

# Нефрология - кейс 2

Materials for the selected specialty

Тип: Кейсы | Образование: Высшее образование | Специализация: Нефрология | Записей: 1 | Кейс: 2 |  
Вопросов: 12

## Нефрология - кейс 2

Образование: Высшее образование | Специализация: Нефрология

### 1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### 1.1. Ситуация

Пациентка 79 лет, переводчик, обратилась в поликлинику к нефрологу.

#### 1.2. Жалобы

на

- \* утомляемость,
- \* слабость,
- \* головные боли.

#### 1.3. Анамнез заболевания

- \* Росла и развивалась нормально, от сверстников не отставала.
- \* Перенесенные заболевания и операции: в 15 лет – острый нефрит (со слов больной).
- \* Наследственность: по материнской линии - артериальная гипертензия.
- \* Гинекологический анамнез: Беременности – 0, роды – 0. Менопауза с 52 лет.
- \* Вредные привычки: не курит, употребление алкоголя отрицает.

#### 1.4. Анамнез жизни

Считает себя больной с подросткового возраста, когда перенесла острый гломерулонефрит (подробности не помнит). В течение многих лет не обследовалась, активно работала за границей. Последние 10 лет (с 69 лет) – артериальная гипертензия, повышение АД до 160/100 мм рт. ст. Принимает эналаприл (5-20 мг/сут). В возрасте 65 лет, выйдя на пенсию, прошла диспансеризацию. При обследовании было обращено внимание на изменения в анализе мочи (небольшой белок, эритроциты), биохимическом анализе крови (повышение уровня холестерина сыворотки). Госпитализирована в стационар, диагностирован хронический гломерулонефрит латентного течения, рекомендовано продолжить прием ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (эналаприла). В дальнейшем наблюдалась терапевтом по месту жительства, в анализах мочи периодически выявлялись белок (до 0,5 мг/л и эритроциты до 20 в п/зр.). Постоянно принимает эналаприл с хорошим эффектом, по необходимости – каптоприл, физиотенз. Последние 2-3 месяца беспокоит ухудшение памяти, повышенная утомляемость.

#### 1.5. Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 165 см, масса тела – 80 кг. ИМТ 29,6 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, сухие, видимые слизистые бледно-розовые. Голени пастозны. В легких дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца ясные, акцент 2 тона на аорте, ритм правильный. ЧСС 88 в минуту. АД 150/100 мм рт. ст. Живот мягкий, печень и селезенка не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное. За сутки выделила 2000 л мочи (выпила 1700 мл жидкости).

## 1. План обследования

### 1. Вопрос

Выберите основные лабораторные методы исследования, необходимые для подтверждения диагноза

1. бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности к антибиотикам
2. определение в сыворотке крови уровня иммуноглобулина Е
3. трехстаканная проба

### 4. клинический анализ крови

### 5. биохимический анализ крови

### 6. клинический анализ мочи

**Правильные ответы: клинический анализ крови; биохимический анализ крови; клинический анализ мочи**

Анализ необходим для выявления анемии, цитопении, воспалительных изменений.

Нефрология: национальное руководство + CD / Под ред. Н.А. Мухина. 2009. - 720 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-1174-2.

(1)

Анализ необходим для контроля течения давнего заболевания почек, проявлений почечной недостаточности (оценка уровня креатинина, мочевины, калия, фосфора, кальция, общего белка, альбумина), метаболических нарушений (оценка уровня глюкозы, мочевой кислоты, холестерина).

Нефрология: национальное руководство + CD / Под ред. Н.А. Мухина. 2009. - 720 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-1174-2.

(1)

Анализ необходим для контроля течения давнего заболевания почек. Признаками поражения почек в общем анализе мочи является выявление белка и/или изменение мочевого осадка, снижение удельного веса мочи.

Нефрология: национальное руководство + CD / Под ред. Н.А. Мухина. 2009. - 720 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-1174-2.

(1)

## 3. Результаты лабораторных методов обследования

### 3.1. Клинический анализ крови

Наименование	Нормы	Результат
Гемоглобин	130,0 - 160,0	*1**05**,0*
Гематокрит	35,0 - 47,0	35,7
Лейкоциты	4,00 - 9,00	6,6
Эритроциты	4,00 - 5,70	4,00
Тромбоциты	150,0 - 320,0	220 тыс.
Лимфоциты абс.	1,20 - 3,50	2,66
Моноциты абс.	0,10 - 1,00	0,32
Нейтрофилы абс.	2,04 - 5,80	3,29
Эозинофилы абс.	0,02 - 0,30	0,22
Базофилы абс.	0,00 - 0,07	0,02

Наименование	Нормы	Результат
Лимфоциты	17,0 - 48,0	46,1
Моноциты	2,0 - 10,0	8,8
Нейтрофилы	48,00 - 78,00	55,90
Эозинофилы	0,0 - 6,0	4,1
Базофилы	0,0 - 1,0	0,6
СОЭ по Панченкову	2 - 20	20

### 3.2. Клинический анализ мочи

Показатели	Результат
Цвет	желтый
Прозрачность	неполная
Относительная плотность	*1014*
Реакция	кислая
Белок	*0,2 г/л*
Глк	отр.
Кетоновые тела	отр.
Эпителий: + плоский + переходный + почечный	{nbsp}
Лейкоциты	2-4 в п/зр
Эритроциты: + Неизмененные + неизмененные	{nbsp}
Цилиндры: + Слизь + Соли	{nbsp}
Нитриты	отр.
Бактерии	отр.

### 3.3. Биохимический анализ крови

Наименование	Нормы	Результат
Общий белок (г/л)	60 - 80	65
Альбумин (г/л)	35 - 50	40
Мочевина (ммоль/л)	2,5 - 6,4	*10*,*7*
Креатинин (мкмоль/л)	53 - 115	*144*
Холестерин общий(ммоль/л)	1,4 - 5,2	*8,4*
Триглицериды (ммоль/л)	0,20 - 1,70	*1,90*
Холестерин ЛПНП(ммоль/л)	1,5—3,5	*4,2*
Билирубин общий (мкмоль/л)	3,0 - 17,0	10,3
Билирубин прямой (мкмоль/л)	0,0 - 3,0	2,0
АЛТ (Ед/л)	15,0 - 61,0	50,0
АСТ (Ед/л)	13,0 - 35,0	35,0

Наименование	Нормы	Результат
Щелочная фосфатаза(Ед/л)	50,0 - 136,0	132
Гамма-ГТ (Ед/л)	18-100	98
Мочевая кислота (мкмоль/л)	155,0 - 428,0	400,0
КФК(МЕ/л)	52 -200	200
Глюкоза (ммоль/л)	3,89 – 5,5	5,4
Калий (ммоль/л)	3,5-5,0	4,9
Натрий (ммоль/л)	136-145	142
рСКФ (мл/мин) (CKD-EPI)	90-100	*34*

### 3.6. Трехстаканная проба

Проводится мужчинам.

## 2. Вопрос

Основными инструментальными методами обследования для постановки диагноза являются

### 1. ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря

2. мультиспиральная компьютерная томография с контрастированием
3. микционная цистография
4. экскреторная урография

### 5. эхокардиографическое исследование

**Правильные ответы: ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря; эхокардиографическое исследование**

Пациенту с давним нефрологическим заболеванием УЗИ необходимо для оценки выраженности нефросклероза (определение размеров почек, толщины и эхогенности паренхимы), исключения объемных образований, конкрементов, обструкции показано проведение ультразвукового исследования почек.

Нефрология : Национальное руководство. Краткое издание / гл. ред. Н. А. Мухин. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 608 с. - ISBN 978-5-9704-3788-9

(1)

Нефрология: национальное руководство + CD / Под ред. Н.А. Мухина. 2009. - 720 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-1174-2.

(1)

Внутренние болезни в 2-х томах: учебник Под ред. Н.А. Мухина, В.С. Моисеева, А.И. Мартынова - 2010. - 1264 с.

(1)

Эхокардиография позволяет объективно оценить тяжесть и давность артериальной гипертензии по наличию гипертонического сердца (гипертрофия стенок левого желудочка, увеличение массы миокарда левого, возможное расширение корня аорты и соответствующего формирования аортальной недостаточности), кальцификации, структур сердца; выраженность атеросклероза.

Нефрология: национальное руководство + CD / Под ред. Н.А. Мухина. 2009. - 720 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-1174-2.

(1)

Нефрология : Национальное руководство. Краткое издание / гл. ред. Н. А. Мухин. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 608 с. - ISBN 978-5-9704-3788-9

(1)

## 5. Результаты инструментальных методов обследования

### 5.1. Ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря

**\*Заключение:** почки уменьшены в размерах (правая 100х50 мм, левая 95х50 мм), толщина паренхимы (13 и 12 мм), эхогенность паренхимы повышена, чашечно-лоханочная система не расширена. При ЦДК – кровоток во всех отделах почки резко обеднен. Данных за наличие объемных образований нет.

### 5.2. Эхокардиографическое исследование

**\*Заключение:** гипертрофия миокарда левого желудочка. Незначительный стеноз выносящего тракта левого желудочка. Кальциноз стенок аорты, структур аортального клапана; уплотнение створок митрального клапана. Недостаточность аортального клапана 1 ст. Умеренный стеноз аортального клапана. Недостаточность митрального клапана 1-2 ст. Недостаточность трикуспидального клапана 1 ст.

## 2. Диагноз

### 3. Вопрос

О снижении азотвыделительной функции почек у данной пациентки свидетельствуют

1. снижение удельного веса мочи, полиурия, никтурия
2. артериальная гипертензия и уменьшение размеров почек
3. наличие протеинурии, эритроцитурии, лейкоцитурии

#### 4. увеличение уровня креатинина крови и снижение СКФ

**Правильный ответ: увеличение уровня креатинина крови и снижение СКФ**

Основными признаками нарушения азотвыделительной функции почек являются повышение уровня креатинина крови и снижение СКФ.

Клинические рекомендации Минздрава России. Синдром диабетической стопы, 2015 г.

(1)

### 4. Вопрос

Снижение расчетной скорости клубочковой фильтрации у пациентки до 34 мл/мин соответствует +\_\_\_\_\_+ стадии хронической болезни почек

1. 3а
2. 2
3. 4

#### 4. 3б

**Правильный ответ: 3б**

Уровень скорости клубочковой фильтрации в пределах 30-44 мл/мин соответствует 3б стадии хронической болезни почек

Нефрология : Национальное руководство. Краткое издание / гл. ред. Н. А. Мухин. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 608 с. - ISBN 978-5-9704-3788-9

(1)

### 5. Вопрос

Наиболее вероятным основным диагнозом является

**1. Хронический гломерулонефрит латентного течения, хроническая болезнь почек 3Б стадии**

2. Хронический гломерулонефрит нефротического типа, хроническая болезнь почек 5Д стадии
3. Хронический обструктивный пиелонефрит
4. Острый тубулоинтерстициальный нефрит

**Правильный ответ: Хронический гломерулонефрит латентного течения, хроническая болезнь почек 3Б стадии**

В пользу хронического гломерулонефрита латентного течения свидетельствует длительный анамнез изолированного мочевого синдрома, появившегося до развития АГ.

Диагноз ХБП следует устанавливать на основании наличия у пациента на протяжении не менее 3 месяцев:

1) Признаков повреждения почек (при нормальной или сниженной СКФ):

\* альбуминурии/протеинурии, гематурии (после исключения урологических причин)

\* необратимых структурных изменений органа, выявленных при прижизненном морфологическом исследовании органа или при его визуализации

2) Снижения скорости клубочковой фильтрации (СКФ)  $< 60$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> вне зависимости от наличия других признаков повреждения почек.

В практической работе ХБП следует разделять на стадии в зависимости от значений СКФ и альбуминурии/протеинурии

СКФ 34 мл/мин соответствует 3Б стадии.

Клинические рекомендации Ассоциации нефрологов «Хроническая болезнь почек (ХБП)», 2020 г.

(1)

## 9. Диагноз

### 9.1. Хронический гломерулонефрит латентного течения, хроническая болезнь почек 3Б стадии

## 6. Вопрос

Пациентка, имея хроническую болезнь почек 3Б стадии (СКФ 34 мл/мин), относится к группе + \_\_\_\_\_ + сердечно-сосудистого риска

1. очень низкого

2. низкого

**3. высокого**

4. умеренного

**Правильный ответ: высокого**

Критерием высокого сердечно-сосудистого риска является умеренная ХБП с СКФ 30–59 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>

Российские рекомендации, VII пересмотр. Атеросклероз и дислипидемии. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза, 2020 г.

(1)

## 3. Лечение

## 7. Вопрос

Тактика ведения пациентки с хроническим латентным гломерулонефритом, артериальной гипертензией, хронической болезнью почек 3б ст. заключается в

1. определении программы иммуносупрессии
- 2. коррекции нефропротективной терапии и динамическом наблюдении нефрологом**
3. формировании сосудистого доступа
4. переводе в урологический стационар для выполнения пункционной биопсии почки

**Правильный ответ: коррекции нефропротективной терапии и динамическом наблюдении нефрологом**

При латентной форме хронического гломерулонефрита активная иммуносупрессивная терапия не показана. Проводят регулярное наблюдение, с привлечением нефролога.

Лечение пациента с хронической болезнью почек д.б. направлено на замедление темпов прогрессирования дисфункции почек (ренопротекция) и предупреждение развития и прогрессирования сердечно-сосудистой патологии (кардиопротекция) с целью улучшения исходов болезни. Зависит от стадии ХБП.

Клинические рекомендации Ассоциации нефрологов «Хроническая болезнь почек (ХБП)», 2020 г.

(1)

## 8. Вопрос

Пациентке с латентным гломерулонефритом, артериальной гипертензией, хронической болезнью почек 3 ст. ингибитор ангиотензинпревращающего фермента (эналаприл) назначен, помимо антигипертензивной цели, для

- 1. достижения антипротеинурического эффекта и торможения прогрессирования дисфункции почек**
2. коррекции метаболических нарушений
3. коррекции гомеостатических нарушений
4. достижения гиполипидемического эффекта и снижения рисков фатальных исходов

**Правильный ответ: достижения антипротеинурического эффекта и торможения прогрессирования дисфункции почек**

Пациентам с хронической болезнью почек недиабетической этиологии и альбуминурией, рекомендуется назначать ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента и блокаторы рецепторов ангиотензина с целью достижения антипротеинурического эффекта и торможения прогрессирования дисфункции почек.

Клинические рекомендации Ассоциации нефрологов «Хроническая болезнь почек (ХБП)», 2019 г.

(1)

## 9. Вопрос

В связи с нарушением обмена липидов и очень высоким сердечно-сосудистым риском пациентке показан прием статинов. В данной ситуации (хроническая болезнь почек 3б ст.) предпочтительно назначение

1. флувастатина
2. симвастатина
- 3. аторвастатина**
4. питавастатина

**Правильный ответ: аторвастатина**

Учитывая, что пациенты с ХБП относятся к категории очень высокого риска сердечно-сосудистых осложнений, им показано применение «мощных» статинов, к которым относятся аторвастатин и розувастатин. Наличие умеренной и тяжелой почечной недостаточности требует подбора адекватных доз. Коррекция дозы аторвастатина даже при выраженном снижении СКФ не требуется, этот препарат разрешен к применению у пациентов с финальными стадиями ХБП.

Клинические рекомендации Ассоциации нефрологов «Хроническая болезнь почек (ХБП)», 2020 г.

(1)

Реестр лекарственных средств России (РЛС) 2019. Аторвастатин. Особенности фармакокинетики у отдельных групп пациентов

## 10. Вопрос

После начала терапии статинами необходимо периодически контролировать

1. уровень глюкозы крови
- 2. печеночные и мышечные ферменты**
3. показатели свертывающей системы крови
4. концентрацию препарата в крови

**Правильный ответ: печеночные и мышечные ферменты**

Помимо мониторингирования показателей липидного обмена, до начала, в процессе (через 8-12 недель) терапии статинами, после повышения дозы препарата, необходим мониторинг печеночных и мышечных ферментов.

Российские рекомендации, VII пересмотр. Атеросклероз и дислипидемии. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза, 2020 г.

(1)

Клиническая фармакология : учебник / В. Г. Кукес, Д. А. Сычев [и др. ] ; под ред. В. Г. Кукеса, Д. А. Сычева. - 6-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 1024 с. : ил. - 1024 с. - ISBN 978-5-9704-5881

(1)

## 11. Вопрос

Если при контрольном определении уровня печеночных ферментов через 8-12 недель от начала терапии статинами обнаруживается их повышение (менее 3 норм), рекомендуется

1. снизить дозу препарата
2. увеличить дозу препарата
3. прекратить проводимую гиполипидемическую терапию с контролем аланинаминотрансферазы через 1-2 недели
- 4. продолжить проводимую терапию с контролем аланинаминотрансферазы через 4-6 недель**

**Правильный ответ: продолжить проводимую терапию с контролем аланинаминотрансферазы через 4-6 недель**

Что делать если повышается уровень печеночных ферментов?

Если АЛТ <3 ВГН (верхняя граница нормы):

- \* Продолжать терапию.
- \* Повторный контроль АЛТ через 4-6 недель.

Российские рекомендации, VII пересмотр. Атеросклероз и дислипидемии. Диагностика и коррекция



нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза, 2020 г.

(1)

## 4. Вариатив

### 12. Вопрос

Пациентка с хронической болезнью почек 3б ст. должна проходить контрольное нефрологическое обследование

1. каждые 6-9 недель
2. ежегодно

#### 3. каждые 3-6 месяцев

4. ежемесячно

**Правильный ответ: каждые 3-6 месяцев**

Пациенты с выявленной ХБП должны подвергаться регулярному медицинскому наблюдению с участием нефролога; частота наблюдения определяется тяжестью ХБП (стадией и индексом).

Ориентировочная частота обследований пациентов с ХБП в зависимости от ее стадии и индекса альбуминурии

а| Стадия ХБП 5+ ^а| Индекс альбуминурии

а|

а| A0 а| A1 а| A2 а| A3 а| A4

а| 1-2 а| Ежегодно а| Ежегодно а| Ежегодно а| Каждые 6 ме а| Каждые 3 мес

а| 3а-3б а| Каждые 6 мес а| Каждые 6 мес а| Каждые 6 мес а| Каждые 3 мес а| Каждые 3 мес

а| 4 а| Каждые 3 мес а| Каждые 3 мес а| Каждые 3 мес а| Каждые 6 нед а| Каждые 6 нед

а| 5 а| Каждые 6 нед а| Каждые 6 нед а| Каждые 6 нед а| Каждые 6 нед а| Каждые 6 нед

{nbsp}

Клинические рекомендации Ассоциации нефрологов «Хроническая болезнь почек (ХБП)», 2020 г.

(1)