



Министерство здравоохранения Российской Федерации

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

"Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по учебной работе



/ С.А. Артюшкин /

2019 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

основной образовательной программы высшего образования - программы ординатуры
по специальности 31.08.43 Нефрология

Трудоемкость: 3 зе

Санкт-Петербург
2019 г.

1. Общие положения

Государственная итоговая аттестация по основной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.43 Нефрология (далее – ГИА) проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры по специальности 31.08.43 Нефрология (далее – Программа) требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.43 Нефрология (далее – ФГОС ВО). ГИА относится к Блоку 3 ФГОС ВО и включает в себя подготовку и сдачу государственного экзамена.

К ГИА допускаются обучающиеся, не имеющие академической задолженности и в полном объеме выполнившие учебный план или индивидуальный учебный план по Программе.

ГИА обучающихся, освоивших Программу, осуществляют государственная экзаменационная комиссия.

При успешном прохождении ГИА обучающемуся выдается документ о высшем образовании и о квалификации образца, установленного Министерством здравоохранения Российской Федерации (приказ Минздрава России от 6 сентября 2013 г. № 634н):
– диплом об окончании ординатуры.

2. Результаты обучения, оцениваемые на государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

Универсальные компетенции (УК):

- Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- Готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительской власти, осуществляющем функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Профессиональные компетенции (ПК):

- профилактическая деятельность;
- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);
- диагностическая деятельность;

- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
- лечебная деятельность;
- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании нефрологической медицинской помощи (ПК-6);
- готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);
- реабилитационная деятельность;
- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);
- психолого-педагогическая деятельность;
- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
- организационно-управленческая деятельность;
- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);
- готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);
- готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

3. Порядок проведения государственной итоговой аттестации

На ГИА отводится 108 часов (3 зе), из которых 6 часов - государственный экзамен, 48 часов - консультации и 54 часа - самостоятельная работа.

ГИА проводится в форме государственного экзамена.

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по Программе. Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенными в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в устной форме с использованием экзаменационных билетов.

Продолжительность подготовки обучающегося к ответу составляет не более 45 минут.

Продолжительность сдачи государственного экзамена обучающимся составляет не более 15 минут.

Уровень знаний обучающегося оценивается на «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно». Критерии оценок результатов государственного экзамена:

- знание теоретического материала по предметной области;
- глубина изучения дополнительной литературы;
- глубина и полнота ответов на вопросы.

Ответ оценивается на «отлично», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;
- ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов;

– демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Ответ оценивается на «хорошо», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;

– ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях при ответах.

– имеются незначительные упущения в ответах.

Ответ оценивается на «удовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает неполные и слабо аргументированные ответы на вопросы, демонстрирующие общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы.

Ответ оценивается «неудовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение государственной итоговой аттестации.

4. Порядок подведения итогов государственной итоговой аттестации

На каждого обучающегося заполняется протокол заседания ГЭК по приему ГИА, в котором отражается перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов ГЭК о выявленном в ходе государственного аттестационного испытания уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося. Протокол заседания ГЭК подписывается председателем и секретарем ГЭК. Протоколы заседаний ГЭК сшиваются в книги и хранятся в архиве Университета.

Результаты ГИА объявляются в день ее проведения.

Решения ГЭК принимаются простым большинством голосов членов комиссии, участвовавших в заседании. Заедание ГЭК проводится председателем ГЭК. При равном числе голосов председатель обладает правом решающего голоса.

5. Программа государственного экзамена

5.1. Рекомендации по подготовке к государственному экзамену

1. Подготовка к государственной итоговой аттестации (ГИА) должна осуществляться в соответствии с программой государственного экзамена по вопросам, которые выносятся на ГИА.
2. В процессе подготовки необходимо опираться на рекомендуемую учебную и научную литературу.
3. Для систематизации знаний необходимо посещение консультаций. Расписание консультаций кафедра доводит до сведений ординаторов не позднее, чем за 3 месяца.
4. Содержание ответов ординаторов должно соответствовать требованиям ФГОС по специальности 31.08.43 «Нефрология».
5. Ординатор в процессе ответа на вопросы должен продемонстрировать уровни сформированности универсальных и профессиональных компетенций.
6. В процессе подготовки к ответу рекомендуется составить расширенный план ответа по каждому вопросу.
7. Материал по каждому вопросу необходимо излагать структурированно и логично.

8. По своей форме ответ должен быть уверенным и четким.
9. Необходимо следить за культурой речи и не допускать ошибок в произношении терминов.

5.2. Вопросы, выносимые на государственный экзамен

Вопросы:

1. Организация нефрологической и диализной помощи. Структура нефрологической помощи. Характеристика всех подразделений нефрологической службы.
2. Организация работы нефрологического отделения. Штаты. Ведение истории болезни.
3. Организация работы отделения перitoneального диализа Штаты. Ведение истории болезни. Санитарно-эпидемиологический режим
4. Организация работы отделения гемодиализа. Штаты. Ведение истории болезни. Санитарно-эпидемиологический режим
5. История развития нефрологии. Этапы развития нефрологии. Современные достижения в области физиологии почек, диагностики и изучении патогенеза заболеваний почек
6. История диализа. Этапы развития. Основоположники современного диализа.
7. Анатомо-функциональное строение почки: Развитие почки. Строение почек. Топографическая анатомия почек и мочевой системы.
8. Почечные функции и процессы, их обеспечивающие.
9. Анатомо-функциональные особенности почек у детей.
10. Почечная регуляция объема воды, баланса натрия.
11. Почечная регуляция экскреции воды и роль антидиуретического гормона.
12. Почечная регуляция баланса калия: Обмен калия в организме, распределение в органах и тканях. Факторы, влияющие на перераспределение калия между внеклеточным и внутриклеточным секторами. Внепочечные механизмы поддержания баланса калия. Участие почки в обмене калия.
13. Фосфорно-кальциевый обмен и почки: Обмен кальция и фосфора в организме, распределение в органах и тканях. Факторы, влияющие на распределение кальция и фосфора в организме. Регуляция фосфорно-кальциевого обмена. Нарушение фосфорно-кальциевого обмена при ХПН.
14. Кислотно-основное состояние (КОС). Буферные системы организма. Показатели КОС крови, мочи и других жидкостей организма.
15. Виды ацидоза и алкалоза.
16. Свертывающая система крови у нефрологических больных
17. Роль почки в процессах свертывания крови. Основные факторы свертывающей системы крови.
18. Механизмы образования мочи: Механизмы мочеобразования: фильтрация, реабсорбция, секреция.
19. Обследование нефрологических больных: особенности сбора анамнеза, наследственность, перенесенных ранее заболеваний. Аллергологический анамнез.
20. Общий анализ мочи: особенности сбора и исследования мочи. Характеристика основных показателей анализа мочи (цвет, прозрачность, относительная плотность), микроскопическое исследование осадка – эритроциты, лейкоциты, цилиндры. Количественная и качественная характеристика основных элементов осадка мочи, их диагностическое значение
21. Протеинурия и нефротический синдром: Клубочковая и канальцевая протеинурия. Дифференциальная диагностика. Лабораторные признаки нефротического синдрома.
22. Гематурия: ренальные и экстраренальные причины гематурии. Измененные

- (выщелоченные) и неизмененные эритроциты. Болевая и безболевая гематурия.
23. Оценка азотовыделительной функции почек: метаболизм азотсодержащих веществ в организме и методы определения их в крови и моче: мочевина, креатинин, мочевая кислота. Клиренсовые методы в клинической оценке функционального состояния почек. Клиническая оценка результатов исследования азотсодержащих веществ.
24. Расчетные методы определения скорости клубочковой фильтрации. Рассчетные формулы определения скорости клубочковой фильтрации - Кокрофт-Гальта и MDRD.
25. Другие методы расчета скорости клубочковой фильтрации: радиоиммунные методы оценки СКФ. Цистатин С-биологическая роль, клиренс, значение при различных клинических состояниях.
26. Ультразвуковые методы исследования почек: УЗИ почек. Методика исследования, показания и подготовка к исследованию, Ультразвуковая допплерография. Исследование кровотока.
27. Рентгенологические методы исследования почек: Показания и противопоказания. Обзорная рентгенография. Томография. Инфузионная, ретроградная, антеградная урография, почечная ангиография. Побочные реакции и осложнения при непереносимости рентгенконтрастных препаратов. Профилактика и лечение.
28. Радиоизотопные методы исследования почек. Общая характеристика, показания, используемые радиодиагностические препараты. Техника проведения ренографии и нефросцинтиграфии. Расчет основных показателей.
29. Магнитно-резонансная томография: Методика исследования, показания и противопоказания. Общая характеристика, преимущества перед другими методами
30. Морфологическое исследование почек. Биопсия почки. Показания и подготовка к диагностической биопсии почки. Абсолютные и относительные противопоказания к выполнению биопсии. Подготовка к проведению биопсии почки. Техника выполнения нефробиопсии. Нефробиопсия нативной почки. Особенности техники выполнения биопсии почечного трансплантата. Осложнения нефробиопсии: Ранние и отсроченные осложнения после биопсии почки. Профилактика осложнений.
31. Клинико-морфологические соотношения в почке.
32. Нефритический синдром
33. Диагностические критерии острого нефритического синдрома. Нозологические варианты острого нефритического синдрома. Неотложная помощь больным с острым нефритическим синдромом
34. Нефротический синдром: диагностические критерии. Дифференциальная диагностика.
35. Мочевой синдром: диагностические критерии. Дифференциальная диагностика.
36. Отечный синдром: диагностические критерии. Дифференциальная диагностика.
37. Синдром артериальной гипертензии. Механизмы регуляции артериального давления. Морфологические изменения в почках при артериальной гипертензии. Классификация артериальной гипертензии.
38. Острый гломерулонефрит: Распространенность. Этиология. Патогенез. Морфологическая картина. Клиника, диагностика и лечение.
39. Мезангимально-пролиферативный гломерулонефрит: Этиология. Клиническо-морфологические варианты, в том числе IgA-нефропатия. Лечение. Схемы патогенетической терапии – цитостатики, иммунодепрессанты, глюкокортикоиды, антикоагулянты. Симптоматические средства. Диспансеризация. Прогноз.
40. Мембранозно-пролиферативный гломерулонефрит: Клинические и иммуноморфологические варианты. Лечение. Схемы патогенетической терапии. Симптоматические средства. Диспансеризация, экспертиза трудоспособности.
41. Мембранозная гломерулопатия: Клинические и иммуноморфологические варианты.

- Лечение. Схемы патогенетической терапии. Симптоматические средства. Диспансеризация. Прогноз.
42. Фокально-сегментарный гломерулосклероз. Клиника. Диагностика. Лечение. Диспансеризация. Прогноз.
43. Быстропрогрессирующий гломерулонефрит. Понятие о быстропрогрессирующем нефрите. Диагностика. Клинические и морфологические варианты. Патогенетическая терапия. Показания к применению методов эфферентной терапии. Прогноз.
44. Острый интерстициальный нефрит. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика.
45. Хронический интерстициальный нефрит. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика.
46. Принципы терапии тубуло-интерстициальных заболеваний почек. Терапия тубуло-интерстициальных заболеваний: этиотропная, патогенетическая и симптоматическая. Прогноз.
47. Наследственные нефропатии: Поликистозная болезнь. Гломерулопатии. Тубулопатии. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
48. Инфекция мочевыводящих путей. Классификация инфекций мочевыводящих путей. Этиология. Патогенез. Диагностика.
49. Инфекция нижних мочевыводящих путей. Клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика инфекций нижних мочевыводящих путей.
50. Инфекция верхних мочевыводящих путей (пиелонефрит). Клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика пиелонефрита.
51. Терапия инфекции мочевыводящих путей. Принципы терапии инфекции мочевыводящих путей: антибактериальная терапия, противорецидивная терапия. Бессимптомная бактериурия.
52. Гипертоническая нефропатия. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
53. Реноваскулярная артериальная гипертензия. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз.
54. Системная красная волчанка(СКВ). Волчаночный нефрит. Классификация. Патогенез. Морфологические формы. Клиника. Дифференциальный диагноз. Лечение – кортикостероиды, цитостатики. Индукционная и поддерживающая терапия.
55. Узелковый полиартериит (УП). Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
56. Поражения почек при пурпуре Шенлейна-Геноха. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
57. Смешанная криоглобулинемия. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
58. Синдром Гудпасчера. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
59. Системная склеродермия. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
60. Ревматоидный артрит. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
61. Гемолитико-уремический синдром (ГУС). Этиология. Патогенез. Морфология. Клинические проявления (типичный и атипичный ГУС). Лабораторные исследования. Лечение типичного ГУС и атипичного ГУС. Течение и прогноз.
62. Антифосфолипидный синдром (АФС). Определение. Классификация (первичный и вторичный). Этиология. Патогенез. Клиника. Варианты поражения почек. Патоморфология. Диагностика. Лечение. Прогноз.
63. Подагрическая нефропатия. Подагра. Диагностика. Подагрическая почка - определение, варианты поражения почек при гиперурикемии и подагре. Терапия гиперурикемии и подагры.
64. Диабетическая нефропатия. Классификация. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Нефропротективная терапия.
65. Нефропатии при заболеваниях системы крови: Поражение почек при парапroteinемиях (миеломная болезнь, макроглобулинемия Вальднстрэма).

- Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
66. Почки и беременность. Особенности функции почек при беременности. Гестоз: Нефропатия беременных.
67. Патология почек и беременность. Течение беременности на фоне патологии почек.
68. Нефропатии при инфекционных заболеваниях: Нефропатии при СПИДе. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз.
69. Нефропатии при инфекционных заболеваниях Поражения почек при хроническом гепатите. Этиология. Патогенез. Варианты поражения почек. Клиника. Терапия.
70. Поражение почек при инфекционных заболеваниях. Этиология. Патогенез. Варианты поражения почек. Клиника. Терапия.
71. Амилоидоз. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальный диагноз. Лечение.
72. Хроническая болезнь почек (ХБП). Определение. Классификация. Факторы риска ХБП. Лечение. Нефропротекция.
73. Хроническая почечная недостаточность (ХПН). Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
74. Терапия больных в додиализной стадии ХБП. Диета, медикаментозная терапия. Подготовка к заместительной почечной терапии.
75. Анемия. Патогенез. Лечение: препараты железа, эритропоэтин-стимулирующие агенты, фолиевая кислота, витамин В₁₂. Показания и противопоказания, подбор дозы. Осложнения терапии.
76. Нарушения фосфорно-кальциевого обмена. Этиология. Патогенез. Диагностика. Терапия: фосфатбinderы. Витамин D, кальциймиметики. Хирургические методы лечения.
77. Дислипидемия. Особенности липидного профиля. Коррекция.
78. Синдром недостаточного питания. Методы оценки недостаточности питания. Методы коррекции.
79. Заместительная почечная терапия. Варианты заместительной почечной терапии. Физиологическое обоснование методов ЗПТ. Показания и противопоказания.
80. Хронический гемодиализ. Варианты сосудистого доступа. Свойства и подготовка диализирующего раствора. Преимущества бикарбонатного диализа. Типы диализаторов. Режимы диализа. Технические аспекты диализа. Оценка адекватности заместительной почечной терапии (Kt/V: URR%)
81. Перitoneальный диализ(ПД). Методы перitoneального диализа. Типы перitoneальных катетеров и методы их постановки. Оценка адекватности ПД. Инфекционные и неинфекционные осложнения ПД.
82. Методы эfferentной терапии. Варианты методов эfferentной терапии. Физиологическое обоснование методов. Показания и противопоказания.
83. Гемосорбция. Принцип метода. Показания и противопоказания. Осложнения.
84. Плазмаферез. Принцип метода. Показания и противопоказания. Осложнения.
85. Фотогемотерапия. Принцип метода. Показания и противопоказания. Осложнения.
86. Острая почечная недостаточность. Этиология. Патогенез. Клиника. Осложнения.
87. Острое повреждение почек. Классификация RIFLE. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика.
88. Принципы терапии ОПП. Консервативная терапия ОПП. Показания для начала заместительной почечной терапии. Особенности проведения гемодиализа при ОПП.
89. Экспертиза нетрудоспособности, КЭК, МСЭК. Трудовое и гражданское законодательства, приказы по клинико-экспертной работе. Перечень заболеваний, подлежащих медико-социальной экспертизе.
90. Острые состояния: Сепсис. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.

Прогноз.

91. Острые состояния: ДВС — синдром. Острый и хронический ДВС-синдром. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз.
92. Острые состояния: Гемолиз и рабдомиолиз. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз.
93. Основы трансплантации почки. Иммунологические аспекты трансплантации почки. Трансплантационная иммунобиология. Оценка совместимости тканей, перекрестная проба, распределение трансплантатов трупной почки.
94. Юридические аспекты трансплантации почки. Нормативные документы.
95. Отбор больных на трансплантацию почки. Показания и противопоказания к трансплантации почки. Трансплантация от живых и трупных доноров (родственная и трупная трансплантация почки). Предикторы риска развития осложнений. Профилактика осложнений. Обследование больных перед трансплантацией почки.
96. Иммуносупрессивная терапия после трансплантации почки. Основные группы лекарственных препаратов, используемых в трансплантомологии. Схемы лечения. Побочные эффекты лекарственных препаратов.
97. Хирургические осложнения после трансплантации почки. Особенности хирургической тактики: хирургическая техника выполнения трансплантации почки. Профилактика хирургических осложнений.
98. Ведение больных в раннем периоде после трансплантации почки. Особенности ведения больных в раннем периоде. Профилактика ранних осложнений, режимы иммуносупрессивной терапии. Осложнения после трансплантации почки. Обследование больных после трансплантации почки.
99. Ведение больных в отдаленном периоде после трансплантации почки. Поздние осложнения после трансплантации почки: Инфекционные осложнения. Опухоли. Дисфункция почечного трансплантата. Особенности ведения больных после трансплантации.
100. Инфекционные осложнения после трансплантации почки. Вирусные инфекции (ЦМВ, вирус гриппа, гепатиты В, С), грибковые инфекции после трансплантации почки (аспергиллез, зигомикоз, кандидоз, пневмоцистоз и др.).
101. Гуморальное и клеточное отторжение почечного трансплантата. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
102. Амбулаторное ведение больных после трансплантации почки. Амбулаторное обследование: лабораторное и инструментальное.
103. Особенности амбулаторного наблюдения в раннем и отдаленном периоде после трансплантации почки. Задачи амбулаторного терапевтического звена.
104. Беременность после трансплантации почки. Подготовка к беременности. Профилактика гестационных осложнений. Обследование беременной с почечным трансплантатом. Родоразрешение. Особенности иммуносупрессивной терапии.
105. Возвратные заболевания в почечном трансплантате. Клиника. Диагностика. Профилактика. Лечение.
106. Новообразования после трансплантации почки. Новообразования «de novo», рецидивы опухоли. Диагностика. Особенности иммуносупрессивной терапии у больных с опухолями различной локализации. Хирургическое лечение. Лучевая терапия.

Ситуационные задачи:

ЗАДАЧА 1

Больная П., 58 лет, химик, работает в контакте с органическими растворителями в лабораторных условиях, стаж работы 25 лет. В клинику поступила с жалобами на

слабость, пониженную работоспособность, жажду, большое количество выделяемой мочи за сутки (более 2,5 л, особенно ночью). Из анамнеза известно, что с 18-летнего возраста страдает мигренью, по поводу которой постоянно принимала Цитрамон[®], метамизол натрия и другие анальгетические средства. В последние 5–7 лет из-за постоянной мигрени принимает в сутки 2–3 таблетки Цитрамона[®]. При осмотре: бледность кожных покровов со слегка желтушным оттенком. В лёгких без особенностей. На верхушке сердца — систолический шум, пульс 80 в мин, ритмичный, артериальное давление (АД) 130/80 мм.рт.ст. Печень и селезёнка не пальпируются, размеры их не увеличены, отёков нет. При лабораторном обследовании: анализ мочи — относительная плотность 1007, реакция щелочная, белок 0,66 г/л, лейкоцитов 10–15 в поле зрения, эритроцитов 10–12 в поле зрения. В пробе Зимницкого колебания относительной плотности мочи от 1002 до 1011, дневной диурез 600 мл, ночной диурез 1400 мл. Общий анализ крови: гемоглобин 10 г/дл, лейкоциты $4 \times 10^3/\text{мкл}$, скорость оседания эритроцитов 25 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок 78 г/л, альбумин 41 г/л, креатинин сыворотки 325 мкмоль/л. При УЗИ почек — размеры обеих почек 85×38 мм, контуры неровные, толщина паренхимы 12 мм.

ВОПРОСЫ

1. Выделите ведущий синдром.
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

ЗАДАЧА 2

Больная Ч., 41 год. В детстве перенесла закрытую черепно-мозговую травму, в связи с чем по рекомендации невропатолога длительно (годами) принимала анальгетические препараты и фуросемид до 80 мг/сут; работала в букинистическом магазине со старинными книгами. В 24-летнем возрасте имела избыточный вес (+30–35 кг), лечилась самостоятельно голоданием.

10 лет назад весной впервые перенесла артрит первого плюснефалангового сустава правой стопы. Диагностировано рожистое воспаление, реактивный артрит. Летом того же года — нефрэктомия правой почки по поводу карбункула почки. Концентрация креатинина в сыворотке крови в тот период составляла 2,3 мг/дл, мочевая кислота 7,8 мг/дл. В последующие годы по поводу суставных болей принимала нестероидные противовоспалительные средства (НПВС).

Мать больной страдала полиартритом, диагноз не был установлен.

Поступила в клинику с жалобами на частые артриты плюснефаланговых, голеностопных, коленных суставов, протекающих с повышением температуры тела до 40°C с ознобами, тошнотой; периодические ноющие тупого характера боли в поясничной области, большие слева, дизурические явления. При обследовании выявлено: относительная плотность мочи 1002–1008, pH 5,0, протеинурия до 0,7 г/сут, эритроцитурия до 8–10 в поле зрения, лейкоцитурия до 10–15 в поле зрения, батериурия, уратурия. Концентрация креатинина в сыворотке крови 1,7 мг/дл, мочевая кислота 8,7–11,5 мг/дл, скорость клубочковой фильтрации (СКФ) 47 мл/мин. УЗИ почек — контуры левой почки неровные, размеры 100×56 мм, паренхима до 18 мм, чашечно-лоханочная система не расширена. В паренхиме определяются множественные кальцинаты, синдром гиперэхогенных пирамид, в верхнем полюсе мелкие кисты.

ВОПРОСЫ

1. Сформулируйте диагноз.
2. Определите факторы риска развития суставного синдрома.
3. Назначьте терапию.

ЗАДАЧА 3

У больного 45-ти лет, инженера на авиационном заводе, в период госпитализации по месту жительства по поводу пневмонии был выявлен мочевой синдром (протеинурия 0,6–1,2 г/сут, эритроцитурия до 15–20 в поле зрения, лейкоцитурия 5–6 в поле зрения) и АД

150/100мм.рт.ст., расцененные как проявление острого гломерулонефрита (ОГН), хотя и ранее отмечались минимальные изменения в моче. Проведено было лечение гепарином, преднизолоном 40мг/сут без эффекта на мочевой синдром. Далее больной в течение последующих 3-х лет наблюдался с диагнозом хронический гломерулонефрит (ХГН) и получал терапию азатиоприном (150–100мг/сут) в сочетании с поддерживающими дозами преднизолона (10–5мг/сут). Направлен на консультацию в клинику в связи с тем, что наряду с сохраняющимся мочевым синдромом стала нарастать креатининемия. В представленных анализах мочи — относительная плотность мочи 1003–1010, белок 1,75–2,0г/л, эритроциты 10–16, лейкоциты 3–5, ураты — немного. Креатинин крови 3,2мг/дл, мочевая кислота 658мкмоль/л, СКФ — 30мл/мин. Множественные тофусы на пальцах кистей рук. АД 170/100 мм.рт.ст.

Выясняется, что в предыдущие 7–8 лет возникали рецидивирующие артриты первого плюснефалангового сустава правой стопы, купирует приемом Бутадиона[®].

- ВОПРОСЫ**
1. Сформулируйте диагноз.
 2. Правильная ли была тактика лечения больного?
 3. Какова будет Ваша тактика лечения?

ЗАДАЧА 4

35-летнему больному с рецидивирующими почечными коликами и неоднократным отхождением конкрементов, состоящих из оксалата кальция, было рекомендовано ограничение приёма жидкости до 1 л/сут, диета с низким содержанием оксалатов, резкое ограничение кальция (отказ от молочных продуктов) и продуктов, содержащих клетчатку. Уровень кальция сыворотки крови 10,0мг/дл.

ВОПРОСЫ

1. Какая наиболее частая причина рецидивирования камней, состоящих из оксалата кальция?
2. Какое обследование необходимо провести на предмет метаболических факторов риска камнеобразования?
3. Какие рекомендации по лечению неправильны?

ЗАДАЧА 5

У больной 61 года после длительного (около 4-х лет) приёма препаратов кальция и витамина Д появились слабость, утомляемость, полиурia (диурез выше 6 л/сут), никтурия. Экскреция кальция в суточной моче составила 12600мг.

ВОПРОСЫ

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Что Вы предлагаете сделать для его подтверждения?
3. Какова Ваша тактика ведения больной?

ЗАДАЧА 6

Мужчина 40 лет обратился к терапевту с жалобами на боли в области сердца, усиливающиеся в положении лежа, общую слабость, головные боли, плохой аппетит, пастозность лица, дискомфорт в области предстательной железы. Из анамнеза: при поступлении в институт в возрасте 17 лет выявлены изменения в анализах мочи (какие — не помнит), в последующем не обследовался. Последние 4–5 лет периодически отмечает повышение АД, терапия не проводилась. 2–3 года регулярно встает в туалет по ночам. При осмотре: кожные покровы бледные с землистым оттенком, пастозность лица, АД 170/100 мм.рт.ст., грубый панцистолический шум, наиболее выраженный в 1-й и 5-й точках аусcultации, ослабление тонов сердца. Пульс 60 в мин, ритмичный. На электрокардиограмме (ЭКГ): подъём расширенного сегмента ST, высокие T. Предварительный диагноз: ишемическая болезнь сердца, стенокардия функциональный класс 2, порок сердца (?), гипертоническая болезнь 3 стадии, хронический гастрит,

хронический простатит (?). Назначены нитросорбид 40 мг/сут, каптоприл 25мг 2 раза в сутки, консультация уролога, эзофагогастродуоденоскопия.

ВОПРОСЫ

1. Какие диагностические и лечебные ошибки, с Вашей точки зрения, были допущены?
2. Какие показатели необходимо исследовать дополнительно?
3. Ваш предположительный диагноз и тактика ведения пациента?

ЗАДАЧА 7

Больная 16-ти лет обратилась к врачу по поводу болей в поясничной области ноющего характера. При анализе мочи выявлены гексагональные кристаллы. На обзорной рентгенограмме в проекции живота определяются множественные, слегка контрастные гомогенные конкременты. На экскреторной уrogramме камни визуализируются как дефекты наполнения.

ВОПРОСЫ

1. О каком виде нефролитиаза может идти речь?
2. Какой анализ нужно выполнить для подтверждения диагноза?
3. Ваши рекомендации по лечению.

ЗАДАЧА 8

У больного 47-ми лет, страдающего ожирением 3-й степени (масса тела 115кг, рост 178см), артериальной гипертензией (АД 180/100 мм.ртст.) и имеющего гиперлипидемию и нарушенную толерантность к глюкозе, на фоне резкого снижения веса (лечебное самостоятельно голоданием) появились боли в коленных суставах, развился артрит правого голеностопного сустава. При обращении к врачу диагностирован полиартрит, назначен диклофенак с эффектом.

ВОПРОСЫ

1. Какой синдром может обсуждаться у данного больного?
2. Какие факторы риска у больного, для развития суставного синдрома?
3. Ваш план обследования.

ЗАДАЧА 9

Больной 64-х лет, инвалид 2-й группы. Ранее работал паркетчиком. В 1996г после экстракции зуба развился гнойный периостит, сепсис. Длительно получал лечение антибиотиками (диагностирован подострый инфекционный эндокардит), диуретиками (фуросемид) в связи с сердечной недостаточностью. С этого периода стал отмечать внезапно появляющиеся боли с покраснением и припухлостью кожи в области пальцев стоп, свода стопы с повышением температуры до 39°C. Боли сохранялись в течение нескольких дней, а затем внезапно исчезали в начале с перерывом до месяца, а в настоящее время — до недели. Принимает диклофенак и местно обезболивающие мази, гель. В области пяток сформировались огромные (более кулака) натёчники, после вскрытия кожи над их областью отходит до 200–250мг мелоподобной пастообразной массы. В области ушных раковин, околосуставных тканей пальцев кистей рук — многочисленные тофусы величиной от просяного зернышка до земляного ореха. Неоднократно безболезненно с мочой отходили конкременты желтовато-бурового цвета размером до 3–4мм. По поводу артериальной гипертензии принимает фуросемид 80 мг 3 раза в неделю.

Наследственность — у родной сестры и брата отмечались боли в суставах, артериальная гипертензия, тофусы на пальцах кистей рук. Причины смерти не знает.

При обследовании: АД до 180/100 мм.рт.ст., креатинин крови 1,8 мг/дл, СКФ 26 мл/мин, мочевая кислота 7,8 мг/дл, холестерин свыше 500 мг/дл, экскреция мочевой кислоты 488 мг/сут.

ВОПРОСЫ

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие необходимы методы дообследования?
3. Какой будет Ваша тактика лечения?

ЗАДАЧА 10

Женщина 45-ти лет, медсестра, обратилась к нефрологу по поводу отёков лица, люмбалгии. Из анамнеза известно, что 18 лет назад во время беременности, завершившейся своевременными и благополучными родами, отмечались умеренная протеинурия, отёки лица. В последующем анализы мочи не сдавала, отёки периодически продолжали появляться, по поводу чего ограничивала потребление жидкости, часто принимала мочегонные. В результате снижения чувствительности приходилось увеличивать их дозы. В течение последних 2–3-х месяцев отёки усилились несмотря на постоянный прием диуретиков. Сопутствующие заболевания: вегето-сосудистая дистония по гипотоническому типу, хронический гастрит, мигренеподобные головные боли.

При осмотре: кожные покровы бледные с сероватым оттенком, лицо пастозно. АД 110/70 мм.рт.ст. Поколачивание по поясничной области безболезненно с обеих сторон, однако отмечается болезненность при пальпации паравертебральных точек, положительный симптом Ласега.

Больная представила следующие анализы, выполненные по месту жительства. Общий анализ крови: гемоглобин 110 г/л, лейкоциты $5 \times 10^3/\text{мкл}$, скорость оседания эритроцитов 8 мм/ч. Общий анализ мочи: протеинурия 0,066 г/л, лейкоциты 4–6 в поле зрения, эритроциты 3–4 в поле зрения, удельный вес 1008. Биохимический анализ крови: креатинин 1,8 мг/дл (норма до 1,4), калий 3,6 ммоль/л, мочевая кислота 7,5 мг/дл (норма до 6,5). УЗИ почек: симметричное уменьшение размеров почек до $8,5 \times 5$ см, уменьшение толщины паренхимы, волнистость контуров, в области сосочеков — гиперэхогенные включения.

ВОПРОСЫ

Какие нефрологические симптомы и синдромы отмечаются у больной? Ваш предположительный диагноз? Какие жалобы и данные анамнеза необходимо уточнить? Какие дополнительные лабораторные и инструментальные исследования Вы рекомендуете, и что ожидаете получить? С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику? Какое лечение Вы рекомендуете в случае подтверждения Вашей диагностической концепции?

ЗАДАЧА 11

Больная 62 лет с жалобами на красный цвет мочи, острые боли в поясничной области по типу почечной колики, слабость, недомогание, пастозность лица. Из анамнеза известно, что 35 лет назад во время беременности были умеренные отёки голеней, лица, изменений в анализах мочи не помнит. Однократно, около 15 лет назад, перенесла острый цистит. Более 15 лет страдает остеохондрозом поясничного отдела позвоночника с корешковым синдромом, характеризующимся выраженными и упорными болями. При осмотре — кожные покровы бледные. АД 135/80 мм.рт.ст. Поколачивание по поясничной области умеренно болезненно с обеих сторон. Паравертебральные точки болезнены при пальпации на уровне L1–L5 позвонков. Общий анализ крови: лейкоциты 6000/мл, гемоглобин 11 г/дл, скорость оседания эритроцитов 12 мм/ч. Общий анализ мочи: удельный вес 1013, лейкоциты 20–30 в поле зрения, эритроциты 100 в поле зрения, белок 0,066 г/л, бактерий нет. Посев мочи стерильный. Биохимический анализ крови: креатинин 1,6 мг/дл (норма до 1,4), калий 5,0 ммоль/л, мочевая кислота 6,0 мг/дл (норма до 6,5). УЗИ почек: размеры почек справа и слева $8,8 \times 6,0$ см, толщина паренхимы 12 мм, волнистость контуров. Чашечно-лоханочная система не расширена. В области почечных сосочеков — участки с повышенной акустической плотностью.

ВОПРОСЫ

Какие нефрологические симптомы и синдромы отмечаются у Вашей больной? Ваш предположительный диагноз? Какие жалобы и данные анамнеза необходимо уточнить? Какие дополнительные лабораторные и инструментальные исследования Вы рекомендуете, и что ожидаете получить? С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

ЗАДАЧА 12

К Вам пришли на приём два больных с хронической почечной недостаточностью:

Мужчина 30-ти лет, гипертенесической конституции с развитой мускулатурой, рост 190 см, вес 90 кг. Болен хроническим гломерулонефритом в течение 12 лет. На момент осмотра — АД 150/90 мм.рт.ст., креатинин крови 5,5 мг/дл (норма до 1,4), калий 5,0 ммоль/л, альбумин 42 г/л, протеинурия 2,0 г/сут, эритроцитурия 40–50 в поле зрения, удельный вес мочи 1008.

Женщина 66-ти лет, гипертенесической конституции, рост 158 см, вес 70 кг. Больна сахарным диабетом в течение как минимум 10 лет. На момент осмотра — АД 155/85 мм.рт.ст., креатинин крови 5,5 мг/дл (норма до 1,4), калий 5,6 ммоль/л, альбумин 2,6 г/л, глюкоза 160 мг/дл (норма до 120), протеинурия 4,0 г/сут, эритроцитурия 2-4 в поле зрения, лейкоцитурия 6–8 в поле зрения, удельный вес мочи 1009.

ВОПРОСЫ

В каком случае можно говорить о более выраженным снижении фильтрационной функции почек и наличии показаний к заместительной терапии? Сформулируйте эти показания.

ЗАДАЧА 13

Больная 33-х лет, домохозяйка, обратилась с жалобами на ноющую характера боли в поясничной области, не проходящие после приёма спазмолитиков, анальгетиков. В моче — постоянно щелочная реакция (рН выше 7,0), белок — 0,06–0,3, лейкоциты 8–12 в поле зрения, эритроциты до 30–40 в поле зрения, бактерии. При посеве мочи периодически высевались кишечная палочка, клебсиелла, протей. На экскреторных уrogramмах — корраловидный камень левой почки. Креатинин крови 1,3 мг/дл, мочевая кислота — 6,8 мг/дл, холестерин — 300 мг/дл, глюкоза — 120 мг/дл.

В анамнезе — рецидивирующая мочевая инфекция, полтора года назад в период беременности — две атаки острого пиелонефрита. В настоящее время постоянно принимает растительные уроантисептики, периодически — фуразидин, тиамидовую кислоту, нитроксолин, спазмолитики, однако болевой синдром не купируется.

ВОПРОСЫ

1. Каковы причины уролитиаза у данной пациентки?
2. Какие бактерии чаще всего обуславливают щелочную реакцию мочи?
3. Какие методы применяют для лечения пациентов с корраловидными камнями?

ЗАДАЧА 14

У больного 47-ми лет непрерывно-рецидивирующее образование камней в почках. При биохимическом обследовании крови выявлено: кальций 12 мг/дл, фосфор 2,0 мг/дл, креатинин 1,6 мг/дл, глюкоза 135 мг/дл, холестерин 320 мг/дл, мочевая кислота 7,5 мг/дл. СКФ 78 мл/мин, экскреция мочевой кислоты 750 мг/сут, экскреция кальция 400 мг/сут. УЗИ почек — двусторонний нефролитиаз, размеры камней от 0,5 до 1,0 см.

ВОПРОСЫ

1. Какова наиболее вероятная причина нефролитиаза?
2. Какое доследование необходимо провести больному для уточнения причин нефролитиаза?
3. Какое лечение предстоит пациенту?

ЗАДАЧА 15

В клинику нефрологии для обследования по поводу микрогематурии обратился мужчина 40 лет, автомеханик. Изменения в анализах мочи впервые выявлены терапевтом в поликлинике

по месту жительства, где пациент проходил обследование по поводу артериальной гипертензии. Из анамнеза: в возрасте 18 лет проходил медицинское обследование в связи с призывом в армию. Изменений в анализах мочи не было. В последующем не обследовался. Курил (до 2-х пачек в день). В семье хронических заболеваний почек не было.

При обследовании: рост 183 см., вес 90 кг. Отёков нет. АД 160/100ммрт.ст. Общий анализ мочи: белок 2,5г/л, удельный вес 1010, эритроциты 40–60 в поле зрения, лейкоциты 1–2 в поле зрения. Гемоглобин 130г/л, креатинин крови 4,5мг/дл (норма до 1,4), мочевая кислота 10,0мг/дл (норма до 7,0), альбумин 45г/л, калий 5,5мэкв/л, холестерин 450мг/дл (норма до 200), триглицериды 220мг/дл (норма до 150). УЗИ почек: размеры правой и левой почки уменьшены до $7,8 \times 4,9$ см, толщина паренхимы 11мм.

ВОПРОСЫ

Ваш предположительный диагноз? Показана ли в данном случае биопсия почки? Какие факторы ускоренного прогрессирования ХПН отмечаются у пациента? Какие показатели необходимо уточнить? Ваша тактика лечения? Каково целевое артериальное давление для этого больного? Какие показатели и как часто необходимо контролировать?

ЗАДАЧА 16

Больной М., 38 лет. Считал себя практически здоровым.

Повод к обращению — кратковременный эпизод боли в поясничной области, сопровождавшийся появлением «буровой» мочи после физической нагрузки (копал картофель в жаркий день, практически не принимал жидкость).

Семейный анамнез: у отца — уратный нефролитиаз, избыточный вес; у деда по отцовской линии — суставной синдром, умер от уремии.

ВОПРОСЫ

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Методы обследования для подтверждения диагноза.
3. Рекомендации по лечению

ЗАДАЧА 17

Больной Б., 34 г. В анамнезе АРМС. Дисплазия почек. Развитие терминальной почечной недостаточности к 30г. Заместительная почечная терапия ГД в течение 4-х месяцев, затем была произведена аллотрансплантация трупной почки. Получал 3-х компонентную иммуносупрессивную терапию: циклоспорин, метилпреднизолон, майфортик. Почечный трансплантат функционировал удовлетворительно (креатинин 0,120-0,150 ммоль/л, мочевина 8,6-9,3 ммоль/л).

Через 3 года был оперирован по поводу бородавчатого невуса в области носогубной складки.

Через 4 года после трансплантации почки при обследовании по данным УЗИ почечного трансплантата выявлено новообразование почечного трансплантата.

ВОПРОСЫ

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
3. Тактика лечения

ЗАДАЧА 18

Больной Т., 43 г. В анамнезе хронический гломерулонефрит, фибропластическая стадия. Получал заместительную почечную терапию программным гемодиализом. Была произведена аллотрансплантация трупной почки. Получал 3-х компонентную иммуносупрессивную терапию: тациримус 7 мг/сут, метилпреднизолон 8 мг/сут, миофеноловую кислоту 1440 мг/сут. Был выписан на амбулаторное лечение с функционирующим почечным трансплантом (креатинин 0,125 ммоль/л, мочевина 8,9 ммоль/л). Через 2 недели после выписки из стационара (1 месяц 10 дней после трансплантации почки) появилась

температура тела до 38С, слабость. В анализах крови тромбоцитопения ($Tr 130 \times 10^9/\text{л}$), ухудшение азотвыделительной функции почечного транспланта (креатинин 0,250 ммоль/л).

ВОПРОСЫ

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
3. Тактика лечения

ЗАДАЧА 19

Больной М, 18л. В анамнезе АРМС. Терминальная почечная недостаточность к 17 годам. Была выполнена родственная трансплантация почки (донор-отец). Функция почечного транспланта немедленная и к моменту выписки полностью восстановилась. Получал 3-х компонентную иммуносупрессивную терапию: сандиммун 200 мг/сут, майфортик 720 мг, метилпреднизолон 4 мг/сут. В течение года почечный трансплантат функционировал удовлетворительно. Обратился к врачу нефрологу с жалобами на повышение температуры тела до 38-39С. Уменьшения количества мочи не регистрировалось. При обследовании в анализах крови отмечалось повышение уровня креатинина до 0,300 ммоль/л, УЗДГ почечного транспланта — незначительное повышение индексов периферического сопротивления в артериях почечного транспланта. Концентрация циклоспорина в крови — 0 нг/мл.

ВОПРОСЫ

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
3. Тактика лечения

ЗАДАЧА 20

Больная Г., 34 г. В анамнезе дисплазия почек. Программный гемодиализ в течение 1 года. Трансплантация трупной почки. Почечный трансплантат функционировал удовлетворительно в течение 6-ти лет (креатинин 0,09 ммоль/л). Беременность 37 недель. В моче протеинурия (белок 0,3 г/л), артериальная гипертензия (150/90 мм.рт.ст), отеки нижних конечностей.

ВОПРОСЫ

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Тактика ведения.

ЗАДАЧА 21

Молодая девушка 17 лет обратилась к участковому врачу с жалобами на слабость, быструю утомляемость, потерю в весе 5 кг.

Из анамнеза: заболела 3 месяца назад, когда в конце лета появились вышеописанные жалобы. В течение месяца возникли отеки нижних конечностей, повышение АД до 150/95 мм.рт.ст. («рабочее» АД 100/70 мм.рт.ст.).

При обследовании: массивные отеки голеней, поясничной области.

В общем анализе мочи: отн.плотность мочи 1015, восковидные и гиалиновые цилиндры, измененные эритроциты 15-20 поле/зрения. Суточная потеря белка- 6 г. Биохимический анализ крови: альбумин 22 г/л, холестерин 9, 2 ммоль/л, креатинин 250 мкмоль/л, мочевина 12 ммоль/л. При иммunoлогическом исследовании повышение антинуклеарных антител и антител к двуспиральной ДНК.

ВОПРОСЫ

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
3. Тактика лечения

ЗАДАЧА 22

Больной 48 лет, по профессии инженер, жалуется на отеки лица, нижних конечностей, слабость, снижение аппетита, одышку при физической нагрузке, головокружение, жажду, периодические поносы.

10 лет назад перенес открытый перелом бедра слева, неоднократно госпитализировался в хирургический стационар по поводу посттравматического остеомиелита, перенес три операции на левом бедре. Ухудшение самочувствия 3 месяца назад, когда появились и постепенно стали нарастать вышеописанные жалобы.

Объективно: общее состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, холодные на ощупь. Рыхлые отеки нижних конечностей, пастозность лица. Левая нога на три см короче правой, в средней трети бедра — послеоперационные рубцы. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Артериальное давление 110/60 мм.рт.ст., пульс 80 ударов в минуту. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный, несколько увеличен в размерах, определяется притупление в отлогих местах с обеих сторон от срединной линии.

Общий анализ крови: эритроциты $3,4 \times 10^{12}$, гемоглобин — 100 г/л, цветной показатель — 0,95; лейкоциты $5,0 \times 10^9$, СОЭ — 60 мм/час. Общий анализ мочи: количество 100,0 мл; у.в. 1020, белок — 2 г/л, эритроциты — 0, гиалиновые цилиндры — 3—4 в поле зрения. Суточная потеря белка 6 г. В биохимическом анализе крови: общий белок 45 г/л, альбумин 24 г/л, холестерин 9,2 ммоль/л, креатинин 120 мкмоль/л.

ВОПРОСЫ

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
3. Тактика лечения

ЗАДАЧА 23

*Женщина 22 лет жалуется на выделение мочи цвета мясных помоев, дискомфорт в поясничной области, головную боль. Суточный диурез 1,2 л
Из анамнеза: вышеописанные жалобы появились 6 недель назад после перенесенного ОРВИ.*

При обследовании: пастозность голеней, артериальное давление 140/95 мм рт.ст. Границы относительной сердечной тупости не изменены. Тоны сердца ритмичные, ясные. В легких дыхание везикулярное. Живот мягкий, симптомов раздражения брюшины нет. Почки не пальпируются. Поколачивание по поясничной области чувствительно с обеих сторон.

Суточная потеря белка 2,8 г/сутки. Биохимический анализ: о. белок 62 г/л, альбумин 32 г/л, холестерин 4,5 мкмоль/л.

ВОПРОСЫ

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
3. Тактика лечения

ЗАДАЧА 24

*Больной К., 34 лет, бухгалтер, жалуется на слабость, недомогание, частые головные боли в затылочной области (АД — 220/120 мм.рт.ст.) Суточный диурез 1,5 л. Знает об изменениях в анализах мочи в течение 2-х лет. Общий анализ мочи: цвет — светло-желтый, моча прозрачная, плотность — 1,010; белок — 0,6 г/л; лейкоциты — 1-2 в поле зрения; эритроциты — 15-20 в поле зрения, цилиндры 7-8 п/зрения. Суточная потеря белка 2 г. Общий анализ крови: эр. — $4,0 \times 10^{12}/\text{л}$, Гемоглобин — 127 г/л, Ц/П — 0,9, лейкоциты — $8,9 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ — 28 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок 65 г/л, альбумин 38 г/л, креатинин 130 мкмоль/л, мочевина 9 ммоль/л.
ЭКТ — синусовый ритм, признаки гипертрофии левого желудочка.*

ВОПРОСЫ

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
3. Тактика лечения

ЗАДАЧА 25

Больной Д., 39 лет, рабочий, жалуется на общую слабость, сонливость, быструю утомляемость, снижение аппетита, тошноту, зуд кожных покровов, одышку при небольшой физической нагрузке, постоянные головные боли и отеки нижних конечностей. Длительное время знает о повышении артериального давления (150/90 мм.рт.ст). Не обследовался, не лечился. 2 года назад артериальная гипертензия стала прогрессировать цифры АД 180-200/100-120 мм.рт.ст. Нерегулярно принимал Са-блокаторы, и-АПФ. Последние два месяца появилась слабость, появился кожный зуд, одышка, сонливость, тошнота, снижение аппетита, тенденция к поносам.

Объективно. Состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, сухие, со следами расчесов, отеки лица, голеней. В легких дыхание ослабленное. Границы относительной сердечной тупости расширены влево. Тоны сердца приглушенны, акzent II тона на аорте. ЧСС —74/мин, АД — 210/120 мм рт. ст. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. ЭКГ — синусовый ритм, гипертрофия левого желудочка,

Общий анализ крови: эритроциты — $3,1 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин — 74 г/л, Ц/п — 0,8. Лейкоциты — $7,4 \times 10^9/\text{л}$; нейтрофилы: палочковидные — 5%, сегментоядерные — 41%, эозинофилы — 2%, лимфоциты — 39%, моноциты — 9%, СОЭ — 15 мм/ч. Креатинин крови — 1,2 ммоль/л, 60 ммоль/л. Общий анализ мочи: белок 0,3 г/л, ув 1,006, лейкоциты — 1-2 в поле зрения, эритроциты 0-1 в поле зрения, единичные гиалиновые цилиндры.

ВОПРОСЫ

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
3. Тактика лечения

ЗАДАЧА 26

Больной, мужчина 46 лет, диагноз: хронический неверифицированный гломерулонефрит, ХБП 5д, получает хронический гемодиализ 8 лет, нативная артерио-венозная fistula левого плеча сформированная 6 лет назад.

Жалобы на одышку при небольшой нагрузке и в покое, слабость. Объективно расширение подкожных вен в верхней части грудной клетки со стороны АВФ. АД - до диализа 140/90, после диализа 110/70

При обследовании гемоглобин 98-105 г/л, ферритин 600, TSAT — 25%, фосфор 2,0 ммоль/л, кальций 2,1 ммоль/л, иПТГ 650 spKt/V 1,42

Плановая терапия: Эритропоэтин 6000 МЕ/нед, Препараты железа 100 мг/нед в/в.

ВОПРОСЫ

1. Ваш предположительный диагноз осложнения.
2. Дополнительные методы обследования.
3. Тактика лечения

ЗАДАЧА 27

Больная, женщина 65 лет, СД 2 типа, диабетическая нефропатия, ХБП 5 д, получает хронический гемодиализ 2 года, ввод в диализ был по неотложным показаниям на центральном катетере. Нативная АВФ на левом плече после повторных реконструкций.

*Жалобы на слабость, отсутствие аппетита, кожный зуд
АД -до диализа 110/70*

При обследовании гемоглобин 90 г/л, СРБ в норме, альбумин 34 г/л, ферритин 300, TSAT – 30%, фосфор 2,1 ммоль/л, кальций 2,4 ммоль/л, иПТГ 600

Диализ 3 р/нед, по 4,5 часа, скорость кровотока по fistule 350 мл/мин, мочевина до диализа 38 ммоль/л переносимость процедур удовлетворительная. Плановая терапия: Эритропоэтин 12000 МЕ/нед, Препараты железа 50 мг/нед в/в. Карбонат кальция, Альфакальцидол 05 мкг/3 р/нед

ВОПРОСЫ:

1. Ваш предположительный диагноз осложнений.
2. Дополнительные методы обследования.
3. Тактика лечения

ЗАДАЧА 28

Больная, женщина 56 лет, Гипертоническая нефропатия, ХБП 5д, получает хронический гемодиализ 4,5 года. В анамнезе на додиализном этапе дважды ишемический инсульт в 23 и 35 лет, невынашивание беременности на ранних сроках, повторные вмешательства с целью формирования постоянного сосудистого доступа в том числе с использованием перманентного катетера (при объективном осмотре пальпируется болезненный 3-8 мес. Перманентный катетер функционирует 6 мес. Последний год периодически лейкоцитоз до 10-12ч10¹², гемоглобин 90-100 г/л. СРБ в норме. Повторные посевы из перманентного катетера отрицательные.

ВОПРОСЫ

1. Ваш предположительный диагноз осложнений.

ЗАДАЧА 29

Женщина 26 лет, СКВ, волчаночный нефрит, ХБП 5 д, поступила в стационар для планового начала ЗПТ. Нативная АВФ на левом предплечье сформирована 3 нед назад.

АД -до диализа 160- 170/90 мм.рт.ст.

*При обследовании гемоглобин 70 г/л, СРБ в норме, альбумин 30 г/л, ферритин 90, TSAT – 30%, фосфор 1,4 ммоль/л, кальций 2,2 ммоль/л, иПТГ 250
Проведено 4 диализа, последний 4 часа, скорость кровотока по fistule 220 мл/мин, переносимость процедур удовлетворительная*

ВОПРОСЫ

1. Тактика лечения

ЗАДАЧА 30

Мужчина 65 лет нефропатия смешанной этиологии гипертоническая и ишемическая, ХБП 5д, получает ХГД 2,5 года. Доступ - нативная АВФ на левом предплечье. По ЭХО-КГ кальциноз аортального и митрального клапана. АД 140/60 мм рт ст. При обследовании гемоглобин 105 г/л, СРБ в норме, альбумин 40 г/л, ферритин 200, TSAT – 30%, фосфор 1,8 ммоль/л, кальций 2,4 ммоль/л, иПТГ 90. Плановая терапия: Эритропоэтин 4000 МЕ/нед, Препараты железа 50 мг/нед в/в. Карбонат кальция 5 г/день, Альфакальцидол 05 мкг/3 р/нед

ВОПРОСЫ

1. Тактика лечения

ЗАДАЧА 31

Больной 29 лет, страдающий хроническим гломерулонефритом, развившимся в раннем детском возрасте после перенесенных ангин, наблюдающийся в нефроцентре, с медленным темпом прогрессирования ХБП, направлен для решения вопроса о начале заместительной терапии. Уровень креатинина 780 мкмоль/л, мочевины – 30,1 ммоль/л, К – 5,6 ммоль/л. Клинически стабилен. Водовыделительная функция почек сохранна, отеков нет. Артериальная гипертензия корригирована приемом эналаприла 20 мг/сут, АД 130/80 мм рт.ст. Гемоглобин – 89 г/л без терапии. Ферритин сыворотки - 20 мкг/л. Сопутствующая патология: патолома гортани с тремя оперативными вмешательствами. Условия проживания – отдельная квартира. Домашних животных нет. Продолжает работать автослесарем. Настроен на выполнение трансплантации почки.

ВОПРОСЫ:

1. Какой вариант заместительной терапии является предпочтительным с медицинской точки зрения?
2. Какое первое действие необходимо предпринять для коррекции анемии?

ЗАДАЧА 32

Больная 54 лет, длительно страдающая хроническим пиелонефритом с исходом в ХБП 5 ст., корригируемой постоянным амбулаторным перитонеальным дialisом, поступила в стационар с жалобами на болезненность в эпигастральной области, тошноту, с позывами на рвоту, ознобом. Указанные жалобы развились впервые, остро, ночью. Утром во время выполнения очередной заливки отметила помутнение дialisирующего раствора с нитями фибринда.

ВОПРОСЫ:

1. Какой наиболее вероятный диагноз?
2. Какие действия необходимо предпринять в первую очередь?
3. Дальнейшая тактика лечения?

ЗАДАЧА 33

*Больная 35 лет, страдающая сахарным диабетом I типа, диабетической нефропатией, ХБП 5 ст., корригируемой постоянным амбулаторным перитонеальным дialisом во время очередного планового приемаожаловалась на болезненность в области места выхода перитонеального катетера. В течение последнего года состояние стабильное. Анемия и изменений. Диурез 800 мл/сут. Вес стабильный. В прошлом году перенесла рецидивирующую инфекцию места выхода (*Staph. aureus*), потребовавшую удаления перитонеального катетера и его перестановки. Год назад через месяц после реимплантации катетера отмечалась экструзия наружной муфты, потребовавшая ее удаления. При осмотре место выхода гиперемировано, отечно, с небольшим количеством гноино-геморрагического отделяемого.*

ВОПРОСЫ:

1. Какой наиболее вероятный диагноз?
2. Какие действия необходимо предпринять в первую очередь?
3. Дальнейшая тактика лечения?

ЗАДАЧА 34

Пациент 40 лет, длительно страдающий хроническим гломерулонефритом, начавший заместительную терапию постоянным амбулаторным перитонеальным дialisом 2 месяца назад обратился с жалобами на периодически возникающее уменьшение количества сливающего дialisата, общую слабость. Утомляемость, одышку при обычной физической нагрузке. Температура тела нормальная, боли не беспокоят, сливающий дialisат

прозрачный, длительность процедуры не изменена. Притупление перкуторного звука на нижними отделами правого легкого с отсутствием проведения дыхания в эту область при auscultации. При Rg грудной клетки – правосторонний гидроторакс до VII ребра.

ВОПРОСЫ:

1. Предположительный диагноз
2. Необходимые исследования
3. Дальнейшие действия

ЗАДАЧА 35

Пациентка 59 лет, страдающая хроническим пиелонефритом с исходом в ХБП 5 ст., получает заместительную терапию постоянным амбулаторным перitoneальным диализом. Во время планового приема в отделении диализа предъявляет жалобы на появление отеков, общую слабость, тяжесть в ногах. В соответствии с данными лабораторных анализов анемия корригирована на фоне терапии рекомбинантным эритропоэтином 3000 МЕ/нед. (Hb -114 г/л), нормокалиемия, нормокальциемия, незначительная гиперfosфатемия (1,80 ммоль/л). Недельный KT/V – 2,12. По данным РЕТ-теста – средне-низкие транспортные свойства брюшины. Na – 137 ммоль/л. AD 160/100 мм рт ст., плохо контролируется гипотензивной терапией (моксонидин 0,4 мкг/сут., лозартан 160 мг/сут., метопролол 50 мг/сут.). Объем сливающегося диализата 900 мл/сут, объем мочи – 1200 мл/сут. За прошедший месяц прибавка в весе составила 2 кг. Режим перitoneального диализа: дианил, 1,5% 2л – 4 заливки в сутки.

ВОПРОСЫ

1. Какова основная причина развития гипергидратации?
2. Какова дальнейшая последовательность действий по коррекции гипергидратации?

ЗАДАЧА 36

Пациент 72 лет, страдающий хроническим гломерулонефритом с исходом в ХБП 5 ст., по поводу чего 4 года получает заместительную терапию гемодиализом в течение последнего месяца предъявляет жалобы на повышенную утомляемость, снижение аппетита, плохую переносимость физических нагрузок. По данным биохимического анализа крови нарастание уровней креатинина, мочевины, фосфатов и калия, тенденция к снижению гемоглобина на фоне проводимой терапии препаратами эпоэтина и железа. Снижение KT/V за месяц с 1,52 до 1,08. Тенденция к снижению цифр AD до 115/70 мм рт. ст. Аритмия не определялась. Параметры диализа не изменились.

ВОПРОСЫ

1. Каков диагноз?
2. Наиболее вероятная причина развития состояния?
3. Дальнейшие действия?

ЗАДАЧА 37

Больная 53 лет, длительно получающая лечение хроническим гемодиализом по поводу поликистоза почек с исходом в терминальную ХБП месяц назад перенесла острую правостороннюю пневмонию с длительностью госпитализации 4 недели. В послеоперационном периоде отмечается неконтролируемая артериальная гипертензия, ухудшение переносимости диализных процедур с повышением цифр AD и головными болями. Параметры гемодиализа не изменились. Сухой вес снижен на 1 кг в связи с появлением отеков.

ВОПРОСЫ:

1. Какова причина ухудшения состояния
2. Последующие действия

ЗАДАЧА 38

Больная 48 лет доставлена бригадой «Скорой помощи» с жалобами на повышение температуры тела до 38°C , частое, болезненное мочеиспускание, тупые ноющие боли в поясничной области справа без иррадиации, головную боль, слабость, озноб. 20 лет назад, во время беременности, наблюдались изменения в моче (лейкоциты, белок), исчезнувшие после родов. В дальнейшем не обследовалась.

При осмотре больной выявлено расширение границ относительной сердечной тупости влево на 1 см, АД (190/120 мм рт. ст.), болезненность при поколачивании по поясничной области с обеих сторон.

Общий анализ мочи: количество — 150 мл, плотность — 1007, белок — 0,099 г/л, эпителий — большое количество, лейкоциты — 40—60 в п/зр., эритроциты — 3—4 в п/зр, цилиндры (гиалиновые) 2 в п/зр.

ВОПРОСЫ

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Методы обследования для подтверждения диагноза и рекомендации по лечению

ЗАДАЧА 39

Больная Е., 28 лет, поступила в стационар с жалобами на боли в мелких суставах кистей и стоп, неприятные ощущения в кончиках пальцев, возникающие при контакте с холодной водой; субфебрильную температуру, похудание, общую слабость и утомляемость. Больна в течение трех лет. Вначале появились боли в суставах, самостоятельно принимала индометацин с эффектом. Летом обратила внимание на появление в области щек и спинки носа красноватых пятен, что объяснила избыточным пребыванием на солнце. К врачу обратилась в связи с возобновлением болей в суставах кистей, усилившим мышечной слабости и стойким субфебрилитом. В общем анализе мочи выявлена протеинурия 0,99 г/л, зритроцитурия — 25—30 в п/зр., лейкоцитурия — 3-6 в п/зр. Больная госпитализирована.

Объективно: пониженного питания. Кожные покровы бледные. Волосы тусклые, ломкие, ногти слоятся. Периферические лимфоузлы всех групп умеренно увеличены, подвижные, безболезненные. Проксимальные межфаланговые суставы кистей отечные. Болезненность при пальпации мышц конечностей. При аусcultации легких дыхание везикулярное. Границы относительной сердечной тупости смещены влево на 1 см. Тоны сердца ритмичные, акцент II тона на легочной артерии. Пульс-ЧСС 88 в 1 мин. АД — 140/90 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий. Печень не пальпируется. В левом подреберье пальпируется нижний полюс селезенки. Почки не пальпируются.

ВОПРОСЫ

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Методы обследования для подтверждения диагноза и рекомендации по лечению

ЗАДАЧА 40

Больная П., 52 лет, беспокоят слабость, пониженная работоспособность, жаждда, большое количество выделяемой мочи за сутки (более 2,5 л, особенно ночью).

Из анамнеза: с 17 лет по поводу частой головной боли постоянно принимала анальгетические препараты, последние 5—7 лет принимает комбинированные анальгетические препараты.

При осмотре: бледность кожных покровов со слегка желтушным оттенком. В лёгких без особенностей. Пульс 80 в мин, ритмичный, артериальное давление (АД) 130/80 мм. рт.ст. Тоны сердца ясные. Печень и селезёнка не пальпируются, размеры их не увеличены. Отёков нет.

При лабораторном обследовании: анализ мочи — ув 1006, белок 0,66 г/л, лейкоцитов 10—15 в поле зрения, эритроцитов 10—12 в поле зрения. В пробе Зимницкого колебания относительной плотности мочи от 1002 до 1011, дневной диурез 600 мл, ночной диурез

1400 мл. Общий анализ крови: гемоглобин 100 г/л, лейкоциты 4×10^9 /л, скорость оседания эритроцитов 25 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок 78 г/л, альбумин 41 г/л, креатинин сыворотки 225 мкмоль/л., СКФ CKD-EPI 20 мл/мин. При УЗИ почек — размеры обеих почек 85×38 мм, контуры неровные, толщина паренхимы 12 мм.

ВОПРОСЫ

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Тактика лечения.

ЗАДАЧА 41

Мужчина С, 20 лет обратился в поликлинику к участковому терапевту с жалобами на изменение цвета мочи, отеки лица и нижних конечностей, дискомфорт в поясничной области, головные боли в затылочной области при повышении АД до 160/95 мм.рт.ст. Из анамнеза: через 3 недели после перенесенной ангны появились жалобы на дискомфорт в поясничной области, изменение цвета мочи по типу «мясных помоев», повышение АД до 150/95 мм.рт.ст., уменьшение количества отделяемой мочи до 400 мл/сутки, отеки лица и нижних конечностей.

При осмотре: бледность и отечность лица, голеней. При аусcultации сердца sistолический шум на верхушке, брадикардия. Живот мягкий. при пальпации безболезненный во всех отделах. Почки не пальпируются. В общем анализе мочи относительная плотность 1012, измененные эритроциты все поле /зрения, гиалиновые цилиндры. При серологическом исследовании высокий титр антистрептолизина "О", уровень комплемента снижен.

ВОПРОСЫ

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. План лечения и прогноз.

ЗАДАЧА 42

Мужчина 40 лет обратился к терапевту с жалобами на длительные боли в области сердца, усиливающиеся в положении лежа, слабость, головные боли, плохой аппетит, отечность лица,

Из анамнеза: при поступлении в институт в возрасте 17 лет были выявлены изменения в анализах мочи, в последующем не обследовался. Последние 4–5 лет периодически отмечает повышение АД, терапию не получал. В течение 2–3 лет нактуряя неделю назад появились боли в сердце.

При осмотре: кожные покровы бледные с землистым оттенком, отечность лица и голеней. АД 170/100 мм рт.ст., грубый панцистолический шум, тоны сердца приглушенны. Пульс 60 в мин, ритмичный. На электрокардиограмме (ЭКГ): подъем сегмента ST, высокие T. При биохимическом исследовании крови уровень креатинина 1200 мкмоль/л, мочевина 60 моль/л, калий 6,8, фосфор 3,5. В клиническом анализе крови эритроциты $2,1 \times 10^{12}$, гемоглобин — 64 г/л; лейкоциты $-5,0 \times 10^9$, СОЭ — 60 мм/ч.

ВОПРОСЫ

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные обследования необходимо выполнить?
3. Определить тактику ведения.

ЗАДАЧА 43

У больной хронический гломерулонефрит с исходом в терминальную почечную недостаточность. Получала программный гемодиализ в течение 4-х месяцев. Была произведена аллотрансплантация трупной почки. Почечный трансплантат функционирует удовлетворительно (креатинин 0,08-0,110 ммоль/л, мочевина 8,8 ммоль/л). Получала 3-х компонентную иммуносупрессивную терапию (такролимус (програф), метилпреднизолон, миофеноловая кислота (майфортик)). Артериальное давление в пределах 120/80 мм.рт.ст.на фоне приема и-АПФ. В послеоперационном периоде выявлена опухоль молочной железы

(протоковый рак), произведена секторальная резекция левой молочной железы с диссекцией лимфоузлов.

ВОПРОСЫ:

1. Какие дополнительные исследования должны быть выполнены?
2. Определить тактику терапии.

ЗАДАЧА 44

Женщина 52 лет, Хронический неверифицированный гломерулонефрит, ХБП5д, получает заместительную почечную терапию методом хронического гемодиализа в течении 2-х лет. Режим диализа: 3 р/нед по 4 часа, диализатор 1,5 м², скорость кровотока 220 мл/мин, сухой вес 72 кг, Натрий 140 ммоль/л, Калий 3 ммоль/л, бикарбонат 32 АД до диализа 150/80 мм рт ст

По данным обследования:

Гемоглобин 92 г/л

Альбумин 38 г/л

СРБ – в норме

Кальций 2,1 ммоль/л

Фосфор 1,9 ммоль/л

иПТГ 450

Ферритин 120

TSAT 18%

spKt/V 1,15

Получает терапию

Эритропоэтин альфа 15000 МЕ/нед

Препараты железа 100 мг/мес

ВОПРОСЫ:

1. Определить тактику лечения — произвести коррекцию терапии.

ЗАДАЧА 45

Мужчина 65 лет, Сахарный диабет 2 типа, инсулинопотребный, ХБП5д, получает заместительную почечную терапию методом хронического гемодиализа в течении 4-х лет. Режим диализа: 3 р/нед по 4,5 часа, диализатор 2,0 м², скорость кровотока 330 мл/мин, сухой вес 102 кг, Натрий 142 ммоль/л, Калий 3 ммоль/л, бикарбонат 32, глюкоза - 0

АД до диализа 180/90 мм рт ст, часто синдиализная гипотония,

По данным обследования:

Гемоглобин 115 г/л

Альбумин 40 г/л

СРБ – в норме

Кальций 2,5 ммоль/л

Фосфор 2,0 ммоль/л

иПТГ 300

Ферритин 350

TSAT 55%

spKt/V 1,4

Получает терапию

Эритропоэтин альфа 12000 МЕ/нед

Препараты железа 50мг/нед

ВОПРОСЫ:

1. Определить тактику лечения — произвести коррекцию терапии.

ЗАДАЧА 46

Женщина 63 лет, Сахарный диабет 2 типа, ХБП5д, находится на вводе в диализ. На временном сосудистом доступе.

Ввод в диализ по неотложенным показаниям в связи с резистентной гипергидратацией (анасарка). До начала диализа креатинин 450 мкмоль/л, мочевина 45 ммоль/л, калий 6,2 ммоль/л. АД 180/100 мм рт ст

С интервалом 1 день проведены первые 2 процедуры: первая 1,5 часа, вторую через 2,5 часа пришлось прервать из-за сильной головной боли, повышения АД, тошноты и рвоты, диализатор 1,5 м2, скорость кровотока 280 мл/мин, Натрий 136 ммоль/л, Калий 3 ммоль/л, бикарбонат 34.

ВОПРОСЫ

1. Наиболее вероятная причина развития осложнения?
2. Определить тактику лечения.

ЗАДАЧА 47

Женщина 55 лет, Поликистозная болезнь с поражением почек, ХБП5д, получает заместительную почечную терапию методом хронического гемодиализа в течении 5 лет. Режим диализа: 3 р/нед по 4,5 часа, диализатор 2,0 м2, скорость кровотока 330 мл/мин, сухой вес 78 кг, Натрий 138 ммоль/л, Калий 3 ммоль/л, бикарбонат 32, глюкоза - 0 Междиализные прибавки 2,5 кг

АД до диализа 130/80 мм рт ст, переносимость процедур удовлетворительная, По данным обследования:

Гемоглобин 140 г/л

Альбумин 40 г/л

СРБ – в норме

Кальций 2,4 ммоль/л

Фосфор 2,2 ммоль/л

иПТГ 1100

Ферритин 50

TSAT 20%

spKt/V 1,7

При рентгенографии околоносовых пазух выявлено образование в правой носовой пазухе с практически полным ее перекрытием и прорастанием нижне-медиального края глазницы(бурая опухоль правой околоносовой пазухи.) Получает терапию.

ВОПРОСЫ

1. Наиболее вероятная причина развития осложнения?
2. Определить тактику обследования и лечения.

ЗАДАЧА 48

Мужчина 45 лет, гипертоническая нефропатия, ХБП5д, получает заместительную почечную терапию методом хронического гемодиализа в течении 4-х лет.

Режим диализа: 3 р/нед по 4 часа, диализатор 1,5 м2, скорость кровотока 330 мл/мин, сухой вес 68кг, Натрий 140 ммоль/л, Калий 3 ммоль/л, бикарбонат 32, глюкоза - 0 Междиализные прибавки 4,5 кг

АД до диализа 220/90 мм рт ст, после диализа жажды

По данным обследования:

Гемоглобин 105 г/л

Альбумин 40 г/л

СРБ – в норме

Кальций 2,5 ммоль/л

Фосфор 2,0 ммоль/л

иПТГ 730

Ферритин 200

TSAT 20 %

spKt/V 1,4

Получает терапию

Эритропоэтин альфа 12000 МЕ/нед

Препараты железа 100мг/мес

Альфакальцидол 0,25 мкг/3 р в нед

ВОПРОСЫ:

1. Определить тактику лечения — произвести коррекцию терапии.

ЗАДАЧА 49

У больного 42 лет, хронический гломерулонефрит в фибропластической стадии. Получал лечение программным гемодиализом в течение 6 месяцев. Была выполнена аллотрансплантация трупной почки. Дисфункция почечного транспланта (креатинин 0,170 ммоль/л). Получает 3-х компонентную иммуносупрессивную терапию циклоспорином, метипредом, майфортиком. После удаления мочеточникового стента возник пиелонефрит почечного плотный, болезненный при пальпации. В анализах мочи: протеинурия белок-0,15 г/л, микрогематурия Er 1-3 в п.зр., лейкоциты — густо все поля зрения, бактериурия 3+, в посеве мочи — клебсиелла пневмонии 10^8 в 1 мл, чувствительная к карбапенемам (имипенем, меропенем). Проведен 3-х недельный курс антибактериальной терапии карбапенемами с положительным эффектом. Однако через неделю после отмены антибактериальной терапии, несмотря на противорецидивное лечение уросептиками — рецидив пиелонефрита почечного транспланта.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз осложнения.
2. Какие дополнительные исследования должны быть выполнены?
3. Определить тактику лечения.

ЗАДАЧА 50

У больного 54 лет, хронический гломерулонефрит в фибропластической стадии. Была выполнена додиализная трансплантация почки. Почечный трансплантат функционировал удовлетворительно в течение 5 лет. Получал терапию циклоспорином, метипредом, микофенолатом мофетил. Однако появилась протеинурия 0,5 г/сут, затем постепенно уровень протеинурии вырос до 4-7 г/сут. В анализах крови — развернутая картина нефротического синдрома, снижение азотвыделительной функции почечного транспланта — креатинин 0,140 ммоль/л, мочевина — 9 ммоль/л. Клинически: выраженный отечный синдром. Артериальная гипертензия умеренная (АД 150-160/90-100 мм.рт.ст). Была выполнена биопсия почечного транспланта: мембранозная нефропатия нет.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Определить тактику лечения.

5.3. Рекомендуемая литература

Основная литература:

1. Диагностика и лечение болезней почек. Мухин Н.А., Тареева И.Е., Шилов Е.М., Л.В. Козловская. М.: ГЭОТАР-Медиа — 2011
2. Ермоленко В.М., Николаев А.Ю. Острая почечная недостаточность. М.:ГЭОТАР - Медиа, 2010.-240с.
3. Нефрология. Учебное пособие для послевузовского образования/ под ред. Е.М.Шилова.- 2-е изд., испр. и доп.-М.:ГЭОТАР - Медиа, 2010.-696с.
4. Нефрология. Неотложные состояния. Под редакцией Н. А. Мухина. М.: Эксмо - 2010- 34с.
5. Пилотович В.С., Калачик О.В. Хроническая болезнь почек. Методы заместительной почечной терпи. М. Медицинская литература. 2009.- 270 с.
6. Руководство по нефрологии/ под ред. Р.В. Шрайера; пер. с англ. под ред. Мухина Н.А., 6-е издание.- М.: ГЭОТАР – Медиа,2009.-560с.
7. Рациональная фармакотерапия в нефрологии: Руководство для практикующих врачей /Под общей ред. Н.А.Мухина, Л.В.Козловской, Е.М.Шилова. — М.: Литера — 2006, 896 с.
8. Трансплантология: Руководство для врачей / Под ред. академика В.И. Шумакова/ – Изд.: Медицинское информационное агентство - 2006, 544 с.
9. Шостка Г.Д., Радченко В.Г., Колмакова Е.В.. Ряснянский В.Ю. Нарушения водно-солевого обмена. –С.-Пб. «Инфо Ол»-2015 -264с..
10. Сахарный диабет и хроническая болезнь почек. М.В. Шестакова, И.И. Дедов. М.: Медицинское информационное агентство — 2009- 484 с.
11. Данович, Г. М. Трансплантация почки. / пер.с англ.под ред. Я.Г.Мойсюка. – М.: ГЭОТАР- Медиа, 2013. – 848 с.

Дополнительная литература:

1. Александрова.О.Ю, Герасименко Н.Ф. с соавт. Ответственность за правонарушения в медицине. М.изд. центр «Академия». 2006. - 238с.
2. Амосов В.И., Сперанская А.А., Лукина О.В., Бобров Е.И. Мультиспиральная компьютерная томография в клиниках медицинского университета. - СПб.: ЭЛБИ-СПб.- 2009.- 228с.
3. ВИЧ – инфекция и СПИД. Клинические рекомендации под ред. В.В.
4. Покровского.М. «ГЭОТАР – Медиа». 2006 - 115с.
5. Герасименко Н.Ф. Полное собрание федеральных законов об охране
6. здоровья граждан. М.»ГЭОТАР- Медия» 2005г. 519с.
7. Ермоленко В.М., Николаев А.Ю. Острая почечная недостаточность. М.:ГЭОТАР - Медиа, 2010.-240с.
8. Клиническая ревматология. Руководство для врачей под ред. Проф. В.И. Мазурова издание 2-ое СПб Фолиант 2005г. 514с
9. Лучевая диагностика /под ред. проф. Труфанова Г.Е.Москва. Издательская группа. Гэотар - Медиа.2009 - 412с.
10. Насникова И.Ю., Маркина Н.Ю.Ультразвуковая диагностика. Москва. Издательская группа. Гэотар - Медиа.2008.- 176с.
11. Нечаев В. В, Команденко М. С., Радченко В. Г., Ряснянский В. Ю. Вирусные гепатиты у больных, подвергающихся диализу. СпецЛит, 2011.
12. Рациональная фармакотерапия в нефрологии: Руководство для практикующих врачей

- / Под ред. Н.А. Мухина, Л.В. Козловской, Е.М. Шилова. М.: 2006.- 896 с.
13. Руководство по скорой медицинской помощи. Под ред. С.Ф.Багненко, А.Г.Мирошниченко. Рекомендовано Минздравсоцразвития РФ. М.:ГЭОТАР-Медиа. 2007.- 777с.
14. Шейман Д.А.Патофизиология почки. М.: Бином. — 2007-420с.
15. Практическая нефрология. В.П. Царев, С.А. Казаков. Беларусь — 2006- 380с.

- Методические рекомендации и пособия по изучению программы:**
1. Аниконова Л.И. Профилактика ревматоидного артрита,2014-54с. –Изд. СЗГМУ им. И. И. Мечникова
 2. Боровой С.Г. Нефрологический больной на приеме у терапевта, 2006-16 с.- Типография ВМедА
 3. Боровой С.Г. Гломерулонефрит (диагностика и лечение), 2006, 56 с.- Типография ВМедА
 4. Леонтьева Н.В. Почечная регуляция электролитного обмена, 2008, 64 с.- Типография ВМедА
 5. Соколов А.А. Острый эндотоксикоз. (Алгоритмы диагностики). 2009 – 53с.- Типография ВМедА
 6. Леонтьева Н.В. Тромбоцитарно-сосудистый гемостаз и его нарушения. 2009-26с.- Типография ВМедА
 7. Боровой С.Г. ВИЧ – ассоциированная нефропатия. 2009-19с.- Типография ВМА
 8. Кулаева Н.Н. Лучевые методы диагностики в нефрологии. 2009 - 48с.- Типография ВМедА
 9. Серков В.Ф., Леонтьева Н.В. Ошибки и осложнения эфферентной терапии. 2009-19с.- Типография ВМедА
 10. Семенова Е.В. Трансплантации почки. Часть1. 2009 -37с.-Типография ВМА
 11. Семенова Е.В. Трансплантации почки. ЧастьII. 2010 -23с.-Типография ВМА
 12. Леонтьева Н.В. Современное представление о коагуляционном гемостазе.2010 - 24с.- Типография ВМедА
 13. Кулаева Н.Н., Колмакова Е.В., Исачкиан А.Н.- Инфекция мочевыводящих путей.2014 – 18с.- Типография ВМА
 14. Серков В.Ф. Леонтьева Н.В. Профилактика осложнений эфферентной терапии. 2010 – 24с.- Типография ВМА
 15. Васильева Г.В. Леонтьева Н.В. Поздние осложнения сахарного диабета.2010 – 21 с.- Типография ВМедА
 16. Леонтьева Н.В. Фотогемотерапия.2011 - 27с.- Типография ВМА
 17. Кулаева Н.Н. Почки и беременность.2011- 28 с.-Типография ВМедА
 18. Колмакова Е.В. Инфекция мочевыводящих путей. 2012-20 с.- Типография ВМА
 19. Колмакова Е.В., Шумилкин В.Р., Конакова И.Н. Хроническая болезнь почек 2012- 55 с.–ООО «Издательство «Левша Санкт-Петербург»
 20. Кулаева Н.Н. Тромботические микроангиопатии (гемотитико-уремический синдром. Тромботическая тромбоцитопения). 2012 -32с.- Типография ВМА
 21. Леонтьева Н.В. Фосфорно-кальциевый обмен и его нарушения. 2012-46с.- Типография ВМА
 22. Кулаева Н.Н., Исачкина А.Н. Нефропротективная стратегия (нефропротективная терапия и образ жизни больных с ХБП). 2013.-28с.- Типография ВМедА
 23. Ряснянский В.Ю., Шостка Г.Д., Кулаева Н.Н. Минерально - костные нарушения при ХБП (принципы современной диагностики и лечения). 2013 - 28с.- Типография ВМА
 24. Исачкина А.Н., Кулаева Н.Н. Инфекционные осложнения ПД. 2013- 20с.- Типография ВМА
 25. Колмакова Е.В. Диабетическая нефропатия.2013 - 35с.- ООО «Издательство «Левша Санкт-Петербург»

26. Соколов А.А. Каскадная плазмофильтрация. 2013-59с.- Типография ВМедА
27. Радченко Л.И., Аниконова Л.И. Биомаркеры острого почечного повреждения. 2013 - 48с.- Изд. СЗГМУ им И И Мечникова
28. Колмакова Е.В., Кулаева Н.Н., Исачкина А.Н. Артериальная гипертензия и хроническая болезнь почек. 2014. -56с.- Типография ВМА
29. Исачкина А.Н., Кулаева Н.Н., Колмакова Е.В. Неинфекционные осложнения перitoneального дialisа. 2014.-32с.- Типография ВМА
30. Кулаева Н.Н. Рациональные подходы к профилактике и лечению сердечно-сосудистых осложнений у больных хронической болезнь почек, 2015, 47с-ООО «Литография»
31. Колмакова Е.В., Кулаева Н.Н., Исачкина А.Н. Нефротический синдром. 2015-25с.- ООО «Литография»
32. Кулаева Н.Н., Колмакова Е.В., , Исачкина А.Н.- Мочевой синдром, дифференциальная диагностика. 2015- 17с.- ООО «Литография»