

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/м². 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

- мультиспиральная компьютерная томография с контрастированием
- микционная цистография
- 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 м² 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 м²

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)