

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
**«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П.Павлова»**
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

Кафедра госпитальной терапии

В.С. Петров, Н.В. Добрынина, Л.А. Зотова

**Методические указания для студентов
по дисциплине «Госпитальная терапия»
Нефрология**

Уровень высшего образования – специалитет
Специальность – 31.05.01 Лечебное дело

Рязань, 2018

УДК 616.61(075.83)

ББК 56.9

П 305

Под редакцией профессора С.С. Якушина

Рецензенты:

В.Н. Абросимов, д.м.н., проф., зав. кафедрой терапии ФДПО с курсом семейной медицины ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России;

М.А. Бутов, д.м.н., проф., зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России;

А.А. Низов, д.м.н., проф., зав. кафедрой внутренних болезней и поликлинической терапии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России;

В.А. Фомина, к.м.н., зав. 8 кардиологическим отделением ГБУ РО РОККД

Авторы:

В.С. Петров, к.м.н., доцент; Н.В. Добрынина, к.м.н., доцент; Л.А. Зотова, к.м.н., ассистент

П 305 Петров В.С. Методические указания для студентов по дисциплине: «Госпитальная терапия» / В.С. Петров, Н.В. Добрынина, Л.А. Зотова; под ред. профессора С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТС и ОП, 2018.- 48с.

В настоящих методических указаниях для студентов представлены отдельные темы по «госпитальной терапии», не входящие в темы практических занятий и лекций, в которые включены вопросы для самоконтроля, программированный контроль, кейс–задачи и рекомендуемая литература.

УДК 616.61(075.83)

ББК 56.9

© ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, 2018
© Петров В.С., Добрынина Н.В., Зотова Л.А., 2018

Содержание

Возможности лабораторно-инструментальных методов исследования в нефрологии. Показания к пункционной биопсии почек. Методики проведения пункционной биопсии почек. Дифференциальная диагностика при мочевоом синдроме. Диагностические критерии заболеваний, проявляющихся преимущественно гематурией, ишурией и протеинурией. Методы определения скорости клубочковой фильтрации. <i>Добрынина Н.В.</i>	4
Гломерулонефриты. Морфологические варианты. Дифференциально-диагностические критерии заболеваний, проявляющихся преимущественно гематурией. Поражение почек при системных заболеваниях соединительной ткани, системных васкулитах, миеломной болезни. Лечение. <i>Петров В.С.</i>	12
Дифференциально-диагностические критерии заболеваний, проявляющихся преимущественно протеинурией. Дифференциальная диагностика при нефротическом синдроме. Болезни, проявляющиеся нефротическим синдромом. Значение селективной и неселективной протеинурии, пункционной биопсии почек, биопсии слизистой оболочки десны и прямой кишки для выявления этиологии. Особенности терапии основного заболевания при присоединении нефротического синдрома. Лечение нефротического синдрома. <i>Зотова Л.А.</i>	21
Пиелонефриты. Дифференциально-диагностические критерии заболеваний, проявляющихся преимущественно пиурией. <i>Добрынина Н.В.</i>	29
Понятие о хронической болезни почек (ХБП), ее классификация и подходы к терапии. Дифференциально - диагностические критерии заболеваний, проявляющихся ХБП. Показания к проведению и методика проведения программного гемодиализа и иных видов заместительной почечной терапии. <i>Добрынина Н.В.</i>	38

Тема занятия: ВОЗМОЖНОСТИ ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В НЕФРОЛОГИИ. ПОКАЗАНИЯ К ПУНКЦИОННОЙ БИОПСИИ ПОЧЕК. МЕТОДИКИ ПРОВЕДЕНИЯ ПУНКЦИОННОЙ БИОПСИИ ПОЧЕК. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ МОЧЕВОМ СИНДРОМЕ. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПРОЯВЛЯЮЩИХСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ГЕМАТУРИЕЙ, ИШУРИЕЙ И ПРОТЕИНУРИЕЙ. МЕТОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ

Цель занятия: изучить специфические методы исследования мочевыделительной системы, научиться их интерпретировать и применять в проведении клинической работы

Форма проведения: клиническое практическое занятие.

Время проведения занятия (количество астрономических часов):6

Методическое оснащение: методические разработки для студентов, тесты, истории болезни, кейс-задачи.

Материально-техническое оснащение: столы, стулья, мультимедийная техника, фантомы.

**Организационно-методические указания
для преподавателей**

В результате изучения темы студент должен овладеть следующими компетенциями:

ПК-6:

способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра.

ПК-8:

способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами.

Расчет учебного времени

- I. Вводная часть - 30 мин.**
- II. Клиническая конференция – 30 мин.**
- III. Обсуждение материала:**

1) контроль теоретической подготовки студентов - 35 мин.

Программированный контроль:

1. ОДНОСТОРОННЯЯ БОЛЬ В ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- А) острого пиелонефрита
- Б) острого цистита
- В) амилоидоза почек
- Г) острого гломерулонефрита

2. ВЫСОКАЯ ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ МОЧИ (1030 И ВЫШЕ) ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- А) сахарного диабета
- Б) хронического нефрита
- В) пиелонефрита
- Г) несахарного диабета

3. ВЕДУЩИЙ КРИТЕРИЙ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА

- А) протеинурия $> 3,5$ г/л в сочетании с гипоальбуминемией
- Б) протеинурия $> 3,5$ г/л в сочетании с гиперальбуминемией
- В) наличие в моче белка Бенс-Джонса
- Г) протеинурия $< 3,5$ г/л в сочетании с гипоальбуминемией

4. АНАЛИЗ МОЧИ ПО ЗИМНИЦКОМУ ПРЕДПОЛАГАЕТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- А) объема и удельной плотности мочи каждые три часа в течение суток
- Б) объема и удельной плотности суточной мочи
- В) объема и удельной плотности утренней мочи
- Г) концентрации белка в моче каждые три часа в течение суток

5. ДВУСТОРОННЕЕ УВЕЛИЧЕНИЕ ТОЛЩИНЫ КОРКОВОГО СЛОЯ ПОЧЕК ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- А) отека почек
- Б) хронической почечной недостаточности

- В) гидронефроза
- Г) мочекаменной болезни

6. ДЛЯ НАРУШЕНИЯ КОНЦЕНТРАЦИОННОЙ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ХАРАКТЕРНА

- А) гипостенурия
- Б) лейкоцитурия
- В) протеинурия
- Г) гематурия

7. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ И ЗНАЧИМЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) биопсия почек
- Б) анализ мочи по Нечипоренко
- В) УЗИ почек
- Г) позитронно-эмиссионная томография почек

8. ПРИ НАЛИЧИИ _____ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОБА _____ СЧИТАЕТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ

- А) 100 000 бактерий/мл мочи и более
- Б) 100 бактерий/мл мочи и более
- В) 500 бактерий в утренней порции мочи
- Г) 10 000 бактерий в суточной моче

9. В МОЧЕ МОГУТ ОПРЕДЕЛЯТЬСЯ КЛЕТКИ ШТЕРНГЕЙМЕРА–МАЛЬБИНА ПРИ

- А) пиелонефрите
- Б) гломерулонефрите
- В) амилоидозе почек
- Г) миеломной болезни

10. ОТМЕТЬТЕ ИЗМЕНЕНИЯ, НЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ПЕРИОДА БЕРЕМЕННОСТИ

- А) увеличение уровня сывороточных белков

- Б) склонность к задержке жидкости, периодическим отёкам
- В) появление небольшой протеинурии
- Г) увеличение клубочковой фильтрации

11. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ FACIES NEFRITICA ОТНОСЯТ

- А) отеки лица
- Б) акроцианоз
- В) геморрагическая сыпь на лице
- Г) набухание шейных вен

12. МЕТОДОМ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) исследование суточной микроальбуминурии
- Б) изотопная рентгенография почек
- В) УЗИ почек
- Г) динамическая сцинтиграфия почек

13. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ ВЫЯВЛЕНИЕ

- А) бактериурии
- Б) антител к базальной мембране клубочков
- В) гематурии

14. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ИСПОЛЬЗУЮТ ПРОБУ

- А) Реберга-Тареева
- Б) по Нечипоренко
- В) Зимницкого
- Г) Аддиса-Каковского

15. НА РАННИХ СТАДИЯХ АМИЛОИДОЗА НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ БИОПСИЯ

- А) слизистой прямой кишки
- Б) печени

- В) почек
- Г) десны

16. СОДЕРЖАНИЕ ФОРМЕННЫХ ЭЛЕМЕНТОВ В ПРОБЕ НЕЧИПОРЕНКО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- А) в 1 миллилитре мочи
- Б) в поле зрения микроскопа
- В) в суточном количестве мочи
- Г) в 100 мл мочи

17. АНГИОГРАФИЯ СОСУДОВ ПОЧЕК ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ

- А) поражения почечных сосудов
- Б) мочекаменной болезни
- В) миеломной болезни
- Г) хронического пиелонефрита

18. СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ РАССЧИТЫВАЮТ С ПОМОЩЬЮ ФОРМУЛЫ

- А) Кокрофта-Голта
- Б) Зимницкого
- В) Каковского-Аддиса
- Г) Сельдингера

19. ВЕЛИЧИНА СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ

- А) 80 - 120
- Б) 50 - 60
- В) 70 - 80
- Г) 120 – 160

20. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОПУХОЛЬ ПОЧКИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

- А) ультразвуковое исследование
- Б) компьютерную томографию
- В) объективный осмотр
- Г) экскреторную рентгенографию

21. О СОСТОЯНИИ ФУНКЦИИ ПОЧЕК В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ МОЧИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

- А) относительная плотность мочи
- Б) гематурия
- В) лейкоцитурия
- Г) протеинурия

2) обсуждение с обязательным объяснением материала - 35мин.

IV. Вопросы для обсуждения и объяснения:

1. Что является предметом нефрологии как науки?
2. Какие функции почек Вам известны?
3. Что такое синдромальная диагностика?
4. Какие синдромы выделяют в нефрологии?
5. Какие данные позволяет получить общий анализ мочи?
6. Что такое протеинурия. Какие виды протеинурии Вы знаете?
7. Что такое клетки Штенгеймера – Мальбина. Каково их диагностическое значение?
8. Какие методы количественной оценки форменных элементов в моче Вам известны?
9. Каковы способы определения СКФ. Какие из них доступны врачу любой специальности?
10. Что такое альбуминурия? Каково ее диагностическое значение?
11. Какие данные можно получить при УЗИ почек? Что такое урография. Какие способы урографии существуют?
12. Назовите показания к пункционной биопсии почки?
13. Назовите абсолютные противопоказания к биопсии почки?
14. Назовите относительные противопоказания к биопсии почки?
15. Что такое полиурия, олиго – анурия, никтурия, ишурия?

V. Клиническая работа: курация больных - 1 ч 40 мин,
разбор клинических случаев, решение ситуационных задач (при невозможности разобрать клинический случай) - 35 мин.

Кейс – задачи:

Задача №1.

При проведении экскреторной урографии не было получено тени рентгенконтрастного вещества в мочеточнике справа выявлен гидрокаликоз (расширение шеек чашечек).

О чем это говорит?

Задача №2.

При проведении экскреторной урографии у больного с хроническим заболеванием почек было отмечено очень слабое контрастирование мочевых путей. О чем это говорит?

VI. Заключительная часть (подведение итогов) - 5 мин.

VII. Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Маколкин В.И. Внутренние болезни: учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования "Лечеб. дело" / В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко, В.А. Сулимов.- М.: Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2015.- 764с.
2. Внутренние болезни: учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования: в 2 т.: [с прил. на компакт-диске] / под ред. В.С. Моисеева, А.И. Мартынова, Н.А. Мухина. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2012. - Т.1, 2.
3. Болезни сердца и сосудов. Руководство Европейского общества кардиологов.- М.: Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2011.

Дополнительная учебная литература:

1. Морозов М.А. Здоровый образ жизни и профилактика заболеваний: учебное пособие / М.А. Морозов.- 2-е изд.- СПб.: ООО «СпецЛит», 2013.- 175с.
2. Филоненко С.П. Боли в суставах: дифференциальная диагностика. Руководство Филоненко С.П., Якушин С.С.. М.:ГЭОТАР – Медиа,2010.-174с.

3. Огороков В.Г. Диагностика и лечение желудочковых нарушений ритма сердца: моногр. / В. Г. Огороков, С. В. Селезнев ; Ряз. гос. мед. ун-т. - Рязань : РИО РязГМУ, 2013. - 172 с.

4. Основы ревматологии: учебное пособие для студентов обуч. по спец. «Лечебное дело» / С.С. Якушин [и др.]; Ряз.гос. мед. Ун-т.- Рязань: РИО РязГМУ, 2015. – 130с.

Интернет – ресурсы:

1. ЭБС «Консультант студента «ВПО и СПО», www.studmedlib.ru и www.medcollegelib.ru соответственно.

2. Библиографическая и реферативная база данных Scopus, www.scopus.com.

3. Национальная электронная библиотека («НЭБ»); <http://нэб.рф/>.

4. Коллекция книг ЭБС "Юрайт", «Юрайт» biblio-online.ru

5. Polpred.com. Обзор СМИ. Д <http://polpred.com>.

Тема занятия: ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЫ. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПРОЯВЛЯЮЩИХСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ГЕМАТУРИЕЙ. ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ СИСТЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ, СИСТЕМНЫХ ВАСКУЛИТАХ, МИЕЛОМНОЙ БОЛЕЗНИ. ЛЕЧЕНИЕ

Цель занятия: изучить различные варианты гломерулонефритов и принципы лечения (индивидуальные особенности применения фармакотерапии); научить дифференциальной диагностике заболеваний почек, сопровождающихся гематурией.

Форма проведения: клиническое практическое занятие.

Время проведения занятия (количество астрономических часов): 6

Методическое оснащение: методические разработки для студентов, тесты, истории болезни, кейс-задачи.

Материально-техническое оснащение: столы, стулья, мультимедийная техника.

**Организационно-методические указания
для преподавателей**

В результате изучения темы студент должен овладеть следующими компетенциями:

ПК-6:

способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра.

ПК-8:

способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами.

Расчет учебного времени

I. Вводная часть - 30 мин.

II. Клиническая конференция – 30 мин.

III. Обсуждение материала:

1) контроль теоретической подготовки студентов - 35 мин.

Программированный контроль:

1. ВНУТРИКЛУБОЧКОВУЮ ГИПЕРТЕНЗИЮ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ СНИЖАЮТ

- А) ингибиторы АПФ
- Б) α -адреноблокаторы
- В) β -адреноблокаторы
- Г) дигидропиридиновые антагонисты кальция

2. К ПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ОТНОСЯТ

- А) остроснефритический синдром
- Б) острая почечная недостаточность
- В) хроническая почечная недостаточность
- Г) мочевого синдром

3. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ И ЗНАЧИМЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) биопсия почек
- Б) анализ мочи по Нечипоренко
- В) УЗИ почек
- Г) позитронно-эмиссионная томография почек

4. МИНИМАЛЬНАЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА СОСТАВЛЯЕТ

- А) 6 месяцев
- Б) 5 месяцев
- В) 2 месяца
- Г) 7-10 дней

5. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ИСПОЛЬЗУЮТ ПРОБУ

- А) Реберга-Тареева
- Б) по Нечипоренко
- В) Зимницкого
- Г) Аддиса-Каковского

**6. ОСТРЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ ЯВЛЯЕТСЯ
ЗАБОЛЕВАНИЕМ**

- А) аутоиммунным
- Б) инфекционным
- В) наследственным
- Г) моногенным

**7. НАИБОЛЕЕ БЫСТРОЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЕ
ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ**

- А) смешанном нефрите
- Б) наличии макрогематурии
- В) нефротическом синдроме
- Г) артериальной гипертонии

**8. ОСНОВНЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ
РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА СЧИТАЕТСЯ**

- А) стрептококк
- Б) стафилококк
- В) клебсиелла
- Г) синегнойная палочка

**9. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ОСТРОГО
ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА СЧИТАЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕ В
АНАЛИЗАХ МОЧИ**

- А) протеинурии
- Б) лейкоцитурии
- В) гипостенурии
- Г) бактериурии

**10. ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ САНАТОРНО-
КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ
ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) климатический
- Б) физиотерапевтический
- В) бальнеологический
- Г) спелеологический

11. НАИБОЛЕЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИ ИНФОРМАТИВНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ПРИ НАБЛЮДЕНИИ ЗА БОЛЬНЫМИ В СТАДИИ РЕМИССИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) суточная протеинурия
- Б) липидный спектр крови
- В) уровень мочевой кислоты в крови
- Г) анализ мочи по Зимницкому

12. ОСНОВНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ НА САНАТОРНОКУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) азотемия
- Б) гиперстенурия
- В) протеинурия
- Г) лейкоцитурия

13. ОСНОВНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) нефротический синдром
- Б) гематурия
- В) почечная недостаточность
- Г) артериальная гипертензия

14. ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ДЛЯ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ИЗМЕНЕНИЕМ ИММУНОГРАММЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) снижение уровня комплемента
- Б) снижение ЦИКов
- В) изменение показателей Ig M
- Г) изменение показателей Ig G

15. ПРИ ЭЛЕКТРОННОЙ МИКРОСКОПИИ ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЮТСЯ

А) «горбы» - иммунные комплексы на наружной стороне базальной мембраны, покрытые малыми отростками подоцитов

- Б) экстракапиллярные депозиты
- В) тромбозы канальцев клубочков
- Г) мезангиальная пролиферация

16. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) первичная задержка натрия вследствие иммунного поражения базальной мембраны клубочка
- Б) растормаживание РААС
- В) гиперсимпатикотония
- Г) снижение депрессорных механизмов

17. ГРУППА АНТИБИОТИКОВ, НЕ ПОКАЗАННЫХ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ

- А) аминогликозиды
- Б) цефалоспорины
- В) пенициллины
- Г) макролиды

18. ИММУНОСУПРЕССИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- А) кортикостероиды и цитостатики
- Б) антикоагулянты
- В) антибиотики
- Г) нестероидные противовоспалительные препараты

19. БОЛЬНЫЕ, ПЕРЕНЕСШИЕ ОСТРЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ, СОСТОЯТ НА ДИСПАНСЕРНОМ УЧЕТЕ

- А) 3 года
- Б) 2 года
- В) 1 год
- Г) 4 года

20. К ФАКТОРАМ, НЕПОСРЕДСТВЕННО ВЫЗЫВАЮЩИМ ПОРАЖЕНИЕ КЛУБОЧКОВ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ, ОТНОСЯТ

- А) комплемент
- Б) В-лимфоцит
- В) тучная клетка
- Г) эозинофилы

21. ОСЛОЖНЕНИЕМ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) острая сердечная недостаточность
- Б) пиелонефрит
- В) инфаркт миокарда
- Г) тромбоэмболия легочной артерии

22. ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- А) ограничение хлорида натрия до 1,5 г/сут
- Б) увеличение потребления хлорида натрия
- В) увеличение количества потребляемой жидкости
- Г) повышение потребления К⁺-содержащих продуктов

23. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) наличие нефротического синдрома без выраженной гематурии и гипертонии
- Б) отёки
- В) артериальная гипертония
- Г) макрогематурия

2) обсуждение с обязательным объяснением материала - 35мин.

IV. Вопросы для обсуждения и объяснения:

1. Дайте определение и критерии диагноза острого постстрептококкового гломерулонефрита
2. Дайте определение и критерии диагноза быстропрогрессирующего гломерулонефрита
3. Дайте определение и критерии диагноза мембранопролиферативного гломерулонефрита
4. Подходы к терапии острого постстрептококкового гломерулонефрита

5. Этапное лечение мембранопротролиферативного гломерулонефрита

6. Стартовая терапия и поддерживающая терапия быстротрогрессирующего гломерулонефрита

V. Клиническая работа: курация больных - 1 ч 40 мин, разбор клинических случаев, решение ситуационных задач (при невозможности разобрать клинический случай) - 35 мин.

Кейс – задачи:

Задача №1.

Больной Ш., 28 лет, рабочий, жалоб не предъявляет. Поступил в клинику для обследования в связи с выявленным на профосмотре повышением артериального давления. В анамнезе частые обострения хронического тонзиллита.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Отеков нет. Отмечается расширение границ сердца влево на 2 см. Тоны сердца приглушены, акцент II тона на аорте. АД 170/110 мм.рт.ст., пульс 80 уд. в мин. Язык чистый, влажный; живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон.

Общий анализ крови: эр. - $4,2 \times 10^{12}$; Нв – 120 г/л, цветной показатель – 0,95; лейкоциты – $6,0 \times 10^9$, э-1, п-4, с-64, л-26, м-5, СОЭ-10 мм/час.

Общий анализ мочи: количество – 100,0; реакция – кислая, цвет – светло-желтый; плотность – 1007, белок – 0,8 г/л, эпителиальные клетки – 2-3 в п/зрения, лейкоциты – 5-6 в п/зрения, эритроциты – 8-10 в п/зрения, зернистые цилиндры-3-5 в п/зрения.

Консультация окулиста: симптомы ретинопатии.

Креатинин крови – 283 мкмоль/л, мочеви́на – 11,4 ммоль/л.

Вопросы:

1. Выделите ведущие синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Составьте план обследования.
4. Укажите ожидаемые результаты лабораторных и инструментальных обследований.
5. Составьте план лечения.

Задача №2.

У больной К., 25 лет, после очередной ангины спустя 2 недели 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.

С подозрением на опухоль головного мозга и эпилепсию больная доставлена в нейрохирургическое отделение. Зарегистрированы высокие цифры АД – 240/140 мм. рт. ст. Через 20 мин. больная пришла в сознание, но оставалось заторможенной, речь была затруднена.

Осмотрев больную и проведя ряд дополнительных исследований, нейрохирург отверг вышеупомянутый диагноз и рекомендовал госпитализировать больную в другое отделение.

Вопросы:

1. Что не учел врач «Скорой помощи» при постановке диагноза?
2. Что дало основание врачу-нейрохирургу отвергнуть данный диагноз?

VI. Заключительная часть (подведение итогов) - 5 мин.

VII. Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Маколкин В.И. Внутренние болезни, учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования "Лечеб. дело" / В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко, В.А. Сулимов.- М.: Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2015. - 764с.

2. Внутренние болезни: учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования: в 2 т.: [с прил. на компакт-диске] / под ред. В.С. Моисеева, А.И. Мартынова, Н.А. Мухина. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2012.- Т.1,2.

3. Болезни сердца и сосудов. Руководство Европейского общества кардиологов.- М.: Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2011.

Дополнительная учебная литература:

1. Морозов М.А. Здоровый образ жизни и профилактика заболеваний: учебное пособие / М.А. Морозов.-2-е изд.- СПб.: ООО «СпецЛит» , 2013.- 175с.
2. Филоненко С.П. Боли в суставах: дифференциальная диагностика: руководство / С.П. Филоненко, С.С. Якушин. М.: ГЭОТАР – Медиа,2010.-174с.
3. Огороков В.Г. Диагностика и лечение желудочковых нарушений ритма сердца: моногр. / В.Г. Огороков, С.В. Селезнев; Ряз. гос. мед. ун-т. - Рязань : РИО РязГМУ, 2013. - 172 с.
4. Основы ревматологии: учебное пособие для студентов обуч. по спец. «Лечебное дело» / С.С. Якушин [и др.]; Ряз.гос. мед. Ун-т.- Рязань: РИО РязГМУ,2015. – 130с.

Интернет – ресурсы:

1. ЭБС «Консультант студента «ВПО и СПО», www.studmedlib.ru и www.medcollegelib.ru соответственно.
2. Библиографическая и реферативная база данных Scopus, www.scopus.com.
3. Национальная электронная библиотека («НЭБ»); <http://нэб.рф/>.
4. Коллекция книг ЭБС "Юрайт", «Юрайт» biblio-online.ru
5. Polpred.com. Обзор СМИ. Д <http://polpred.com>.

Тема занятия: ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПРОЯВЛЯЮЩИХСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПРОТЕИНУРИЕЙ. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ. БОЛЕЗНИ, ПРОЯВЛЯЮЩИЕСЯ НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ. ЗНАЧЕНИЕ СЕЛЕКТИВНОЙ И НЕСЕЛЕКТИВНОЙ ПРОТЕИНУРИИ, ПУНКЦИОННОЙ БИОПСИИ ПОЧЕК, БИОПСИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ДЕСНЫ И ПРЯМОЙ КИШКИ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ЭТИОЛОГИИ. ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ ПРИСОЕДИНЕНИИ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА. ЛЕЧЕНИЕ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Цель занятия: изучить дифференциально-диагностические признаки различных заболеваний, проявляющихся протеинурией, научиться диагностировать и лечить нефротический синдром, применять полученные навыки в проведении клинической работы.

Форма проведения: клиническое практическое занятие.

Время проведения занятия (количество астрономических часов):6

Методическое оснащение: методические разработки для студентов, тесты, истории болезни, кейс-задачи.

Материально-техническое оснащение: столы, стулья, мультимедийная техника, фантомы.

**Организационно-методические указания
для преподавателей**

В результате изучения темы студент должен овладеть следующими компетенциями:

ПК-6:

способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра.

ПК-8:

способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами.

Расчет учебного времени

- I. Вводная часть - 30 мин.
- II. Клиническая конференция – 30 мин.
- III. Обсуждение материала:

1) контроль теоретической подготовки студентов - 35 мин.

Программированный контроль:

1. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ FACIES NEFRITICA ЯВЛЯЮТСЯ: А) ОТЕКИ ЛИЦА; Б) АКРОЦИАНОЗ; В) ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ СЫПЬ НА ЛИЦЕ; Г) БЛЕДНОСТЬ КОЖИ; Д) НАБУХАНИЕ ШЕЙНЫХ ВЕН. ВЫБЕРИТЕ ОТВЕТ:

- А. а, в, г
- Б. а, б
- В. а, б, д
- Г. а, г

2. ПРИЧИНЫ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ НАЗНАЧЕНИИ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ:

- А. Потеря внутриклеточного Ca^{++}
- Б. Массивная протеинурия
- В. Обезвоживание организма
- Г. Снижение почечного кровотока

3. ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА НЕ ЯВЛЯЮТСЯ:

- А. Протеинурия более 3,5 г/л
- Б. Гипоальбуминемия
- В. Гиперхолестеринемия
- Г. Гипергаммаглобулинемия

4. ИНГИБИТОРЫ АПФ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ:

- А. При двустороннем стенозе почечных артерий
- Б. У больных, находящихся на программном гемодиализе
- В. При наличии сердечной недостаточности у больных с ХПН
- Г. Все перечисленное верно

5. ДАЙТЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ НЕФРОТИЧЕСКОМУ СИНДРОМУ?

А. Это нозологическая форма, характеризующаяся генерализованными отеками, умеренной (1-3г/сутки) протеинурией, макрогематурией

Б. Это клинико-лабораторный симптомокомплекс, клинически характеризующийся периферическими или генерализованными отеками вплоть до асцита и анасарки, а лабораторно — протеинурией более 3,5 г/сут или более 50 мг/кг/сут, гипопроteinемией, гипоальбуминемией (ниже 20 г/л), диспротеинемией, гиперлипидемией и липидурией

В. Это симптом, характерный для многих почечных и внепочечных заболеваний

Г. Верно 2 и 3

6. ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ПРИЧИНЫ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА: А) ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ, ОСОБЕННО ХРОНИЧЕСКИЙ; Б) АМИЛОИДОЗ ПОЧЕК; В) САХАРНЫЙ ДИАБЕТ (ДИАБЕТИЧЕСКИЙ ГЛОМЕРУЛОСКЛЕРОЗ); Г) ДИФФУЗНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ; Д) МИЕЛОМНАЯ БОЛЕЗНЬ.

А. а, г, д

Б. б, в, г

В. а, б, в, г

Г. Все перечисленное верно

7. НАЗОВИТЕ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ БОЛЬНЫХ С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ: А) ТРОМБОЗЫ И ТРОМБЭМБОЛИИ; Б) ГЕМОРАГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ; В) НЕФРОТИЧЕСКИЙ (ГИПОВОЛЕМИЧЕСКИЙ) ШОК; Г) ГИПЕРВОЛЕМИЧЕСКИЙ ШОК; Д) ОТЕК МОЗГА, ОТЕК ЛЕГКИХ; Е) ОШ.

А. а, б, в

Б. а, в, г, д

В. а, в, г, д, е

Г. Все варианты верны

8. ВЫБЕРИТЕ ВАРИАНТЫ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЕЛИЧИН ОЦК?

- А. Гиповолемический
- Б. Гиперволемический
- В. Нормоволемический
- Г. Верно 1 и 2

9. КАКОЕ КОЛИЧЕСТВО БЕЛКА НЕОБХОДИМО В ДИЕТЕ БОЛЬНЫХ НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ?

- А. 0,2 г/кг массы тела в сутки
- Б. 1,0 г/кг массы тела в сутки
- В. 1,5 г/кг массы тела в сутки
- Г. 10 г/кг массы тела в сутки

10. КАКОЕ КОЛИЧЕСТВО СОЛИ ДОЛЖЕН ПОЛУЧАТЬ БОЛЬНОЙ С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ?

- А. 1-3 г/сутки
- Б. 5-6 г/сутки
- В. 8-10 г/сутки
- Г. Более 10 г/сутки

11. НАЗОВИТЕ ВИДЫ ПРОТЕИНУРИИ? А) КЛУБОЧКОВАЯ; Б) КАНАЛЬЦЕВАЯ; В) СЕКРЕТОРНАЯ; Г) ПРОТЕИНУРИЯ ПЕРЕПОЛНЕНИЯ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ВАРИАНТ ОТВЕТОВ?

- А. а, б
- Б. а, в, г
- В. б, г
- Г. Все ответы верны

12. НАЗОВИТЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОТЕИНУРИИ: А) МАРШЕВАЯ; Б) ГИПЕРТЕРМИЧЕСКАЯ; В) НАПРЯЖЕНИЯ; Г) ОРТОСТАТИЧЕСКАЯ; Д) СТРЕССОВАЯ; Е) ПЕРЕМЕЖАЮЩАЯСЯ; Ж) ПЕРЕОХЛАЖДЕНИЯ; З) ТУЧНЫХ.

- А. а, б, г
- Б. б, е, ж, з
- В. в, з, е
- Г. Все ответы верны

2) обсуждение с обязательным объяснением материала - 35мин.

IV. Вопросы для обсуждения и объяснения:

1. Определение нефротического синдрома.
2. Перечислите факультативные признаки нефротического синдрома.
3. Классификация нефротического синдрома.
4. Какие заболевания могут вызвать развитие вторичного нефротического синдрома?
5. Когда можно заподозрить СКВ у больных с НС?
6. Какие препараты применяются для лечения люпус-нефрита?
7. Что характерно для нефротического синдрома при амилоидозе почек?
8. Как верифицировать диагноз амилоидоз почек?
9. Перечислите варианты поражения почек при инфекционном эндокардите?
10. Какое лечение необходимо при инфекционном эндокардите?
11. В каких клинических ситуациях можно заподозрить миеломную болезнь?
12. Какое обследование необходимо назначить при подозрении на миеломную болезнь?
13. Что характерно для больных гепатитом С с нефротическим синдромом?
14. Какое лечение необходимо проводить при вирус-ассоциированной нефропатии?
15. Характерно ли поражение клубочков при лекарственной нефропатии?
16. Перечислите лекарственные препараты наиболее часто вызывающие нефропатию.
17. Какой морфологический тип гломерулонефрита наиболее часто встречается при паранеопластическом синдроме?
18. В какой клинической ситуации нужно иметь онконастороженность?
19. Чем характеризуется течение поражений почек при ХСН?
20. К какому специалисту для обследования и лечения необходимо направить больного с впервые выявленным нефротическим синдромом?

V. Клиническая работа: курация больных - 1 ч 40 мин,

разбор клинических случаев, решение ситуационных задач (при невозможности разобрать клинический случай) - 35 мин.

Кейс – задачи:

Задача №1.

Больной 23 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на отёки лица, век, туловища, конечностей, снижение количества выделяемой за сутки мочи, слабость, головную боль.

Из анамнеза известно, что страдает хроническим тонзиллитом. Подобные симптомы впервые появились 2 года назад, длительно лечился в нефрологическом отделении, получал преднизолон с положительным эффектом, выписан из стационара в удовлетворительном состоянии. После выписки у врача не наблюдался, не лечился, хотя отмечал периодически отёки на лице. 2 недели назад переболел ангиной, после этого состояние резко ухудшилось, появились вышеуказанные жалобы. При осмотре АД – 150/95 мм рт. ст., ЧСС – 92 удара в минуту, ЧДД – 22 в мин.

Данные обследования.

Общий анализ крови: эритроциты - $3,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 124 г/л, цветовой показатель - 0,89, лейкоциты - $5,4 \times 10^9/л$, лейкоцитарная формула - в норме, СОЭ – 42 мм/ч.

Биохимическое исследование: общий белок крови – 35,6 г/л, альбумины – 33%, холестерин крови – 9 ммоль/л.

Общий анализ мочи: удельный вес – 1012, белок – 5,4 г/л, эритроциты выщелоченные – 20-25 в поле зрения, восковидные цилиндры – 9-10 в поле зрения.

Вопросы:

1. Укажите основной клинико-лабораторный синдром.
2. Сформулируйте предположительный диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?
4. Назначьте лечение в соответствии с клиническими рекомендациями по терапии больных с данной патологией.

Задача №2.

Больная М. 21 года заболела после переохлаждения. Заболевание началось с повышения температуры до $39^{\circ}C$, боли и припухлости в коленных, голеностопных и локтевых суставах, увеличения и болезненности подчелюстных лимфоузлов. На щеках яркий румянец.

Беспокоят острые боли в нижних отделах легких при глубоком вдохе, кашле.

При осмотре: состояние тяжелое, кожные покровы бледноватые, подчелюстные лимфоузлы увеличены, немного болезненны и уплотнены. Припухлость коленных, голеностопных и локтевых суставов, кожа над ними горячая. Движения в этих суставах болезненны. В области декольте дисковидные высыпания. Пульс - 118 в минуту, ритмичный. АД - 190/40 мм рт. ст. Правая граница относительной тупости сердца на 1 см смещена вправо от правого края грудины, верхняя - достигает III ребра, левая - на 1,5 см левее левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца ослаблены, систолический шум на верхушке, ритм галопа. В нижнезадних отделах легких - жесткое дыхание, шум трения плевры. Периферические отеки нижних конечностей. В анализах крови – анемия, тромбоцитопения, лейкопения. В анализах мочи выраженная протеинурия, измененные эритроциты, зернистые и восковидные цилиндры, суточная потеря белка 4 г.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Укажите диагностические критерии основного заболевания.
3. Какие осложнения основного заболевания Вы предполагаете?
4. Дополнительные методы обследования.
5. Лечебная тактика, выбор препаратов.

VI. Заключительная часть (подведение итогов) - 5 мин.

VII. Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Маколкин В.И. Внутренние болезни, учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования "Лечеб. дело" / В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко, В.А. Сулимов.- М.: Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2015. - 764с.

2. Внутренние болезни: учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования: в 2 т.: [с прил. на компакт-диске] / под ред. В.С. Моисеева, А.И. Мартынова, Н.А. Мухина. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2012. - Т.1, 2.

3. Болезни сердца и сосудов. Руководство Европейского общества кардиологов.- М.: Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2011.

Дополнительная учебная литература:

1. Гастроэнтерология: нац. рук. Краткое изд. / под ред. В.Т. Ивашкина [и др.]. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2014. - 462 с.

2. Ревматология: учеб. пособие / под ред. Н.А. Шостак. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2012. - 435 с.

3. Чучалин А.Г. Пульмонология: Национальное руководство (с приложением на компакт – диске) / А.Г. Чучалин.- М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009.

4. Морозов М.А. Здоровый образ жизни и профилактика заболеваний: учебное пособие / М.А. Морозов.- 2-е изд.- СПб.: ООО «СпецЛит» , 2013.- 175с.

5. Филоненко С.П. Боли в суставах: дифференциальная диагностика: руководство / С.П. Филоненко, С.С. Якушин.- М.:ГЭОТАР – Медиа,2010.-174с.

6. Огороков В.Г. Диагностика и лечение желудочковых нарушений ритма сердца: моногр. / В. Г. Огороков, С. В. Селезнев ; Ряз. гос. мед. ун-т. - Рязань: РИО РязГМУ, 2013. - 172 с.

7. Основы ревматологии: учебное пособие для студентов обуч. по спец. «Лечебное дело» / С.С. Якушин [и др.]; Ряз.гос. мед. Ун-т.- Рязань: РИО РязГМУ,2015. – 130с.

Интернет – ресурсы:

1. ЭБС «Консультант студента «ВПО и СПО», www.studmedlib.ru и www.medcollegelib.ru соответственно.

2. Библиографическая и реферативная база данных Scopus, www.scopus.com.

3. Национальная электронная библиотека («НЭБ»); <http://нэб.рф/>.

4. Коллекция книг ЭБС "Юрайт", «Юрайт» biblio-online.ru

5. Polpred.com. Обзор СМИ. Д <http://polpred.com>.

Тема занятия: ПИЕЛОНЕФРИТЫ. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПРОЯВЛЯЮЩИХСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПИУРИЕЙ

Цель занятия: изучить клинику, симптоматику, вопросы диагностики (дифференциальной диагностики), принципы лечения (индивидуальные особенности применения фармакотерапии) острых и хронических пиелонефритов.

Форма проведения: клиническое практическое занятие.

Время проведения занятия (количество астрономических часов):6

Методическое оснащение: методические разработки для студентов, тесты, истории болезни, кейс-задачи.

Материально-техническое оснащение: столы, стулья, мультимедийная техника, фантомы.

Организационно-методические указания для преподавателей

В результате изучения темы студент должен овладеть следующими компетенциями:

ПК-6:

способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра.

ПК-8:

способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами.

Расчет учебного времени

I. Вводная часть - 30 мин.

II. Клиническая конференция – 30 мин.

III. Обсуждение материала:

1) контроль теоретической подготовки студентов - 35 мин.

Программированный контроль:

1. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ СИСТЕМНЫХ АМИНОГЛИКОЗИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) осложненный пиелонефрит
- Б) внебольничная пневмония
- В) профилактика инфекционного эндокардита
- Г) пневмоцистная пневмония

2. ОДНОСТОРОННЯЯ БОЛЬ В ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- А) острого пиелонефрита
- Б) острого цистита
- В) амилоидоза почек
- Г) острого гломерулонефрита

3. ПРЕПАРАТОМ, ПРОТИВОПОКАЗАННЫМ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ В СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) гентамицин
- Б) оксациллин
- В) азитромицин
- Г) карбенициллин

4. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ НЕОСЛОЖНЕННЫХ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ

- А) кишечная палочка
- Б) сапрофитные стафилококки
- В) синегнойная палочка
- Г) протей

5. К МАЛОВЕРОЯТНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ОТНОСЯТ

- А) отеки
- Б) лихорадку
- В) боли в поясничной области
- Г) частое мочеиспускание

**6. К ПРЕПАРАТАМ ПЕРВОГО РЯДА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ
ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА В
АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ОТНОСИТСЯ**

- А) ципрофлоксацин
- Б) бисептол
- В) метронидазол
- Г) рифаксимин

**7. КАКОЙ ИЗ ПРЕДЛОЖЕННЫХ КРИТЕРИЕВ
ЯВЛЯЕТСЯ ВАЖНЕЙШИМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ
НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА**

- А) суточная протеинурия более 3,5 г
- Б) сывороточный альбумин ниже 30 г/л
- В) гиперхолестеринемия
- Г) отёки

**8. ОТМЕТЬТЕ ИЗМЕНЕНИЯ, НЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ
ПЕРИОДА БЕРЕМЕННОСТИ**

- А) увеличение уровня сывороточных белков
- Б) склонность к задержке жидкости, периодическим отёкам
- В) появление небольшой протеинурии
- Г) увеличение клубочковой фильтрации

**9. КАКОЙ ПРИЗНАК ОТЛИЧАЕТ ПИЕЛОНЕФРИТ ОТ
ДРУГИХ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПОЧЕК**

- А) отёк и нейтрофильная инфильтрация почечной лоханки
- Б) стойкая артериальная гипертензия
- В) развитие «сольтеряющей почки» с артериальной гипотензией
- Г) выраженная уремическая интоксикация

**10. КАКОЙ ПРИЗНАК ОТЛИЧАЕТ ПИЕЛОНЕФРИТ ОТ
ДРУГИХ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПОЧЕК**

- А) отёк и нейтрофильная инфильтрация почечной лоханки
- Б) стойкая артериальная гипертензия
- В) развитие «сольтеряющей почки» с артериальной гипотензией
- Г) выраженная уремическая интоксикация

11. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ FACIES NEFRITICA ОТНОСЯТ

- А) отеки лица
- Б) акроцианоз
- В) геморрагическая сыпь на лице
- Г) набухание шейных вен

12. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ ВЫЯВЛЕНИЕ

- А) бактериурии
- Б) антител к базальной мембране клубочков
- В) гематурии

13. ПРОФИЛАКТИКУ ПИЕЛОНЕФРИТА СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С

- А) рождения ребенка
- Б) 18 лет
- В) подросткового возраста
- Г) 7 летнего возраста

14. ПРИЧИНОЙ ОДНОСТОРОННЕГО СМОРЩИВАНИЯ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ

- А) пиелонефрит
- Б) гломерулонефрит
- В) амилоидоз
- Г) нефроптоз

15. ВОЗБУДИТЕЛЕМ ПИЕЛОНЕФРИТА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ

- А) энтеробактерия
- Б) золотистый стафилококк
- В) синегнойная палочка
- Г) смешанная флора

16. ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ В ОСАДКЕ МОЧИ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ

- А) гиалиновые цилиндры
- Б) эпителиальные цилиндры
- В) восковидные цилиндры
- Г) жироперерожденные цилиндры

17. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

- А) антибиотики
- Б) глюкокортикостероиды
- В) антикоагулянты
- Г) дезагреганты

18. ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАНДИДОЗА КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- А) флуконазол
- Б) азатиоприн
- В) офлоксацин
- Г) фексофенадин

19. ПРЕПАРАТАМИ ПЕРВОГО РЯДА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕВОЙ ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЯВЛЯЮТСЯ

- А) полусинтетические пенициллины
- Б) тетрациклины
- В) левомицетин
- Г) фторхинолоны

20. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- А) амоксиклав
- Б) пенициллин
- В) сульфодимезин
- Г) эритромицин

21. НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПРИЗНАКОМ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) выявление бактериурии
- Б) выявление антител к базальной мембране клубочков
- В) наличие гематурии
- Г) наличие протеинурии

22. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИИ У БЕРЕМЕННЫХ ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ АНТИБИОТИКОВ

- А) пенициллинового ряда
- Б) антимикотиков
- В) фторхинолонов
- Г) тетрациклинового ряда

23. ОПИСАНИЮ «FACIES NEPHRITICA» СООТВЕТСТВУЕТ

- А) одутловатое, бледное лицо с отеками под глазами, припухшими веками, узкими глазными щелями
- Б) одутловатое, цианотичное лицо, с набуханием вен шеи, выраженным цианозом и отеком шеи
- В) выраженный цианоз губ, кончика носа, подбородка, ушей
- Г) мертвенно-бледное лицо с сероватым оттенком, запавшими глазами, заостренным носом, с каплями холодного профузного пота на лбу.

2) обсуждение с обязательным объяснением материала - 35мин.

IV. Вопросы для обсуждения и объяснения:

1. Какая флора в большинстве случаев присуща хроническому пиелонефриту?
2. Какой фактор не влияет на частоту возникновения артериальной гипертонии при хроническом пиелонефрите?
3. Какое обследование показано в период ремиссии для ранней диагностики обострения?
4. При каком количестве бактерий бактериологическая проба считается положительной?
5. Что такое первичный хронический пиелонефрит?
6. Что такое вторичный пиелонефрит?
7. Каковы наиболее частые причины развития вторичного пиелонефрита?
8. По степени клинических проявлений хронические пиелонефриты делятся на?
9. Лечебная тактика и особенности антибактериальной терапии при гестационном пиелонефрите?

10. Назовите изменения в общем анализе крови, нередко встречающиеся при хроническом пиелонефрите?

11. Назовите качественные изменения лейкоцитов, характерные для хронического пиелонефрита?

12. Какие изменения диуреза наблюдаются у больных? Что такое преднизолоновый тест, когда его проводят?

13. Принципы, методы и тактика лечения хронического пиелонефрита?

14. Препараты первого ряда для эмпирического лечения обострения хронического пиелонефрита?

15. Препараты второго ряда для эмпирического лечения обострения хронического пиелонефрита?

V. Клиническая работа: курация больных - 1 ч 40 мин,
разбор клинических случаев, решение ситуационных задач (при невозможности разобрать клинический случай) - 35 мин.

Кейс – задачи:

Задача №1.

У больного с диабетической нефропатией и нарушением функции почек возник вторичный пиелонефрит. Высеяна *E.coli* (кишечная палочка). Выберите антибактериальную терапию (гентамицин, тетрациклин, линкомицин, ампициллин).

Задача №2.

Больная 47 лет, доставлена бригадой «скорой помощи» с жалобами на повышение t тела до 38°C , частое и болезненное мочеиспускание, тупые, ноющие боли в поясничной области справа без иррадиации, головную боль, слабость, периодическое познабливание, 20 лет назад, на сроке 30-36 недель беременности, наблюдались изменения в моче, исчезнувшие после родов. Около 12 лет назад выявлено повышенное АД до 180/100 – 200/120 мм рт. ст. При осмотре больной патологических изменений не обнаружено. При перкуссии сердца – расширение границ относительной сердечной тупости влево на 1 см, повышение АД до 190/120 мм рт. ст. Положительный симптом поколачивания справа. ОАМ: уд в 1007, б – 0,099 г/л, Эп. кл. – 10-15 в п/Зр, лейкоциты – 40 – 60 в п/Зр; Эр. – 2 – 1 в п/Зр, цилиндры (гиалиновые) – 1-2 в п/Зр.

1. Выделите ведущие синдромы и симптомы

2. Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний по ведущему синдрому.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Составьте план обследования.
5. Составьте план лечения.

VI. Заключительная часть (подведение итогов) - 5 мин.

VII. Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Маколкин В.И. Внутренние болезни, учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования "Лечеб. дело" / В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко, В.А. Сулимов.- М.: Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2015. - 764с.
2. Внутренние болезни: учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования: в 2 т.: [с прил. на компакт-диске] / под ред. В.С. Моисеева, А.И. Мартынова, Н.А. Мухина. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2012. - Т.1,2.
3. Болезни сердца и сосудов. Руководство Европейского общества кардиологов.- М.: Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2011.

Дополнительная учебная литература:

1. Гастроэнтерология: нац. рук. Краткое изд. / под ред. В.Т. Ивашкина [и др.]. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2014. - 462 с.
2. Ревматология: учеб. пособие / под ред. Н.А. Шостак. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2012.- 435 с.
3. Чучалин А.Г. Пульмонология: Национальное руководство (с приложением на компакт – диске) / А.Г. Чучалин. - М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009.
4. Морозов М.А. Здоровый образ жизни и профилактика заболеваний: учебное пособие / М.А. Морозов.- 2-е изд.- СПб.: ООО «СпецЛит», 2013. - 175с.
5. Филоненко С.П. Боли в суставах: дифференциальная диагностика: руководство / С.П. Филоненко, С.С. Якушин. - М.: ГЭОТАР – Медиа, 2010.- 174с.

6. Огороков В.Г. Диагностика и лечение желудочковых нарушений ритма сердца: моногр. / В. Г. Огороков, С. В. Селезнев ; Ряз. гос. мед. ун-т. - Рязань : РИО РязГМУ, 2013. - 172 с.

7. Основы ревматологии: учебное пособие для студентов обуч. по спец. «Лечебное дело» / С.С. Якушин [и др.]; Ряз.гос. мед. Ун-т.- Рязань: РИО РязГМУ, 2015. – 130с.

Интернет – ресурсы:

1. ЭБС «Консультант студента «ВПО и СПО», www.studmedlib.ru и www.medcollegelib.ru соответственно.

2. Библиографическая и реферативная база данных Scopus, www.scopus.com.

3. Национальная электронная библиотека («НЭБ»); <http://нэб.рф/>.

4. Коллекция книг ЭБС "Юрайт", «Юрайт» biblio-online.ru

5. Polpred.com. Обзор СМИ. Д <http://polpred.com>.

Тема занятия: ПОНЯТИЕ О ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК (ХБП), ЕЕ КЛАССИФИКАЦИЯ И ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО - ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПРОЯВЛЯЮЩИХСЯ ХБП. ПОКАЗАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ И МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ПРОГРАММНОГО ГЕМОДИАЛИЗА И ИНЫХ ВИДОВ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ.

Цель занятия: изучить клинику, симптоматику, вопросы диагностики (дифференциальной диагностики), принципы индивидуального лечебного подхода на различных стадиях хронической болезни почек

Форма проведения: клиническое практическое занятие.

Время проведения занятия (количество астрономических часов):6

Методическое оснащение: методические разработки для студентов, тесты, истории болезни, кейс-задачи.

Материально-техническое оснащение: столы, стулья, мультимедийная техника, фантомы.

Организационно-методические указания для преподавателей

В результате изучения темы студент должен овладеть следующими компетенциями:

ПК-6:

способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра.

ПК-8:

способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами.

Расчет учебного времени

I. Вводная часть - 30 мин.

II. Клиническая конференция – 30 мин.

III. Обсуждение материала:

1) контроль теоретической подготовки студентов - 35 мин.

Программированный контроль:

1. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ (ГЕМОДИАЛИЗ, ПЕРИТОНЕАЛЬНЫЙ ДИАЛИЗ) У ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИНАЛЬНЫМ ПОЧЕЧНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ АНТИКОАГУЛЯНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) гепарин
- Б) варфарин
- В) фондапаринкус
- Г) дабигатран

2. ЭРИТРОПОЭЗ-СТИМУЛИРУЮЩИМИ ПРЕПАРАТАМИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ НА БЕЛКОВОЙ ОСНОВЕ ЯВЛЯЮТСЯ

- А) эритропоэтины (альфа, бета, дельта, омега)
- Б) ингибиторы пролилгидроксилазы
- В) ЭПО-миметики
- Г) ингибиторы транскриптазы

3. ДЛЯ КОРРЕКЦИИ АНЕМИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК ИСПОЛЬЗУЮТ

- А) стимуляторы эритропоэза
- Б) стимуляторы лейкопоэза
- В) аналоги нуклеозидов
- Г) иммунодепрессанты

4. ПРИ АНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК НЕОБХОДИМО НАЗНАЧАТЬ КОМБИНИРОВАННУЮ ТЕРАПИЮ: СТИМУЛЯТОРЫ ЭРИТРОПОЭЗА С ПРЕПАРАТАМИ

- А) железа
- Б) кальция
- В) калия
- Г) магния

5. ПРИ СНИЖЕНИИ СКФ <30 МЛ/МИН/1,73М² ГИПЕРКАЛИЕМИЮ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ НАЗНАЧЕНИЕ

- А) спиронолактона
- Б) дабигатрана
- В) фебуксостата
- Г) ивабрадина

6. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОТЁЧНОГО СИНДРОМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК 4 СТАДИИ (КЛУБОЧКОВАЯ ФИЛЬТРАЦИЯ < 20 МЛ/МИН/1,73 М²) ДИУРЕТИКАМИ ВЫБОРА ЯВЛЯЮТСЯ

- А) фуросемид, торасемид
- Б) спиронолактон, триамтерен
- В) индапамид, хлорталидон
- Г) маннинил, буметанид

7. У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ ФУНКЦИИ ПОЧЕК РЕКОМЕНДОВАНО ПРИМЕНЯТЬ ПО ПОВОДУ СОПУТСТВУЮЩИХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ АНТИГИСТАМИННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

- А) лоратадин, хифенадин
- Б) цетиризин, акривастин
- В) дезлоратадин, левоцетиризин
- Г) сехифенадин, фексофенадин

8. ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЛЕЧЕНИЕ АНЕМИИ ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ

- А) эритропоэтина
- Б) преднизолона
- В) витамина В12
- Г) фолиевой кислоты

9. ПРЕПАРАТОМ, ПРОТИВОПОКАЗАННЫМ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ В СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) гентамицин
- Б) оксациллин
- В) азитромицин
- Г) карбенициллин

10. УРОВЕНЬ КРЕАТИНИНА, ПРИ КОТОРОМ ПРОВОДЯТ ГЕМОДИАЛИЗ, СОСТАВЛЯЕТ _____ МКМОЛЬ/Л

- А) 700
- Б) 400
- В) 500
- Г) 600

11. У БОЛЬНОГО С ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ПРОПУСТИВШЕГО ОЧЕРЕДНОЙ СЕАНС ГЕМОДИАЛИЗА, НА ЭКГ С ВЫСОКОЙ ВЕРОЯТНОСТЬЮ МОЖНО ОЖИДАТЬ

- А) высокий остроконечный зубец Т
- Б) депрессию сегмента ST
- В) инверсию зубца Т
- Г) наличие зубца Q

12. ЭКГ-ПРИЗНАКОМ ГИПЕРКАЛИЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) высокий остроконечный зубец Т
- Б) депрессия сегмента ST
- В) инверсия зубца Т
- Г) тахикардия

13. ПРИЧИНОЙ УРЕМИЧЕСКОЙ ОСТЕОДИСТРОФИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) увеличение уровня паратиреоидного гормона
- Б) увеличение уровня креатинина
- В) увеличение уровня мочевины
- Г) снижение уровня эритропэтина

14. ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК V СТАДИИ ФИКСИРУЕТСЯ ПРИ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ

- А) менее 15 мл/мин
- Б) 89-60 мл/мин
- В) 59-30 мл/мин
- Г) 29-15 мл/мин

15. НЕРЕДКО ОСЛОЖНЯЕТСЯ РАЗВИТИЕМ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

- А) геморрагическая лихорадка
- Б) корь
- В) брюшной тиф / паратиф
- Г) вирусный гепатит

16. ГЛАВНОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ ГЕМОДИАЛИЗОМ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) сердечно-сосудистое заболевание
- Б) острый вирусный гепатит
- В) бактериальная пневмония
- Г) диализный амилоидоз

17. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ АНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ

- А) снижение продукции эритропоэтина
- Б) дефицит витамина В12
- В) дефицит железа
- Г) кровопотеря

18. К ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ, СНИЖАЮЩИХ ВНУТРИКЛУБОЧКОВУЮ ГИПЕРТЕНЗИЮ, ОТНОСЯТ

- А) ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
- Б) бета-адреноблокаторы
- В) диуретики
- Г) статины

19. _____ ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К СРОЧНОМУ НАПРАВЛЕНИЮ БОЛЬНОГО С ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ГЕМОДИАЛИЗ

- А) высокая гиперкалиемия
- Б) выраженная олигурия
- В) анасарка
- Г) тяжелая гипертония

20. У БОЛЬНОГО С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК ПРИ НАЛИЧИИ ВЫСОКИХ ЗАОСТРЕННЫХ ЗУБЦОВ Т, БРАДИКАРДИИ ВЕРОЯТНА

- А) гиперкалиемия
- Б) гипергликемия
- В) гипокалиемия
- Г) гиперкальциемия

21. СОЧЕТАНИЕ АНЕМИИ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- А) хронической почечной недостаточности
- Б) гипертонической болезни
- В) синдрома Иценко-Кушинга
- Г) акромегалии

22. САМЫМ ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ

- А) азотемия
- Б) артериальная гипертония
- В) большая протеинурия
- Г) нефротический синдром

23. ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ АНЕМИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- А) эритропоэтин
- Б) препараты железа
- В) переливание эритромассы
- Г) витамин В12

24. ПОКАЗАНИМИ К СРОЧНОМУ ПРОВЕДЕНИЮ ГЕМОДИАЛИЗА ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) повышение уровня калия сыворотки 6,5 ммоль/л и более
- Б) высокая гипертензия
- В) олигурия
- Г) повышение уровня мочевины более 10 ммоль/л

25. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕОБХОДИМА ДИЕТА

- А) фруктово-овощная
- Б) с исключением животных жиров
- В) углеводно-жировая
- Г) с повышенным содержанием белка

26. НАИБОЛЬШЕЙ НЕФРОТОКСИЧНОСТЬЮ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

- А) аминогликозиды
- Б) макролиды
- В) нитрофураны
- Г) β-лактамс

27. ОСТРОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЧЕК НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВОЗНИКАЕТ ПОСЛЕ ПРИЕМА

- А) нестероидных противовоспалительных препаратов
- Б) сердечных гликозидов
- В) антагонистов кальция
- Г) бензодиазепинов

28. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ УРЕМИЧЕСКОЙ АНЕМИИ – ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ

- А) препаратов эритропоэтина
- Б) внутривенных препаратов железа
- В) фолиевой кислоты
- Г) цианокобаламина

29. НАЗОВИТЕ ОДИН ИЗ ОСНОВНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

- А) альбуминурия/протеинурия
- Б) снижение концентрационной функции почек
- В) гематурия
- Г) цилиндрурия

30. КРИТЕРИЙ III СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

- А) СКФ 30-59 мл/мин
- Б) СКФ < 40 мл/мин
- В) СКФ 15-29 мл/мин
- Г) СКФ < 15 мл/мин

2) обсуждение с обязательным объяснением материала - 35 мин.

IV. Вопросы для обсуждения и объяснения:

1. Дайте определение ХБП и ее концепции?
2. Назовите модифицируемые факторы риска ХБП?
3. Назовите немодифицируемые факторы риска ХБП?
4. Какие Вы знаете способы определения СКФ?
5. На какие стадии делится ХБП по уровню СКФ?
6. Что такое альбуминурия. Как классифицируется ХБП в зависимости от уровня альбуминурии?
7. Назовите принципы ведения больных с ХБП?
8. Показания к гемодиализу при ХБП?
9. Противопоказания к гемодиализу при ХБП?
10. Какие Вы знаете методы заместительной почечной терапии?
11. Каковы принципы немедикаментозного лечения больных с ХБП?
12. Что такое эритропоэтины и каковы показания к их назначению?
13. Принципы назначения лекарственных препаратов при ХБП и сопутствующих заболеваниях?
14. Изложить принципы формулировки диагноза при ХБП.
15. Каков прогноз при ХБП?

V. Клиническая работа: курация больных - 1 ч 40 мин,
разбор клинических случаев, решение ситуационных задач (при невозможности разобрать клинический случай) - 35 мин.

Кейс – задачи:

Задача №1.

Больной М., 50 лет, поступил с жалобами на резкую слабость, головные боли, тошноту, кожный зуд. Болен более 20 лет, когда был поставлен диагноз хронического пиелонефрита. Периодически отмечал боли в поясничной области, находили изменения в анализе мочи (характер изменений не знает). Регулярно у врача не наблюдался и не лечился. Ухудшение состояния отмечает последний год, когда появились и стали нарастать вышеперечисленные жалобы.

Объективно: пониженного питания, кожные покровы бледные с желтушным оттенком, следы расчесов на туловище и конечностях. Границы сердца расширены влево, тоны ясные, акцент II тона на аорте, АД - 250/130 мм рт.ст. Со стороны других внутренних органов патологии не выявлено. Клинический анализ крови: Нб - 82 г/л, эритроциты - $2,6 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $5,6 \times 10^9$, СОЭ - 12 мм/ч, гематокрит - 26 %. Общий анализ мочи: относительная плотность - 1005, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения.

Проба Зимницкого: дневной диурез - 300 мл, ночной диурез - 480 мл, колебания относительной плотности - 1002-1007. **Проба Реберга-Тареева**: скорость клубочковой фильтрации - 15 мл/мин, канальцевая реабсорбция - 95 %.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо назначить больному для подтверждения диагноза?
3. Какие изменения вы предполагаете обнаружить в биохимическом анализе крови у больного?
4. Определите наиболее подходящую терапевтическую тактику.

Задача №2.

Больной К., 35 лет, поступил с жалобами на головную боль, легкую слабость и утомляемость. В анамнезе частые ангины в детстве и юношеском возрасте. Со слов больного, 8 лет назад в моче обнаружили гематурию. Так как в последующем количество эритроцитов в анализе мочи уменьшилось, больной далее не обследовался. Объективно: кожные покровы бледные, сухие, веки отечны. Тоны сердца ясные, ритм правильный, АД - 180/10 мм рт.ст.

Со стороны других внутренних органов патологии не выявлено. Клинический анализ крови: Нв - 94 г/л, эритроциты - $3,6 \times 10^{12}$ /л, гематокрит - 28 %, лейкоциты - $4,6 \times 10^9$, СОЭ - 16 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность - 1008, белок - 0,033 г/л, лейкоциты - 4-5 в поле зрения, эритроциты - 1-3 в поле зрения. Суточная протеинурия - 1,1 г. Проба Зимницкого: дневной диурез - 950 мл, ночной диурез - 1500 мл, колебания относительной плотности - 1004-1010. Проба Реберга-Тареева скорость клубочковой фильтрации - 40 мл/мин, канальцевая реабсорбция - 98 %. Биохимический анализ крови: креатинин - 305 мкмоль/л, мочевина - 19 ммоль/л, холестерин - 5,4 ммоль/л, глюкоза - 4,5 ммоль/л.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Какое исследование позволит установить окончательный диагноз и определить тактику лечения больного?

3. Имеются ли у больного показания к гемодиализу?

4. Имеются ли показания к лечению анемии эритропоэтином?

VI. Заключительная часть (подведение итогов) - 5 мин.

VII. Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Маколкин В.И. Внутренние болезни, учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования "Лечеб. дело" / В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко, В.А. Сулимов.- М.: Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2015. - 764с.

2. Внутренние болезни : учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования: в 2 т.: [с прил. на компакт-диске] / под ред. В.С. Моисеева, А.И. Мартынова, Н.А. Мухина. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2012.- Т. 1, 2.

3. Болезни сердца и сосудов. Руководство Европейского общества кардиологов.- М.: Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2011.

Дополнительная учебная литература:

1. Гастроэнтерология: нац. рук. Краткое изд. / под ред. В.Т. Ивашкина [и др.]. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2014. - 462 с.

2. Ревматология: учеб. пособие / под ред. Н.А. Шостак. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2012. - 435 с.

3. Чучалин А.Г. Пульмонология: Национальное руководство (с приложением на компакт – диске) / А.Г. Чучалин.- М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009.

4. Морозов М.А. Здоровый образ жизни и профилактика заболеваний: учебное пособие / М.А. Морозов.-2-е изд.- СПб.: ООО «СпецЛит» , 2013. - 175с.

5. Филоненко С.П. Боли в суставах: дифференциальная диагностика. Руководство / С.П. Филоненко, С.С. Якушин.- М.: ГЭОТАР – Медиа,2010.- 174с.

6. О कोरोков В.Г. Диагностика и лечение желудочковых нарушений ритма сердца: моногр. / В. Г. О कोरोков, С. В. Селезнев ; Ряз. гос. мед. ун-т. - Рязань : РИО РязГМУ, 2013. - 172 с.

7. Основы ревматологии: учебное пособие для студентов обуч. по спец. «Лечебное дело» / С.С. Якушин [и др.]; Ряз.гос. мед. Ун-т.- Рязань: РИО РязГМУ,2015. – 130с.

Интернет – ресурсы:

1. ЭБС «Консультант студента «ВПО и СПО», www.studmedlib.ru и www.medcollegelib.ru соответственно.

2. Библиографическая и реферативная база данных Scopus, www.scopus.com.

3. Национальная электронная библиотека («НЭБ»); <http://нэб.рф/>.

4. Коллекция книг ЭБС "Юрайт", «Юрайт» biblio-online.ru

5. Polpred.com. Обзор СМИ. Д <http://polpred.com>.