**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Институт дополнительного профессионального образования**

Кафедра терапии и общей врачебной практики с курсом гериатрии

УТВЕРЖДАЮ

Зав. кафедрой \_\_\_\_Сафуанова Г. Ш.

«\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2016 г.

**Ситуационные задачи по теме:**

**«Хронический пиелонефрит»**

**ЗАДАЧА 1**

Больная 37 лет, при поступлении в стационар предъявляла жалобы на боли в поясничной области слева постоянного характера, временами усиливающиеся, учащенное до 10 раз в сутки болезненное мочеиспускание, выделение мутной мочи, повышение температуры тела, сопровождающееся ознобами. Считает себя больной в течении 5 лет, последнее обострение связывает с переохлаждением.

При поступлении общее состояние средней степени тяжести, температура тела 37,5°С. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца не изменены, ЧСС 92 в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст. Размеры печени не увеличены. Симптом поколачивания положительный слева.

Обследование: общий анализ крови - гемоглобин 116 г/л, лейкоциты -9 • 109/л, СОЭ - 38 мм/ч. Креатинин - 90 мкмоль/л, мочевина - 4,0 общий анализ мочи - мутная, относительная плотность 1005, белок 0,33 г/л, лейкоциты до 50 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения. Анализ

мочи по Нечипоренко: лейкоциты - 20000, эритроциты - 600. Анализ мочи по Зимницкому: разброс относительной плотности 1005 - 1010, дневной диурез - 820 мл, ночной диурез - 900 мл, суточный диурез - 1720 мл. При бак.посеве мочи получена культура Е. coli, чувствительная к ампициллину.

При внутривенной урографии форма и размеры почек обычные, справа чашечно - лоханочная система сохранена, слева контуры чашечек нечеткие, размытые, лоханки умеренно расширены.

**Вопросы:**

1. О каком заболевании можно думать и почему?
2. Укажите, если возможно факторы риска?
3. Укажите основные звенья патогенеза.
4. Данные лабораторных и инструментальных методов лечения, позволяющих верифицировать диагноз?
5. Сформулируйте диагноз.
6. Принципы лечения и тактика ведения.

**Эталон ответа к задаче**

1. Можно думать о хроническом пиелонефрите, учитывая субфебрилитет с ознобами, болевой синдром в поясничной области, дизурический синдром (учащенное болезненное мочеиспускание), мочевой синдром (изогипостенурия, лейкоцитурия, бактерийурия), при внутривенной урографии деформация чашечно - лоханочной системы слева.
2. Переохлаждение.
3. Большинство грамм «-» бактерий имеют фимбрии, рецепторами для которых структуры мембран клеток мочевых путей - феномен бактериальной адгезии к уроэпителию → продвижение по стенке мочеточника → проникновение в почку → пиелонефрит. Гематогенно: инфекция → повреждение перитубулярных капилляров → воспаление интерстиция → поражение канальцев → проникновение бактерий в просвет канальцев → перенос бактерий с током мочи в лоханку → рефлюкс → проникновение в интерстиций → пиелонефрит.
4. Общий анализ крови: лейкоцитоз, палочко - ядерный сдвиг влево, ускорение СОЭ; общий анализ мочи: лейкоцитурия с преобладанием нейтрофилов, бактерийурия, протеинурия; анализ мочи по Нечипоренко: лейкоцитурия; анализ мочи по Зимницкому: изогипостенурия, никтурия. УЗИ: деформация чашечно - лоханочной системы, изменение размеров, контуров почек; внутривенная урография Деформация чашечно - лоханочной системы; изотопная ренография: замедление экскреторной функции.
5. Хронический левосторонний пиелонефрит, латентное течение, фаза обострения. ХБП 0 Анемия легкой степени тяжести.

Диета (сбалансированная по белкам, жирам, углеводам и витаминам, с достаточным количеством жидкости), этиотропная терапия: антибиотикотерапия (пенициллины, цефалоспорины, карбапенемы, фторхинолоны, макролиды), химиотерапия (сульфаниламиды, хинолоны, нитрофураны, растительные антисептики); патогенетическая терапия: препараты, влияющие на иммунные процессы (дибазол, тималин, В -активин, солкоуровак, интрон - А, средства, улучшающие состояния почек и мочевых путей (трентал, троксевазин

**ЗАДАЧА 2.**

Больная, 40 лет, поступила в клинику с жалобами на тупые боли в поясничной области справа, временами повышение температуры до 37.9оС, выделение мутной мочи, повышение артериального давления до 180/105 мм рт.ст. Неоднократно находилась на обследовании и лечении в урологических стационарах по поводу хронического пиелонефрита.

Пульс 88 уд. в минуту, ритмичный, напряженный. АД 180/105 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого слабоположителен справа. Дизурии нет. Лейкоцитурия. После физической нагрузки АД 195/120 мм рт.ст. На обзорном снимке мочевой системы в проекции мочевых путей теней конкрементов не отмечено. Контуры почек определяются нечетко. Обращает на себя внимание уменьшение размеров правой почки. На экскреторных урограммах патологических изменений в чашечно-лоханочной системе и мочеточнике левой почки не выявлено. Справа почка размером 10х8 см бобовидной формы с неровной поверхностью. Чашечки деформированы, местами колбовидной формы. По данным УЗИ почек отмечено уменьшение в размерах правой почки, паренхима неоднородной плотности толщиной 6-7 мм.

Ваш диагноз? Какова лечебная тактика?

**Ответ.**

Боли в поясничной области справа, длительное течение заболевания, изменения на урограммах и эхограммах (уменьшение размеров почки, деформация чашечно-лоханочной системы правой почки) свидетельствует о хроническом пиелонефрите справа, сморщенной почке, нефрогенной артериальной гипертонии.

Показано оперативное лечение – нефрэктомия справа. Подобное лечение позволяет надеяться на ликвидацию артериальной гипертонии или в худшем случае на стабилизацию показателей артериального давления.

**ЗАДАЧА 3**

Женщине 45 лет. Обратилась с жалобами на повышение температуры тела до 39,0 С, боли в поясничной области слева, учащенное мочеиспускание в ночное время, рези при мочеиспускании. В анамнезе: мочекаменная болезнь левой почки в течение 5 лет, хронический цистит, ухудшение самочувствия в течение 2-х дней.

Объективно: Температура тела 38,6 С. Пастозность век. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, АД 120/80 мм ртст;ЧСС=70уд в мин. Язык умеренно обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Стул оформлен, регулярный. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания положительный слева. Мочеиспускание учащено. Никтурия.

В анализах:

ОАК: Лейк– 9,0×109/л; Эр-4,5×1012/л; Hb125 г/л; Тр – 220×109/л; П/я – 4%; Э-2%; Л – 18%; М – 2%; с/я – 74%, СОЭ – 36 мм\час;

ОАМ: цвет мутный, уд вес – 1008, белок – 0,066 г/л, лейкоциты – сплошь в п. зр., эритроциты 3-4-6 в п. зр; бактерии ++++. Клетки почечного эпителия - 2-3,

По Нечипоренко: Лейкоциты – 45000, Эр-800 в 1 мл мочи

Б/Х: общий белок- 80 г/л, Креатинин-97 мкмоль/л, мочевина -6,0 ммоль/л,

По Зимницкому: Уд. Вес 1008-1012. DD=400ml, HD=800ml

УЗИ почек: камень левой почки d-0,4х0,2, размеры и толщина паренхимы почек в пределах нормы, контур левой почки бугристый, неровный, расширение и деформация ЧЛС левой почки.

Бактериальный посев: E.Coli 1 млн в 1 мл

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз
2. Лечебная тактика
3. Рекомендации по профилактике обострения хр. пиелонефрита.

**Ответы:**

1. МКБ. Хронический вторичный пиелонефрит левой почки в стадии обострения.
2. Диета №7а, увеличение потребления жидкости до 2-2,5 л/с. Спазмолитики с целью купирования болевого синдрома (Но-шпа, Платифиллин, Папаверин, Галидор).

Антибактериальная терапия: в течение 7-14 дней Фторхинолоны/Цефалоспорины II-IIIпоколения/Пенициллины Периферические дезагреганты (Курантил, Пентосифиллин в течение месяца).Фитотерапия (брусничный лист, клюква, брусника, толокнянка и т.п.).

1. Профилактика:

Избегать простуд, переохлаждений

Лечение основного заболевания приведшего к хр. пиелонефриту, т.е. МКБ у уролога

Периодическая фитотерапия (можжевельник, петрушка, толокнянка).

**Задача 4**

Больная 60 лет, поступила с жалобами на слабость, головные боли, субфебрильную температуру, одышку, отёки, снижение зрения. В течение 15 лет страдает инсулинзависимым сахарным диабетом, постоянно получает большие дозы инсулина. 5 лет назад стала отмечать загрудинные боли при незначительной нагрузке, подъём АД, отёки на лице и ногах.

Объективно: состояние средней тяжести, пастозность лица, цианоз губ, отёчность голеней. Над лёгкими в нижних отделах ослабленное голосовое дрожание, притупление перкуторного звука. Дыхание везикулярное, в нижних отделах не проводится. ЧД – 22 в минуту. Границы сердца: правая – по краю реберной дуги, верхняя – на 3 ребре, левая – на 2 см кнаружи от средне-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, дующий систолический шум на аорте, акцент II тона. Пульс 88 в минуту, слабого наполнения и напряжения. АД 210/120 мм.рт.ст. Пульс на правой стопе прощупывается с трудом. Живот округлой формы. При пальпации мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см. Размеры по Курлову: 12-11-10 см. Край мягкий, безболезненный. Стул и диурез без особенностей. Голени отечны.

Общий анализ крови: эритроциты – 4,5×10 12 /л, гемоглобин – 138 г/л, цветовой показатель – 0,9, лейкоциты – 5,5×109/л, палочкоядерные-8%, сегментоядерные – 60%, лимфоциты – 28%, моноциты – 4%, СОЭ – 15мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – светло-желтый, реакция - кислая, плотность – 1,001, белок – 3,3 %0, эритроциты – 4-6-8 в поле зрения, лейкоциты – 10-15-20 в поле зрения.

Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты - 12000 в 1мл, эритроциты - 6000 в 1 мл.

Анализ мочи по Зимницкому:

Удельный вес -1,016-1,018, Дневной диурез -400 мл, Ночной диурез -600 мл

Гликемический профиль: I-9 ммоль/л, II-10 ммоль/л, III – 7 ммоль/л.

**Проба Реберга-Тареева: Клубочковая фильтрация-60 мл/мин, Клубочковая реабсорбция-98%, Креатинин крови -100 мкмоль/л, Количество мочи за час -60 мл/мин**

ЭКГ- ритм синусовый, ЧСС-62 в 1 мин. Снижение вольтажа зубцов

Заключение окулиста: Диски зрительных нервов стушеваны, границы нечёткие. Глазное дно гиперимировано. Мелкоточечные кровоизлияния на сетчатке. Соотношение а:в = 1:3

На флюорографии органов грудной клетки в 3-х проекциях лёгочный рисунок смазан. От переднего отрезка III ребра справа и IV слева до неконтурируемой диафрагмы определяется интенсивное затемнение лёгочной ткани. Корни не структурны, аорта уплотнена.

ВОПРОСЫ.

1. Какой синдром в данный момент является ведущим в клинике заболевания?

2. Как трактовать наличие лейкоцитурии, сдвиг лейкоцитарной формулы?

3. Чем объясняется снижение гликемии и отсутствие глюкозурии у данной больной?

4. Оцените функцию почек, интерпретируйте рентгенограмму ОГК.

5. Сформулируйте диагноз, дифференциальная диагностика.

Ответы:

1.Синдром Киммельстиль-Вильсона.

2.Присоединением вторичной инфекции и развитием пиелонефрита

3.Развитием гломерулосклероза ведет к снижению активности почечной инсулиназы, образованию антиинсулиновых антител, продукты азотистого обмена обладают гипогликамическим действием.

4.Хронический пиелонефрит. Двусторонний гидроторакс

5.Сахарный диабет, инсулинзависимый, декомпенсированный, диабетическая микро и макроангиопатия.

Диабетическая нефропатия

Осл.: ХБП С3 а А 3. Нефрогенная артериальная гипертензия. Двухсторонний гидроторакс. Соп.: Хронический пиелонефрит, обострение

Дифференциальная диагностика: хронический гломерулонефрит, хронический пиелонефрит, туберкулез почки.