

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ:

Проректор по последипломному
образованию
проф. Багрий А.Э.

« 01 » 06 . 2024



**ПРОГРАММА ВСТУПИТЕЛЬНОГО ЭКЗАМЕНА
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ ОРДИНАТУРЫ
31.08.43 НЕФРОЛОГИЯ**

1.	Организация нефрологической службы.
2.	Общеврачебное обследование, опрос больного, анамнез заболевания, физикальное обследование, перкуссия, пальпация, аускультация.
3.	Теоретические основы нефрологии. Анатомия мочеполовой системы в целом. Анатомо-функциональная характеристика паренхимы почек и чашечно-лоханочной системы.
4.	Кровоснабжение почек. Механизмы образования мочи. Процессы секреции и реабсорбции. Почка как орган поддержания гомеостаза организма. Механизмы осморегуляции. Понятие о суммарных и парциальных функциях почек. Регуляция водно-электролитного и кислотно-щелочного обменов. Роль почки в эритропоэзе
5.	Лабораторные методы исследования при заболеваниях почек.
6.	Рентгенологические и инструментальные методы обследования при заболеваниях почек.
7.	Характеристика мочевого синдрома: протеинурия, эритроцитурия, макро- и микрогематурия, цилиндурия, патологические виды цилиндров, бактериурия.
8.	Остронефритический синдром. Нефротический синдром. Дифференциально-диагностическая тактика при нефротическом синдроме: общие принципы терапии, курация и профилактика осложнений.
9.	Дизурические расстройства: полиурия и никтурия, ишурия, поллакиурия, странгурия. Болевая и безболевая макрогематурия. Олигоанурический синдром
10.	Оценка лимфаденопатии. Гепато-лиенальный, отечный и геморрагический синдромы.
11.	Кардиоренальный синдром.
12.	Ренокардиальный синдром.
13.	Дифференциальная диагностика гипертензивного и отечного синдрома.
14.	Понятие о гломерулярных заболеваниях почек. Клиническая и морфологическая классификация гломерулонефритов. Роль иммунных механизмов в формировании гломерулонефритов. Факторы, определяющие прогрессирование гломерулонефритов.
15.	Морфологическая характеристика гломерулонефритов. Показания и противопоказания к проведению пункционной биопсии почек, тактика наблюдения, контроль и профилактика осложнений.
16.	Гломерулонефрит с минимальными изменениями: этиология, патогенез, диагностика, клиничко-морфологическая характеристика, лечебная тактика, прогноз

17.	Мезангиальный пролиферативный и мезангио-капиллярный гломерулонефриты, IgA-нефропатия (болезнь Берже): этиология, патогенез, диагностика, клинико-морфологическая характеристика, лечебная тактика, прогноз
18.	Фокально-сегментарный гломерулосклероз-гиалиноз: этиология, патогенез, диагностика, клинико-морфологическая характеристика, лечебная тактика, прогноз
19.	Мембранозная гломерулопатия: этиология, клинико-морфологическая характеристика, лечебная тактика
20.	Быстропрогрессирующий (полулунный) гломерулонефрит, анти-ГБМ-антительный гломерулонефрит (синдром Гудпасчера): этиология, патогенез, диагностика, клинико-морфологическая характеристика, лечебная тактика, прогноз
21.	Патогенетическая терапия первичных гломерулонефритов: глюкокортикоиды, препараты цитотоксического действия, моноклональные антитела, ингибиторы кальциневрина, противомаларийные препараты. Роль антикоагулянтной/ антитромбоцитарной терапии.
22.	Антигипертензивная терапия: блокаторы ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, блокаторы кальциевых каналов, бета-адреноблокаторы, симпатолитики центрального действия.
23.	Системные васкулиты: клинико-морфологическая характеристика васкулитов, диагностические и лечебные подходы. Поражение почек при IgA васкулите Шенлейна-Геноха, гранулематозе с полиангиитом, узелковым полиартериите, эозинофильном гранулематозе с полиангиитом.
24.	Системная красная волчанка: диагностические критерии. Клинико-морфологическая характеристика волчаночного гломерулонефрита, лечебная тактика, осложнения, прогноз. Антифосфолипидный синдром и ассоциированная с ним нефропатия.
25.	Поражение почек при ревматоидном артрите, системной склеродермии, болезни Шегрена: диагностика, лечебная тактика, прогноз.
26.	Сахарный диабет 1 и 2 типа: факторы риска, клинико-лабораторная оценка, лечебные подходы. Диабетические микро- и макроангиопатии. Диабетическая нефропатия: диагностика, лечение, профилактика осложнений.
27.	Инфекция мочевой системы у больных сахарным диабетом. Диабетическая нейропатия мочевого пузыря. Апостематозный нефрит. Папиллярный некроз.
28.	Несахарный диабет и почечная глюкозурия, заболевания надпочечников. Принципы диагностики, лечение, прогноз. Вторичный гиперальдостеронизм в нефрологической практике.
29.	Гипотиреоз как причина генерализованного отеочного и гипертензивного синдромов. Принципы диагностики и лечения. Микседема: неотложная помощь
30.	Подагра: этиопатогенез, патофизиология, диагностика. Подагрическая нефропатия: клинико-морфологическая характеристика, лечебная тактика, прогноз.
31.	Оксалатный диатез: виды оксалатов, факторы, провоцирующие их выделение с мочой, роль элиминационной диеты. Аморфные ураты в моче. Уратная нефропатия. Уратный криз.
32.	Первичный и вторичный амилоидоз. Эпидемиология, классификация, патогенез, диагностика, клиническая картина, тактика ведения.
33.	Гемобластозы и гаммапатии. Парапротейны и их обнаружение в крови и моче. Миеломная болезнь: патофизиологические аспекты, клинические проявления, диагностика, этапы формирования нефропатии, осложнения, лечебная тактика.
34.	Поражение почек при артериальной гипертензии. Принципы комбинированной антигипертензивной терапии. Тактика купирования гипертензивных кризов.
35.	Ишемическая болезнь почек: клинико-инструментальная характеристика, диагностические подходы, прогноз.
36.	Гломерулонефрит при инфекционном эндокардите (ИЭ): клинико-лабораторная оценка, лечебная тактика, прогноз.
37.	Геморрагические диатезы. Принципы оценки и причины геморрагического синдрома. Тромботические микроангиопатии (гемолитико-уремический синдром и тромботическая тромбоцитопеническая пурпура – болезнь Мошковиц): клинико-морфологическая характеристика, дифференциальная диагностика, течение, прогноз.
38.	Поражение почек при лимфолиферативных заболеваниях. Патофизиологические аспекты, клинические проявления, диагностические и лечебные подходы, прогноз.

39.	Поражение почек при геморрагической лихорадке. ВИЧ-ассоциированная нефропатия. Поражение почек при вирусных гепатитах, циррозах печени, гепаторенальный синдром. Туберкулез почек и мочевыводящих путей: особенности диагностического поиска и принципы лечения.
40.	Тубуло-интерстициальные нефриты (ТИН): классификация, причины, диагностические критерии, клиническая картина. Острый тубуло-интерстициальный нефрит как проявление лекарственной и пищевой нефротоксичности: клинические проявления, лечебная тактика, осложнения
41.	Токсическая нефропатия (алкогольная нефропатия, поражение почек при наркомании): основные причины, клиничко-лабораторные признаки, лечебная тактика.
42.	Хронический тубулоинтерстициальный нефрит: этиология и патогенез, роль лекарственных препаратов и токсинов в развитии хронического интерстициального процесса в почках. Дифференциальная диагностика тубулоинтерстициального нефрита и гломерулонефрита. Роль концентрационных индексов. Профессиональные и бытовые интерстициальные нефриты.
43.	Острый и хронический цистит: причины, диагностическая и лечебная тактика у различных категорий больных. Бессимптомная бактериурия. Посткоитальная профилактика. Недержание мочи.
44.	Пиелонефрит: Классификация, диагностика. Острый пиелонефрит: факторы риска, морфологическая характеристика, клинические проявления, диагностическая и лечебная тактика.
45.	Хронический пиелонефрит: принципы клиничко-лабораторной диагностики, течение, факторы риска, лечение, рациональная антибактериальная терапия.
46.	Инфекции почек и мочевой системы у различных категорий больных: пожилые, катетер-ассоциированные инфекции, онкопроцессы мочевой системы. Клиническая фармакология и рациональная тактика применения медикаментозных средств. Немедикаментозные методы профилактики.
47.	Рациональная фармакотерапия инфекция мочевыводящих путей.
48.	Изменения почек при нормальной беременности: физиология уродинамики и почечной гемодинамики при нормальной беременности. Гормональные и физические факторы нарушения оттока мочи из верхних мочевых путей.
49.	Осложнения у беременных, связанные с ухудшением уродинамики. Методы диагностики, профилактики и лечения гидронефротической трансформации и других осложнений при беременности.
50.	Беременность при болезнях почек: влияние гломерулярных и тубуло-интерстициальных заболеваний почек на течение беременности. Причины осложненного течения беременности при гломерулонефрите, диабетической и гипертонической нефропатии.
51.	Острый и хронический пиелонефрит беременных, методы его диагностики, профилактики и лечения. Показания к прерыванию беременности и досрочному родоразрешению. Ведение беременности при заболеваниях почек. Исходы беременности при патологии почек.
52.	Инфекция мочевыводящих путей у беременных. Бессимптомная бактериурия у беременных. Рациональная антибактериальная терапия у беременных.
53.	Перечень лекарственных препаратов, противопоказанных при беременности. Методы профилактики и лечения нефропатии беременных. Диспансеризация женщин, перенесших гестоз. Перспективы выздоровления после перенесенной нефропатии беременных.
54.	ХБП. Эпидемиология, этиология, патогенез. Основные факторы риска развития ХБП, классификация.
55.	ХБП. Клиническая картина, скрининговая оценка и диагностика ХБП в популяции, критерии диагностики. Формулировка диагноза.
56.	ХБП. Клиничко-лабораторная и инструментальная оценка пациентов на различных этапах наблюдения. Факторы влияющие на концентрацию креатинина в сыворотке крови. Осложнения ХБП.
57.	ХБП. Общие подходы к лечению. Клиническая характеристика базисных антигипертензивных препаратов: блокаторы РААС, блокаторы кальциевых каналов, бета-адреноблокаторы, диуретики.
58.	ХБП. Коррекция метаболических и гомеостатических нарушений. Лечение Ренопаренхиматозной анемии. Лечение минеральных и костных нарушений.

59.	ХБП. Медицинская реабилитация: показания и противопоказания. Профилактика и диспансерное наблюдение.
60.	Острое повреждение почек: определение, классификация, причины/провоцирующие факторы, стадии, принципы диагностики.
61.	Преренальный, ренальный и постренальный типы ОПП: патофизиология, морфология, клинко-лабораторные диагностика, дифференциальная диагностика, профилактика и лечение. Период реконвалесценции и диспансеризация лиц, перенесших ОПП.
62.	Нарушение электролитного гомеостаза: диагностика, интенсивная терапия.
63.	Нефротический, склеродермический, уратный (острая уратная нефропатия) почечные кризы: патофизиология, диагностика, клиническая картина, тактика ведения.
64.	Гипертонический кризы: классификация, диагностика, клиническая картина, тактика ведения.
65.	Тромбоз и тромбоэмболия почечных артерий: диагностика, клиническая картина, тактика ведения.
66.	Комы при сахарном диабете: диагностика, клиническая картина, интенсивная терапия.
67.	Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови: причины, диагностика, тактика ведения.
68.	Лекарственные средства применяемые при неотложных состояниях в нефрологии: гемокорректоры, кортикостероиды, мембрано-протекторы и др. Сроки проведения консервативной терапии при ОПП, выявление показаний для плазмафереза и острого гемодиализа.

ОБРАЗЦЫ ВСТУПИТЕЛЬНОГО ТЕСТОВОГО ЭКЗАМЕНА

1. Больной И., 29 лет, спустя 2 недели после перенесенной ангины отметил отеки на лице, слабость, снижение работоспособности. Постепенно присоединились одышка, отеки нижних конечностей, поясницы. Объективно: бледность кожных покровов, тоны сердца приглушены, анасарка. АД - 160/100 мм рт. ст. Удельный вес мочи 1021, белок 5 г/л, эритроциты 20-30 в поле зрения, гиалиновые цилиндры - 4-6 в поле зрения. Укажите наиболее вероятный диагноз?

- A. Острый гломерулонефрит
- B. Гипертоническая болезнь
- C. Острый пиелонефрит
- D. Инфекционно-аллергический миокардит
- E. Микседема

2. Больная М., страдающая хроническим гломерулонефритом 7 лет, жалуется на прогрессирующую одышку, частые сердцебиения, тошноту, рвоту, усталость. Объективно: кожа сухая, бледная с желтушным оттенком, уремический запах из ротовой полости, носовое кровотечение. Тахикардия, PS 120 в мин., АД 170/120 мм рт. ст. ОАК: Нб 76 г/л, СОЭ 48 мм/час. Мочевина крови 52 ммоль/л, креатинин 0,378 ммоль/л. Какое осложнение хронического гломерулонефрита возникло?

- A. Сердечно - сосудистая недостаточность
- B. Острая почечная недостаточность
- C. Хроническая почечная недостаточность
- D. Токсическое пневмония
- E. Гипертонический криз

3. Больной С., 20 лет, жалуется на головную боль, общую слабость, головокружение. Заболел сегодня утром. 3 недели назад перенес ангину. Объективно: пульс 90 в мин., АД-180/105 мм рт. ст. Умеренный акцент II тона над аортой. Других изменений не выявлено. Ан. крови: эр - $3,4 \times 10^{12}/л$, лейкоц. - $6,8 \times 10^9/л$, СОЭ - 12 мм/час. Ан. мочи: отн. плотность 1024 белок - 1,65 г/л, лейкоц. - 10-15 в п/зр., эритроц. выщелоченные 60-80 в п/зр., цилиндры гиалиновые - 4-6 в п/зр., зернистые - 1-2 в п/зр. Укажите наиболее вероятный диагноз:

- A. Болезнь Шенлейна - Геноха
- B. Острый пиелонефрит
- C. Гипертоническая болезнь
- D. Острый гломерулонефрит
- E. Системная красная волчанка

4. Больная Ч., 36 лет, заболела остро, T-38,5°C, озноб, тупые боли в поясничной области, частое болезненное мочеиспускание. Объективно: отмечается напряжение мышц поясничного отдела, положительный симптом Пастернацкого с обеих сторон. Общий анализ крови: лейкоц. $20,0 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилез. В анализе мочи: белок 1,6 г/л, лейкоциты - все поле зрения, бактериурия $2,5 \times 10^6$ микробных тел в 1 мл мочи. Ваш предварительный диагноз:

- A. Мочекаменная болезнь
- B. Острый гломерулонефрит
- C. Обострение хронического пиелонефрита
- D. Острый цистит
- E. Острый пиелонефрит

5. У беременной А., 25 лет, (срок 10-12 недель) появилась постоянная ноющая боль в поясничной области. В анализе мочи: белок - 0,066 г/л, лейкоциты - 8-10 в поле зрения. При проведении УЗИ - правая почка опущена, чашечно-лоханочная система расширена, уплотнена. Какой диагноз наиболее вероятен?

- A. Вторичный хронический пиелонефрит
- B. Первичный хронический пиелонефрит
- C. Нефроптоз
- D. Хронический гломерулонефрит
- E. Мочекаменная болезнь

6. Больной Ж., 45 лет, в течение 12 лет страдает ревматоидным артритом. Год назад появились отеки на лице и нижних конечностях. В анализе крови: СОЭ 55 мм/ч, альбумин - 35%, холестерин 10 ммоль/л. В моче: протеинурия 6 г/л, лейкоциты 2 - 4 в поле зрения, эритроциты 2 - 3 в поле зрения. Какое осложнение основного заболевания имеет место у больного?

- A. Амилоидоз почек
- B. Гломерулонефрит
- C. Пиелонефрит
- D. Опухоль почки
- E. Тубулоинтерстициальный нефрит

7. У беременной Д., срок 28 недель, появились жалобы на боль в правой поясничной области, гипертермию. При обследовании в моче лейкоцитоз, следы белка. По данным УЗИ - расширение чашечно - лоханочной системы справа. Ваш диагноз?

- A. Апостематоз почки
- B. Гломерулонефрит
- C. Гидронефроз почки
- D. Наличие опухоли репродуктивных органов
- E. Пиелит беременных

8. Больному ангиной, 20 лет, были назначены инъекции цефазолина и бисептол. Через 3 дня от начала лечения состояние ухудшилось, появились неприятные ощущения в пояснице, головокружение, тошнота. АД 140 /80 мм рт. ст. Анализ крови: эр $3,12 \times 10^{12}/\text{л}$, Нб 120 г/л, лейкоц $10 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 28 мм/час. Анализ мочи: удельная плотность 1010, белок

0,99 г/л. проба Земницкого: суточное количество мочи 3,2 л, колебания удельной плотности 1007-1010. Креатинин крови - 0,280 ммоль/л. Ваш предварительный диагноз?

- A. Острый пиелонефрит
- B. Острый гломерулонефрит, мочевого синдрома
- C. Хронический гломерулонефрит, мочевого синдрома
- D. Быстропрогрессирующий (злокачественный) гломерулонефрит
- E. Тубулоинтерстициальный нефрит

9. Больной Л., 68 лет, страдает хроническим пиелонефритом в течение 15 лет. В последние 3 месяца жалуется на инспираторную одышку при физической нагрузке, сердцебиение, периодическую боль в области сердца без иррадиации, общую слабость. Объективно: акроцианоз на фоне бледности кожи. Пульс 104/мин, ритмичный, напряженный. АД 190/110 мм рт. ст., левая граница сердца на 2 см влево от левой срединно-ключичной линии, над верхушкой 1-й тон сердца ослаблен, систолический шум, акцент II тона над аортой. На ЭКГ отклонение электрической оси сердца влево, дисметаболические изменения. Кровь: Hb - 66 г/л, креатинин 1,1 ммоль/л. Относительная плотность мочи 1,012. У больного АГ вероятнее всего:

- A. Эссенциальная
- B. Ренопаренхиматозная
- C. Гемодинамическая
- D. Реноваскулярная
- E. Вызвана недостаточностью аортального клапана

10. У мужчины Т., 25 лет, после переохлаждения появилась гематурия. Объективно: АД 160/110 мм рт. ст. В анализах мочи: протеинурия 3,5 г/л, эритроциты покрывают все поле зрения, цилиндры гиалиновые 5 – 6 в поле/зр. Какой метод диагностики является предпочтительным в данном случае?

- A. Биопсия почки
- B. Томография
- C. Экскреторная урография
- D. Цистоскопия
- E. УЗИ почек

Зав. кафедрой терапии
им. проф. А.И. Дядька ФНМФО,
к.мед.н., доцент



Г.Г. Тарадин

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ:

Проректор по последипломному
образованию
проф. Багрий А.В.

« 01 » 06. 2019 г.



**ОБРАЗЦЫ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАНИЙ
ВСТУПИТЕЛЬНОГО ЭКЗАМЕНА
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ ОРДИНАТУРЫ
31.08.43 НЕФРОЛОГИЯ**

Ситуационное задание 1

Больная С., 40 лет, с 20-летнего возраста неоднократно лечилась по поводу хронического гломерулонефрита. В анамнезе эпизоды повышения 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: бледность кожи и слизистых, отеки на пояснице, передней брюшной стенке, ногах. Геморрагического синдрома нет. Границы сердца расширены 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 у края реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Анализ мочи: уд. вес 1006, белок 3,5г/л, эритроциты измененные 10-12 в поле зрения, цилиндры зернистые (++) . Анализ крови: гемоглобин – 90 г/л, эритроциты $-2,6 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $-5,6 \times 10^9$ /л, СОЭ 36 мм в час. Биохимическое исследование крови: общий белок – 56 г/л, альбумины – 32%, глобулины – 58% (альфа1 – 15,2% альфа2 – 7,1% гамма – 35%), холестерин крови – 8,8 ммоль/л.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите основные синдромы заболевания.
3. Какие дополнительные методы исследования следует провести для уточнения клинического диагноза?
4. Чем объяснить изменение границ и аускультативной картины сердца?
5. Как объяснить наличие анемии у данной пациентки, какой характер обычно носит нефрогенная анемия, каковы подходы в ее коррекции

Ситуационное задание 2

Больной А., 36 лет, на фоне полного благополучия (регулярные профосмотры, обследования) спустя месяц после перенесенной ангины (принимал антибиотики, жаропонижающие, энтеропротекторы) стал отмечать головные боли, сердцебиение, одышку при обычной физической нагрузке, отеки на лице и конечностях. Объективно: кожа и слизистые обычной окраски, лицо гиперемировано, на пояснице, передней брюшной стенке, ногах мягкие отеки. Границы сердца не расширены, верхушечный толчок пальпируется в V межреберье на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, резистентный. Тоны достаточной громкости, II тон над аортой несколько усилен. Над легкими дыхание ослабленное с обеих сторон, справа в нижнебоковых отделах звучная крепитация. Частота дыхательных движений (ЧДД) 24 в мин. Пульс 92 в мин, ритмичный, напряженный. АД 170/110 мм. рт. ст. Печень на 2 см ниже края реберной дуги, край закруглен. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Анализ мочи: уд. вес 1006, белок – 2,5 г/л, лейкоциты 5-6 в поле зрения, эритроциты измененные 1/2 поля зрения, цилиндры клеточные, зернистые до 10 в п/зр. Анализы крови: гемоглобин – 140 г/л, эритроциты $4,6 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $6,6 \times 10^9$ /л, СОЭ – 30 мм в час. Билирубин 18 мкмоль/л, прямого нет, АЛТ 28 Ед/л, АСТ 12 Ед/л, АСЛО – в высоком титре. СРБ ++.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите основные синдромы заболевания.
3. Какие дополнительные методы исследования следует провести для уточнения диагноза?
4. Чем объясняется повышение ЧДД и аускультативные феномены со стороны легких?
5. Каков предположительный генез повышения СОЭ и повышенный титр АСЛО?

Ситуационное задание 3

Больная М., 24 лет, через неделю после переохлаждения (купание в высокогорном озере) отметила в течение нескольких дней частое мочеиспускание, а затем повышение температуры тела до 38°C с ознобом. После приема жаропонижающих температура временно снизилась, однако затем продолжал нарастать интоксикационный синдром (снижение аппетита, тошнота, эпизодически рвота), стали беспокоить боли в пояснице (больше справа). Обратилась за помощью в экстренном порядке. Объективно: больная астенического сложения, бледные и влажные кожные покровы, язык сухой обложен

желтоватым налетом. Границы сердца не изменены, верхушечный толчок пальпируется в V межреберье на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны на верхушке достаточной громкости, акценты не выражены. Пульс 92 в мин, ритмичный. АД 90/60 мм. рт. ст. Отечного, геморрагического синдрома нет. Печень пальпируется у края реберной дуги. Симптом поколачивания положительный справа. В вертикальном положении пальпируется нижний полюс правой почки, болезненный при пальпации. Симптомов раздражения брюшины нет. Анализ мочи: уд. вес 1006, реакция — щелочная, белок — 0,5 г/л, Лейкоциты все поле зрения густо, эритроциты неизмененные 10-12 в поле зрения, цилиндры лейкоцитарные единичные в препарате (+). Анализ крови: гемоглобин — 110 г/л, эритроциты $3,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты — $10,6 \times 10^9$ /л (палочкоядерные формы 5%), СОЭ — 46 мм в час.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите основные синдромы заболевания.
3. Какие дополнительные методы исследования следует провести для уточнения диагноза?
4. Чем объясняется изменение анализа периферической крови?
5. Какова неотложная помощь больной в данном состоянии?


Ситуационное задание 4

Больная В., 24 лет, после пребывания на море стала отмечать повышение температуры до субфебрильных цифр, боли в мелких суставах, повышение АД до 150/90 мм рт. ст., одышку и сердцебиение при небольшой физической нагрузке. Диурез, месячный цикл не нарушены. Анализы крови и мочи год назад в норме. Объективно: яркая сыпь на лице по типу «бабочки», отеки на ногах, единичные подкожные кровоизлияния в местах небольшой травматизации. Об-но: Границы сердца расширены влево, верхушечный толчок четко не пальпируется, на верхушке трехчленная мелодия «ритм галопа». Пульс 92 в мин, ритмичный. АД 90/60 мм. рт. ст. Печень у края реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Легкие — везикулярное дыхание. Анализ мочи: уд. вес 1006, белок 1,5 г/л, эритроциты измененные 10-12 в поле зрения, цилиндры зернистые (++) . Анализ крови: гемоглобин — 90 г/л, эритроциты — $3,6 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты — $3,6 \times 10^9$ /л, тромбоциты — 145×10^9 /л, СОЭ 36 мм/час. Биохимическое исследование крови: общий белок — 76 г/л, холестерин крови — 3,2 ммоль/л, СРБ 30 Ед.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите основные синдромы заболевания.

3. Какие дополнительные методы исследования следует провести для уточнения клинического диагноза?
4. Чем объяснить изменение аускультативной картины сердца у данной пациентки,
5. Какова дальнейшая тактика?

Зав. кафедрой терапии
им. проф. А.И. Дядька ФНМФО,
к.мед.н., доцент



Г.Г. Тарадин