

ЗАДАЧА 1.

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. $2,1 \times 10^{12}$, Нв 92 г/л, лейкоц. $7,2 \times 10^9$ /л, СОЭ 24 мм/л. Анализ мочи: относительная плотность 1,006, белок 0,65 г/л, лейкоц. 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.

Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

ЗАДАЧА 2.

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 дибазол. 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 кнаружи 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: Нв 90 г/л, СОЭ 30 мм/ч, креатинин 90 мкм/л. Проба Реберга (по эндогенному креатинину) - КФ 49,9 мл/мин., КР 99%. 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.

Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

ЗАДАЧА 3.

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 сульфадиметоксин, полоскать горло раствором фурацилина. Самочувствие вскоре улучшилось, приступил к работе. Ухудшение наступило вчера днем: появились тяжесть в теменной и затылочной области головы, недомогание. Обратился в 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 нет.

Анализ крови: эр. $4,3 \times 10^{12}$ /л, Нв 140 г/л, л. $7,0 \times 10^9$ /л, СОЭ 22 мм/ч. Анализ мочи; относительная плотность 1028, белок 1,65 г/л, л. 5-6 в поле зрения, эр. выщелоченные 10-15 в поле зрения, цилиндры гиалиновые и зернистые 5-6 в поле зрения.

Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

ЗАДАЧА 5.

Больной 27 лет перенёс ОРВИ, осложнившуюся бактериальным фарингитом. Специфического лечения не получал. Через две недели появилось недомогание, головная боль, вялость. Стал отмечать небольшие отёки по утрам на лице, к вечеру – отёки стоп и голеней. Обратился к участковому врачу, выявлено повышенное АД, назначен анаприлин. Улучшений не было. Через несколько дней в анализе мочи была обнаружена протеинурия, эритроциты 30-40 в п/зр.

- Ваш предварительный диагноз.
- Ваша тактика
- Назначьте план обследования больного.
- Назначьте лечение.

ЗАДАЧА 6.

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.

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.

- Предварительный диагноз.
- О каком синдроме Вы должны подумать прежде всего?
- План обследования больного.

ЗАДАЧА 7.

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, метотрексат 7,5 мг/неделю.

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*10⁹/л, СОЭ 42 мм/час. Анализ мочи: относительная плотность 1010, белок 3,2г\л, лейкоц 4-5 в п/зр, эритроцитов нет. РФ 1:160. Креатинин сыворотки крови 100 мкмоль/л.

- Сформулируйте клинический диагноз.
- С чем связаны, по Вашему мнению, отёки у больной?
- Какие дополнительные методы исследования необходимо назначить?
- Нуждается ли больная в коррекции лечения?

ЗАДАЧА 8.

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 слабopоложительный. В анализе крови: эритроц. $4 \cdot 10^{12}/л$, лейкоц. $6 \cdot 10^9/л$, лейкоцитарная формула без изменений. Анализ мочи: относительная плотность 1004-1010, белок 0,033 г/л, лейкоц. до 100 в п/зр, выщелоченных эритроцитов 10-15 в п/зр, цилиндры гиалиновые 1-2 в п/зр. Уровень креатинина крови 82 мкмоль/л.

- О каком заболевании следует думать?
- Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
- Ваш примерный план лечения.

ЗАДАЧА 9.

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

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*10⁹/л, СОЭ 26 мм/час. Анализ мочи по Нечипоренко: эр 0,9*10³/мл, лейкоц 80*10³/мл.

- Предварительный диагноз.
- Назначьте план обследования больной.
- Какие лекарственные препараты необходимо назначить?

Задача 10.

Больная Т., 35 лет, поступила с жалобами на общую слабость, тошноту, периодические головные боли. При просмотре амбулаторной карты выявлены изменения в анализах мочи в виде протеинурии. При осмотре лицо пастозное, кожные покровы бледные, сухие. АД - 170/110 мм рт. ст., сердечные тоны ритмичные, акцент 2 тона над аортой. В легких без особенностей. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются. Общий анализ крови: эр. - $3,0 \times 10^{12}/л$, Нв - 100 г/л, ц.п. - 0,9, лейкоц. - $7,8 \times 10^9/л$, формула без отклонений, СОЭ - 35 мм/час. Общий анализ мочи: уд. вес - 1002, белок - 1,0 г/л, лейкоц. - 4-5 в п/зр., эр. - 5-8 в п/зр, цилиндры гиалиновые, зернистые. Проба Реберга: креатинин - 250 мкмоль/л, клубочковая фильтрация - 30 мл/мин., канальцевая реабсорбция - 97%.

Задание к задаче по терапии

1. Предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Лечение. Показания к гемодиализу.

Результаты дополнительного обследования к задаче по терапии:

1. УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, контуры ровные, мелковолнистые, размеры - 7,8-4,0 см, паренхима истончена, значительно уплотнена - 0,9 см, отсутствие дифференциации между корковым и мозговым слоем. Признаки нефросклероза. ЧЛК без особенностей, подвижность почек в пределах нормы.
2. Проба Реберга: см. задачу.

Задача 11.

Больной М., 17 лет, при поступлении жалоб не предъявлял. Неделю назад появились катаральные явления, поднялась субфебрильная температура. На 3-й день от начала заболевания заметил изменение цвета мочи - стала красноватая. Направлен в стационар. При поступлении состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски и влажности. АД - 120/80 мм рт. ст. В легких при аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, ясные. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное, отеков нет. При обследовании - общий анализ мочи: уд. вес - 1018, белок - 0,18 г/л, лейкоц. - 1-2-3 в п/зр., эритроц. - много в п/зр., цилиндры гиалиновые, зернистые; общий анализ крови: без особенностей.

Задание к задаче по терапии

1. Предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз.
4. Лечение.

Результаты дополнительного обследования к задаче по терапии:

1. УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, размеры 10-5 см, паренхима - 19 мм, несколько повышенной эхогенности, ЧЛК не изменен, подвижность почек в положении стоя не увеличена. Теней подозрительных на конкременты не выявлено.
3. Анализ мочи на БК люминесцентным методом: не обнаружено.
4. Проба Зимницкого: дневной диурез - 700 мл, ночной диурез - 500 мл, уд. вес - 1008-1026.
5. Проба Зимницкого: дневной диурез - 900 мл, ночной диурез - 1300 мл, уд. вес - 1001-1006.
6. Уровень креатинина - 88 мкмоль/л, мочевины - 4,0 ммоль/л.
7. Проба Реберга: клубочковая фильтрация - 100 мл/мин., канальцевая реабсорбция - 99%, креатинин крови - 80 мкмоль/л, мин. диурез - 1,1 мл/мин.
8. Проба Реберга: клубочковая фильтрация - 40 мл/мин., канальцевая реабсорбция - 97%, креатинин крови - 250 мкмоль/л, мин. диурез - 1,3 мл/мин.
9. Анализ крови на иммуноглобулины: уровень IgG - 14 г/л(N), IgM - 1,9 г/л (N), IgA - 5,3 г/л (повышены).
10. Нефробиопсия: в препарате фрагмент почечной паренхимы с числом клубочков до 10, во всех клубочках отмечается пролиферация клеток мезангия, расширение мезангиального матрикса. Заключение: данная морфологическая картина может быть расценена как мезангиопролиферативный гломерулонефрит.
11. При иммуногистологическом исследовании в мезангии обнаружены депозиты, содержащие преимущественно IgA. Заключение: IgA нефрит.

Задача 12.

У больного М., 30 лет, через 2 недели после перенесенной ангины, утром внезапно появились отеки. В анамнезе заболевания почек нет. При поступлении: общее состояние средней тяжести, бледность и одутловатость лица, массивные отеки ног, поясницы, асцит, жидкость в плевральной полости. В легких при аускультации в нижних отделах дыхание ослабленное. Сердечные тоны ритмичные, ясные. АД - 190/120 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный при пальпации в области проекции почек. Общий анализ мочи: уд. вес - 1010, белок - 0,6 г/л, эр. - 50-60 в п/зр., цилиндры: гиалиновые, зернистые. Общий анализ крови: Нв - 120 г/л, эритроциты - $4,6 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. - $8,3 \times 10^9$ /л, СОЭ - 20 мм/час.

Задание к задаче по терапии

1. Предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Лечение.

Результаты дополнительного обследования к задаче по терапии :

1. Креатинин: 350 мкмоль/л.
2. Анализ крови на электролиты: К - 5,3 ммоль/л, Na - 150 ммоль/л, Ca - 2,2 ммоль/л, Cl - 97 ммоль/л
3. АСЛ-О - 320 ед.
4. Общий белок: 65 г/л
5. УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, размеры 12,5x7 см, паренхима отечная 22 мм, ЧЛК не изменен.
6. Глазное дно: признаки почечной ретинопатии.
8. Рентгенография грудной клетки: усиление легочного рисунка за счет сосудистого компонента, корни расширены, слабо дифференцируются.
9. Нефробиопсия: в препарате фрагмент почечной паренхимы с числом клубочков до 8, во всех клубочках отмечается выраженная пролиферация эндотелия капилляров и клеток мезангия с расширением мезангиального матрикса. Мембраны тонкие. Во всех клубочках отмечается наличие лейкоцитов. Морфологическая картина может быть расценена как острый гломерулонефрит.

Задача 13.

У больного С., жителя сельской местности, внезапно поднялась температура до 40°C, резко уменьшилось количество мочи, появились боли в пояснице, тошнота, рвота. При поступлении состояние тяжелое, лицо гиперемировано, на коже живота единичные петехиальные высыпания, выраженная инъекция сосудов склер. АД - 110/70 мм рт. ст. В легких при аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, приглушены. Живот мягкий, болезненный при пальпации в области проекции почек. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Отеков нет. Диурез - 100 мл.

При обследовании: креатинин - 660 мкмоль/л, мочевины - 27,0 ммоль/л, калий - 6,5 ммоль/л. Общий анализ крови: эр. - $4,1 \times 10^{12}$ /л, Нв - 131 г/л, ц.п. - 0,9; лейкоц. - $15,2 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 1%, нейтрофилы: пал. - 12%, сегм. - 65%, лимфоциты - 8%, моноциты - 14%, СОЭ - 46 мм/час. Общий анализ мочи: уд. вес - 1002, белок - 0,38 г/л, лейкоц. - 1-2-3 в п/зр., эр. - 15-20 в п/зр.

УЗИ: резкое увеличение размеров почек.

Задание к задаче по терапии

1. Предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы необходимы для подтверждения диагноза.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Неотложная терапия. Показания к гемодиализу.

Результаты дополнительного обследования к задаче по терапии:

1. Кровь на ГЛПС: положительный результат в разведении 1/128, нарастание титров в парной сыворотке.
2. Кровь на лептоспироз: отрицательная.
3. Динамика электролитов: калий - 6,5-7,0-5,8-4,9-3,0-4,5 ммоль/л, натрий - 145-135-129-135 ммоль/л, кальций - 2,3-2,2 ммоль/л, хлор - 110-100-97 ммоль/л.
4. Динамика уровня креатинина: 660-720-500-375-210-100-88 мкмоль/л.
5. Динамика уровня мочевины: 27-34-36,5-28-19-13-7-5,5-5 ммоль/л.
6. Общий анализ крови, общий анализ мочи см. в задаче.
7. УЗИ почек: почки резко увеличены в размерах до 14 на 7,5 см, паренхима отечная, пониженной эхогенности, толщиной 25 мм ЧЛК сдавлен отечной паренхимой.
8. Рентгенография органов грудной клетки: очаговых и инфильтративных изменений нет, легочный рисунок усилен за счет сосудистого компонента.

Задача 14.

Больная В., 57 лет, страдает ревматоидным артритом в течение 20 лет. Проводилось лечение преднизолоном, препаратами золота, НПВС. Год назад впервые выявлена протеинурия - 1,3 г/л. В настоящее время появились отеки ног. Для уточнения характера поражения почек поступила в клинику. При поступлении состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Отеки голеней, стоп. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД - 100/70 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень на 3 см выступает из-под края реберной дуги, плотная. Лабораторные данные: Нв - 130 г/л, СОЭ - 64 мм/час, тромбоциты - 483×10^9 /л, общий белок - 42 г/л, альбумины - 19 г/л, креатинин - 120 мкмоль/л, суточная протеинурия - 8,2 г.

Задание к задаче по терапии

1. Предварительный диагноз.
2. План обследования. Какой наиболее достоверный способ диагностики заболевания почек.
3. Между какими заболеваниями в первую очередь следует проводить дифференциальный диагноз.
4. Лечение.

Результаты дополнительного обследования к задаче по терапии:

1. Нефробиопсия: в препарате фрагмент почечной паренхимы с числом клубочков до 12, во всех клубочках утолщение базальной мембраны с удвоением, скудная пролиферация клеток мезангия. Эпителий канальцев в состоянии белковой дистрофии, в строме очаговая лимфоидная инфильтрация. Заключение: мембранозная нефропатия.
2. Нефробиопсия: в препарате фрагмент почечной паренхимы, корковый и мозговой слой с числом клубочков до 6, 2 из которых склерозированы, остальные клубочки обычных размеров, с отложением в капиллярных петлях гомогенных аморфных масс (+ окраска конго-рот). Заключение: амилоидоз почек.