

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Тема: Хронический гломерулонефрит. Диагностика. Тактика врача общей практики

Цель: закрепить знания по диагностике и тактике ведения пациентов с хроническим гломерулонефритом на различных этапах оказания медицинской помощи.

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

Иметь представление об организации медицинской помощи пациентам с хроническими гломерулонефритами, последовательности работы на амбулаторном и стационарном этапах, основные методы обследования и лечения и их применении в соответствии с порядком оказания медицинской помощи по соответствующему профилю.

Ординатор должен знать: основные причины, факторы риска возникновения, развития и прогрессирования хронического гломерулонефрита, 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 хроническим гломерулонефритом, сформулировать диагноз, назначить лечение согласно современным международным, национальным клиническим рекомендациям и протоколам, порядкам и стандартам оказания медицинской помощи по профилю заболевания; разработать программы индивидуальной профилактики и реабилитации.

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

Учебно-тематический план темы:

Практические занятия – 1 час
Самостоятельная работа – 1 час
Всего – 2 часа

Клиническое практическое занятие включает в себя:

1. Вводный контроль (тесты).
2. Беседа по теме занятий.
3. Клинический разбор пациентов с хроническим гломерулонефритом
4. Интерпретация исследований анализа мочи, СКФ, биохимических показателей, ЭКГ при гиперкалиемии

5. Решение ситуационных задач, представляющих типичные клинические ситуации при хроническом гломерулонефрите.
6. Отработка практических навыков: обследование пациентов с хроническим гломерулонефритом с осмотром, выявлением симптомов и синдромов, формулированием диагноза, проведением дифференциального диагноза, интерпретация данных лабораторных и инструментальных, обучение пациентов принципам диетотерапии, физической активности, ведения здорового образа жизни.

Хронокарта клинического практического занятия

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

Перечень вопросов для собеседования

1. Классификация ХГН
2. Принципы диагностики ХГН
3. Вторичные ХГН
4. Патогенетическая терапия ХГН
5. Синдромы при ХГН
6. Симптоматическая терапия ХГН
7. Прогноз при ХГН
8. Реабилитация при ХГН
9. Роль врача общей практики в ранней диагностике ХГН

Самостоятельная работа

Формы самостоятельной работы и контроля

Вид работы	Контроль выполнения работы
Подготовка к аудиторным занятиям (проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе)	Собеседование
Работа с учебной и научной литературой	Собеседование

Фонд оценочных средств:

22. Какой фактор не является прогностически неблагоприятным при БПГН?

- А. Полулуния более чем в 80% клубочков
- Б. Микрогематурия
- В. Выраженный интерстициальный фиброз и атрофия канальцев

- Г. Гломерулосклероз и фиброзные полулуния
- Д. Олигурия

23. Какое утверждение, касающееся болезни Берже (Ig A-нефрит), неверно?

- А. У большинства больных отмечается НС
- Б. Наиболее частым клиническим проявлением служит бессимптомная гематурия
- В. Чаще болеют мальчики и мужчины
- Г. Существует тесная связь с респираторной инфекцией
- Д. Патогномоничны депозиты Ig A в мезангии клубочков

24. Укажите морфологическую форму нефрита, при которой лечение преднизолоном бесперспективно:

- А. Минимальные изменения
- Б. Мезангиопролиферативный
- В. Фибропластический
- Г. Мезангиомембранозный
- Д. Мембранозный

25. Укажите состояние, при котором назначение стероидов абсолютно противопоказано:

- А. Нефрит с минимальными изменениями
- Б. Активный волчаночный нефрит
- В. Истинная склеродермическая почка
- Г. Поражение почек при гранулематозе Вегенера
- Д. Мезангиопролиферативный нефрит

26. Укажите адекватную дозу преднизолона на 1 кг веса больного, которая применяется для лечения ХГН нефротического типа

- А. 0,3 - 0,4 мг
- Б. 0,5 - 0,6 мг
- В. 0,7 - 0,8 мг
- Г. 1 мг

27. Основные показания к назначению преднизолона при нефрите следующие, кроме:

- А. Давность нефрита менее 2-х лет
- Б. Наличие нефротического синдрома
- В. Лекарственный нефрит
- Г. Нефрит с минимальными изменениями
- Д. Нефрит в стадии ХПН

28. Эффективность терапии стероидами сомнительна при следующих состояниях, кроме:

- А. ХГН гипертонического типа
- Б. ХГН латентного типа

- В. Амилоидоз с поражением почек
- Г. Активный волчаночный нефрит
- Д. Терминальный нефрит

29. В нефрологии, как правило, цитостатические препараты применяются при:

- А. Узелковом периартериите с поражением почек
- Б. Активном волчаночном нефрите
- В. ХГН нефротического типа
- Г. Быстро прогрессирующем нефрите
- Д. При всех перечисленных заболеваниях

30. К побочным действиям цитостатиков относятся следующие состояния, кроме:

- А. Лейкопения
- Б. Агранулоцитоз
- В. Инфекционные осложнения
- Г. Олиго-азооспермия
- Д. Сахарный диабет

31. Какие проявления имеют значение для дифференциальной диагностики острого и хронической гломерулонефрита?

- А. Наличие стойкой артериальной гипертонии
- Б. Величина протеинурии
- В. Гипертрофия левого желудочка
- Г. Снижение относительной плотности мочи
- Д. Макрогематурия

32. Какие методы могут быть использованы для дифференциальной диагностики преходящей почечной недостаточности при ОГН от хронической необратимой почечной недостаточности, связанной с ХГН?

- А. Проба Реберга
- Б. Ультразвуковое исследование почек
- В. Проба Зимницкого
- Г. Провокационная проба с преднизолоном
- Д. Определение уровня мочевины сыворотки

24. Укажите морфологическую форму нефрита, при которой лечение преднизолоном бесперспективно:

- А. Минимальные изменения
- Б. Мезангиопролиферативный
- В. Фибропластический
- Г. Мезангиомембранозный
- Д. Мембранозный

25. Укажите состояние, при котором назначение стероидов абсолютно противопоказано:

- А. Нефрит с минимальными изменениями
- Б. Активный волчаночный нефрит
- В. Истинная склеродермическая почка
- Г. Поражение почек при гранулематозе Вегенера
- Д. Мезангиопролиферативный нефрит

47. У 22-летнего больного, страдающего ХГН нефротического типа, на коже левого бокового отдела живота появился четко отграниченный участок яркой эритемы с плотным отеком кожи, подкожной клетчатки, валиком по периметру. Температура тела повышена до фебрильных цифр. Титры антистрепто-лизина и антигиалуронидазы повышены. Уровень альбуминов сыворотки 28 г/л. Наиболее вероятная причина описанных изменений кожи:

- А. Рожеподобная эритема при нефротическом кризе
- Б. Рожистое воспаление кожи
- В. Тромбофлебит подкожных вен
- Г. Узловатая эритема
- Д. Опоясывающий лишай

48. У 45 – летнего больного обнаружены гипертрофия околоушных слюнных желез, контрактура Дюпюитрена, протеинурия 2,5г/л, гематурия (50-60 эритроцитов в поле зрения). Уровень IgA в крови повышен. Наиболее вероятный диагноз:

- А. Болезнь Берже
- Б. Гломерулонефрит при геморрагическом васкулите
- В. Гломерулонефрит алкогольной этиологии
- Г. Волчаночный нефрит
- Д. Пиелонефрит

49. У 19-летнего больного после гриппа появилась стойкая макрогематурия, одышка, кровохарканье. На рентгенограммах грудной клетки - признаки двустороннего симметричного диссеминированного поражения. В течение 2 недель состояние пациента ухудшилось, уровень креатинина крови повысился до 3,7мг%. Наиболее вероятный диагноз:

- А. Постинфекционный гломерулонефрит
- Б. Гранулематоз Вегенера
- В. Синдром Гудпасчера
- Г. Гломерулонефрит при геморрагическом васкулите
- Д. Паранеопластическая нефропатия при бронхогенном раке

50. Патогномоничным признаком синдрома Гудпасчера, выявляемом при

иммунофлюоресцентном исследовании биоптата почки, является обнаружение иммунных депозитов на БМК:

- А. С гранулярным отложением
- Б. С линейным отложением
- В. С включением в них IgM

51. 50-летняя больная жалуется на упадок сил и боли в позвоночнике. Уровень гемоглобина крови 65 г/л, протеинурия 22 г в сутки, уровень альбумина сыворотки 43 г/л. Наиболее вероятен диагноз:

- А. ХГН в стадии уремии
- Б. Миеломная болезнь
- В. Вторичный амилоидоз с поражением почек
- Г. Хронический пиелонефрит
- Д. Поликистоз почек

52. Для миеломной почки характерны:

- А. Протеинурия от следовой до выраженной
- Б. Гематурия
- В. Нефротический синдром
- Г. Канальцевые нарушения
- Д. Артериальная гипертония

53. Какие положения, касающиеся ХГН алкогольной этиологии, правильные?

- А. Характеризуется четкой связью активности почечного процесса с алкогольным эксцессом
- Б. Часто сочетается с поражением печени, поджелудочной железы и миокардиодистрофией
- В. Протекает в виде БПГН
- Г. Сопровождается высоким уровнем IgA в сыворотке крови
- Д. Сопровождается высоким уровнем IgG и низкой активностью компонента сыворотки

Контрольные вопросы

1. Морфологическая и иммуноморфологическая диагностика ХГН ПК-5
2. Иммуносупрессивная терапия при ХГН ПК-6
3. Роль ингибиторов АПФ в терапии ХГН ПК-6
4. Какие климатические курорты могут быть рекомендованы в программе реабилитации ХГН

Ситуационные задачи

ПК-5. ПК-6

Больной В., 26 лет, юрист, обратился 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: 37,2° С.. Кожа сухая, бледная, одутловатость лица, отеки на ногах. Левая граница относительной сердечной тупости определяется по левой среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 78 в мин., АД 180/100 мм рт.ст. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, безболезненный.

Задания:

Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

1. Назовите необходимые дополнительные исследования.
2. Перечислите возможные осложнения.
3. Принципы терапии

ПК-5,9,10

ольной Н., 57 лет обратился к врачу с жалобами на слабость, быструю утомляемость, подъем температуры до 38,5 °С, боли в области поясницы, отеки ног, рук, отечность лица, больше в утреннее время, головную боль. Свое состояние связывает с переохлаждением. В анамнезе 2 года назад при обследовании по поводу повышенного АД в анализах мочи были выявлены протеинурия, гематурия, лейкоцитурия. Был поставлен диагноз: «хронический гломерулонефрит, латентная форма». Больной поставлен на учет, однако в последующий период к врачу не обращался.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, гиперемия слизистой вокруг зева. В легких везикулярное дыхание с жестковатым оттенком, ЧДД — 20 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, АД — 190/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень на 1 см ниже края реберной дуги, безболезненна. Симптом поколачивания слабоположительный с двух сторон. Выраженные отеки голеней, рук, лица.

Задание:

1. О какой форме хронического гломерулонефрита идет речь?
2. Диагностические критерии постановки диагноза..
3. Выбор ведения пациента – в амбулаторных условиях или госпитализация?
4. Мотивируйте пациента к соблюдению врачебных рекомендаций

У больной К., 35 лет, швеи-закройщицы, в течение 7 месяцев - нарастание протеинурии до 5 г/сутки, появление отеков лица, ног, артериальной гипертонии до 200/110 мм рт.ст. Значительно ухудшилось зрение. В течение последнего месяца отмечается олигурия.

Объективно: Бледность кожи. Отеки лица, голеней. ЧД 20 в мин. Тоны сердца ясные, акцент 2 тона на аорте. ЧСС 86 в мин. АД 180/100 мм рт.ст. Печень не увеличена. На глазном дне: выраженное сужение артериол, отек диска зрительного нерва, кровоизлияния на глазном дне.

В крови: НВ 80 г/л, альбумин 28 г/л, креатинин 560 мкмоль/л, калий 7,2 ммоль/л, холестерин 6 ммоль/л.

В моче: относительная плотность 1007-1009. Суточная протеинурия 4,9 г. В осадке мочи: эритроциты 20-25 в поле зрения, цилиндры 10-20 в поле зрения.

Скорость клубочковой фильтрации 30 мл/мин.

Бипсия почки: экстракапиллярная пролиферация эпителия капсулы клубочков с образованием полулуний, фибриноидный некроз клубочков, отложения иммуноглобулинов, иммунных комплексов, комплемента (при иммуногистохимическом исследовании)

ПК-5, ПК-6

Больной М., 17 лет, при поступлении жалоб не предъявлял. Неделю назад появились катаральные явления, поднялась субфебрильная температура. На 3-й день от начала заболевания заметил изменение цвета мочи - стала красноватая. Направлен в стационар.

При поступлении состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски и влажности. АД - 120/80 мм рт. ст. В легких при аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, ясные. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное, отеков нет. При обследовании - общий анализ мочи: уд. вес - 1018, белок - 0,18 г/л, лейкоц. - 1-2-3 в п/зр., эр. - много в п/зр., цилиндры гиалиновые, зернистые; общий анализ крови : без особенностей.

1. Предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз.
4. Лечение.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

1. УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, размеры 10-5 см, паренхима - 19 мм, несколько повышенной эхогенности, ЧЛК не изменен, подвижность почек в положении стоя не увеличена. Теней подозрительных на конкременты не выявлено.
2. УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, размеры справа 11-5,5 см, слева 10,5-5 см, паренхима - 16 мм, не уплотнена, однородной структуры. ЧЛК справа деформирован, в нижней чашечке эхопозитивная тень размером 1*0,8 см. Подвижность почек не изменена.
3. Анализ мочи на БК люминесцентным методом: не обнаружено.
4. Проба Зимницкого: дневной диурез - 700 мл, ночной диурез - 500 мл, уд. вес - 1008-1026.
5. Проба Зимницкого: дневной диурез - 900 мл, ночной диурез - 1300 мл, уд. вес - 1001-1006.
6. Уровень креатинина - 88 мкмоль/л, мочевины - 4,0 ммоль/л.
7. Проба Реберга: клубочковая фильтрация - 100 мл/мин., канальцевая реабсорбция - 99%, креатинин крови - 80 мкмоль/л, мин. диурез - 1,1 мл/мин.
8. Проба Реберга: клубочковая фильтрация - 40 мл/мин., канальцевая реабсорбция - 97%, креатинин крови - 250 мкмоль/л, мин. диурез - 1,3 мл/мин.
9. Анализ крови на иммуноглобулины: уровень IgG - 14 г/л(N), IgM - 1,9 г/л (N), IgA - 5,3 г/л (повышены).
10. Нефробиопсия: в препарате фрагмент почечной паренхимы с числом клубочков до 10, во всех клубочках отмечается пролиферация клеток мезангия, расширение мезангиального матрикса. Заключение: данная морфологическая картина может быть расценена как мезангиопролиферативный гломерулонефрит.
11. При иммуногистологическом исследовании в мезангии обнаружены депозиты, содержащие преимущественно IgA. Заключение: IgA нефрит.

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>