

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

УТВЕРЖДАЮ

Руководитель ООП ВО
по программе ординатуры
31.08.43 Нефрология
д.м.н., профессор Батюшин М.М.

«12» июня 2024 г.

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ
высшего образования
подготовки кадров высшей квалификации
по программе ординатуры**

31.04.43 НЕФРОЛОГИЯ

(квалификация врач-нефролог)

**Ростов-на-Дону
2024 г.**

Рабочая программа государственной итоговой аттестации высшего образования подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры 31.04.43 Нефрология разработана преподавателями кафедры внутренних болезней №2 в соответствии с требованиями федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (ФГОС ВО) по 31.08.43 Нефрология, утвержденного приказом Минобрнауки России № 102 от 02.02.2022, и профессионального стандарта «Врач – нефролог», утвержденного приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 20 ноября 2018 года N 712н.

Рабочая программа государственной итоговой аттестации по специальности 31.08.43 Нефрология обсуждена и одобрена на заседании кафедры внутренних болезней № 2

Протокол от 31.05.2024 г. № 7

Зав. кафедрой _____



Кастанаян А.А.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВЫПУСКНИКОВ, ОСВОИВШИХ ПРОГРАММУ ОРДИНАТУРЫ

1 Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путем обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

2 Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

- ✓ Физические лица (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее – подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее – взрослые);
- ✓ Население;
- ✓ Совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

3 Виды профессиональной деятельности, к которым готовятся выпускники, освоившие программу ординатуры:

- ✓ медицинский;
- ✓ научно-исследовательский;
- ✓ организационно-управленческий;
- ✓ педагогический.

4 Выпускник, освоивший программу ординатуры, готов решать следующие профессиональные задачи:

педагогический:

- ✓ преподавание по программам профессионального обучения, среднего профессионального и высшего образования, дополнительного профессионального образования;
- ✓ разработка программ профессионального обучения, среднего профессионального и высшего образования, дополнительного профессионального образования;

научно-исследовательский:

- ✓ анализ медицинской документации, научной литературы, выявление и формулирование актуальных проблем в сфере нефрологии на основе полученных научных знаний;

медицинский:

✓ диагностика, лечение и профилактика болезней, а также реабилитация пациентов;

организационно- управленческий:

✓ анализ и применение нормативной документации (законы Российской Федерации, международные и национальные стандарты, приказы, рекомендации, действующие международные классификации) для оценки качества, безопасности и эффективности медицинской деятельности;

✓ использование знаний организационной структуры, управленческой и экономической деятельности медицинских организаций различных типов;

✓ анализ показателей работы структурных подразделений медицинских организаций различных типов;

✓ оценка эффективности современных медико-организационных и социально- экономических технологий при оказании медицинских услуг.

ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ***Универсальные компетенции (УК-):*****Системное и критическое мышление:**

✓ Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте (УК-1);

Разработка и реализация проектов:

✓ Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им (УК-2);

Командная работа и лидерство:

✓ Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению (УК-3);

Коммуникация:

✓ Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности (УК-4);

Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение):

✓ Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории (УК-5).

Общепрофессиональные компетенции (ОПК-):

Деятельность в сфере информационных технологий:

✓ Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности (ОПК-1);

Организационно-управленческая деятельность

✓ Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико- статистических показателей (ОПК-2);

Педагогическая деятельность

✓ Способен осуществлять педагогическую деятельность (ОПК-3);

Медицинская деятельность

✓ Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов (ОПК-4);

✓ Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность (ОПК-5);

✓ Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов (ОПК-6);

✓ Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу (ОПК-7);

✓ Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения (ОПК-8);

✓ Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала (ОПК-9);

✓ Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (ОПК-10);

Профессиональные компетенции (ПК-):

Медицинская деятельность:

✓ Способен назначать, контролировать проведение, определять вид и параметры заместительной почечной терапии (гемодиализ, перитонеальный диализ) у пациентов с заболеваниями и(или) нарушениями функции почек, в том числе реципиентов трансплантированной почки, контроль ее эффективности и безопасности (ПК-1);

✓ Способен применять клинические рекомендации, стандарты и клинические протоколы в диагностике и лечении пациентов с заболеваниями и(или) нарушениями функции почек, в том числе реципиентов трансплантированной почки (ПК-2).

ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Цель: установление уровня профессиональной подготовки выпускников требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры 31.08.43 Нефрология.

Задачи: Проверка уровня сформированности компетенций, определённых ФГОС ВО, принятие решения о присвоении квалификации по результатам ГИА и выдаче документа об образовании.

ПРОЦЕДУРА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

1. Государственная итоговая аттестация по основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры 31.08.43 Нефрология осуществляется посредством проведения государственного экзамена и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-нефролога в соответствии с содержанием основной образовательной программы и требованиями ФГОС ВО.

Государственные аттестационные испытания ординаторов по специальности 31.08.43 Нефрология проходят в форме государственного экзамена (оценка умения решать конкретные профессиональные задачи).

2. Обучающийся допускается к государственной итоговой аттестации после изучения дисциплин в объеме, предусмотренном учебным планом программы ординатуры 31.08.43 Нефрология.

3. Обучающимся, успешно прошедшим государственную итоговую аттестацию, выдается диплом об окончании ординатуры, подтверждающий получение высшего образования подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры 31.08.43 Нефрология.

4. Обучающимся, не прошедшим государственную итоговую аттестацию или получившим на государственной итоговой аттестации неудовлетворительные результаты, а также обучающимся, освоившим часть программы ординатуры и

(или) отчисленным из университета, выдается справка об обучении или о периоде обучения по образцу, самостоятельной установленному университетом.

ФОРМА ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена, состоящего из устного собеседования по дисциплинам (модулям) образовательной программы, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

В случаях, предусмотренных нормативными и распорядительными актами, государственный экзамен может проводиться письменно (в том числе с применением дистанционного формата¹).

Государственная итоговая аттестация включает оценку сформированности у обучающихся компетенций, предусмотренных ФГОС ВО по специальности 31.08.43 Нефрология путём оценки знаний, умений и владений в соответствии с содержанием образовательной программы высшего образования - программы ординатуры по специальности, и характеризующих их готовность к выполнению профессиональных задач соответствующих квалификации.

Основой для проведения государственного экзамена являются экзаменационные билеты, включающие в себя два задания.

Одно задание состоит из вопроса, выявляющие теоретическую подготовку выпускника и ситуационные задачи, выявляющей практическую подготовку выпускника по одной и той же теме дисциплины (модулям) образовательной программы.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

1. История развития нефрологии. Вклад академика Тареева Е.М., проф. Ратнер М.Я., проф. Ярошевского А.Я., Рябова С.И. и др.
2. Нефрология как наука. Предмет. Задачи. Содержание.
3. Структура нефрологической службы. Показатели, отражающие состояние нефрологической службы.
4. Организация нефрологического центра, нефрологического отделения, нефрологического приема, диализного центра, центра трансплантации почки.
5. Анатомия почки.
6. Гистология почки.

¹ Дистанционный формат – процесс проведения государственных аттестационных испытаний, организуемый с помощью дистанционных технологий и электронных средств передачи информации, реализуемый через электронные системы (Zoom, Skype, MS Teams, вебинар, другое).

- 7.Противоточно-множительный механизм, клубочковая фильтрация.
- 8.Объективные методы обследования органов мочевого выделения.
- 9.Функции почки.
- 10.Фильтрационная и водовыделительная функция, методы оценки.
- 11.Элиминационная функция и методы ее оценки.
- 12.Регуляция гемопоза, артериального давления, фосфорно-кальциевого обмена, методы оценки.
- 13.Методы визуализации: компьютерная и магнитно-резонансная томография, их роль в диагностике заболеваний почек.
- 14.УЗИ, сцинтиграфия, рентгенография, их роль в нефрологии.
- 15.Пункционная нефробиопсия. Показания и противопоказания к проведению, техника. Морфологический анализ нефробиоптата.
- 16.Функциональные пробы в нефрологии. Ангиография почечных артерий.
- 1.Нефритический синдром. Синдром артериальной гипертензии. Определение, критерии.
- 17.Нефротический синдром. Отечный синдром. Определение, критерии.
- 18.Мочевой синдром. Определение, критерии.
- 19.Синдром почечной недостаточности. Определение, критерии.
- 20.Хроническая болезнь почек. Популяционная стратегия.
- Распространенность. Риск для жизни.
- 21.Хроническая болезнь почек. Современная классификация.
- 22.Хроническая болезнь почек. Принципы динамического наблюдения и лечения больных с ХБП 3А и 3Б стадиями.
- 23.Хроническая болезнь почек. Принципы динамического наблюдения и лечения больных с ХБП 4 и 5 стадиями.
- 24.Острый гломерулонефрит. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение, Реабилитация.
- 25.Хронический гломерулонефрит. Клинико-морфологическая Классификация.
- 26.Хронический гломерулонефрит (болезнь минимальных изменений). Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение, Реабилитация.
- 27.Хронический гломерулонефрит (фокально-сегментарный гломерулосклероз). Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение, Реабилитация.
- 28.Хронический гломерулонефрит (IgA-нефропатия). Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение, Реабилитация.
- 29.Хронический гломерулонефрит (мембранозный гломерулонефрит). Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение, Реабилитация.
- 30.Хронический гломерулонефрит (мембрано-пролиферативный гломерулонефрит). Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение, Реабилитация.
- 31.Быстропрогрессирующий гломерулонефрит. Классификация. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение, Реабилитация.
- 32.Тубулоинтерстициальные поражение почек. Понятие, патогенез, классификация.
- 33.Острый тубулоинтерстициальный нефрит. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение, Реабилитация.

34. Хронический тубулоинтерстициальный нефрит. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение, Реабилитация.
35. Пиелонефрит. Рефлюкс-нефропатия. Обструктивные уронефропатии. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение, Реабилитация. Тубулоинтерстициальные поражения почек
36. Диабетическая нефропатия. Понятие. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Реабилитация.
37. Поражение почки при подагре. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Реабилитация.
38. Амилоидоз с поражением почек. Понятие. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Реабилитация.
39. Болезнь Фабри и другие гликогенозы. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Реабилитация.
40. Механизмы развития почечно-ассоциированных артериальных гипертензий.
41. Подходы к дифференциальной диагностике почечно-ассоциированных и первичных артериальных гипертензий.
42. Лечение артериальной гипертензии на фоне ХБП 1-4 ст.
43. Лечение артериальной гипертензии на фоне ХБП 5 ст.
44. Ишемическая болезнь почек. Реноваскулярная гипертензия. Этиология. Патогенез.
45. Ишемическая болезнь почек. Реноваскулярная гипертензия. Диагностика.
46. Ишемическая болезнь почек. Реноваскулярная гипертензия. Лечение. Реабилитация.
47. Поражение почечных артерий при васкулитах, тромботических микроангиопатиях. Патогенез. Диагностика. Принципы терапии.
48. Синдром Альпорта. Болезнь тонких мембран. Этиопатогенез. Диагностика. Клиника. Лечение. Медико-генетическое консультирование.
49. Врожденный нефротический синдром. Этиопатогенез. Диагностика. Клиника. Лечение. Медико-генетическое консультирование.
50. Врожденные тубулопатии. Синдром Фанкони и др. Этиопатогенез. Диагностика. Клиника. Лечение. Медико-генетическое консультирование.
51. Основы медико-генетического консультирования в нефрологической практике.
52. Поражение почки при миеломной болезни. Патогенез. Диагностика. Клиника. Лечение.
53. Поражение почки болезни Вальденстрема. Патогенез. Диагностика. Клиника. Лечение.
54. Поражение почки при лимфопролиферативных заболеваниях. Патогенез. Диагностика. Клиника. Лечение.
55. Поражение почки при пересадке стволовых клеток. Патогенез. Диагностика. Клиника. Лечение.
56. AL-амилоидоз. Патогенез. Диагностика. Клиника. Лечение.
57. Острое почечное повреждение (ОПП). Эпидемиология. Классификация. Этиология.

58. Острое почечное повреждение (ОПП). Этапы дифференциальной диагностики.
59. Острое почечное повреждение (ОПП). Подходы к консервативной терапии.
60. Острое почечное повреждение (ОПП). Показания к заместительной почечной терапии. Виды, методы ЗПТ.
61. Острое почечное повреждение (ОПП). Формирование сосудистого доступа. Антикоагулянтное сопровождение процедуры диализа.
62. Хроническая почечная недостаточность (ХПН). Этиология. Эпидемиология. Течение ХПН.
63. Хроническая почечная недостаточность (ХПН). Диагностика. Клиническая картина.
64. Нарушения фосфорно-кальциевого обмена, минерально-костные нарушения при ХПН. Патогенез. Диагностика. Клиника. Лечение.
65. Анемия при ХПН. Этиопатогенез. Диагностика. Клиника. Лечение.
66. Белково-энергетическая недостаточность при ХПН. Принципы рационального питания.
67. Показания к заместительной почечной терапии при ХПН. Гемодиализ. Гемодиализация. Методы. Процедура.
68. Показания к заместительной почечной терапии при ХПН. Перитонеальный диализ. Методы. Процедура.
69. Показания к заместительной почечной терапии при ХПН. Трансплантация почки. Виды. Показания. Процедура.
70. Лекарственное сопровождение трансплантации почки. Принципы и подходы к иммунодепрессивной терапии.
71. Понятие криза отторжения трансплантата. Виды. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
72. Дозирование лекарственных препаратов при ХБП разной стадии.
73. Вопросы отбора пациентов на трансплантацию почки. Организация нефрологического сопровождения.
74. Морфологические изменения в почке при ХПН.
75. Формирование сосудистого доступа. Виды, показания, процедуры.
76. Осложнения со стороны фистулы. Профилактика. Диагностика. Лечение.
77. Организация работы диализного отделения. Показатели, критерии эффективности.

ПЕРЕЧЕНЬ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

Задача 1. Больная, 35 лет, поступила в клинику с жалобами на боли в поясничной области слева, повышение температуры тела до 39°C, озноб. Из анамнеза: Заболела впервые.

Объективно: Правильного телосложения. Пульс 100 уд./мин, ритмичный. В легких везикулярное дыхание, живот мягкий. Симптом Пастернацкого положителен слева. Почки не пальпируются. Пальпация левой почки (ее области) резко болезненная. Дизурии нет. Макрогематурия, лейкоцитурия.

На обзорном снимке мочевой системы слева, на уровне поперечного отростка III поясничного позвонка тень, подозрительная на конкремент размерами 4 x 4 мм. На экскреторных урограммах патологических изменений в чашечно-лоханочной системе правой почки нет. Пассаж контрастного вещества по мочеточнику не нарушен. Слева умеренная пиелозктазия. Расширение мочеточника выше тени конкремента. При полипозиционной урографии тень конкремента совпадает с тенью мочеточника, выполненного контрастным веществом. По данным УЗИ, левая почка увеличена в размерах, полостная система расширена, паренхима диффузно утолщена (до 25 мм), однородной плотности.

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Составьте план дополнительного исследования для уточнения диагноза
3. Назначьте лечение

Задача 2. Больная 40 лет. С 20 летнего возраста неоднократно лечилась по поводу хронического гломерулонефрита.

В анамнезе повышение АД до 180/110 мм.рт.ст. Цифры АД последние 2 года постоянно повышены. Диурез не был нарушен. Месяц тому назад перенесла ОРВИ, состояние ухудшилось, уменьшился диурез, появились отеки на лице и туловище.

Объективно: больная бледная, на пояснице, передней брюшной стенке, ногах. Границы сердца увеличены влево, верхушечный толчок пальпируется в V межреберье по левой среднеключичной линии. I тон на верхушке приглушен, акцент II тона над аортой. Пульс 92 в мин, ритмичный, напряженный. АД 190\120 мм. рт. ст. Печень пальпируется у края реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Анализ мочи: уд. вес 1006, реакция — щелочная, белок — 3000 мг/л, эритроциты выщелоченные 10-12 в поле зрения, цилиндры зернистые (+) Анализ крови: гемоглобин — 90 г/л, эритроциты $2,6 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты — $5,6 \cdot 10^9/л$, СОЭ — 36 мм в час. Биохимическое исследование крови: общий белок — 56 г/л, альбумины — 32 %, глобулины — 58% (*1 - 15,2% * - 7,1% * - 35%), холестерин крови — 14,8 ммоль/л.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите основные синдромы заболевания.
3. Какие дополнительные методы исследования следует провести для уточнения диагноза?
4. Чем объясняется изменение границ сердца и аускультативной симптоматики?

Задача 3. Больной 69 лет поступил с жалобами на тупые боли в правой подвздошной области, субфебрильную температуру. Заболел 4 дня назад, когда отметил появление болей в эпигастрии, которые переместились в правую подвздошную область, субфебрильную температуру, тошноту. К 3-му дню боли уменьшились, в правой подвздошной области пальпируется умеренно болезненное, неподвижное, плотно — эластической консистенции образование. Симптом Щеткина — Блюмберга отрицательный. Температура 37,0 градусов С. Лейкоциты крови — 9,7 на $10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы — 10%.

1. Установите предварительный диагноз.

2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Составьте план обследования.
4. Назначьте лечение.

Задача 4. Пациентка С, 26 лет, имеет беременность 17-18 нед. При объективном обследовании выявлены отеки голеней. АД - 160 и 90 мм рт.ст. В ОАМ: относительная плотность - 1012, белок - 1,066 г/л, лейкоциты - 5-6 в п/з, эритроциты - 7-8 в п/з; в лейкограмме - 40 % лимфоцитов. В пробе Зимницкого: колебания удельного веса - 0,007. На ЭКГ - признаки гипертрофии левого желудочка. Концентрация креатинина в крови - 100 мкмоль/л.

1. Установите предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Составьте план обследования.
4. Назначьте лечение.

Задача 5. Больной Е., 36 лет, поступил в клинику с жалобами на интенсивные разлитые боли в животе, повышение температуры тела до 39°C с ознобом, отеки нижних конечностей до уровня колен, общую слабость.

Объективно: состояние средней тяжести, масса тела 92 кг. Кожные покровы несколько бледные, пастозность лица, рыхлые отеки н/конечностей до уровня колен. Границы относительной тупости сердца не изменены. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС=98 в мин. АД – 110/70 мм рт. ст. Органы дыхания без особенностей. Живот при пальпации мягкий, болезненный во всех отделах, симптомов раздражения брюшины нет. Пациент армянской национальности.

ОАК: эритроциты – $4,4 \times 10^{12}/л$, Нв – 146 г/л, лейкоциты – $8,3 \times 10^9 /л$, СОЭ – 40 мм/час. ОАМ: с/ж, 1024, белок 10,2 г/л, эр. – 3-4 п/зр, л – 5-6 п/зр. В сыворотке крови: общий белок 42,1 г/л, альбумины 20 г/л, холестерин 10,2 ммоль/л, мочевины 8,4 ммоль/л, креатинин 100 мкмоль/л. УЗИ почек: положение обычное, обычных размеров, паренхима 20 мм с обеих сторон (норма 15-18 мм), ЧЛС без особенностей.

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
2. Назначьте план обследования для подтверждения диагноза.
3. Составьте план лечения с указанием лекарственных препаратов.

Задача 6. Больной К., 40 лет, инвалид II группы, поступил в клинику с жалобами на резкую слабость, сонливость, головную боль, боли в области сердца, одышку смешанного характера при незначительной физической нагрузке, онемение губ и языка, кожный зуд, отсутствие аппетита. Известно, что в течение 20 лет страдает заболеванием почек.

Состояние тяжелое. Больной заторможен, на вопросы отвечает вяло. Отеки нижних конечностей до колен. Вес пациента 72 кг. Сердце увеличено влево на 2 см, тоны сердца глухие. Выслушивается шум трения перикарда. Пульс 62 в мин.,

ритмичный. АД 200/120 мм рт. ст. В легких дыхание жесткое, в нижних отделах влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧД 26 в мин. Печень пальпируется на 3 см ниже края реберной дуги, болезненная. Притупление в отлогих частях живота. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Диурез 300 мл. Стул жидкий. ОАК: эр. – $2,4 \times 10^{12}/л$, Нб – 60 г/л, л – $12,3 \times 10^9/л$, СОЭ – 30 мм/час. ОАМ: бледно-желтая, 1004, белок 0,66 г/л, эр. – 2-3 п/зр, л – 3-4 п/зр. Проба Нечипоренко: эр – 1000, л – 2000. В сыворотке крови: мочевины 40 ммоль/л, креатинин 1600 мкмоль/л, К – 7,4 ммоль/л, Na – 130 ммоль/л. На ЭКГ: PQ=0,22 сек, высокий симметричный зубец Т во всех отведениях. УЗИ почек: положение обычное, уменьшены в размерах, паренхима 6 мм с обеих сторон (норма 15-18 мм), ЧЛС без особенностей.

1. Сформулируйте диагноз и дайте его обоснование
2. Назначьте план обследования для подтверждения диагноза.
3. Составьте план лечения с указанием лекарственных препаратов.

Задача 7. Больной, 19 лет, студент, переведен в клинику из районной больницы с жалобами на одышку при небольшой физической нагрузке, отеки лица и конечностей, резкое снижение зрения. Болен в течение 4 недель, когда после купания в холодной воде появились отеки лица и слабость. На 3-й день болезни был госпитализирован в районную больницу, где ему был назначен режим с ограничением жидкости и соли, проводилась терапия гепарином натрия (подкожно). Несмотря на проводимую терапию, состояние больного продолжало постепенно ухудшаться, суточный диурез оставался в пределах 500-700 мл.

При обследовании в клинике: выраженные отеки лица и конечностей, суточный диурез 600 мл/сут, АД 200 и 110 мм рт.ст., ЧСС - 95 уд в мин. Общий анализ крови: гемоглобин - 110 г/л, СОЭ - 50 мм/ч. Креатинин - 246 мкмоль/л, холестерин - 9,7 ммоль/л. Общий анализ мочи: относительная плотность - 1,016, белок - 9,5 г/л, эритроциты - 90- 100 в поле зрения, лейкоциты - 3-4 в поле зрения, цилиндры зернистые - 5-6 в поле зрения, двоякопреломляющие кристаллы липидов, бактерии - нет.

1. Сформулируйте диагноз и дайте его обоснование.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Какое осложнение развилось у данного больного?
4. Назначьте лечение с указанием препаратов.

Задача 8. Больной К., 32 года. Жалобы на одышку, отеки ног и лица. Вышеуказанные симптомы появились 3 дня назад на фоне боли в горле. К врачу обратился впервые, дома не лечился. Ранее был здоров.

Бледен, отеки лица, ног до колен. ЧД 24 в мин., АД 140/90 мм рт. ст. В нижних отделах укорочение перкуторного звука и ослабление дыхания справа и слева. ОАК в норме. Общий белок 50 г/л. ОАМ: белок 2,0 г/л, уд вес 1030, эритроциты 2-4 в п/зр. Рентгенография грудной клетки: инфильтративных изменений нет, усиление легочного рисунка, двусторонний плевральный выпот (справа жидкость до 7 ребра, слева - до 8). Диагностическая плевральная пункция:

получено 10 мл соломенно-желтой прозрачной жидкости, белок 18 г/л, единичные эритроциты, лейкоциты.

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
2. Назначьте план обследования и обоснуйте его.
3. Составьте план лечения с указанием лекарственных препаратов.

Задача 9. У пациентки К., 20 лет, через 3 недели после родов постепенно нарастала слабость и выявлены в ОАК анемия (Hb 60 г/л, ЦП 0,9), СОЭ 35, тромбоциты 23 000, креатинин 800 мкмоль/л. При выписке из больницы после родов все анализы были в пределах нормы. Прием лекарственных препаратов отрицает.

Объективно: бледность кожи и слизистых, петехии и множественные экхимозы на коже нижних конечностей. ЧСС 100 в мин., остальные физикальные признаки в норме. В мазке периферической крови множественные шизоциты. LE-клетки и АНАТ отрицательны. ОАМ: белок 1 г/л, эритроцитарные цилиндры. Суточный диурез 600 мл.

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Назначьте план обследования для подтверждения диагноза.
4. Составьте план лечения с указанием лекарственных препаратов.

Задача 10. 63-летний мужчина госпитализирован для проведения плановой коронароангиографии, чтобы оценить характер болей в грудной клетке при нагрузках. Больной в течение 12 лет страдал идиопатической гипертензией; его артериальное давление регулировали тиазидами и β -блокаторами. Он также страдал инсулинзависимым сахарным диабетом в течение 14 лет, но без признаков диабетической нейропатии, ретинопатии, нефропатии или энтеропатии. Недавно в суточной пробе мочи обнаружено 1,7 г белка. При поступлении лабораторное исследование выявило: содержание электролитов крови нормальное, содержание азота мочевины в крови 4,3 ммоль/л, концентрация креатинина в сыворотке крови 145 мкмоль/л. Анализ мочи без отклонений от нормы. Предыдущее обследование указывало на то, что умеренное снижение почечной функции, скорее всего, обусловлено нефросклерозом. На следующий день после госпитализации была проведена коронарография, осложнившаяся из-за трудности введения катетера в одну из коронарных артерий и потребовавшая повторных инъекций контрастного материала. По окончании этой процедуры медсестры заметили, что у больного в течение следующих 18 ч отсутствовал диурез. При катетеризации мочевого пузыря получено 100 мл мочи, в которой определены концентрация натрия - 5 ммоль/л; в осадке мочи после ее центрифугирования найдены множественные зернистые цилиндры и клетки эпителия почечных канальцев. Рентгенография брюшной полости показала постоянную нефрограмму. Олигурия продолжалась в течение последующих 3 дней, и концентрация азота мочевины и креатинина в сыворотке крови увеличилась соответственно до 7,5 ммоль/л и 382 мкмоль/л. За

последующие 10 дней мочеотделение постепенно нарастало, и параметры почечных функций вернулись к нормальному уровню.

1. Какое осложнение развилось у этого больного? Что послужило причиной развития данного осложнения?

2. Какие факторы риска развития осложнения имелись у этого больного?

3. Какие лечебные мероприятия необходимо было выполнить для уменьшения риска развития осложнений у больного?

Задача 11. Больной Г. 47 лет поступил в отделение нефрологии с лёгкими отёками нижних конечностей, с жалобами на лихорадку до 38°C с подъёмами в вечернее время, отсутствие аппетита. Заболел 6 мес назад, когда без видимых причин стал пропадать аппетит, в вечерние часы повышалась температура до 37-37,2°C, стал худеть. При обследовании участковым терапевтом высказалось предположение о хроническом пиелонефрите вследствие наличия в 3 ОАМ эритроцитурии до 10 в п.зр. Больной принимал антибиотики: цефазолин, цефобид, нолицин, гентамицин, каждый по 3 нед без особого эффекта.

При объективном обследовании: АД 160/90 мм рт ст, пульс 90 уд/мин. Тоны сердца ритмичные, чистые, приглушены. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. При пальпации живота без признаков патологии. Диурез 900 мл/сут. Частые запоры.

При лабораторном обследовании: в ОАМ – белок 0,99 г/л, уд вес 1015, эритроциты – 20-25 в п.зр., лейкоциты – 2-3 в п.зр., пл эпителий – 1-2 в п.зр. В ОАК – Нв – 110 г/л, эритроциты – $3,8 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты – $6 \cdot 10^9/л$, СОЭ – 26 мм/час. Биохимия крови – о. билирубин – 15,5 мкмоль/л, неконъюгированный – 15 мкмоль/л, конъюгированный – 0,5 мкмоль/л, глюкоза – 3,5 ммоль/л, холестерин – 6,1 ммоль/л, АлАТ – 0,4 ед, креатинин – 100 мкмоль/л. При УЗИ органов брюшной полости и почек патологии не выявлено.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Назначьте дополнительные методы исследования.

3. Определите тактику лечения.

Задача 12. Больной С. 23 лет поступил в отделение кардиологии с отёками нижних конечностей, одышкой, жалобами на периодические боли в области сердца, перебои в его работе. Заболел 2 мес назад, когда после перенесённой ангины появились отёки, головные боли и боли в области сердца давящего характера, лихорадка до 39. За медицинской помощью не обращался. Принимал ампициллин без особого эффекта. Неделю назад появились боли в суставах, лихорадка исчезла, усилились отёки.

При объективном обследовании: АД 120/50 мм рт ст, пульс 90 уд/мин, аритмичный. Тоны сердца ритмичные, систолический шум над аортой. Притупление перкуторного звука ниже 4 ребра слева, там же ослабление везикулярного дыхания, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. При перкуссии живота – признаки асцита. Диурез 850 мл/сут.

При лабораторном обследовании: в ОАМ – белок 0,66 г/л, уд вес 1000, эритроциты – 1-3 в п.зр., лейкоциты – 2-3 в п.зр., пл эпителий – 1-2 в п.зр. В ОАК – Нв – 100 г/л, эритроциты – $3,9 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты – $26 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 56 мм/час, эозинофилы – 1, палочкоядерные – 8, сегментоядерные – 80, лимфоциты – 10, моноциты – 1. Биохимия крови – о. билирубин – 15,5 мкмоль/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, холестерин – 8,9 ммоль/л, АлАТ – 0,4 ед, креатинин – 234 мкмоль/л.

1. Поставьте предварительный диагноз

Задача 13. Больной В. 25 лет поступил в отделение кардиологии с выраженными отёками нижних конечностей, одышкой, жалобами на тяжесть в области сердца. Заболел 2 мес назад, когда без видимых причин появились отёки, головные боли и боли в области сердца давящего характера.

При объективном обследовании: АД 190/100 мм рт ст, пульс 90 уд/мин. Тоны сердца ритмичные, чистые, акцент 2 тона над аортой. Притупление перкуторного звука ниже 4 ребра слева, там же ослабление везикулярного дыхания, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. При перкуссии живота – признаки асцита. Диурез 350 мл/сут.

При лабораторном обследовании: в ОАМ – белок 6,6 г/л, уд вес 1000, эритроциты – 1-3 в п.зр., лейкоциты – 2-3 в п.зр., пл эпителий – 1-2 в п.зр. В ОАК – Нв – 110 г/л, эритроциты – $4,5 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты – $6 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 56 мм/час. Биохимия крови – о. билирубин – 15,5 мкмоль/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, холестерин – 8,9 ммоль/л, АлАТ – 0,4 ед, креатинин – 234 мкмоль/л.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы исследования.
3. Определите тактику лечения.

Задача 14. Больной Г. 87 лет поступил в отд. нефрологии с выраженными отёками нижних конечностей, с жалобами на лихорадку до 38°C с подъёмами в вечернее время, снижение веса тела на 24 кг в течение последних 2 мес, отсутствие аппетита. Заболел 6 мес назад, когда без видимых причин стал пропадать аппетит, в вечерние часы повышалась температура до $37-37,2^{\circ}\text{C}$, стал худеть. При обследовании - предположение о хр. пиелонефрите вследствие наличия в 3 ОАМ лейкоцитурии до 10 в п.зр. Больной принимал антибиотики: цефазолин, гентамицин, каждый по 3 нед без особого эффекта.

При объективном обследовании: АД 110/80 мм рт ст, пульс 90 уд/мин. Тоны сердца ритмичные, чистые, приглушены. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. При пальпации живота без признаков патологии. Диурез 900 мл/сут. Частые запоры.

При лаб. обследовании: в ОАМ – белок 9,9 г/л, уд вес 1015, эритроциты – 7-10 в п.зр., лейкоциты – 2-3 в п.зр., пл эпителий – 1-2 в п.зр. В ОАК – Нв – 90 г/л, эритроциты – $3,1 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты – $3 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 76 мм/час. Биохимия крови – о. билирубин – 65,5 мкмоль/л, неконъюг. – 17,1 мкмоль/л, конъюг. – 48,4 мкмоль/л, глю. – 3,5 ммоль/л, холестерин – 8,1 ммоль/л, АлАТ – 0,4 ед, креатинин – 100 мкмоль/л. При УЗИ органов брюшной полости - кистозное образование правой почки 4 на 5 см. При рентгенографии костей таза выявлены очаговые тени в подвздошных костях до 3 см в диаметре.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы исследования.
3. Определите тактику лечения.

Задача 15. Больной В. 25 лет поступил в отделение нефрологии с выраженными отёками нижних конечностей, одышкой. Заболел 2 мес назад, когда без видимых причин появились отёки, головные боли и зарегистрировано повышение АД до 180/100 мм рт ст.

При объективном обследовании: АД 190/100 мм рт ст, пульс 90 уд/мин. Тоны сердца ритмичные, чистые, акцент 2 тона над аортой. Притупление перкуторного звука ниже 4 ребра слева, там же ослабление везикулярного дыхания, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. При перкуссии живота – признаки асцита. Диурез 550 мл/сут.

При лабораторном обследовании: в ОАМ – белок 6,6 г/л, уд вес 1000, эритроциты – 1-3 в п.зр., лейкоциты – 2-3 в п.зр., пл эпителий – 1-2 в п.зр. В ОАК – Нв – 110 г/л, эритроциты – $4,5 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты – $6 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 56 мм/час. Биохимия крови – о. билирубин – 15,5 мкмоль/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, холестерин – 8,9 ммоль/л, АлАТ – 0,4 ед, креатинин – 234 мкмоль/л.

При проведении нефробиопсии наблюдается сегментарное фиброзирование 3 из 12 клубочков, признаки тубуло-интерстициального фиброза, скудная лимфогистиоцитарная инфильтрация интерстиция, отсутствие выпадения иммуноглобулинов при иммуногистохимическом исследовании.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы исследования.
3. Определите тактику лечения.

Задача 16. Больной Т. 67 лет поступил в отд. терапии с выраженными отёками нижних конечностей, с жалобами на лихорадку до 37,9°C с подъёмами в вечернее время, снижение веса тела на 24 кг в течение последних 2 мес, отсутствие аппетита. Заболел 6 мес назад, когда без видимых причин стал пропадать аппетит, в вечерние часы повышалась температура до 37-37,2°C. В 3 ОАМ лейкоцитурии до 10 в п.зр. Больной принимал антибиотики: цефазолин, цефобид, нолицин, гентамицин, каждый по 3 нед без особого эффекта.

При объективном обследовании: АД 110/80 мм рт ст, пульс 90 уд/мин. Тоны сердца ритмичные, чистые, приглушены. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. При пальпации живота без признаков патологии. Диурез 900 мл/сут. Частые запоры.

При лабораторном обследовании: в ОАМ – белок 9,9 г/л, уд вес 1015, эритроциты – 7-10 в п.зр., лейкоциты – 2-3 в п.зр., пл эпителий – 1-2 в п.зр. В ОАК – Нв – 90 г/л, эритроциты – $3,1 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты – $3 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 76 мм/час. Биохимия крови – о. билирубин – 65,5 мкмоль/л, неконъюгированный – 17,1 мкмоль/л, конъюгированный – 48,4 мкмоль/л, глюкоза – 3,5 ммоль/л, холестерин – 8,1 ммоль/л, АлАТ – 0,4 ед, креатинин – 100 мкмоль/л. При УЗИ органов брюшной полости выявлено кистозное образование правой почки 4 на 5 см. При рентгенографии костей таза выявлены очаговые тени в подвздошных костях до 3 см в диаметре.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы исследования.
3. Определите тактику лечения.

Задача 17. Больной Л. 21 лет поступил в отделение терапии с выраженными отёками нижних конечностей, туловища, одышкой. Заболел 2 года назад, когда без видимых причин появились отёки, головные боли. Поскольку отёки были невыраженными, то за медицинской помощью не обращался. Принимал корвалол и анальгин без особого эффекта. За последние 5-7 дней состояние ухудшилось, отёки увеличились. 1 день назад диурез резко уменьшился.

При объективном обследовании: АД 190/100 мм рт ст, пульс 90 уд/мин. Тоны сердца ритмичные, чистые, акцент 2 тона над аортой. Притупление перкуторного звука ниже 4 ребра слева, там же ослабление везикулярного дыхания, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. При перкуссии живота – признаки асцита. Диурез 250 мл/сут.

При лабораторном обследовании: в ОАМ – белок 6,6 г/л, уд вес 1000, эритроциты – 1-3 в п.зр., лейкоциты – 2-3 в п.зр., пл эпителий – 1-2 в п.зр. В ОАК – Нв – 110 г/л, эритроциты – $4,5 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты – $6 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 56 мм/час. Биохимия крови – о. билирубин – 15,5 мкмоль/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, холестерин – 8,9 ммоль/л, АлАТ – 0,4 ед, креатинин – 234 мкмоль/л.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы исследования.
3. Определите тактику лечения.

Задача 18. Больной Д. 17 лет поступил в отделение нефрологии с выраженными отёками нижних конечностей, с жалобами на отсутствие аппетита. Заболел 1 мес назад, когда после сильного стресса стал пропадать аппетит, появились отёки, уменьшился объём мочи. При обследовании участковым терапевтом высказалось предположение о хроническом пиелонефрите. Больной принимал антибиотики: цефазолин, гентамицин без эффекта.

При объективном обследовании: АД 120/60 мм рт ст, пульс 90 уд/мин. Тоны сердца ритмичные, чистые, приглушены. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. При пальпации живота без признаков патологии. Диурез 650 мл/сут.

При лабораторном обследовании: в ОАМ – белок 6,6 г/л, уд вес 1005, эритроциты – 1-3 в п.зр., лейкоциты – 7-8 в п.зр., пл эпителий – 1-2 в п.зр. В ОАК – Нв – 110 г/л, эритроциты – $4,5 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты – $3 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 46 мм/час. Биохимия крови – о. билирубин – 15,5 мкмоль/л, неконъюгированный – 10,5 мкмоль/л, конъюгированный – 5,0 мкмоль/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, холестерин – 10,7 ммоль/л, АлАТ – 0,3 ед, креатинин – 120 мкмоль/л. При УЗИ органов брюшной полости выявлены признаки асцита. При УЗИ почек: правая почка – 145*65 мм, паренхима 20 мм, левая почка – 150*67 мм, паренхима 21 мм.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы исследования.
3. Определите тактику лечения.

Задача 19. Больная В. 24 лет обратилась за медицинской помощью к врачу терапевту с выраженной общей слабостью, лихорадкой до 39 в вечерние часы, появлением десневых и носовых кровотечений, похуданием на 15 кг за 1 мес. Всегда была худощавой, однако выраженная слабость появилась в последние 2 мес. Около 2 нед – лихорадка, кровотечения.

При объективном обследовании: АД 120/70 мм рт ст, пульс 90 уд/мин. Тоны сердца ритмичные, чистые, приглушены. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. При пальпации живота без признаков патологии. Диурез 1000 мл/сут.

При лабораторном обследовании: в ОАМ – белок 0,33 г/л, уд вес 1015, эритроциты – 1-3 в п.зр., лейкоциты – 4-5 в п.зр., пл эпителий – 1-2 в п.зр. В ОАК – Нв – 60 г/л, эритроциты – $2,0 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты – $3 \cdot 10^9/л$, эозинофилы – 1, палочки – 8, сегментоядерные – 75, моноциты – 6, лимфоциты – 2, бластн клетки – 8. СОЭ – 50 мм/час. Биохимия крови – о. билирубин – 15,0 мкмоль/л, неконъюгированный – 10,0 мкмоль/л, конъюгированный – 5,0 мкмоль/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, холестерин – 4,7 ммоль/л, АлАТ – 0,3 ед, креатинин – 120 мкмоль/л. При УЗИ органов брюшной полости выявлены признаки асцита. При УЗИ почек: правая почка – 145*65 мм, паренхима 20 мм, левая почка – 150-*67 мм, паренхима 21 мм.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы исследования.
3. Определите тактику лечения.

Задача 20. Больной С. 23 лет обратился к нефрологу в связи с обнаружением в моче эритроцитурии при прохождении планового медицинского обследования. Ранее эритроциты в моче регистрировались в детском возрасте и при анализе амбулаторной карты они выявлялись с 2-х-летнего возраста в количестве 4-8 в п.зр. При обследовании в возрасте 3-х лет был диагностирован острый гломерулонефрит, по поводу которого находился на обследовании с лечения в областной детской больнице. В дальнейшем чувствовал себя хорошо и за медицинской помощью не обращался.

При объективном обследовании: АД 120/80 мм рт ст, пульс 80 уд/мин, ритмичный. Тоны сердца ритмичные, чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. При перкуссии живота – без патологии. Диурез 2000 мл/сут.

При лабораторном обследовании: в ОАМ – белок 0,033 г/л, уд вес 1006, эритроциты – 7-8 в п.зр., лейкоциты – 2-3 в п.зр., пл эпителий – 1-2 в п.зр. В ОАК – Нв – 100 г/л, эритроциты – $3,9 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты – $7 \cdot 10^9/л$, СОЭ – 6 мм/час, эозинофилы – 1, палочкоядерные – 2, сегментоядерные – 75, лимфоциты – 25, моноциты – 1. Биохимия крови – о. билирубин – 15,5 мкмоль/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, холестерин – 5,9 ммоль/л, АлАТ – 0,4 ед, креатинин – 255 мкмоль/л.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы исследования.
3. Определите тактику лечения.

Задача 21. Больной В. 25 лет поступил в отделение кардиологии с выраженными отёками нижних конечностей, одышкой, жалобами на тяжесть в области сердца. Заболел 2 мес назад, когда без видимых причин появились отёки, головные боли и боли в области сердца давящего характера.

При объективном обследовании: АД 190/100 мм рт ст, пульс 90 уд/мин. Тоны сердца ритмичные, чистые, акцент 2 тона над аортой. Притупление перкуторного звука ниже 4 ребра слева, там же ослабление везикулярного дыхания, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. При перкуссии живота – признаки асцита. Диурез 350 мл/сут.

При лабораторном обследовании: в ОАМ – белок 6,6 г/л, уд вес 1000, эритроциты – 1-3 в п.зр., лейкоциты – 2-3 в п.зр., пл эпителий – 1-2 в п.зр. В ОАК – Нв – 110 г/л, эритроциты – $4,5 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты – $6 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 56 мм/час. Биохимия крови – о. билирубин – 15,5 мкмоль/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, холестерин – 8,9 ммоль/л, АлАТ – 0,4 ед, креатинин – 234 мкмоль/л.

1. Поставьте предварительный диагноз

2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

3. Какова дальнейшая диагностическая и лечебная тактика?

Задача 22. Больной Г. 87 лет поступил в отд. нефрологии с выраженными отёками нижних конечностей, с жалобами на лихорадку до 38°C с подъёмами в вечернее время, снижение веса тела на 24 кг в течение последних 2 мес, отсутствие аппетита. Заболел 6 мес назад, когда без видимых причин стал пропадать аппетит, в вечерние часы повышалась температура до 37-37,2°C, стал худеть. При обследовании - предположение о хр. пиелонефрите вследствие наличия в 3 ОАМ лейкоцитурии до 10 в п.зр. Больной принимал антибиотики: цефазолин, гентамицин, каждый по 3 нед без особого эффекта.

При объективном обследовании: АД 110/80 мм рт ст, пульс 90 уд/мин. Тоны сердца ритмичные, чистые, приглушены. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. При пальпации живота без признаков патологии. Диурез 900 мл/сут. Частые запоры.

При лаб. обследовании: в ОАМ – белок 9,9 г/л, уд вес 1015, эритроциты – 7-10 в п.зр., лейкоциты – 2-3 в п.зр., пл эпителий – 1-2 в п.зр. В ОАК – Нв – 90 г/л, эритро. – $3,1 \cdot 10^{12}$ /л, лейко. – $3 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 76 мм/час. Биохимия крови – о. билирубин – 65,5 мкмоль/л, неконъюг. – 17,1 мкмоль/л, конъюг. – 48,4 мкмоль/л, глю. – 3,5 ммоль/л, холестерин – 8,1 ммоль/л, АлАТ – 0,4 ед, креатинин – 100 мкмоль/л. При УЗИ органов бр. полости - кистозное образование правой почки 4 на 5 см. При рентгенографии костей таза выявлены очаговые тени в подвздошных костях до 3 см в диаметре.

1. Поставьте предварительный диагноз

2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

3. Какова дальнейшая диагностическая и лечебная тактика?

Задача 23. Больной Д. 17 лет поступил в отделение нефрологии с выраженными отёками нижних конечностей, с жалобами на отсутствие аппетита.

Заболел 1 мес назад, когда после сильного стресса стал пропадать аппетит, появились отёки, уменьшился объём мочи. При обследовании участковым терапевтом высказалось предположение о хроническом пиелонефрите. Больной принимал антибиотики: цефазолин, гентамицин без эффекта.

При объективном обследовании: АД 120/60 мм рт ст, пульс 90 уд/мин. Тоны сердца ритмичные, чистые, приглушены. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. При пальпации живота без признаков патологии. Диурез 650 мл/сут.

При лабораторном обследовании: в ОАМ – белок 6,6 г/л, уд вес 1005, эритроциты – 1-3 в п.зр., лейкоциты – 7-8 в п.зр., пл эпителий – 1-2 в п.зр. В ОАК – Нв – 110 г/л, эритроциты – $4,5 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты – $3 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 46 мм/час. Биохимия крови – о. билирубин – 15,5 мкмоль/л, неконъюгированный – 10,5 мкмоль/л, конъюгированный – 5,0 мкмоль/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, холестерин – 10,7 ммоль/л, АлАТ – 0,3 ед, креатинин – 120 мкмоль/л. При УЗИ органов брюшной полости выявлены признаки асцита. При УЗИ почек: правая почка – 145*65 мм, паренхима 20 мм, левая почка – 150-*67 мм, паренхима 21 мм.

1. Поставьте предварительный диагноз
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Какова дальнейшая диагностическая и лечебная тактика?

Задача 24. Больной М. 20 лет поступил в отд. нефрологии с выраженными отёками ниж. конечностей, с жалобами на головную боль. Заболел 2 мес назад, когда после переохладения пропал аппетит, появились отёки, головная боль. зарегистрировано трижды повышение АД до 180/100 мм рт ст. В качестве гипотенз. терапии назначен адельфан по 1 таб при кризе.

При объективном обследовании: АД 160/95 мм рт ст, пульс 80 уд/мин. Тоны сердца ритмичные, чистые, приглушены. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Живот в объёме увеличен, при перкуссии притупление звука ниже пупка в вертикальном положении. Диурез 850 мл/сут.

При лабораторном обследовании: в ОАМ – белок 6,6 г/л, уд вес 1000, эр. – 10-15 в п.зр., лейкоц. – 5-6 в п.зр., пл эпит. – 1-2 в п.зр. В ОАК – Нв – 110 г/л, эр. – $4,5 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоц. – $3 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 40 мм/час. Биохимия крови – глюкоза – 4,5 ммоль/л, холестерин – 10,7 ммоль/л, АлАТ – 0,3 ед, креатинин – 120 мкмоль/л. При УЗИ органов бр. полости - признаки асцита. При УЗИ почек: правая почка – 145*65 мм, паренхима 20 мм, левая почка – 150-*67 мм, паренхима 21 мм.

1. Поставьте предварительный диагноз
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Какова дальнейшая диагностическая и лечебная тактика?
4. В чём ошибки участкового терапевта?

Задача 25. Больной Т. 67 лет поступил в отделение терапии с выраженными отёками нижних конечностей, с жалобами на лихорадку до 37,9°C с подъёмами в вечернее время, снижение веса тела на 24 кг в течение последних 2 мес, отсутствие

аппетита. Заболел 6 мес назад, когда без видимых причин стал пропадать аппетит, в вечерние часы повышалась температура до 37-37,2°C. В 3 ОАМ лейкоцитурии до 10 в п.зр. Больной принимал антибиотики: цефазолин, цефобид, нолицин, гентамицин, каждый по 3 нед без особого эффекта.

При объективном обследовании: АД 110/80 мм рт ст, пульс 90 уд/мин. Тоны сердца ритмичные, чистые, приглушены. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. При пальпации живота без признаков патологии. Диурез 900 мл/сут. Частые запоры.

При лабораторном обследовании: в ОАМ – белок 9,9 г/л, уд вес 1015, эритроциты – 7-10 в п.зр., лейкоциты – 2-3 в п.зр., пл эпителий – 1-2 в п.зр. В ОАК – Нв – 90 г/л, эритроциты – $3,1 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты – $3 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 76 мм/час. Биохимия крови – о. билирубин – 65,5 мкмоль/л, неконъюгированный – 17,1 мкмоль/л, конъюгированный – 48,4 мкмоль/л, глюкоза – 3,5 ммоль/л, холестерин – 8,1 ммоль/л, АлАТ – 0,4 ед, креатинин – 100 мкмоль/л. При УЗИ органов брюшной полости выявлено кистозное образование правой почки 4 на 5 см. При рентгенографии костей таза выявлены очаговые тени в подвздошных костях до 3 см в диаметре.

1. Поставьте предварительный диагноз
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Какова дальнейшая диагностическая и лечебная тактика?

Задача 26. Больной Г. 47 лет поступил в отделение нефрологии с лёгкими отёками нижних конечностей, с жалобами на лихорадку до 38°C с подъёмами в вечернее время, отсутствие аппетита. Заболел 6 мес назад, когда без видимых причин стал пропадать аппетит, в вечерние часы повышалась температура до 37-37,2°C, стал худеть. При обследовании участковым терапевтом высказалось предположение о хроническом пиелонефрите вследствие наличия в 3 ОАМ эритроцитурии до 10 в п.зр. Больной принимал антибиотики: цефазолин, цефобид, нолицин, гентамицин, каждый по 3 нед без особого эффекта.

При объективном обследовании: АД 160/90 мм рт ст, пульс 90 уд/мин. Тоны сердца ритмичные, чистые, приглушены. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. При пальпации живота без признаков патологии. Диурез 900 мл/сут. Частые запоры.

При лабораторном обследовании: в ОАМ – белок 0,99 г/л, уд вес 1015, эритроциты – 20-25 в п.зр., лейкоциты – 2-3 в п.зр., пл эпителий – 1-2 в п.зр. В ОАК – Нв – 110 г/л, эритроциты – $3,8 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты – $6 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 26 мм/час. Биохимия крови – о. билирубин – 15,5 мкмоль/л, неконъюгированный – 15 мкмоль/л, конъюгированный – 0,5 мкмоль/л, глюкоза – 3,5 ммоль/л, холестерин – 6,1 ммоль/л, АлАТ – 0,4 ед, креатинин – 100 мкмоль/л. При УЗИ органов брюшной полости и почек патологии не выявлено.

1. Поставьте предварительный диагноз
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Какова дальнейшая диагностическая и лечебная тактика?

Задача 27. Больной Г. 57 лет поступил в отделение нефрологии с лёгкими отёками нижних конечностей, с жалобами на общую слабость. Заболел 6 мес назад, когда при очередном медицинском обследовании в моче был обнаружен белок (0,99 г/л) и эритроциты (4-7 в п.зр.). При обследовании участковым терапевтом высказалось предположение о хроническом гломерулонефрите вследствие наличия в 2 ОАМ эритроцитурии до 10 в п.зр и протеинурии до 1 г/сут. Больной обследовался в отделении терапии, где проводилась антибиотикотерапия, терапия преднизолоном в дозе 20 мг/сут без видимого эффекта.

При объективном обследовании: АД 150/90 мм рт ст, пульс 80 уд/мин. Тоны сердца ритмичные, чистые, приглушены. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. При пальпации живота без признаков патологии. Диурез 1000 мл/сут. Частые запоры.

При лабораторном обследовании: в ОАМ – белок 0,99 г/л, уд вес 1005, эритроциты – 10-15 в п.зр., лейкоциты – 2-3 в п.зр., пл эпителий – 1-2 в п.зр. В ОАК – Нв – 112 г/л, эритроциты – $3,9 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты – $5 \cdot 10^9/л$, СОЭ – 16 мм/час. Биохимия крови – о. билирубин – 15,5 мкмоль/л, неконъюгированный – 15 мкмоль/л, конъюгированный – 0,5 мкмоль/л, глюкоза – 3,5 ммоль/л, холестерин – 6,1 ммоль/л, АлАТ – 0,4 ед, креатинин – 106 мкмоль/л. При УЗИ органов брюшной полости и почек патологии не выявлено.

1. Поставьте предварительный диагноз. Определите ошибки на этапе до оказания специализированной медицинской помощи.

2. Определите тактику ведения больного.

Задача 28. Больной С. 22 лет обратился к нефрологу в связи с обнаружением в моче эритроцитурии при прохождении планового медицинского обследования. Ранее эритроциты в моче регистрировались в детском возрасте и при анализе амбулаторной карты они выявлялись с 2-х-летнего возраста в количестве 4-8 в п.зр. При обследовании в возрасте 3-х лет был диагностирован острый гломерулонефрит, по поводу которого находился на обследовании с лечения в областной детской больнице. В дальнейшем чувствовал себя хорошо и за медицинской помощью не обращался.

При объективном обследовании: АД 120/80 мм рт ст, пульс 80 уд/мин, ритмичный. Тоны сердца ритмичные, чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. При перкуссии живота – без патологии. Диурез 2000 мл/сут.

При лабораторном обследовании: в ОАМ – белок 0,033 г/л, уд вес 1006, эритроциты – 7-8 в п.зр., лейкоциты – 2-3 в п.зр., пл эпителий – 1-2 в п.зр. В ОАК – Нв – 100 г/л, эритроциты – $3,9 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты – $7 \cdot 10^9/л$, СОЭ – 6 мм/час, эозинофилы – 1, палочкоядерные – 2, сегментоядерные – 75, лимфоциты – 25, моноциты – 1. Биохимия крови – о. билирубин – 15,5 мкмоль/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, холестерин – 5,9 ммоль/л, АлАТ – 0,4 ед, креатинин – 255 мкмоль/л.

1. Поставьте предварительный диагноз

2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

3. Какова дальнейшая диагностическая и лечебная тактика?

Задача 29. Больная С. 18 лет поступила в отделение нефрологии с выраженными отёками нижних конечностей, с жалобами на лихорадку до 37°C с подъёмами в вечернее время, отсутствие аппетита, боли в суставах кистей. Заболела 2 мес назад, когда без видимых причин появились отёки, субфебрильная температура, на лице и руках появились покраснения. Месяц назад при отдыхе на морском курорте присоединились боли и припухания суставов кистей, одышка.

При обследовании участковым терапевтом выявлено повышение СОЭ до 30 мм/час, лейкопения – $3 \cdot 10^9/\text{л}$, тромбоцитопения – $50 \cdot 10^9/\text{л}$, протеинурия до 3,3 г/л, эритроцитурия – 3-7 в п.зр. Уровень мочевины составил 10,9 ммоль/л. Высказалось предположение о гломерулонефрите, сепсисе.

При объективном обследовании: на коже лица, кистях и предплечьях разлитая эритема. АД 160/90 мм рт ст, пульс 80 уд/мин. Тоны сердца ритмичные, чистые, приглушены. В лёгких дыхание везикулярное, несколько ослаблено в нижних отделах с 2-х ст, хрипов нет. При перкуссии притупление звука в н/отд с 2-х ст. ЧДД 22 в мин. При пальпации живота без признаков патологии. Диурез 900 мл/сут.

При лабораторном обследовании: в ОАМ – белок 6,6 г/л, уд вес 10100, эритроциты – 15-20 в п.зр., лейкоциты – 12-13 в п.зр., пл эпителий – 1-2 в п.зр. В ОАК – Нв – 90 г/л, эритроциты – $2,8 \cdot 10^{12}/\text{л}$, лейкоциты – $3 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ – 18 мм/час. Биохимия крови – о. билирубин – 15,2 мкмоль/л, неконъюгированный – 14,5 мкмоль/л, конъюгированный – 0,5 мкмоль/л, глюкоза – 3,5 ммоль/л, холестерин – 6,1 ммоль/л, АлАТ – 0,4 ед, креатинин – 104 мкмоль/л. При УЗИ органов брюшной полости и почек патологии не выявлено. Рентгенологически определяется гидроторакс с 2-х ст.

1. Поставьте предварительный диагноз, определите ошибки диагностики.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Какова дальнейшая диагностическая и лечебная тактика?

Задача 30. Больной С. 23 лет обратился к нефрологу в связи с обнаружением в моче эритроцитурии при прохождении планового медицинского обследования. Ранее эритроциты в моче регистрировались в детском возрасте и при анализе амбулаторной карты они выявлялись с 2-х-летнего возраста в количестве 4-8 в п.зр. При обследовании в возрасте 3-х лет был диагностирован острый гломерулонефрит, по поводу которого находился на обследовании с лечения в областной детской больнице. В дальнейшем чувствовал себя хорошо и за медицинской помощью не обращался.

При объективном обследовании: АД 120/80 мм рт ст, пульс 80 уд/мин, ритмичный. Тоны сердца ритмичные, чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. При перкуссии живота – без патологии. Диурез 2000 мл/сут.

При лабораторном обследовании: в ОАМ – белок 0,033 г/л, уд вес 1006, эритроциты – 7-8 в п.зр., лейкоциты – 2-3 в п.зр., пл эпителий – 1-2 в п.зр. В ОАК – Нв – 100 г/л, эритроциты – $3,9 \cdot 10^{12}/\text{л}$, лейкоциты – $7 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ – 6 мм/час, эозинофилы – 1, палочкоядерные – 2, сегментоядерные – 75, лимфоциты – 25, моноциты – 1. Биохимия крови – о. билирубин – 15,5 мкмоль/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, холестерин – 5,9 ммоль/л, АлАТ – 0,4 ед, креатинин – 255 мкмоль/л.

1. Поставьте предварительный диагноз
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Какова дальнейшая диагностическая и лечебная тактика?

Задача 31. 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, метамизол натрия и другие анальгетические средства. 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 и 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 поле зрения, эритроцитов 10-12 в поле зрения. В пробе Зимницкого колебания относительной плотности мочи от 1002 до 1011, дневной диурез 600 мл, ночной диурез 1400 мл. Общий анализ крови: гемоглобин 100 г/л, лейкоциты 4×10^9 /л, скорость оседания эритроцитов 25 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок 78 г/л, альбумин 41 г/л, креатинин сыворотки 325 мкмоль/л. При УЗИ почек — размеры обеих почек 85х38 мм, контуры неровные, толщина паренхимы 12 мм.

1. Выделите ведущий синдром.
2. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
3. Назначьте план обследования и обоснуйте его.
4. Составьте план лечения с указанием лекарственных препаратов.

Задача 32. Больная К., 21 года, студентка, поступила в клинику с жалобами на боли, припухлость голеностопных, лучезапястных и мелких суставов кистей, неприятные ощущения в области сердца, сердцебиение, боли в правой половине грудной клетки при дыхании, повышение температуры тела. Больной считает себя в течение месяца, когда после вирусной инфекции появились все выше указанные жалобы. Лечилась антибиотиками, аспирином без эффекта.

При поступлении состояние тяжелое: температура - 39°C , положение в постели пассивное. На лице в области скуловых дуг и спинки носа определяются эритематозные высыпания. Подчелюстные, шейные лимфатические узлы увеличены, болезненны. Отмечается припухлость, болезненность при движении, повышение местной температуры в области межфаланговых суставов кистей, лучезапястных и голеностопных суставов. Правая граница сердца - по правому краю грудины, верхняя - III межреберье, левая - 1,5 см кнаружи от срединно-ключичной линии. На верхушке I тон ослаблен, мягкий систолический шум. Пульс 130 в минуту, ритмичный. АД 110 и 70 мм рт. ст. В нижних отделах легких

по задней поверхности определяется небольшое укорочение перкуторного звука, незвучные влажные хрипы на фоне жесткого дыхания, справа в подмышечной области шум трения плевры. По остальным органам без патологии. Общий анализ крови: эр. - $2,8 \times 10^{12}/л$, Нб - 100 г/л, лейкоц. - $3,2 \times 10^9/л$, СОЭ - 55 мм/час, тромбоциты - $90,0 \times 10^9/л$. В сыворотке крови: альбумины - 38%, α_2 -глобулины - 13%, γ -глобулины - 32,5%, ВЧ СРБ - 80 мг/л. Общий анализ мочи: белок - 1,5 г/л, лейкоциты - 6-8 в поле зрения, эритроциты - 20-25 в поле зрения, гиалиновые цилиндры - 3-5 в поле зрения. ЭКГ: отрицательные зубцы Т в I, II, V1-V6 отведениях.

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
2. Назначьте план обследования и обоснуйте его.
3. Составьте план лечения с указанием лекарственных препаратов.

Задача 33. Больная, 58 лет, больной себя считает около 3-х месяцев, когда появились сильные боли в поясничном отделе позвоночника. Лечилась у невропатолога по поводу остеохондроза поясничного отдела позвоночника НПВС, обезболивающими средствами с незначительным и кратковременным эффектом. Болевой синдром прогрессировал – появились боли в грудной клетке, ребрах. По собственной инициативе обратилась к мануальному терапевту. На фоне проведения терапии отмечено резкое усиление болевого синдрома, в результате чего больная перестала самостоятельно передвигаться. При рентгенографии позвоночника выявлен диффузный остеопороз и компрессионные переломы 6-7-го грудного и 3-го поясничного позвонков. При рентгенографии органов грудной клетки выявлены множественные мелкие деструкции в ребрах. ОАК: Эр - $2,8 \times 10^{12}/л$, Нб - 90 г/л, тр. - $190 \times 10^9 /л$, Л - $4,2 \times 10^9/л$, П - 2%, С - 58%, Л - 42%, М - 4%, Э - 2%, СОЭ - 45 мм/час. ОАМ: белок - 1,0 г/л.

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Назначьте план обследования для подтверждения диагноза и обоснуйте его.
4. Составьте план лечения с указанием лекарственных препаратов.

Задача 34. Больная Ч., 41 год. В детстве перенесла закрытую черепно-мозговую травму, в связи с чем по рекомендации невропатолога длительно (годами) принимала анальгетические препараты и фурсемид 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. Летом того же года - нефрэктомия правой почки по поводу карбункула почки. Концентрация креатинина в сыворотке крови в тот период составляла 2,3 мг/дл, мочевая кислота 7,8 мг/дл. 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 °С с ознобами, тошнотой; периодические ноющего тупого характера боли в поясничной области, больше слева, дизурические явления. При обследовании выявлено: относительная плотность мочи 1002-1008, рН 5,0, протеинурия до 0,7 г/сут, эритроцитурия до 8-10 в поле зрения, лейкоцитурия до 10-15 в поле зрения, бактериурия, уратурия. Концентрация креатинина в сыворотке крови 1,7 мг/дл, мочевая кислота 8,7-11,5 мг/дл, СКФ - 47 мл/мин. УЗИ почек - контуры левой почки неровные, размеры 100*56 мм, паренхима до 18 мм, чашечно-лоханочная система не расширена. В паренхиме определяются множественные кальцинаты, синдром гиперэхогенных пирамид, в верхнем полюсе мелкие кисты.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Определите факторы риска развития суставного синдрома.
3. Назначьте терапию.

Задача 35. 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 - 30 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.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Правильная ли была тактика лечения больного?
3. Какова будет Ваша тактика лечения?

Задача 36. 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.

1. Какая наиболее частая причина рецидивирования камней, состоящих из оксалата кальция?

2. Какое обследование необходимо провести на предмет метаболических факторов риска камнеобразования?

3. Какие рекомендации по лечению неправильны?

Задача 37. 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 12 600 мг.

1. Ваш предположительный диагноз?

2. Что Вы предлагаете сделать для его подтверждения?

3. Какова Ваша тактика ведения больной?

Задача 38. 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 Т. 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, эзофагогастроудоденоскопия.

1. Какие диагностические и лечебные ошибки, с Вашей точки зрения, были допущены?

2. Какие показатели необходимо исследовать дополнительно?

3. Ваш предположительный диагноз и тактика ведения пациента?

Задача 39. 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.

1. О каком виде нефролитиаза может идти речь?

2. Какой анализ нужно выполнить для подтверждения диагноза?

3. Ваши рекомендации по лечению.

Задача 40. У больного 47-ми лет, страдающего ожирением 3-й степени (масса тела 115 кг, рост 178 см), артериальной гипертензией (АД 180/100 мм рт.ст.) 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.

1. Какой синдром может обсуждаться у данного больного?
2. Какие факторы риска у больного, для развития суставного синдрома?
3. Ваш план обследования.

Задача 41. 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 1,8 мг/дл, СКФ 26 мл/мин, мочевая кислота 7,8 мг/дл, холестерин выше 500 мг/дл, экскреция мочевой кислоты 488 мг/сут.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие необходимы методы дообследования?
3. Какой будет Ваша тактика лечения?

Задача 42. Женщина 45-ти лет, медсестра, обратилась к нефрологу по поводу отёков лица, люмбалгий. Из анамнеза известно, что 18 лет назад во время беременности, завершившейся благополучными родами, отмечались умеренная протеинурия, отеки лица. В последующем анализы мочи не сдавала, отёки периодически продолжали появляться, по поводу чего ограничивала потребление жидкости, часто принимала мочегонные. В результате снижения чувствительности приходилось увеличивать их дозы. В течение последних 2-3-х месяцев отёки усилились несмотря на постоянный прием диуретиков. Сопутствующие заболевания: ВСД по гипотоническому типу, хронический гастрит, мигренеподобные головные боли. При осмотре: кожные покровы бледные с сероватым оттенком, лицо пастозно. АД 110/70 мм рт.ст.

Поколачивание по поясничной области безболезненно с обеих сторон, однако отмечается болезненность при пальпации паравертебральных точек, положительный симптом Ласега. Больная представила следующие анализы, выполненные по месту жительства. ОАК: гемоглобин 110 г/л, лейкоциты $5 \cdot 10^3$ /мкл, СОЭ 8 мм/ч. ОАМ: протеинурия 0,066 г/л, лейкоциты 4-6 в п.з., эритроциты 3-4 в п.з., удельный вес 1008. БАК: креатинин 1,8 мг/дл, калий 3,6 ммоль/л, мочева кислота 7,5 мг/дл (норма до 6,5). УЗИ почек: симметричное уменьшения размеров почек до 8,5*5 см, уменьшение толщины паренхимы, в области сосочков - гиперэхогенные включения.

1. Какие нефрологические симптомы и синдромы отмечаются у больной? Ваш предположительный диагноз?

2. Какие жалобы и данные анамнеза необходимо уточнить?

3. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные исследования Вы рекомендуете, и что ожидаете получить?

4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

5. Какое лечение Вы рекомендуете в случае подтверждения Вашей диагностической концепции?

Задача 43. Больная 62 лет с жалобами на красный цвет мочи, острые боли в поясничной области по типу почечной колики, слабость, недомогание, пастозность лица. Из анамнеза известно, что 35 лет назад во время беременности были умеренные отеки голеней, лица, изменений в анализах мочи не помнит. Однократно, около 15 лет назад, перенесла острый цистит. Более 15 лет страдает остеохондрозом поясничного отдела позвоночника с корешковым синдромом, характеризующимся выраженными и упорными болями. При осмотре - кожные покровы бледные. АД 135/80 мм рт.ст. Поколачивание по поясничной области умеренно болезненно с обеих сторон. Паравертебральные точки болезненны при пальпации на уровне L1-L5 позвонков. ОАК: лейкоциты 6000/мл, гемоглобин 11 г/дл, СОЭ 12 мм/ч. ОАМ: удельный вес 1013, лейкоциты 20-30 в поле зрения, эритроциты 100 в поле зрения, белок 0,066 г/л, бактерий нет. Посев мочи стерильный. БАК: креатинин 1,6 мг/дл (норма до 1,4), калий 5,0 ммоль/л, мочева кислота 6,0 мг/дл (норма до 6,5). УЗИ почек: размеры почек справа и слева 8,8*6,0 см, толщина паренхимы 12 мм, волнистость контуров. ЧЛС не расширена. В области почечных сосочков - участки с повышенной акустической плотностью.

1. Какие нефрологические симптомы и синдромы отмечаются у Вашей больной? Ваш предположительный диагноз?

2. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные исследования Вы рекомендуете, и что ожидаете получить?

3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

Задача 44. К Вам пришли на приём два больных с хронической почечной недостаточностью:

Мужчина 30-ти лет, гиперстенической конституции с развитой мускулатурой, рост 190 см, вес 90 кг. Болен хроническим гломерулонефритом в течение 12 лет. На момент осмотра - АД 150/90 мм рт.ст., креатинин крови 5,5 мг/дл (норма до 1,4), калий 5,0 ммоль/л, альбумин 42 г/л, протеинурия 2,0 г/сут, эритроцитурия 40-50 в поле зрения, удельный вес мочи 1008.

Женщина 66-ти лет, гиперстенической конституции, рост 158 см, вес 70 кг. Больна сахарным диабетом в течение как минимум 10 лет. На момент осмотра - АД 155/85 мм рт.ст., креатинин крови 5,5 мг/дл (норма до 1,4), калий 5,6 ммоль/л, альбумин 2,6 г/л, глюкоза 160 мг/дл (норма до 120), протеинурия 4,0 г/сут, эритроцитурия 2-4 в поле зрения, лейкоцитурия 6-8 в поле зрения, удельный вес мочи 1009.

1. В каком случае можно говорить о более выраженном снижении фильтрационной функции почек и наличии показаний к заместительной терапии? Сформулируйте эти показания.

Задача 45. Больная 33-х лет, домохозяйка, обратилась с жалобами на ноющего характера боли в поясничной области, не проходящие после приёма спазмолитиков, анальгетиков. В моче - постоянно щелочная реакция (рН выше 7,0), белок - 0,06–0,3, лейкоциты 8-12 в поле зрения, эритроциты до 30-40 в поле зрения, бактерии. При посеве мочи периодически высевались кишечная палочка, клебсиелла, протей. На экскреторных урограммах - кораловидный камень левой почки. Креатинин крови 1,3 мг/дл, мочева кислота - 6,8 мг/дл, холестерин - 300 мг/дл, глюкоза - 120 мг/дл. В анамнезе - рецидивирующая мочева инфекция, полтора года назад в период беременности - две атаки острого пиелонефрита. В настоящее время постоянно принимает растительные уроантисептики, периодически - фуразидин, пипемидовую кислоту, нитроксолин, спазмолитики, однако болевой синдром не купируется.

1. Каковы причины уролитиаза у данной пациентки?
2. Какие бактерии чаще всего обуславливают щелочную реакцию мочи?
3. Какие методы применяют для лечения пациентов с кораловидными камнями?

Задача 46. У больного 47-ми лет непрерывно-рецидивирующее образование камней в почках. При биохимическом обследовании крови выявлено: кальций 12 мг/дл, фосфор 2,0 мг/дл, креатинин 1,6 мг/дл, глюкоза 135 мг/дл, холестерин 320 мг/дл, мочева кислота 7,5 мг/дл. СКФ 78 мл/мин, экскреция мочевой кислоты 750 мг/сут, экскреция кальция 400 мг/сут. УЗИ почек - двусторонний нефролитиаз, размеры камней от 0,5 до 1,0 см.

1. Какова наиболее вероятная причина нефролитиаза?
2. Какое исследование необходимо провести больному для уточнения причин нефролитиаза?
3. Какое лечение предстоит пациенту?

Задача 47. В клинику нефрологии для обследования по поводу микрогематурии обратился мужчина 40 лет, автомеханик. Изменения в анализах

мочи впервые выявлены терапевтом в поликлинике по месту жительства, где пациент проходил обследование по поводу артериальной гипертензии. Из анамнеза: в возрасте 18 лет проходил медицинское обследование в связи с призывом в армию. Изменений в анализах мочи не было. В последующем не обследовался. Курит (до 2-х пачек в день). В семье хронических заболеваний почек не было.

При обследовании: рост 183 см., вес 90 кг. Отёков нет. АД 160/100 мм рт.ст. Общий анализ мочи: белок 2,5 г/л, удельный вес 1010, эритроциты 40-60 в поле зрения, лейкоциты 1-2 в п.з. Гемоглобин 130 г/л, креатинин крови 4,5 мг/дл (норма до 1,4), мочева кислота 10,0 мг/дл (норма до 7,0), альбумин 45 г/л, калий 5,5 мэкв/л, холестерин 450 мг/дл (норма до 200), триглицериды 220 мг/дл (норма до 150). УЗИ почек: размеры правой и левой почки уменьшены до 7,8*4,9 см, толщина паренхимы 11 мм.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Показана ли в данном случае биопсия почки?
3. Какие факторы ускоренного прогрессирования ХПН отмечаются у пациента?
4. Какие показатели необходимо уточнить?
5. Ваша тактика лечения?
6. Каково целевое артериальное давление для этого больного? Какие показатели и как часто необходимо контролировать?

Задача 48. Больной М., 38 лет. Считал себя практически здоровым. Повод к обращению - кратковременный эпизод болей в поясничной области, сопровождавшийся появлением «бурой» мочи после физической нагрузки (копал картофель в жаркий день, практически не принимал жидкость).

Семейный анамнез: у отца - уратный нефролитиаз, избыточный вес; у деда по отцовской линии — суставной синдром, умер от уремии.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Методы обследования для подтверждения диагноза.
3. Рекомендации по лечению

Задача 49. 23-летняя женщина жалуется на боли в суставах, утомляемость, головную боль и повышенную чувствительность к солнечным лучам. Физикальное обследование выявило сыпь на носу и щеках. Пациентка отмечает, что последние два года зимой руки у нее становятся очень холодными и болезненными. При обследовании температура тела 39⁰С, АД 150/85 мм рт.ст. Отмечаются язвенные изменения слизистой полости рта. Живот обычной формы, мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Отеки лица, нижних конечностей до средней трети бедра. Общий анализ крови: Нб - 90 г/л. Эритроциты - $2,6 \times 10^{12}$ /л, Тромбоциты - 90×10^9 /л, Лейкоциты – $4,0 \times 10^9$ /л, п/я - 5%, с - 60%, э - 5%, л - 24%, м - 6%, СОЭ - 60 мм/час. Общий анализ мочи: количество - 70,0 мл, цвет - желтый, белок - 3,2

г/л, реакция - щелочная, относительная плотность - 1,023, эпителий - 1-2 в п/з, эритроциты - 30, лейкоциты - 15 в п/з, цилиндры – зернистые и эритроцитарные.

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз.
2. Составьте план лабораторно-инструментального обследования.
3. Следует ли у данного пациента проводить иммунологическое исследование крови? Если да, то объясните почему, и какие изменения Вы ожидаете получить?
4. Какие методы следует использовать для уточнения функционального состояния почек?
5. Изложите основные положения стандартов лечения данного заболевания.

Задача 50. 17-летний юноша обратился к врачу с жалобами на впервые появившуюся утром темно-коричневую мочу. Мочеиспускание безболезненно, болей в боку нет, но утром он заметил небольшую припухлость вокруг век. Дальнейший расспрос выявил в анамнезе лишь неясного происхождения повреждения на коже ног 2-3 – недельной давности и предрасположенность к серповидно-клеточной анемии у двух его двоюродных братьев. При обследовании обращает на себя внимание артериальное давление 154/95 мм рт.ст., отечность век и нижних конечностей, рассеянные заживающие эритематозные поражения на коже ног. Общий анализ крови: Hb – 125 г/л. Эритроциты – $4,5 \times 10^{12}$ /л, Лц – $6,1 \times 10^9$ /л, п/я - 4%, с - 61%, э - 0%, л - 29%, м - 6%, СОЭ - 25 мм/час. Общий анализ мочи: количество - 60,0 мл, цвет - красноватый, белок -1,2 г/л, относительная плотность - 1,021, эпителий – 2-4 в п/з, эритроциты - 25, лейкоциты - 15 в п/з, цилиндры – зернистые, эритроцитарные.

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз.
2. Составьте план лабораторно-инструментального обследования.
3. Какие данные анализа мочи свидетельствуют об остром воспалении клубочков?
4. Проведите дифференциальную диагностику в отношении данной патологии.
5. Изложите основные положения стандартов лечения данного заболевания.

Задача 51. Больной Н., 18 лет, обратился к врачу с жалобами на отеки на лице, нижних конечностях, головную боль, ноющие боли в пояснице, общую слабость, появление мутной розовой мочи. Больным считает себя в течение 3-х дней. Перенесенные заболевания: грипп, 2 недели назад была ангина. Объективно: температура 36,7°C. Общее состояние средней тяжести. Лицо отечное, отеки на стопах и голенях. Кожа бледная. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент 2-го тона на аорте. Пульс 84 в мин., ритмичный, напряженный. АД 165/100 мм рт.ст. Язык чистый. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого слабоположительный с обеих сторон.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Задача 52. Больной В., 26 лет, обратился к врачу с жалобами на резкую слабость, одышку, головную боль, тошноту, отеки на лице. В 15-летнем возрасте перенес острый гломерулонефрит. После этого оставались головные боли, слабость, изменения в моче. Ухудшение состояния связывает с переохлаждением. Объективно: температура: 36,6°C. Общее состояние средней тяжести. Кожа сухая, бледная, одутловатость лица, отеки на ногах. Левая граница относительной сердечной тупости определяется по левой средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 78 в мин., АД 180/100 мм рт.ст. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, безболезненный.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания

Задача 53. Больная Н., 32-х лет, обратилась к врачу с жалобами на потрясающий озноб, повышение температуры, ноющие боли в пояснице справа, частое болезненное мочеиспускание. Свое заболевание связывает с переохлаждением. В анамнезе частые циститы. Объективно: температура 38°C. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, ЧСС 92 в мин., АД 120/80 мм рт.ст. Язык чистый. Живот мягкий, отмечается болезненность по наружному краю прямой мышцы живота справа на уровне реберной дуги, пупка и паховой складки. Симптом Пастернацкого положительный справа.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Задача 54. Больной К., 28 лет, поступил с жалобами на сильные боли в области поясницы и правой половины живота, иррадиирующие в паховую область и правое бедро. Отмечает частые позывы к мочеиспусканию. Год назад впервые был подобный приступ. Вызвали "скорую помощь", делали уколы и боли прошли, но после этого приступа была красная моча. Объективно: температура 36,4°C. Общее состояние средней тяжести. Больной беспокойный, ищет удобное положение для облегчения болей. Со стороны органов дыхания и сердечнососудистой системы патологии нет. Пульс 76 в мин., ритмичный, АД 120/60 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации болезненный в правой половине. Симптом Пастернацкого резко положительный справа.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Задача 55. Больная Н., 42 лет. Поступила с жалобами на постоянную головную боль, отсутствие аппетита, постоянную тошноту, периодическую рвоту, понос, общую резкую слабость. Впервые заболела 8 лет назад, получала стационарное лечение, лежала в больнице в связи с обострениями. Во время обострения, со слов больной, были отеки на лице, на ногах, повышалось АД. Были изменения в моче, но какие - больная не помнит. Хуже стало 10 дней назад. Усилились головные боли, появилась тошнота, рвота, понос. Объективно: температура 37,3°C. Общее состояние тяжелое, лицо одутловатое. Резкое похудание, кожа бледная, с пергаментным оттенком, сухая, изо рта запах аммиака. Дыхание ослабленное, в нижних отделах определяются единичные влажные хрипы. ЧДД 24 в мин. Левая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца глухие, акцент 2-го тона на аорте. Пульс 76 в мин., ритмичный, напряженный. АД 170/100 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненность при пальпации в эпигастральной области.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Задача 56. 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.

1. О каком виде нефролитиаза может идти речь?
2. Какой анализ нужно выполнить для подтверждения диагноза?
3. Ваши рекомендации по лечению.

Задача 57. У больного 47-ми лет, страдающего ожирением 3-й степени (масса тела 115 кг, рост 178 см), артериальной гипертензией (АД 180/100 мм рт.ст.) 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.

1. Какой синдром может обсуждаться у данного больного?
2. Какие факторы риска у больного, для развития суставного синдрома?
3. Ваш план обследования.

Задача 58. Женщина 29 лет, имеющая двоих детей, страдающая около 15 лет хроническим гломерулонефритом, обратилась к нефрологу в связи с планированием беременности. Общий анализ мочи: 1005 светло – желтая кислая белок - 0,066г/л, эритроциты 5-6 в поле зрения, лейкоцитурия-2-3 в поле зрения.

1. Какие обследования необходимо провести больной
2. Какие вопросы из анамнеза Вас интересуют?
3. Какова тактика дальнейшего ведения пациентки.
4. Рекомендуете ли ей планирование беременности?
5. Необходима ли диагностическая нефробиопсия?

Задача 59. У беременной на сроке 36 недель наблюдается прогрессирующая в течение недели протеинурия до 4г/сут., сопровождающаяся артериальной гипертензией 180/120 мм рт.ст, ухудшением зрения, головными болями.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Ваша тактика ведения беременной.
3. Тактика ведения больной после родоразрешения.
4. Профилактика развития нефропатий.
5. Какие препараты антигипертензивные предпочтительны у беременных?

Задача 60. Больной А., 48 лет, работает фермером. В течение последних 2-х дней отмечает ухудшение самочувствия: слабость, снижение работоспособности, отеки на ногах, одышку, икоту, инъектированность склер, гиперемию лица и грудной клетки, повышения АД до 150/80 мм рт.ст., уменьшение количества выделяемой мочи до 100 мл. Обратился к терапевту по месту жительства, при обследовании в общем анализе крови - гемоглобин 153 г/л, эритроциты $4,36 \times 10^{12}/л$, гематокрит 36,5%; в биохимическом анализе крови: мочевины 48,8 ммоль/л, креатинин 1055 мкмоль/л, калий 6,7 ммоль/л, натрий 141 ммоль/л.

1. Назовите показания к острому гемодиализу?
2. В какие центральные вены возможна имплантация диализного катетера для проведения острого гемодиализа?
3. Каковы особенности проведения первой процедуры острого гемодиализа?
4. Назовите продленные методики эфферентной терапии острого почечного повреждения?

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ОТВЕТА НА ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ВОПРОС

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность ответа
отлично	прочность знаний, знание основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом; логичностью и последовательностью ответа	высокое умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	высокая логичность и последовательность ответа
хорошо	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; свободное владение монологической речью, однако допускается одна - две неточности в ответе	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; однако допускается одна - две неточности в ответе	логичность и последовательность ответа
удовлетворительно	удовлетворительные знания процессов изучаемой предметной области, ответ, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительное умение давать аргументированные ответы и приводить примеры; удовлетворительно сформированные навыки анализа явлений, процессов. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительная логичность и последовательность ответа
неудовлетворительно	слабое знание изучаемой предметной области, неглубокое раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, слабые навыки анализа явлений, процессов. Допускаются	неумение давать аргументированные ответы	отсутствие логичности и последовательности ответа

	серьезные ошибки в содержании ответа		
--	---	--	--

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ РЕШЕНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ:

Отметка	Дескрипторы			
	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения ситуации	профессиональное мышление
отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	высокий уровень профессионального мышления
хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна-две неточности в ответе
удовлетворительно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	Удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы	Удовлетворительные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе
неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	Низкая способность анализировать ситуацию	Недостаточные навыки решения ситуации	Отсутствует

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ И СДАЧЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Государственная итоговая аттестация проводится государственной экзаменационной комиссией в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися образовательной программы соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта.

Порядок организации и процедура проведения ГИА определены Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 18 марта 2016 г. № 227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки», а также Положением о порядке проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры № 18-139/10, утвержденного приказом ректора от 12 марта 2018 года № 139.

Перед государственным экзаменом проводится консультирование выпускников в очном или дистанционном формате по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Результаты государственного экзамена, проводимого в устной форме, объявляются в день его проведения, результаты аттестационного испытания, проводимого в письменной форме, - на следующий рабочий день после дня его проведения.

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию. Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания. Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель государственной экзаменационной комиссии и обучающийся, подавший апелляцию. Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит. Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

Образец эталона ответа на государственном экзамене.

При ответе на задания в билете государственной итоговой аттестации ординатор должен дать исчерпывающие ответы на теоретические вопросы и ситуационные задачи. При наличии уточняющих или дополнительных вопросов у аттестационной комиссии, ординатор должен разъяснить и обосновать ответы, соответственно получаемой квалификации врача-нефролога.

Пример ответа на теоретический вопрос билета ГИА.

1. Пункционная нефробиопсия. Показания и противопоказания к проведению, техника. Морфологический анализ нефробиоптата.

Пункционная нефробиопсия (ПНБ) – инвазивный метод диагностики, проведение которого позволяет получить столбик клеток почечной ткани, с последующей гистологической оценкой наличия или отсутствия изменений почек. С помощью ПНБ возможно прижизненное морфологическое исследование почечной ткани для определения тактики лечения и выполнения дальнейших диагностических мероприятий.

ПНБ имеет большое значение в современной диагностике хронических гломерулярных заболеваний различной этиологии, тубулоинтерстициальной патологии. С помощью ПНБ возможна оценка наличия и тяжести повреждения почек, патогенетического механизма развития и прогрессирования заболеваний. Заключение проведения ПНБ позволяет определить прогноз заболевания, лечебную тактику, индивидуальную для каждого пациента.

Показания к проведению ПНБ.

1. Установление нозологии при неясном нефротическом синдроме, неклассифицируемых протеинуриях, гематуриях, артериальной гипертензии с минимальным мочевым синдромом, рецидивирующих изменениях в анализах мочи без четкой клинической симптоматики.

2. Уточнение морфологических типов при первичных и вторичных гломерулонефритах, диабетической нефропатии, неясных олиго- и анурических состояниях, остром и хроническом тубулоинтерстициальном нефрите.

3. Канальцевые почечные дисфункции неясного происхождения, в том числе при гломерулонефритах.

4. Необходимость дифференциальной диагностики между врожденными и приобретенными заболеваниями, между гломеруло- и тубулопатиями.

5. Решение вопроса о необходимости патогенетической терапии гломерулопатий.

6. Определение прогноза заболевания (склероз, полулуния, изменения канальцев и др.).

7. Контроль эффективности патогенетического и симптоматического лечения, требующего повторных нефробиопсий в случаях:

- острой почечной недостаточности (ОПН) с целью оценки степени острого тубулярного некроза;
- продолжительной острой олигоанурии при гломерулярных поражениях;
- при подозрении на эволюцию одного типа гломерулонефрита в другой, более тяжелый;
- при неэффективности патогенетической терапии.

Противопоказания к проведению ПНБ

1. Любые гнойно-воспалительные процессы кожи в области пункции.

2. Лихорадка любого генеза.

3. Гемофилии.

4. Прием антикоагулянтов.
5. Психиатрические заболевания.
6. Нежелание пациента проведения ПНБ.
7. Тяжелая сопутствующая патология.
8. Злокачественная артериальная гипертензия.

Перед проведением ПНБ необходимо проведение лабораторных анализов на определение показателей свертывающей системы крови.

Техника проведения ПНБ. Пациент находится в положении лежа на животе, с подложенным в области живота валиком. Ультразвуковым датчиком определяется положение одной из почек, при этом датчик устанавливают по заднеподмышечной линии в XII межреберье, устанавливается приблизительная траектория достижения пункционной иглой фиброзной капсулы почки. После визуализации почки тонкой иглой выполняют местную инфильтративную анестезию 2% раствором лидокаина или 5% раствором новокаина. Далее производится разрез кожи в области определенной ультразвуковым методом, длиной 2-3 мм. Биопсийной иглой, под ультразвуковым контролем, достигается фиброзная капсула почки. Пациента просят сделать вдох и задержать дыхание. На высоте вдоха внутренний стилет биопсийной иглы проникает в паренхиму почки на глубину 12-20 мм. Далее выполняется забор столбика почечной ткани при надавливании на наружный кожух биопсийной иглы.

Морфологический анализ нефробиоптата включает светооптическую микроскопию (с окрашиванием гематоксилином и эозином, ШИК (PAS) с докрасиванием ядер гематоксилином, PASM, или серебрение по Джонсу, трехцветная окраска по Gomori или Массону, или MSB, реакцию на амилоид с конго красным), иммуногистохимический анализ, включая иммунофлюоресценцию.

Пример ответа на ситуационную задачу билета ГИА.

Больной С. 23 лет поступил в отделение кардиологии с отёками нижних конечностей, одышкой, жалобами на периодические боли в области сердца, перебои в его работе. Заболел 2 месяца назад, когда после перенесённой ангины появились отёки, головные боли и боли в области сердца давящего характера, лихорадка до 39 °С. За медицинской помощью не обращался. Принимал ампициллин без особого эффекта. Неделю назад появились боли в суставах, лихорадка исчезла, усилились отёки.

При объективном обследовании: АД 120/50 мм рт ст, пульс 90 уд/мин, аритмичный. Тоны сердца ритмичные, систолический шум над аортой. Притупление перкуторного звука ниже 4 ребра слева, там же ослабление везикулярного дыхания, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. При перкуссии живота – признаки асцита. Диурез 850 мл/сут.

При лабораторном обследовании: в ОАМ – белок 0,66 г/л, уд вес 1000, эритроциты – 1-3 в п.зр., лейкоциты – 2-3 в п.зр., пл эпителий – 1-2 в п.зр. В ОАК – Нв – 100 г/л, эритроциты – $3,9 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты – $26 \cdot 10^9/л$, СОЭ – 56 мм/час, эозинофилы – 1, палочкоядерные – 8, сегментоядерные – 80,

лимфоциты – 10, моноциты – 1. Биохимия крови – о. билирубин – 15,5 мкмоль/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, холестерин – 8,9 ммоль/л, АлАТ – 0,4 ед, креатинин – 234 мкмоль/л.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Определите тактику диагностического и лечебного ведения пациента.
3. Определите меры профилактики.

1. Острая ревматическая лихорадка. Ревматический эндокардит. ППС: аортальная недостаточность. Полиартрит. Острый гломерулонефрит, мочевого синдром. Асцит.

2. Госпитализация. Диагностические мероприятия: мазок из зева на определение β -гемолитического стрептококка, чувствительность к антибиотикам, определение в сыворотке крови АСЛ-О и АСК-S, АТ к ДНК β -гемолитического стрептококка, определение острофазовых маркеров воспаления: СРБ, сиаловые кислоты, фибриноген, суточная протеинурия, анализ свертывающей системы крови: АЧТВ, ПТИ, МНО. ЭхоКГ, холтеровское мониторирование ЭКГ. При рефрактерном течении мочевого синдрома возможно выполнение пункционной нефробиопсии. Лечебные мероприятия: до получения анализа на чувствительность к антибиотикам и с учетом ранее проведенной терапии ампицилином пациенту необходимо назначить антибиотики из группы макролидов (спирамицин 6 млн ЕД 2 раза в день). После получения результатов на чувствительность к антибиотикам и отсутствия клинического эффекта – назначение антибиотиков согласно полученным результатам. Гепарин 5000 ЕД внутривенно 1-2 раза в день или эноксапарин 0,4 мг п/к 1 раз в день, фондапарин 0,3 мг п/к 1 раз в день. Диуретическая терапия: фуросемид (дозировка зависит от величины фракции выброса левого желудочка) 2-6 мл, с последующей коррекцией дозы с учетом водного баланса (-800 - (-)1000 мл). Противовоспалительная терапия: ибупрофен 400-800 мг/сут. При резистентном к терапии течении, выявление панкардита, прогрессировании острого гломерулонефрита, отека синдрома, возможно назначение ГКС в дозировке солумедрола 250-500 мг/сут в/в, в зависимости от веса пациента.

3. Консультация ЛОР-врача с определением показаний к удалению миндалин. Длительность вторичной профилактики ОРЛ устанавливают индивидуально, согласно наличию факторов риска:

- возраст больного;
- наличие хронических ревматических болезней сердца (ХРБС);
- время, прошедшее с момента первой атаки болезни;
- количество предыдущих атак;
- фактор скученности в семье;
- семейный анамнез, отягощенный по ОРЛ/ХРБС;
- социально-экономический и образовательный статус больного;
- риск стрептококковой инфекции в регионе;
- профессия и место работы больного (школьные учителя, врачи, лица, работающие в условиях скученности).

Длительность вторичной профилактики должна составлять:

- а) для лиц, перенесших ОРЛ без кардита (артрит, хорей), не менее 5 лет после последней атаки или до 18-летнего возраста;
- б) в случаях излеченного кардита без формирования порока сердца - не менее 10 лет после последней атаки или до 25-летнего возраста;
- в) для больных с пороком сердца (в т.ч. после оперативного лечения) – пожизненно.

Показано назначение Бициллин-5 (бензатина бензилпенициллин в сочетании с бензилпенициллина прокаином) внутримышечно 1,5 млн ЕД 1 раз в 3 недели или феноксиметилпенициллин по 0,5 г или эритромицин 0,25 г два раза в день, длительно при возникновении тонзилита, фарингита, при инвазивных вмешательствах, особенно в ротовой полости. Возможна круглогодичная профилактика бензатина бензилпенициллином: ретарпен или экстенциллин, которые вводят внутримышечно детям в дозе 600 тыс. - 1,2 млн ЕД, взрослым - 2,4 млн ЕД 1 раз в 3 недели.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Государственный экзамен
по образовательной программе высшего образования -
программе ординатуры 31.08.43 Нефрология**

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 1

Номер задания	Содержание задания
1.	1. История развития нефрологии. Вклад академика Тареева Е.М., проф. Ратнер М.Я., проф. Ярошевского А.Я., Рябова С.И. и др. 2. Больной С. 23 лет поступил в отделение кардиологии с отёками нижних конечностей, одышкой, жалобами на периодические боли в области сердца, перебои в его работе. Заболел 2 месяца назад, когда после перенесённой ангины появились отёки, головные боли и боли в области сердца давящего характера, лихорадка до 39 °С. За медицинской помощью не обращался. Принимал ампициллин без особого эффекта. Неделю назад появились боли в суставах, лихорадка исчезла, усилились отёки. При объективном обследовании: АД 120/50 мм рт ст, пульс 90 уд/мин, аритмичный. Тоны сердца ритмичные, систолический шум над аортой. Притупление перкуторного звука ниже 4 ребра слева, там же ослабление везикулярного дыхания, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. При перкуссии живота – признаки асцита. Диурез 850 мл/сут. При лабораторном обследовании: в ОАМ – белок 0,66 г/л, уд вес 1000, эритроциты – 1-3 в п.зр., лейкоциты – 2-3 в п.зр., пл эпителий – 1-2 в п.зр. В ОАК – Нв – 100 г/л, эритроциты – $3,9 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты – $26 \cdot 10^9/л$, СОЭ – 56 мм/час, эозинофилы – 1, палочкоядерные – 8, сегментоядерные – 80, лимфоциты – 10, моноциты – 1. Биохимия крови – о. билирубин – 15,5 мкмоль/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, холестерин – 8,9 ммоль/л, АлАТ – 0,4 ед, креатинин – 234 мкмоль/л.

	1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Определите тактику диагностического и лечебного ведения пациента. 3. Определите меры профилактики.
2.	1. Методы визуализации: компьютерная и магнитно-резонансная томография, их роль в диагностике заболеваний почек. 2. Больной Г. 47 лет поступил в отделение нефрологии с лёгкими отёками нижних конечностей, с жалобами на лихорадку до 38°C с подъёмами в вечернее время, отсутствие аппетита. Заболел 6 мес назад, когда без видимых причин стал пропадать аппетит, в вечерние часы повышалась температура до 37-37,2°C, стал худеть. При обследовании участковым терапевтом высказалось предположение о хроническом пиелонефрите вследствие наличия в 3 ОАМ эритроцитурии до 10 в п.зр. Больной принимал антибиотики: цефазолин, цефобид, нолицин, гентамицин, каждый по 3 нед без особого эффекта. При объективном обследовании: АД 160/90 мм рт ст, пульс 90 уд/мин. Тоны сердца ритмичные, чистые, приглушены. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. При пальпации живота без признаков патологии. Диурез 900 мл/сут. Частые запоры. При лабораторном обследовании: в ОАМ – белок 0,99 г/л, уд вес 1015, эритроциты – 20-25 в п.зр., лейкоциты – 2-3 в п.зр., пл эпителий – 1-2 в п.зр. В ОАК – Нв – 110 г/л, эритроциты – $3,8 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты – $6 \cdot 10^9/л$, СОЭ – 26 мм/час. Биохимия крови – о. билирубин – 15,5 мкмоль/л, неконъюгированный – 15 мкмоль/л, конъюгированный – 0,5 мкмоль/л, глюкоза – 3,5 ммоль/л, холестерин – 6,1 ммоль/л, АлАТ – 0,4 ед, креатинин – 100 мкмоль/л. При УЗИ органов брюшной полости и почек патологии не выявлено. 1. Поставьте предварительный диагноз 2. Назначьте дополнительную диагностику и определите схему терапии 3. Проведите дифференциальную диагностику

Руководитель ООП,
д.м.н., профессор

Батюшин М.М.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Государственный экзамен
по образовательной программе высшего образования -
программе ординатуры 31.08.43 Нефрология**

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 2

Номер задания	Содержание задания
1.	1. Острый гломерулонефрит. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение, Реабилитация. 2. Больной В. 25 лет поступил в отделение кардиологии с выраженными отёками нижних конечностей, одышкой, жалобами на тяжесть в области сердца. Заболел 2 мес назад, когда без видимых причин появились отёки, головные боли и боли в области сердца давящего характера. При объективном обследовании: АД 190/100 мм рт ст, пульс 90 уд/мин. Тоны сердца ритмичные, чистые, акцент 2 тона над аортой. Притупление перкуторного звука ниже 4 ребра слева, там же ослабление везикулярного дыхания, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. При перкуссии живота – признаки асцита. Диурез 350 мл/сут. При лабораторном обследовании: в ОАМ – белок 6,6 г/л, уд вес 1000, эритроциты – 1-3 в п.зр., лейкоциты – 2-3 в п.зр., пл эпителий – 1-2 в п.зр. В ОАК – Нв – 110 г/л, эритроциты – $4,5 \cdot 10^{12}$/л, лейкоциты – $6 \cdot 10^9$/л, СОЭ – 56 мм/час. Биохимия крови – о. билирубин – 15,5 мкмоль/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, холестерин – 8,9 ммоль/л, АлАТ – 0,4 ед, креатинин – 234 мкмоль/л. 1. Поставьте предварительный диагноз 2. Определите тактику диагностического и лечебного ведения пациента. 3. Определите показания к проведению ПНБ.
2.	1. Острое почечное повреждение (ОПП). Эпидемиология. Классификация. Этиология.

2. Больной В. 25 лет поступил в отделение нефрологии с выраженными отёками нижних конечностей, одышкой. Заболел 2 мес назад, когда без видимых причин появились отёки, головные боли и зарегистрировано повышение АД до 180/100 мм рт ст.

При объективном обследовании: АД 190/100 мм рт ст, пульс 90 уд/мин. Тоны сердца ритмичные, чистые, акцент 2 тона над аортой. Притупление перкуторного звука ниже 4 ребра слева, там же ослабление везикулярного дыхания, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. При перкуссии живота – признаки асцита. Диурез 550 мл/сут.

При лабораторном обследовании: в ОАМ – белок 6,6 г/л, уд вес 1000, эритроциты – 1-3 в п.зр., лейкоциты – 2-3 в п.зр., пл эпителий – 1-2 в п.зр. В ОАК – Нв – 110 г/л, эритроциты – $4,5 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты – $6 \cdot 10^9/л$, СОЭ – 56 мм/час. Биохимия крови – о. билирубин – 15,5 мкмоль/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, холестерин – 8,9 ммоль/л, АлАТ – 0,4 ед, креатинин – 234 мкмоль/л.

При проведении нефробиопсии наблюдается сегментарное фиброзирование 3 из 12 клубочков, признаки тубуло-интерстициального фиброза, скудная лимфо-гистиоцитарная инфильтрация интерстиция, отсутствие выпадения иммуноглобулинов при иммуногистохимическом исследовании.

1. Поставьте предварительный диагноз

2. Определите тактику диагностического и лечебного ведения пациента.

Руководитель ООП,
д.м.н., профессор

Батюшин М.М.