулярное. АД 175/115 мм рт.ст. Тоны сердца правильного ритма, частотой 72 уд/мин., ослаблен I тон над верхушкой, акцент II тона над аортой. Симптомов раздражения брюшины нет, пальпация живота слабо болезненна в эпигастрии, печень, селезенка не увеличены. Поколачивание по пояснице безболезненное, пальпация почек безболезненная, почки не пальпируются. Мочевой пузырь не увеличен.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб - 86 г/л, эр. – $2,2 \times 10^{12}/л$, ЦП – 0,8; лейкоц. – $6,9 \times 10^9/л$, э – 1%, п – 3%, с – 80%, л – 14%, м – 1%, б – 1%, тромбоциты $130 \times 10^9/л$, СОЭ – 29 мм/час.
2. Общий билирубин 20,0 мкмоль/л, прямой – 3,2 мкмоль/л, не прямой 16,8 мкмоль/л; АСТ - 0,36 ммоль/л, АЛТ – 0,48 ммоль/л, мочевины - 48,6 ммоль/л, креатинин - 0,72 ммоль/л, общий белок – 56 г/л, холестерин - 10,65 ммоль/л.
3. ОАМ: цвет бледно-желтый, отн. плотность 1,008; белок 1,33 г/л; эп. 3-5 в п/зр., лейкоц. 6-10 в п/зр., соли оксалаты (+).

ЗАДАНИЕ

1. Выделите и обоснуйте синдромы; выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. В чем причина припудренности плеч?
4. В чем причина облегчения после рвоты?
5. Какие побочные дыхательные шумы можно выслушать?
6. Оцените данные биохимического исследования.
7. Составьте план дополнительных исследований.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА №14

Больная А., 23 лет, поступила в отделение с жалобами на повышение температуры до 38,5°C, боли в пояснице, головные боли, головокружение, шум в ушах, учащенное мочеиспускание, рези в конце мочеиспускания, общую слабость.

Из анамнеза заболевания: считает себя больной в течение трех лет, когда впервые появились рези в конце мочеиспускания, лечилась травами, отмечала хороший результат. В последующие годы при появлении резей также никуда не обращалась. Последнее обострение сопровождалось ознобами, повышением температуры до 39°C, впервые появились головные боли и головокружение. Лечение травами не помогло и больная обратилась в поликлинику.

Объективно:

Состояние средней степени тяжести. Отечность под глазами, на пояснице, умеренно выражены. Кожные покровы достаточной влажности, бледные. Бледность слизистых оболочек. Над легкими при перкуссии легочный звук, дыхание везикулярное. АД 155/105 мм рт.ст. Границы относительной тупости сердца не смещены, тоны сердца правильного ритма, частотой 100 в 1 мин. Ослаблен I тон над точкой выслушивания митрального клапана. Живот мягкий, безболезнен. Перистальтика определяется. Печень по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются. Поколачивание по пояснице болезненно с обеих сторон, мочеточниковые точки безболезненны. Мочевой пузырь не определяется.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: НЬ - 100 г/л, эр. – $2,75 \times 10^{12}/л$, ЦП – 0,85; лейкоц. – $10,9 \times 10^9/л$, э – 1%, п – 10%, с – 73%, л – 15%, м – 0%, б – 1%, тромбоциты $110 \times 10^9/л$, СОЭ – 32 мм/ч.
2. ОАМ: цвет светло-желтый, мутная, отн. плотность 1,021; белок 99‰; сахара нет, лейкоц. - 12-20 в п/зр., эр. – 0-1 в п/зр., эп. – 2-4 в п/зр. Оксалаты ед в п/зр., бактерии (++)
3. УЗИ почек: почки расположены типично, правая почка 10,1×4,5 см., левая – 9,8×4,3 см., корковый слой правой почки 1,2 мм, левой – 1,3 мм. чашечно-лоханочный комплекс деформирован.
4. ЭКГ: ритм синусовый, признаки гипертрофии левого желудочка.

ЗАДАНИЕ

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Назовите наиболее вероятные свойства пульса.
4. Какова причина ослабления I тона в точке выслушивания митрального клапана?
5. Оцените ОАК.
6. Оцените результаты УЗИ почек.
7. Составьте план дополнительных исследований.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

НЕФРОЛОГИЯ

Задача №1

1. Синдромы: остронефритический (отечность по глазами, уменьшение количества мочи, головные боли, мелькание мушек перед глазами, шум в ушах, повышение артериального давления); гипертензионный синдром (головные боли, мелькание мушек перед глазами, шум в ушах, повышение АД); мочевого синдром (уменьшение количества мочи, моча цвета мясных помоев); интоксикационный (головные боли, повышение температуры, слабость, недомогание). Ведущий – остронефритический синдром.
2. Острый гломерулонефрит, «классическая» форма.
3. Выраженная гиперволемиа + АГ → увеличение нагрузка на левый желудочек – мышечный шум.
4. Гиалиновые цилиндры - слепки почечных канальцев цилиндрической формы, образуются из свернувшегося в канальцах белка и форменных элементов мочи. Выявляются при умеренной протеинурии (при острых и хронических гломерулонефритах, нефротическом синдроме и др. патологии почек, когда альбумины проходят через клубочковый фильтр). Единичные гиалиновые цилиндры появляются у здоровых лиц при физических перегрузках, дегидратации, в концентрированной кислой моче.
5. Проба Реберга – оценка функции почек, пункционная биопсия почки, белок в суточной моче, ЭКГ, УЗИ почек, рентгенография ОГК, глазное дно, консультация ЛОР-врача.
6. Незначительное повышение креатинина, общий белок на нижней границе нормы.
7. ОАК –снижение гемоглобина и эритроцитов, нейтрофильный лейкоцитоз, ускорение СОЭ.
ОАМ – макрогематурия, гиперстенурия, протеинурия, цилиндрурия, (гиалиновые цилиндры).
8. Острый гломерулонефрит, «классическая» форма, анемия легкой степени. ХПН I ст. (Предварительный клинический диагноз, нейтрофильный лейкоцитоз крови, снижение гемоглобина, эритроцитов, ускорение СОЭ, повышение креатинина, макрогематурия, гиперстенурия, протеинурия).

Задача № 2

1. Синдромы: артериальной гипертензии (головные боли, головокружение, сердцебиения, уровень АД при осмотре); нефротический (отеки под глазами, одутловатость лица, мягкие отеки по всему телу); мочевого (моча цвета мясных помоев); почечной недостаточности (головные боли, кожный зуд, общая слабость, заторможенность больной, сухость кожных покровов); анемический (головные боли, головокружение, общая слабость, заторможенность больной, бледность кожных покровов). Ведущий – артериальной гипертензии.
2. Хронический гломерулонефрит, смешанная форма, обострение, ХПН (стадия?). Симптоматическая анемия.
3. Активизация РААС, снижение онкотического давления плазмы, повышение проницаемости капилляров.
4. Активизация РААС.
5. Пульс симметричен, повышенного наполнения и напряжения.
6. ОАК: анемия нормохромная средней степени тяжести, ускорение СОЭ. ОАМ: протеинурия, макрогематурия, цилиндрурия. Анализ мочи по Нечипоренко: гематурия, цилиндрурия.
7. Исследование креатинина, мочевины, глюкозы, электролитов крови, общего белка, протеинограммы, липидограммы, провести пробу Реберга, биопсию почки, глазное дно, ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ почек.
8. Хронический гломерулонефрит, смешанная форма, обострение, ХПН (стадия?). Симптоматическая анемия средней степени тяжести. (Предварительный клинический диагноз, нормохромная анемия, ускорение СОЭ; протеинурия, макрогематурия, цилиндрурия; в анализе мочи по Нечипоренко гематурия и цилиндрурия).

Задача № 3

1. Синдромы: артериальной гипертензии (головные боли, боли в сердце, повышение наполнения и напряжения пульса, уровень АД); инфекционно-токсический (повышение температуры, рези в конце мочеиспускания, общая слабость); отечный (отечность лица); болевой (боли в пояснице); анемический (бледность кожных покровов). Ведущие – артериальной гипертензии и инфекционно-токсический.
2. Хронический пиелонефрит, смешанная форма, обострение. Хронический цистит, обострение. ХПН? Симптоматическая анемия.
3. Расширение чашечек и лоханок почек на фоне воспаления.
4. Активизация РААС.
5. Верхушечный толчок усиленный, резистентный, расширенный, смещен кнаружи от левой среднеключичной линии.

6. ОАК: снижение гемоглобина, эритроцитов, нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, ускорение СОЭ.
ОАМ: умеренная протеинурия, лейкоцитурия.
7. Исследование креатинина, мочевины, глюкозы, электролитов крови, общего белка, протеинограммы, липидограммы, провести анализ мочи по Нечипоренко, посев мочи на стерильность и определение чувствительности микрофлоры к антибиотикам, пробу Реберга, биопсию почки, конс. окулиста – глазное дно, ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ почек. экскреторную урографию, рентгенографию ОГК.
8. Хронический пиелонефрит, смешанная форма, обострение. Симптоматическая АГ 2 ст., (стадия, степень риска требуют уточнения). ХПН ? Хронический цистит, обострение. Симптоматическая анемия легкой степени. (Предварительный клинический диагноз, снижение гемоглобина, эритроцитов, нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, ускорение СОЭ; умеренная протеинурия, лейкоцитурия в ОАМ).

Задача № 4

1. Синдромы: остронефритический (выраженная слабость, тошнота, отечность лица, головные боли, мелькание мушек перед глазами, твердый пульс, повышение артериального давления, усиление верхушечного толчка моча цвета мясных помоев, уменьшена в количестве). Ведущий – остронефритический синдром.
2. Острый гломерулонефрит, «классическая» форма. ОПН?
3. Регионарные лимфоузлы при воспалительных заболеваниях глотки.
4. Увеличение ОЦК, повышение артериального давления, преимущественно диастолического.
5. Отеки различной степени выраженности в зависимости от плотности подкожной жировой клетчатки, мягкие, теплые, бледные, подвижные.
6. ОАК: лейкоцитоз, ускоренное СОЭ.
ОАМ: признаки макрогематурии, несколько повышенная плотность, увеличение белка и значительное количество эритроцитов свидетельствуют об остро возникшем нарушении фильтрации, цилиндрурия свидетельствует о нарушении уродинамики.
7. Исследование креатинина, мочевины, глюкозы, электролитов крови, общего белка, протеинограммы, липидограммы, провести пробу Реберга, УЗИ почек, ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенографию ОГК, глазное дно, консультацию ЛОР - врача.
8. Острый гломерулонефрит, «классическая форма». ОПН? (Предварительный клинический диагноз, лейкоцитоз, ускоренное СОЭ; признаки макрогематурии, несколько повышенная плотность мочи, увеличение белка и значительное количество эритроцитов в ОАМ).

Задача № 5

1. Синдромы: инфекционно-токсический (ознобы, повышение температуры, общая слабость, горячие влажные кожные покровы); артериальной гипертензии (головные боли в затылочной части головы, головокружения, сердцебиения, колющие боли в области верхушки сердца, цифры АД, усиленный, резистентный верхушечный толчок); болевой в поясничной области (боли, положительный симптом поколачивания, болезненная пальпация правой почки).
2. Хронический пиелонефрит, гипертоническая форма, обострение ХПН? Симптоматическая артериальная гипертензия 3 ст.
3. Воспаление в ЧЛС, циркуляция в крови пирогенных веществ.
4. Активизация РААС.
5. Большого наполнения, напряжения и величины, одинаковый с обеих сторон, ритмичный.
6. ОАК: анемия гипохромная легкой степени, лейкоцитоз, ускорение СОЭ. ОАМ: пиурия, протеинурия, бактериурия.
7. Исследование креатинина, мочевины, глюкозы, электролитов крови, общего белка, протеинограммы, липидограммы, провести анализ мочи по Нечипоренко, посев мочи на стерильность и определение чувствительности микрофлоры к антибиотикам, пробу Реберга. УЗИ почек, экскреторную урографию, ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенографию ОГК, глазное дно.
8. Хронический пиелонефрит, гипертоническая форма, обострение. ХПН? Симптоматическая артериальная гипертензия 3 степени. Симптоматическая анемия легкой степени. (Предварительный клинический диагноз, лейкоцитоз, ускоренное СОЭ; признаки макрогематурии, несколько повышенная плотность, увеличение белка и значительное количество эритроцитов в ОАМ).

Задача № 6

1. Синдромы: уремический (зуд кожных покровов, сухость во рту, тошнота, рвота, понос, сухие кожные покровы, запах аммиака в выдыхаемом воздухе, наличие уремической пудры на щеках, явления сопора у больного, шум трения плевры); мочевого (микрогематурия в анамнезе, учащение мочеиспускания); гипертонический (уровень АД, акцент II тона над оартой).
2. Хронический гломерулонефрит, гематурическая форма. ХПН ст? Симптоматическая АГ 3 ст.
3. Накопление в просвете и на стенках желудка азотистых шлаков, раздражающих стенки желудка и кишечника, выделение повышенного количества секрета и усиление перистальтики.
4. Изменения кожных покровов связано с выделением азотистых шлаков потовыми и сальными железами, вследствие чего кожные покровы

становятся более сухими, шлаки покрывая кожу создают впечатление «пудры», из-за раздражения кожных покровов возникает зуд.

5. ОАК: анемия гипопластическая средней степени тяжести, тромбоцитопения, увеличение СОЭ. Б/х крови: гиперкреатининемия.
6. ОАМ: гипостенурия, протеинурия, микрогематурия, цилиндрурия.
7. Исследование креатинина, мочевины, глюкозы, электролитов крови, общего белка, протеинограммы, липидограммы, УЗИ почек, ЭхоКГ, рентгенографии ОГК, глазного дна, провести биопсию почек.
8. Хронический гломерулонефрит, гематурическая форма, ХПН III а ст. Симптоматическая АГ 3 степени. Вторичная анемия средней степени тяжести. (Предварительный клинический диагноз, повышение уровня креатинина, анемия гипопластическая средней степени тяжести, увеличение СОЭ, гипостенурия, протеинурия, микрогематурия, цилиндрурия в ОАМ).

Задача № 7

1. Синдромы: артериальной гипертензии (головные боли, головокружения, мелькание мушек перед глазами, цифры АД); дизурический (учащенное мочеиспускание малыми порциями, режущие боли в конце мочеиспускания); инфекционно-токсический (общая слабость, повышение температуры с ознобами); болевой (в поясничной области); анемический (головокружения, мелькание мушек перед глазами, бледность кожных покровов и видимых слизистых).
2. Хронический пиелонефрит, смешанная форма, обострение, Нефроптоз справа I степени. Хронический цистит, обострение. ХПН? Симптоматическая артериальная гипертензия 2 ст.. Симптоматическая хроническая анемия.
3. Повышение артериального давления (усиление компонентов II тона).
4. Повышение чувствительности рецепторов мочевого пузыря при цистите.
5. Верхушечный толчок локализованный, усиленный, резистентный. Пульсация во II межреберье справа от грудины. Эпигастральная пульсация, обусловленная пульсацией брюшной аорты.
6. ОАК – анемия легкой степени, нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, ускорение СОЭ.
ОАМ – умеренная протеинурия, лейкоцитурия, бактериурия.
Б/х крови – в пределах нормы.
7. Анализ мочи по Нечипоренко, определение чувствительности микрофлоры мочи к антибиотикам, проба Реберга, УЗИ почек, рентгенологические методы: экскреторная урография, радиоизотопное исследование: ренография и сканирование, пункционная биопсия почки, ЭКГ, ЭхоКГ.
8. Хронический пиелонефрит, смешанная форма, обострение. Нефроптоз I ст. Хронический цистит, обострение. ХПН 0. Симптоматическая артериальная гипертензия 2 ст. Хроническая симптоматическая гипохромная анемия легкой степени. (Предварительный клинический диагноз, анемия легкой

степени, нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, ускорение СОЭ; умеренная протеинурия, лейкоцитурия, бактериурия в ОАМ).

Задача № 8

1. Синдромы: остронефритический (выраженная слабость, отечность лица, поясницы, стоп, голеней головные боли, сердцебиения, боли в сердце, пульс повышенного наполнения и напряжения, повышение артериального давления, моча красноватого цвета, уменьшен диурез); болевой поясничный (ноющие боли в пояснице, слабо болезненное поколачивание по пояснице). Ведущий – остронефритический синдром.
2. Острый гломерулонефрит, «классическая» форма. ОПН?
3. Растяжение почечной капсулы вследствие воспалительного процесса.
4. Увеличение ОЦК, повышение артериального давления, преимущественно диастолического.
5. Границы относительной тупости сердца не изменены, размеры сердца также не изменены.
6. ОАК: умеренный лейкоцитоз, ускоренное СОЭ.
ОАМ: признаки макрогематурии, несколько повышенная плотность, увеличение белка и значительное количество эритроцитов свидетельствуют об остро возникшем нарушении фильтрации.
7. Исследование креатинина, мочевины, глюкозы, электролитов крови, общего белка, протеинограммы, липидограммы, электролитов крови, пробы Реберга, УЗИ почек, ЭхоКГ, рентгенографии ОГК, глазного дна, консультацию ЛОР - врача.
8. Острый гломерулонефрит, «классическая» форма. ОПН? (Предварительный клинический диагноз, умеренный лейкоцитоз, ускоренное СОЭ, светло-красная моча, несколько повышена плотность мочи, протеинурия, эритроцитурия).

Задача № 9

1. Синдромы: артериальной гипертензии (головные боли, головокружения, тошнота, цифры АД, акцент II тона над аортой); нефротический (отечность лица, ног); хронической левожелудочковой недостаточности (инспираторная одышка, ослабление силы и резистентности верхушечного толчка); анемический (бледность кожных покровов, видимых слизистых). Ведущий – синдром артериальной гипертензии.
2. Хронический гломерулонефрит, смешанная форма. ХПН (стадия?). ХСН IIА, ФК II. Хроническая анемия.
3. Развитие миогенной дилатации левого желудочка.
4. Границы относительной тупости сердца смещены влево, увеличен длинник и поперечник сердца. Увеличена площадь абсолютной тупости сердца.

5. Потому, что он не заполнен мочой.
6. Гипохромная анемия средней степени тяжести, ускорение СОЭ. В крови снижен белок и повышен уровень холестерина, повышен уровень креатинина и снижен процент клубочковой фильтрации, соответствующие хронической почечной недостаточности IIa. В общем анализе мочи снижена относительная плотность, протеинурия, эритроцитурия и цилиндрурия.
7. Исследование креатинина, мочевины, глюкозы, электролитов крови, общего белка, протеинограммы, липидограммы, пробы Реберга, УЗИ почек, ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенографии ОГК, глазного дна.
8. Хронический гломерулонефрит, смешанная форма. ХПН (стадия?). Симптоматическая хроническая гипохромная анемия средней степени тяжести. (Предварительный клинический диагноз, гипохромная анемия средней степени тяжести, ускоренное СОЭ, снижена плотность мочи, протеинурия, эритроцитурия, цилиндрурия).

Задача № 10

1. Синдромы: болевой (боли в пояснице, иррадиирующие в пах, внутреннюю поверхность бедра, болезненное поколачивание по пояснице); нефротический (пастозность лица). Ведущий – болевой синдром.
2. МКБ, вторичный пиелонефрит, обострение. ХПН (стадия?). Хроническая анемия.
3. Бледность кожных покровов свидетельствует об анемии, часто сопровождающей хронический пиелонефрит вследствие уменьшения образования эритропоэтина.
4. Характерная иррадиация при МКБ (синдром почечной колики).
5. Границы относительной тупости сердца не изменены, размеры сердца также не изменены.
6. ОАК: гипохромная анемия легкой степени, умеренный нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, ускоренное СОЭ, свидетельствующие о воспалительном процессе.
ОАМ: признаки макрогематурии, увеличение белка, эритроцитов, лейкоцитов, оксалатов свидетельствуют о прохождении камешка по мочеточнику и наличии воспалительного процесса в мочевыводящих путях..
7. Исследование глюкозы, креатинина, мочевины, мочевой кислоты, общего белка, протеинограмму, липидограмму, пробу Реберга, исследование чувствительности микрофлоры мочи к антибиотикам, УЗИ почек, ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенографию ОГК, глазное дно, консультацию уролога.
8. МКБ, вторичный пиелонефрит, обострение. ХПН (стадия?). Хроническая вторичная нормохромная анемия легкой степени тяжести. (Предварительный клинический диагноз; гипохромная анемия легкой степени, умеренный нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, ускоренное СОЭ; признаки макрогематурии, увеличение белка, эритроцитов, лейкоцитов, оксалатов в моче).

Задача № 11

1. Синдромы: остронефритический (выраженная слабость, отечность лица, туловища, рук, ног, головные боли, головокружения, сердцебиения, тошнота, повышение артериального давления, отсутствие мочи); болевой поясничный (ноющие боли в пояснице, слегка болезненное поколачивание по пояснице). Ведущий – остронефритический синдром.
2. Острый гломерулонефрит, «классическая» форма. Ренальная ОПН?
3. Активизация РААС, повышение проницаемости капилляров, падение онкотического давления.
4. Пульс одинаков на обеих руках, повышенного наполнения и напряжения, регулярный.
5. Границы относительной тупости сердца не изменены, размеры сердца также не изменены.
6. ОАК: умеренный лейкоцитоз, ускоренное СОЭ.
ОАМ: признаки макрогематурии, протеинурии, эритроцитурии, цилиндрурии.
Увеличение креатинина и мочевины крови.
7. Исследование билирубина, его фракций, трансаминаз, глюкозы, общего белка крови, протеинограммы, электролитов крови, липидограммы, пробы Реберга, УЗИ почек, ЭхоКГ, рентгенографии ОГК, глазного дна, консультацию ЛОР - врача.
8. Острый гломерулонефрит, «классическая» форма. Ренальная ОПН. (Предварительный клинический диагноз, умеренный лейкоцитоз, ускоренное СОЭ, светло-красная моча, протеинурия, эритроцитурия, цилиндрурия, повышение мочевины и креатинина крови).

Задача № 12

1. Синдромы: нефротический (слабость, отечность лица, головные боли, сердцебиения, повышенное наполнение пульса); болевой поясничный (слегка болезненное поколачивание по пояснице); интоксикационный (слабость, повышение температуры). Ведущий – нефротический синдром.
2. Острый гломерулонефрит, нефротическая форма. Ренальная ОПН?
3. Недостаточная активизация РААС.
4. Пальпация мочеточниковых точек безболезненна.
5. ОАК: умеренный лейкоцитоз, ускоренное СОЭ.
ОАМ: признаки макрогематурии, незначительного повышения плотности мочи, протеинурии, эритроцитурии, цилиндрурии.
6. Незначительное увеличение креатинина и мочевины крови, снижение общего белка и повышение уровня холестерина.
7. Исследование электролитов крови, протеинограммы, липидограммы, пробы Реберга, УЗИ почек, ЭхоКГ, рентгенографию ОГК, исследование глазного дна, консультация ЛОР - врача.

8. Острый гломерулонефрит, бисиндромная форма (мочевой синдром + нефротический). Ренальная ОПН 0-1 ст. (Предварительный клинический диагноз, умеренный лейкоцитоз, ускоренное СОЭ, макрогематурия, протеинурия, эритроцитурия, цилиндрурия, повышение мочевины и креатинина крови).

Задача № 13

1. Синдромы: уремический (сухость во рту, изжога, тошнота, рвота, отсутствие аппетита, поносы, кожный зуд, общая слабость, снижение работоспособности, вялость больной, «припудренность» плеч, следы расчесов, запах аммиака в выдыхаемом воздухе); артериальной гипертензии (цифры АД, ослабление I тона над верхушкой, акцент II тона над аортой); анемический (общая слабость, вялость, апатичность, бледность кожных покровов и видимых слизистых).
2. Хронический пиелонефрит, гипертоническая форма, обострение. ХПН ст? Симптоматическая анемия.
3. Выделение азотистых шлаков.
4. Уменьшение раздражения желудка вследствие удаления азотистых шлаков.
5. Шум трения плевры.
6. Повышение уровня мочевины, креатинина и холестерина, снижение общего белка.
7. Исследование электролитов крови, протеинограммы, липидограммы, пробы Реберга, УЗИ почек, ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенографию ОГК, исследование глазного дна, консультация ЛОР – врача.
8. Хронический пиелонефрит, гипертоническая форма, обострение. ХПН IIIA ст. Симптоматическая нормохромная анемия средней степени тяжести. Симптоматическая тромбоцитопения. (Предварительный клинический диагноз, снижение гемоглобина, эритроцитов, цветового показателя, тромбоцитов, лейкоцитоз, ускорение СОЭ; снижение общего белка, увеличение уровня мочевины, креатинина, холестерина, снижение относительной плотности мочи, появление в моче белка и лейкоцитов).

Задача № 14

1. Артериальной гипертензии (головные боли, головокружение, шум в ушах, АД 155/105 мм рт.ст., ослабление I тона над точкой выслушивания митрального клапана); интоксикационный (повышение температуры с ознобами, общая слабость); мочевой (рези в конце мочеиспускания, учащенное мочеиспускание); болевой (боли в пояснице, положительный симптом поколачивания по пояснице); анемический (головные боли, головокружение, бледность кожных покровов и видимых слизистых, учащение сердечных сокращений); отечный (отеки под глазами, на

пояснице); тахикардальный (учащение сердечных сокращения до 100 уд/мин). Ведущие – интоксикационный и артериальной гипертензии.

2. Хронический двухсторонний пиелонефрит, смешанная форма, обострение, ХПН (стадия?). Симптоматическая анемия, степень тяжести?
3. Пульс одинаков на обеих руках, повышенного наполнения и напряжения, учащен, стенка артерии вне пульсовой волны не изменена.
4. Гипертрофия левого желудочка.
5. Снижение уровня гемоглобина и эритроцитов, нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, тромбоцитопения, ускорение СОЭ.
6. Косвенные признаки хронического пиелонефрита.
7. Исследование креатинина, мочевины, глюкозы, общий белок, протеинограмму электролиты крови, липидограмму, пробу Реберга, определение чувствительности микрофлоры мочи к антибиотикам, анализ мочи по Зимницкому, Нечипоренко; ЭхоКГ, глазное дно.
8. Хронический двухсторонний пиелонефрит, смешанная форма, обострение. ХПН (стадия).? Симптоматическая анемия легкой степени тяжести. Симптоматическая тромбоцитопения. (Предварительный клинический диагноз, снижение гемоглобина, эритроцитов, тромбоцитов, нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, ускорение СОЭ; появление в моче белка, лейкоцитов, бактерий; деформация чашечно-лоханочного комплекса; гипертрофия левого желудочка).