

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Тема: Понятие о ХБП. Факторы риска. Принципы диагностики, лечения, профилактики. Роль врача общей практики

Цель: закрепить знания по диагностике и тактике ведения пациентов с хронической болезнью почек (ХБП) на различных этапах оказания медицинской помощи.

Задачи: рассмотреть этиологию и патогенез ХБП, изучить критерии установления диагноза, основные принципы оказания плановой и неотложной помощи, рациональной терапии, реабилитации и профилактики

Иметь представление об организации медицинской помощи пациентам с ХБП, последовательности работы на амбулаторном и стационарном этапах, об основных методах обследования и лечения пациентов с ХБП в соответствии с порядком оказания медицинской помощи пациентам нефрологического профиля.

Ординатор должен знать: основные причины, факторы риска возникновения, развития и прогрессирования ХБП, наиболее важные аспекты патогенеза; современную классификацию, клиническую картину, принципы профилактики, реабилитации и лечения с конкретизацией медикаментозных и немедикаментозных подходов.

Ординатор должен уметь: заподозрить наличие, обследовать и диагностировать пациентов с ХБП, сформулировать диагноз, назначить лечение согласно современным международным, национальным клиническим рекомендациям, протоколам, порядкам и стандартам оказания медицинской помощи; обосновать показания к назначению различных модификаций малобелковой диеты, рассчитать необходимую суточную квоту белка, фосфора, калия, общего калоража, рассчитать дозы различных лекарств в зависимости от стадии хронической почечной недостаточности, рассчитать дозы бикарбоната натрия для коррекции метаболического ацидоза, определить срочные показания к проведению гемодиализа, разработать программы индивидуальной профилактики и реабилитации.

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

Учебно-тематический план темы:

Практические занятия – 2 часа

Всего – 2 часа

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, моче, данные УЗИ, КТ, МРТ, сцинтиграфии почек.
5. Решение ситуационных задач, представляющих типичные клинические ситуации при заболеваниях почек.
6. Разбор амбулаторных карт пациентов с ХБП, 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

Хронокарта клинического практического занятия	90 мин
Вводное слово преподавателя, контроль посещаемости	4 мин
Тестирование	9 мин
Обсуждение теоретических вопросов	18 мин
Обсуждение клинической ситуации на примере пациента и / или ситуационной задачи; отработка практических навыков	45 мин
Контроль усвоения (контрольные вопросы)	9 мин
Выставление оценок, преподаватель подводит итог занятия, дает задание на следующее	5 мин

Перечень вопросов для собеседования

1. Определение и сущность ХБП.
2. Диагностические критерии ХБП.
3. Факторы риска развития ХБП.
4. Классификация ХБП.

5. СКФ-основной показатель стадии ХБП.
6. Тактика ведения пациентов с ХБП на каждой стадии развития ХБП.
7. Мультидисциплинарный подход к ведению пациентов с ХБП.

Фонд оценочных средств:

Тесты

ПК-5

1. Самыми частыми причинами развития хронической болезни почек являются:

- a) Хронический пиелонефрит
- b) Хронический гломерулонефрит
- c) Артериальная гипертензия
- d) Сердечная недостаточность
- e) Сахарный диабет

2. ХБП определяется, как повреждение почек в течение:

- a) 1 месяца
- b) Менее 3 месяцев
- c) Более 3 месяцев
- d) 6 месяцев
- e) Более года

3. Стадия ХБП определяется по величине:

- a) Скорости клубочковой фильтрации (СКФ)
- b) Протеинурии
- c) Артериальной гипертензии
- d) Длительности заболевания
- e) Эритроцитурии

4. Предрасполагающими факторами к возникновению ХБП являются:

- a) Детский возраст
- b) Пожилой возраст
- c) Семейный анамнез (наследственность)
- d) Длительный прием НПВП
- e) Артериальная гипертензия

5. Подозрения на ХБП должны возникнуть при наличии следующих признаков:

- a) Анемия неясного происхождения
- b) Низкий удельный вес мочи
- c) Полиурия и никтурия
- d) Артериальная гипертензия
- e) Отеки

6. Функция почек может оцениваться с помощью следующих показателей:

- a) Мочевина плазмы крови
- b) Креатинин плазмы крови
- c) Скорость клубочковой фильтрации (СКФ)
- d) Цистатин С
- e) Остаточный азот

7. Расчетными методами оценки СКФ/клиренса креатинина являются:

- a) MDRD
- b) Проба Реберга-Тареева
- c) Формула Кокрофта-Голта

- d) Проба Амбурже
- e) Проба Нечипоренко

8. Для своевременного выявления ХБП необходимо провести следующие исследования:

- a) Биохимический анализ крови (креатинин)
- b) Измерение веса, роста
- c) Расчет клубочковой фильтрации
- d) Общий анализ мочи
- e) Исследование суточной протеинурии / микроальбуминурии

9. Факторами прогрессирования ХБП являются:

- a) Артериальная гипертензия
- b) Гипергликемия
- c) Дислипидемия
- d) Курение
- e) Выраженная протеинурия

10. Целевыми значениями артериального давления при ХБП являются:

- a) АД менее 120/70 мм рт.ст.
- b) АД менее 130/80 мм рт.ст.
- c) АД менее 140/80 мм рт.ст.
- d) АД более 110/60 мм рт.ст.
- e) АД не более 150/85 мм рт.ст.

ПК-6

11. Препаратами выбора для коррекции артериальной гипертензии при ХБП являются:

- a) ИАПФ
- b) Селективные β -блокаторы
- c) Блокаторы рецепторов ангиотензина II
- d) Диуретики
- e) Селективные α -адреноблокаторы

12. При нарушении функции почек препаратами выбора для коррекции артериальной гипертензии являются следующие ИАПФ, обладающие минимальной почечной экскрецией:

- a) каптоприл
- b) эналаприл
- c) трандоприл
- d) моэксиприл
- e) фозиноприл

13. Отмена ИАПФ требуется при:

- a) гиперкалиемия (калий более 6.0 моль/л)
- b) креатинин более 265 мкмоль/л
- c) при снижении СКФ на 30 % от исходной
- d) при снижении СКФ на 50 % от исходной
- e) креатинин более 160 мкмоль/л

14. Заместительная почечная терапия проводится на следующих стадиях ХБП:

- a) ХБП 1 ст.
- b) ХБП 2 ст.
- c) ХБП 3 ст.
- d) ХБП 4 ст.
- e) ХБП 5 ст.

15. Тиазидные диуретики могут использоваться при ХБП:

- a) любой стадии
- b) 1 стадии

- c) 4 стадии
- d) 5 стадии
- e) 2 стадии

16. Препаратом выбора для коррекции дислипидемии при ХБП является:

- a) симвастатин
- b) аторвастатин
- c) розувастатин
- d) никотиновая кислота
- e) клофибрат

17. Целевой уровень гликированного гемоглобина при ХБП, вызванной сахарным диабетом является:

- a) < 6,2%
- b) < 4,0%
- c) > 6,5%
- d) < 10,0%
- e) >7,2%

Клинические задачи

Больная К., 68 лет, экономист, поступила с жалобами на сильные боли в поясничном отделе позвоночника, длительную субфебрильную температуру, похудание, слабость. Вышеуказанные жалобы появились и стали нарастать в течение года. При амбулаторном обследовании выявили протеинурию 0,5-3 г/сутки, увеличение СОЭ до 50 мм/час. При обследовании в стационаре: состояние средней тяжести, положение активное. Бледность кожных покровов. Отечность лица, голеней. Болезненность при поколачивании по костям черепа, ребрам. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Перкуторно - ясный легочный звук. ЧД 18 в мин. Границы сердца не изменены, тоны ясные, шумов нет. ЧСС 80 в мин. АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, б/болезненный. Печень по Курлову 12/3-10-9 см. Селезенка не пальпируется. Дизурических явлений нет. Поколачивание по поясничной области б/болезненно. В крови: НВ 75 г/л, СОЭ 70 мм/час. Креатинин крови 400 ммоль/л. общий белок 80 г/л, гамма-глобулины 35%. В моче: относительная плотность 1005-1012, суточная протеинурия 6 г. выявлен белок Бенс-Джонса. Рентгенологически – остеолитические очаги в костях черепа, ребрах.

1. Укажите диагноз, его обоснование, какие исследования необходимы для подтверждения диагноза

2. Особенности поражения почек при данной патологии.

3. Оцените функцию почек.

4. Принципы лечения, прогноз

ПК-5, ПК-6

Больной К., 53 лет, с длительным анамнезом ревматоидного артрита, нерегулярно принимающий метотрексат, поступил с жалобами на отеки ног, ощущение тяжести в правом подреберье. При осмотре обнаружено: деформация дистальных суставов пальцев рук, отеки голеней, увеличение размеров печени и селезенки. В общем анализе мочи протеинурия до 10 г/сут, эритроциты 8-10 в поле зрения. В биохимическом анализе крови: холестерин 7,9 ммоль/л, ЛПНП 3,5, триглицериды 2,8, альбумин 28 г/л, креатинин 145, СКФ 54.

1. Назовите предположительный диагноз и его обоснование
2. Какие исследования необходимо провести для обоснования диагноза
3. Тактика лечения

Больная К., 27 лет, с 17 лет страдает ревматоидным артритом, лечился повторными курсами преднизолона, поступил с жалобами на отеки нижних конечностей, увеличение живота в объеме. При осмотре: отеки голеней, увеличение живота в объеме за счет асцита. В общем анализе мочи: белок до 10 г/сут. В анализах крови: белок 46 г/л, альбумин 28 г/л, холестерин 10,4 ммоль/л, СОЭ 58 мм/ч.

1. Назовите предположительный диагноз и его обоснование
2. Какие исследования необходимо провести для обоснования диагноза
3. Тактика лечения

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

1. Предварительный диагноз.
2. План обследования. Какой наиболее достоверный способ диагностики заболевания почек.
3. Лечение.

Контрольные вопросы

1. Определение и идентификация прогрессии ХБП;
2. Проблемы оценки снижения скорости клубочковой фильтрации;
3. Методы нефропротективной терапии;
4. Механизмы нефросклероза;
5. Причины гиперфильтрации;
6. Изменение продукции эритропоэтина при ХБП.
7. Нарушение фосфорно - кальциевого обмена у больных с ХБП.
8. Основные показания к амбулаторной консультации нефролога. ПК-10
9. Основные цели нефропротекции;
10. Лечение анемии у больных с ХБП.
11. Общие принципы коррекции артериальной гипертензии у больных с ХБП;

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>