

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Тема:

ПОРЯДОК И СТАНДАРТЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ НЕФРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ. Синдромы в нефрологии: дизурия, мочевого синдром, недержание мочи и другие нарушения функции мочевого пузыря, нарушение половой функции, нефритический синдром, нефротический синдром, отечный синдром

Цель: формирование и закрепление навыков работы с пациентами нефрологического профиля.

Задачи: обсуждение основных синдромов в нефрологии; дизурия, мочевого синдром, недержание мочи и другие нарушения функции мочевого пузыря, нарушение половой функции, нефритический синдром, нефротический синдром, отечный синдром, изучение основных нормативно-правовых документов, регламентирующих порядок оказания первичной медико-санитарной помощи пациентам нефрологического профиля.

Иметь представление об организации медицинской помощи пациентам с заболеваниями мочевыделительной системы, последовательности ведения на амбулаторном и стационарном этапах, основных методах обследования и лечения больных в соответствии с порядком оказания медицинской помощи больным нефрологического профиля.

Ординатор должен знать: критерии нефрологического диагноза, методы иммунологической диагностики в нефрологии (физиологические значения параметра, клинические значения, методы оценки), основные принципы оказания плановой и неотложной помощи, рациональной терапии, реабилитации и профилактики.

Ординатор должен уметь:

- выявлять больных с признаками поражений почек, а также с риском развития нефрологических заболеваний и их осложнений;
- разрабатывать план мероприятий по профилактике хронических болезней почек для больных с признаками поражений почек, а также с риском развития нефрологических заболеваний и их осложнений;
- осуществлять амбулаторное лечение больных с нефрологическими заболеваниями в соответствии с установленными стандартами медицинской помощи;
- направлять при необходимости больных с риском развития нефрологических заболеваний и их осложнений к врачам-нефрологам нефрологического центра;
- вести учет больных, страдающих хронической почечной недостаточностью, в том числе нуждающихся в начале лечения диализом, а также получающих специализированную медицинскую помощь методами заместительной почечной терапии (гемодиализ, перитонеальный диализ) и высокотехнологичную медицинскую помощь (трансплантация почки).
- идентифицировать факторы риска развития хронических заболеваний почек в каждом конкретном случае;

Ординатор должен владеть: приемами дифференциальной диагностики, навыками индивидуализации назначаемого лечения, реабилитации, профилактики, оказания неотложной помощи при угрожающих жизни состояниях

Средства и методы обучения: обсуждение теории, самостоятельная проработка и изучение учебной литературы.

Учебно-тематический план темы:

Лекции – 1 час

Практические занятия – 1 час

Всего – 2 часа

План лекции:

1. Актуальность проблемы развития заболеваний почек.
2. Факторы риска развития заболеваний почек.
3. Основные нефрологические синдромы: дизурия, мочевого синдром, недержание мочи и другие нарушения функции мочевого пузыря, нарушение половой функции, нефритический синдром, нефротический синдром, отечный синдром.
4. Современная концепция развития хронических заболеваний почек.
5. Современная тактика выявления хронической болезни почек.
6. Основные направления нефропротекции.
7. Порядок оказания первичной медико-санитарной помощи больным нефрологического профиля. Показания к направлению пациентов на консультацию нефролога.
8. Показания для заместительной почечной терапии.

**ИЗМЕНЕНИЕ КОНЦЕПЦИИ ХБП ЧЕРЕЗ 10
ЛЕТ ПОСЛЕ ЕЕ СОЗДАНИЯ (2002 - 2012)**

- Переход от **ОДНОМЕРНОЙ** к **ДВУХМЕРНОЙ** модели стратификации риска прогрессирования и развития ССО:
- СКФ □ СКФ + АУ/ПУ
- Принципиальная важность альбуминурии/протеинурии для прогноза
- и тактики нефропротекции!

СТАДИИ ХБП

Стадия ХБП	СКФ (мл/мин)	Лечебные мероприятия	Уровень оказания помощи
1	≥90	Диагностика и лечение основного сопутствующих заболеваний, воздействие на ФР	Наблюдение врача общей практики
2	60-89	+ оценка скорости прогрессии	Наблюдение врача общей практики
3	А 45-59	+ выявление и лечение осложнений	Наблюдение врача общей практики Консультация нефролога
	Б 30-44		
4	15-29	+ подготовка к заместительной почечной терапии	Наблюдение нефролога
5	<15	Заместительная почечная терапия	Наблюдение специалиста ЗПТ

В связи с особым прогностическим значением при стадировании ХБП предлагается указывать на наличие/отсутствие МАУ и протеинурии

Таблица 4. Шкала KDIGO 2012 для оценки комбинированного риска ТПН и ССО у больных с ХБП в зависимости от уровня СКФ и альбуминурии

Стадии ХБП				Альбуминурия*		
				A1	A2	A3
				Оптимальная или незначительно повышенная	Высокая	Очень высокая
				<30 мг/г	30-300 мг/г	>300 мг/г
				<3 мг/ммоль	3-30 мг/ммоль	>30 мг/ммоль
СКФ, мл/мин ^{1,73м²}	C1	Высокая или оптимальная	≥90	Низкий**	Умеренный	Высокий
	C2	Незначительно снижена	60-89	Низкий**	Умеренный	Высокий
	C3a	Умеренно снижена	45-59	Умеренный	Высокий	Очень высокий
	C3b	Существенно снижена	30-44	Высокий	Очень высокий	Очень высокий
	C4	Резко снижена	15-29	Очень высокий	Очень высокий	Очень высокий
	C5	ТПН	<15	Очень высокий	Очень высокий	Очень высокий

*Альбуминурия определяется как отношение альбумину/креатинин в разовой (предпочтительно утренней) порции мочи; альбуминурия выше 300 мг/г соответствует уровню протеинурии выше 0,5 г/л. СКФ рассчитывается по формуле CKD-EPI;

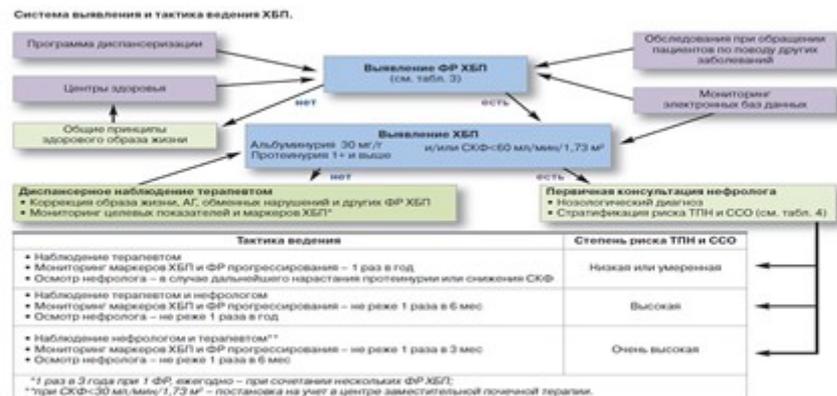
**низкий риск – т.е. как в общей популяции. При отсутствии признаков повреждения почек категории СКФ C1 или C2 не удовлетворяют критериям ХБП.

Таблица 3. ФР ХБП, являющиеся показаниями к регулярным обследованиям для ее исключения

- СД
- АГ, другие сердечно-сосудистые заболевания (ишемическая болезнь сердца, ХСН, поражение периферических артерий и сосудов головного мозга)
- Обструктивные заболевания мочевых путей (камни, аномалии мочевых путей, заболевания простаты, нейрогенный мочевой пузырь)
- Нефрэктомия или резекция почки в анамнезе
- Аутоиммунные и инфекционные системные заболевания (системная красная волчанка, васкулиты, ревматоидный артрит, подострый инфекционный эндокардит, HBV-, HCV-, ВИЧ-инфекция)
- Болезни нервной системы и суставов, требующие регулярного приема анальгетиков и НПВП (не менее 1 дозы в неделю или 4 доз в месяц)
- Случаи ТПН или наследственные заболевания почек в семейном анамнезе
- ОПН или нефропатия беременных в анамнезе
- Случайное выявление гематурии или протеинурии, изменений в почках по данным УЗИ в прошлом

Примечание. Здесь и в табл. 5: НПВП – нестероидные противовоспалительные препараты.

СИСТЕМА ВЫЯВЛЕНИЯ И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ХБП



ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК (ХБП) – ГЛОБАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

- 1. ХБП – кандидат на 5-ю «болезнь убийцу»
- 2. ХБП имеет широкое распространение (10 -13 % взрослого населения)
- 3. ХБП – летальное заболевание (до ЗПТ доживает лишь 1 из 30 больных ХБП, остальные умирают от СС катастроф)
- 4. ХБП можно лечить (скрининг в группах риска, ренопротективная стратегия, борьба с кальцинозом сосудов)
- 5. Модернизация модели здравоохранения с учетом распространенности ХБП – путь снижения сердечно-сосудистой смертности населения

МЕДИЦИНСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ХБП

- **Оптимальный контроль медицинских проблем ХБП основывается на трех принципах:**
 - 1) ранняя диагностика заболевания,
 - 2) своевременное направление к нефрологу
 - 3) осуществление мер для сохранения функции почек
- **Преимущества раннего наблюдения у нефролога:**
 - - замедление прогрессирования заболевания
 - - своевременная подготовка к плановой ЗПТ
 - - сокращение риска смертности
- Тем не менее, **40 %** пациентов в США «не видели нефролога» до развития тХБП и менее **25%** консультированы нефрологом за год до начала ЗПТ (СПб – по данным отборочной комиссии – 49% не наблюдались у нефролога!)

ВЫВОД: социальные подходы к защите здоровья у лиц с ХБП нуждаются в существенной доработке на национальном уровне и прорывные исследования в этом направлении пока отсутствуют



Рекомендация 2.2

Диагноз ХБП следует устанавливать на основании следующих критериев:

- 1) выявление любых клинических маркеров повреждения почек, подтвержденных на протяжении периода длительностью не менее 3 месяцев;
- 2) наличие маркеров необратимых структурных изменений органа, выявленных однократно при прижизненном морфологическом исследовании органа или при его визуализации;
- 3) снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) < 60 мл/мин/1,73 м², сохраняющееся в течение трех и более месяцев, вне зависимости от наличия других признаков повреждения почек.

Клиническое практическое занятие включает в себя:

1. Вводный контроль (тесты).
2. Беседа по теме занятий.
3. Клинический разбор пациентов с ХБП.
4. Интерпретация исследований: общего анализа крови, обмена железа, минерального обмена, содержания креатинина, мочевины, мочевой кислоты, общего белка, белковых фракций, эритропоэтина в сыворотке крови, анализа мочи, альбуминурии, креатинина в моче, данные УЗИ, КТ, МРТ, скintiграфии почек.
5. Решение ситуационных задач, представляющих типичные клинические ситуации при заболеваниях почек.
6. Разбор амбулаторных карт пациентов с заболеваниями почек, в ведении которых допущены типичные ошибки.

7. Ролевые игры : маршрут пациента: кабинет доврачебного осмотра, врач общей практики, нефролог, врач приемного покоя, врач отделения стационарной помощи,.
8. Отработка практических навыков: обследование пациентов нефрологического профиля с осмотром, выявлением симптомов и синдромов, формулированием диагноза, проведением дифференциального диагноза, интерпретацией данных лабораторного и инструментального обследования, обучение пациентов принципам диетотерапии, физической активности, ведения здорового образа жизни.

Хронокарта клинического практического занятия

	45 мин
Вводное слово преподавателя, контроль посещаемости, результат проверки рефератов	2 мин
Тестирование	4 мин
Обсуждение теоретических вопросов, заслушивание докладов	7 мин
Обсуждение клинической ситуации на примере пациента и / или ситуационной задачи; отработка практических навыков	25 мин
Контроль усвоения (контрольные вопросы)	4 мин
Выставление оценок, преподаватель подводит итог занятия, дает задание на следующее	3 мин

Перечень вопросов для собеседования

1. Определение и критерии диагностики основных нефрологических синдромов.
2. Понятие и определение протеинурии, альбуминурии, микроальбуминурии.
3. Факторы прогрессирования хронических болезней почек. Немодифицируемые. Модифицируемые.
4. Диагностические критерии поражения почек.
5. Стратегия нефропротективной терапии.
6. Мультидисциплинарный подход к ведению пациентов с заболеваниями почек.

Фонд оценочных средств:

По итогам практического занятия, собеседования, тестирования и решения ситуационных задач ординатор должен освоить следующие компетенции:

* готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МК-5);

* готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании медицинской помощи в рамках общей врачебной практики (семейной медицины) (ПК-6);

* готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

* готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

* готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);

Контрольные вопросы

1. Основные функции почек и методы их оценки.
2. Проблемы оценки снижения скорости клубочковой фильтрации;
3. Основные цели нефропротекции;
4. Методы нефропротективной терапии;
5. Общие принципы коррекции артериальной гипертензии у больных нефрологического профиля.

Тесты

ПК-5

1. Экскреция калия с мочой определяется величиной:

- А. Клубочковой фильтрации
- Б. Проксимальной секреции калия
- В. Дистальной реабсорбции калия
- Г. Проксимальной реабсорбции калия
- Д. Дистальной секреции калия

2. Реабсорбция профильтровавшегося белка осуществляется в основном в:

- А. Проксимальном канальце
- Б. Петле Генле
- В. Дистальном канальце
- Г. Собирательной трубке

3. Мочевина, креатинин, глюкоза фильтруются в клубочке:

- А. Полностью
- Б. Частично

- В. Не фильтруются
- Г. Полностью фильтруется только глюкоза
- Д. Полностью фильтруется только креатинин

4. Из ниже перечисленных факторов к прекращению клубочковой фильтрации ведет:

- А. Увеличение гидростатического давления в капсуле Боумена до 15мм рт.ст.
- Б. Увеличение онкотического давления плазмы до 40 мм рт.ст.
- В. Увеличение почечного кровотока до 600 мл/мин
- Г. снижение систолического давления до 60 мм рт.ст.
- Д. ни один из перечисленных факторов

5. Назовите ведущий механизм концентрирования мочи:

- А. Активная реабсорбция Na в восходящем колене петли Генле
- Б. Активный транспорт мочевины клетками восходящего колена петли Генле
- В. Воздействие АДГ на петлю Генле
- Г. Повышение проницаемости
- Д. Активный транспорт воды в дистальном нефроне

6. У больного следующие биохимические показатели: протеинурия - 1,4г/л, азот мочевины - 38мг%, креатинин крови - 2,1 мг%, натрий сыворотки – 138 ммоль/л, креатинин мочи 77 мг%, суточный диурез 1500 мл. Величина клубочковой фильтрации равна:

- А. 12 мл/мин
- Б. 35 мл/мин
- В. 60 мл/мин
- Г. 100 мл/мин
- Д. 298 мл/мин

7. Какое утверждение, касающееся ортостатической протеинурии, неверно?

- А. Протеинурия отсутствует в горизонтальном положении пациента
- Б. У небольшого числа пациентов со временем отмечается стойкая протеинурия
- В. У большинства пациентов развивается почечная недостаточность
- Г. Суточная протеинурия не превышает 1г.
- Д. Справедливы все перечисленные положения

8. У больного следующие лабораторные показатели: креатинин крови 1,7 мг%, Na сыворотки 135 ммоль/л, калий - 2 ммоль/л, С1 крови -110 ммоль/л, HCO крови - 15 мэкв/л. Ваша дальнейшая тактика ведения больного?

- А. Определение в моче экскреции ионов водорода аммония и бета-2микроглобулина
- Б. Перевод на лечение хроническим гемодиализом
- В. Проведение пункционной биопсии почки
- Г. Исследование мочевого осадка
- Д. Исследование альдостерона мочи

9. Симптомы поражения проксимальных канальцев включают все, кроме:

- А. Почечный канальцевый ацидоз
- Б. Фосфат-диабет
- В. Почечная глюкозурия
- Г. Почечный несахарный диабет
- Д. Синдром Фанкони

10. Какие камни почек встречаются наиболее часто?

- А. Содержащие кальциевые соли
- Б. Струвиты
- В. Уратные
- Г. Цистиновые
- Д. Холестериновые

11. Какие факторы предрасполагают к развитию уратного нефролитиаза?

- А. Стойкое закисление мочи
- Б. Защелачивание мочи
- В. Гиперурикозурия
- Г. Вторичная почечная гиперурикемия
- Д. уменьшение диуреза

12. Какие состояния являются факторами риска образования кальциевых камней?

- А. Гиперфункция паращитовидных желез

- Б. Интоксикация витамином Д
- В. Дефицит витамина Д
- Г. Гипофункция паращитовидных желез
- Д. Саркоидоз

13. Какие факторы способствуют образованию оксалатных камней в почках?

- А. Избыточное потребление аскорбиновой кислоты
- Б. Синдром нарушенного всасывания
- В. Гиперурикозурия
- Г. Дефицит пиридоксина
- Д. Повышенное потребление мясной пищи

14. Какие положения, касающиеся смешанных камней почек, правильные?

- А. Образуются при инфицировании микроорганизмами, расщепляющими мочевины
- Б. Образуются в закисленной моче
- В. Образуются в моче резко щелочной реакции
- Г. Как правило, являются крупными коралловидными камнями
- Д. Не сопровождаются кристаллурией

15. У 73-летнего пациента Na сыворотки 170 ммоль/л. Какова наиболее вероятная причина гипернатриемии в данном случае?

- А. Высокое потребление соли с пищей
- Б. Уремия
- В. Дегидратация
- Г. Наличие синдрома непропорциональной продукции антидиуретического гормона
- Д. Передозировка диуретиков

16. При каких заболеваниях наиболее часто встречается нефропатия с абдоминальным синдромом?

- А. Узелковый периартериит
- Б. Острый алкогольный гепатит
- В. Васкулит с криоглобулинемией
- Г. Болезнь Шенлейн-Геноха
- Д. При всех перечисленных заболеваниях

ПК-6

17. У 19-летней больной, получающей 15 мг преднизолона по поводу периферической формы СКВ, на сроке беременности 6-8 кед. впервые появились признаки поражения почек: отеки, протеинурия до 8г в сутки, альбумин сыворотки крови 22г/л. Выберите тактику дальнейшего ведения больной:

- А. Увеличение дозы преднизолона до 30 - 40 мг в сутки и сохранение беременности
- Б. Увеличение дозы преднизолона до 80 мг в сутки с последующим прерыванием беременности
- В. Прерывание беременности на фоне высокой дозы преднизолона с последующей пульс-терапией глюкокортикоидами и цитостатиками.

18. Сочетание язвенно-некротического поражения верхних дыхательных путей и поражения почек характерно для:

- А. Лекарственного нефрита
- Б. Хронического нефрита
- В. Гранулематоза Вегенера
- Г. Геморрагического васкулита
- Д. Амилоидоза

19. Сочетание синдрома злокачественной гипертонии с прогрессирующим снижением функции почек и асимметричным полиневритом характерно для:

- А. Хронического нефрита гипертонического типа
- Б. СКВ
- В. Узелкового периартериита
- Г. Амилоидоза с поражением почек
- Д. Геморрагического васкулита

20. Назовите заболевание встречающееся у мужчин и характеризующееся гематурией в сочетании с кожными высыпаниями и абдоминалгиями:

- А. Геморрагический васкулит
- Б. Острый нефрит
- В. Узелковый периартериит
- Г. Смешанная криоглобулинемия
- Д. СКВ

21. О каком заболевании Вы подумаете прежде всего, если у молодой женщины отмечается грубый систолический шум над правой сонной артерией, отсутствует пульс на правой лучевой артерии и выявляется выраженный гипертонический синдром?

- А. СКВ
- Б. Неспецифический аортоартериит
- В. Фибромускулярная гиперплазия
- Г. Лекарственная болезнь
- Д. Узелковый периартериит

22. Протеинурия Бенс-Джонса характерна для:

- А. Хронический нефрит
- Б. Хронический пиелонефрит
- В. Множественная миелома
- Г. Поликистоз почек
- Д. Рак паренхимы почек

23. Выраженная протеинурия (более 4гр/сутки) без формирования нефротического синдрома в сочетании с гиперпротеинемией заставит Вас подумать прежде всего о:

- А. Циррозе печени
- Б. Хроническом нефрите латентного течения
- В. Туберкулезе почек
- Г. СКВ
- Д. Парапротеинемических гемобластозах

Ситуационные задачи:

ПК-5, ПК-6

1. 16-летний юноша поступил по поводу массивных отеков, которые держатся в течение 4 месяцев. Бледность, анасарка, пульс 76 уд. в мин, АД 120/80 мм рт.ст.. В анализе крови - НВ 130 г/л, тромбоциты 240000, СОЭ - 24мм/час. В анализе мочи - отн. плотность 1023, белок 16 г/сутки, лейкоциты 2-4 в поле зрения, эритроциты - нет, гиалиновые цилиндры. Общий белок крови 43 г/л, альбумин 17г/л, креатинин 1,2мг%, холестерин 560мг%

1.1 Какую картину можно скорее всего ожидать при биопсии почки?

- А. Множественные мелкие кисты диаметром 1-2мм
- Б. Утолщение клубочковых базальных мембран с множественными субэпителиальными электронноплотными депозитами
- В. Нормальные клубочки при световой микроскопии и диффузное слияние ножковых отростков подоцитов при электронной микроскопии
- Г. Линейные отложения Ig G вдоль базальной мембраны клубочка
- Д. Отложение в клубочках аморфных масс, окрашиваемых конго-рот и тиофлавином-

1.2. Больного лечили фуросемидом внутривенно без эффекта. Какое лечение следует предпринять?

- А. Большие дозы преднизолона
- Б. Антибиотики
- В. Индометацин
- Г. Цитостатики
- Д. Ни одно из этих средств

1.3 Какой из методов обследования не показан больному?

- А. Биопсия почки
- Б. Определение селективности протеинурии
- В. Аортография
- Г. Определение ОЦК
- Д. Определение активности ренина плазмы

ПК-5, ПК-6

2. 22-летняя женщина поступила с жалобами на лихорадку, слабость, отеки, боли в грудной клетке при дыхании, боли в мелких суставах рук и ног. Заболела 4 месяца назад после родов. При обследовании: температура тела 38,4, пульс 100 в мин., АД 140/90 мм рт.ст., суставы отечные, болезненные. Шум трения плевры, отеки голеней и стоп, диурез 500 мл в сутки. Лабораторные данные: НВ 102 г/л, лейкоциты 3600, тромбоциты 118000, СОЭ 45 мм/час. В анализах мочи: относительная плотность

1014, белок 5 г/л, эритроциты 60-80 в поле зрения, лейкоциты 6-8 в поле зрения. Общий белок 56 г/л, альбумин 27 г/л, креатинин 23мг%, холестерин 220мг%.

2.1. У больной:

- А. Амилоидоз
- Б. Острый нефрит
- В. Гранулематоз Вегенера
- Г. Ревматоидный артрит
- Д. Волчаночный нефрит

2.2. Укажите ведущий нефрологический синдром:

- А. Нефротический синдром
- Б. Хроническая почечная недостаточность
- В. Быстро прогрессирующий нефрит
- Г. Канальцевые дисфункции
- Д. Гематурия

2.3. Тактика ведения больной:

- А. Сделать биопсию почки
- Б. Монотерапия преднизолоном 60 мг/сутки
- В. Назначение преднизолона 60мг/сут, на фоне которого проводить пульс-терапию преднизолоном и циклофосфаном.

ПК-5, ПК-6

3. Б-я 28 лет, воспитатель детского сада

4 года назад, во второй половине беременности, впервые были выявлены протеинурия, лейкоцитурия, эритроцитурия. После родов анализы мочинормализовались. Около 2-х недель назад, после перенесенного гриппа, появились сильные боли в поясничной области справа, иррадиирующие в пах, учащенное болезненное мочеиспускание, ознобы, лихорадка до 39 С. При амбулаторном обследовании выявлена протеинурия 0,125г/л, лейкоцитурия 25-30 вп/зр, эритроцитурия 8-10вп/зр, уд.вес мочи 1016. В крови лейкоциты $13,6 \times 10^9$ /л, СОЭ-30мм/час.

Назначенная терапия эритромицином в дозе 1г в сутки существенного эффекта не дала, хотя температура снизилась до субфебрильных цифр. Неэффективна

оказалась также терапия спазмолитиками.

I. Укажите наиболее вероятный диагноз:

- а) Острый пиелонефрит
- б) Обострение хронического пиелонефрита
- в) Мочекаменная болезнь, осложненная пиелонефритом
- г) Хронический гломерулонефрит латентного течения в стадии обострения

II. Наиболее информативными исследованиями для уточнения диагноза функционального состояния почек являются:

- а) Экскреторная урография
- б) Ультразвуковое исследование почек
- в) Биопсия почки
- г) Хромоцистоскопия
- д) Посев мочи
- е) Проба Зимницкого
- ж) Проба Реберга

III. Лечение больной должно включать:

- а) восстановление пассажа мочи (обильное питье, при необходимости катетеризация мочеточников, оперативное вмешательство)
- б) антибактериальные препараты. Выбрать из перечисленных наиболее эффективный в данном случае:
 1. Полусинтетические пенициллины
 2. Цефалоспорины
 3. Гентамицин
 4. Бисептол
 5. Фурагин

IV. В чем причина неэффективности терапии:

- а) Неправильно поставленный диагноз
- б) Неверный выбор препарата
- в) Неадекватная доза препарата
- г) Невозможность антибактериальной терапии из-за непереносимости многих антибиотиков

ПК-10

4. Б-я 40 лет, продавец В возрасте 20 лет после родов (крупная двойня), отмечали общий спланхноптоз. Через 13 лет появились головные боли, слабость, тошнота, периодически боли в поясничной области. При обращении к врачу зарегистрировано повышение АД до $150/100$ мм. рт.ст. В единственном анализе мочи обнаружены бактерии, других изменений не выявлено. Диагностирована гипертоническая болезнь. Гипотензивная терапия с самого начала малоэффективна. Со временем АД установилось на цифрах: $180-190/110-120$ мм. рт.ст., течение заболевания осложнилось частыми гипертоническими кризами с подъемом АД до $230/130$ мм. рт.ст. Через 7 лет существования артериальной гипертензии впервые госпитализирована для обследования, в результате которого был установлен диагноз: Двусторонний нефроптоз, Хронический пиелонефрит. Симптоматическая гипертензия.

Укажите причины диагностической ошибки:

- А) недооценка анамнеза
- Б) недостаточное обследование
- В) неправильная трактовка лабораторных данных
- Г) тяжелое общее состояние, не позволяющее выполнить полное обследование.

ПК-5, ПК-6, ПК-10

Вызов врача общей практики на дом. Больной 38 лет, жалобы на общую слабость, сонливость, быструю утомляемость, снижение аппетита, тошноту, зуд кожных покровов, одышку при физической нагрузке, постоянные головные боли и отечность лица. Год назад начали беспокоить головные боли, общая слабость. К врачу не обращался. Последние 2 месяца усилилась общая слабость, появился кожный зуд, одышка, сонливость, тошнота, снижение аппетита, ноющие боли в животе, склонность к поносам.

Объективно: Общее состояние ср.тяжести, сонливость. Положение тела активное. Геморрагические высыпания на голени. Кожные покровы бледные, сухие, со следами расчесов, отеки лица, голеней. Перкуторно над легкими легочный звук, дыхание везикулярное. Верхушечный толчок в V м/р слева на 2,0 см кнаружи от срединно-ключичной линии, границы отн. сердечной тупости: верхняя – край 3 ребра, правая – правый край грудины, левая совпадает с верх. толчком. Серд. ритм правильный, акцент II тона во 2 межреберье справа. ЧСС – 76 уд. в мин., АД – $210/120$ мм рт. ст. Язык сухой, обложен коричневатым налетом. Печень и селезенка не увеличены. С-м поколачивания «-» с обеих сторон.

ОАК: эр- $3,1 \times 10^{12}$; Нв – 94 г/л, цв. показ. – 0,8; Л – $7,4 \times 10^9$, э-2, п-9, с-41, л-39, м-9, СОЭ-15 мм/час.

ОАМ: цвет – светло-желтый, сахара нет, белок – 0,1 г/л, плотность 1006, лейкоциты – 3-4 в п/зр, эритроциты – 5-8 в п/зр, единичные гиалиновые цилиндры.

Креатинин крови – 915 мкмоль/л, мочевины – 24,2 мкмоль/л.
ЭКГ – синусовый ритм, гипертрофия левого желудочка, метаболические изменения в миокарде.

Задания:

1. Выделите осн. синдромы.
2. Укажите диф-диагн. ряд заболеваний с учетом ведущих синдромов.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Какие дополнительные исследования целесообразно провести больному.
5. Составьте план лечения.
1. Порядок взаимодействия врача общей практики с другими специалистами

Ответы:

1. Интоксикационный, гипертонический, отечный, анемический, мочевого, ПН.
2. По мочевому – ОГН, характерен высокий удельный вес, Эр>L, Хр гломерулонефрит. Уд вес снижается, Эр>L, хр пиелонефрит. L>Эр, бактериоурия. По АД-диабетическая нефропатия, поражение почек при ГБ.
3. Хр гломерулонефрит, ХПН, терминальная стадия, на терминальной стадии ХПН различия между заболеваниями, вызвавшими ее развитие, стираются.
4. УЗИ почек, проба Зимницкого, пробы Роберга-Тареева ОАМ, по Земницкому сохранение концентр. функции почек, по Нечипоренко Эр>L, ОАК, б/х крови – снижение белка, проба Реберга-Тареева- снижение скорости клубочковой фильтрации, опр. суточной протеинурии. Иссл. гл. дна, биопсия почек.
5. Диета малобелковая. Соль до 6-8 гр/сут. Белок 1г/кг веса в сутки. Огранич. жидкости: сут. диурез + 500. Ограничительный режим: избегать переохлаждения, ОРЗ. Иммуносупрессивная терапия. Гепарин 10 тыс 4р/день. Курантил 400-600 мг в сутки. Антигипертензивная терапия. Коррекция гиперкалиемии: Диуретики (Фуросемид). Гемодиализ, ионообменные полистереновые смолы. Коррекция метаболического ацидоза 4,2% р-р гидрокарб. Na, коррекция Са-Р обмена. Плановый гемодиализ. Лечение анемии: чел рекомбинантный эритропоэтин. Пересадка почек.

ПК-5, ПК-6, ПК-10

Вызов врача общей практики на дом. У больной 25 лет после очередной ангины, спустя 3 нед. появились отеки на лице, головные боли, слабость. Отеки прогрессировали, отмечалось усиление головных болей, появилось головокружение, шум в ушах, прогрессивно снижалась острота зрения. На 7 день количество мочи уменьшилось, появились диплопия, чувство тяжести в подреберьях, рвота. Больная потеряла сознание, внезапно возникли тонические, а затем клонические судороги. Зарегистрированы высокие цифры АД – 240/140 мм рт. ст. Через 20 мин больная пришла в сознание, но оставалось заторможенной, речь была затруднена.

Задания:

2. Каков предположительный диагноз?
3. Какие дополнительные исследования должны подтвердить диагноз?
4. Ваши экстренные мероприятия.
5. Назначьте лечение.
6. Порядок взаимодействия врача общей практики с другими специалистами

Ответы:

О гломерулонефрит, эклампсия
ОАМ, по Земницкому сохранение концентрационной функции почек, по Нечипоренко Эр>L, ОАК, б/х крови – снижение белка, антистрептолизин – О, проба Реберга-Тареева- снижение скорости клубочковой фильтрации, определение сут. протеинурии, мазок из зева на выявление – стрептококка. Исслед. гл. дна, УЗИ почек.

Сульфат магния 20мл 25% р-ра. Диазепам, промедол,
6. 1- госпитализация 4-8 недель + 2 недели после выписки. Постел. режим – 2 недели.
Диета. Безсолевая, ограничение воды = сут. диурез + 200-400 мл, ограничение белков.
Медикаментозное: АБ (бензилпенициллин) по 1-2 млн ед/сут, подавление аутоимунных
реакций – (1)преднизолон 50-60 мг 1 мес, (2)цитостатики (при неэффективности ГК),
(3)гепарин, (4)антиагреганты, диуретики, антигипертензивная терапия

Рекомендуемая литература

Основная литература:

1. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html>
2. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html>
3. Основы внутренней медицины [Электронный ресурс] / Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеев, В. С. Моисеев ; под. ред. В. С. Моисеева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970427729.html>