**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ**

**КАФЕДРА «ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ 2»**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

 «**Обсуждено**» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***«Утверждено****»-*

на заседании кафедры Председатель УМС

 Прот.№\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_2019 г факультета\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Зав.каф. Садыкова А.А. **Т**урсунбаева А.Т.

План-разработка практического занятия № 27 на тему:

 **Диагностика и лечение хронического гломерулонефрита в амбулаторных условиях.**

по дисциплине: **«Поликлиническая терапия»**

для студентов, обучающихся по специальности:

**(560000) Лечебное дело**

 Составитель: Абдраева Ф.А.

**Тема практического занятия:**

**«Диагностика и лечение хронического гломерулонефрита в амбулаторных условиях».** (50мин)**Актуальность темы**

Среди заболеваний внутренних органов хронический гломерулонефрит (ХГН) занимает ведущее место по числу ошибок диагностики, которые порой достигают 75%. Прогрессировать хронических заболеваний почек с нарастанием почечной недостаточности является одной из основных проблем в теоретической и практической нефрологии. ХГН в большинстве случаев влечет за собой развитие хронической почечной недостаточности, однако диапазон сроков ее возникновения у больных с различными клиническими формами и морфологическими вариантами различен и колеблется от 1-2 до 30-40 лет. Несмотря на достигнутые успехи в разработке различных аспектов данной проблемы, выявление ранних предикторов неблагоприятного течения хронического гломерулонефрита до настоящего времени представляет большие трудности

**План занятия:**

1. Определение хронического гломерулонефрита.
2. Классификация ХГ.
3. Этиология и клиническая картина ХГ.
4. Дифференциальная диагностика ХГ.
5. Алгоритм диагностики ХГ учетом клинических и лабораторно-инструментальных данных в амбулаторных условиях.
6. План лечения ХГ в амбулаторных условиях.
7. Неотложная помощь при гипертоническом кризе в условиях поликлиники.

**Задачи:**

 1. Формировать умения анализировать, активно использовать полученные знания и умения в профессиональной деятельности.

 2. Формировать готовность и способность целесообразно действовать в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи в конкретных клинических ситуациях.

 3. Формировать готовность и способность мобилизовать профессионально важные качества (толерантность, ответственность, способность работать в коллективе, стремление к саморазвитию), обеспечивающие продуктивность трудовой деятельности специалиста.

 **Вид занятия:** практическое

**Контрольные вопросы:**

1. Охарактеризуйте хронический гломерулонефрит.
2. Перечислите классификацию ХГ.
3. Расскажите клинические симптомы, характерные для ХГ.
4. Проведите дифференциальную диагностику ХГ
5. Расскажите алгоритм диагностики ХГ с учетом клинических и лабораторно-инструментальных данных в амбулаторных условиях.
6. Составьте план лечения при ХГ в амбулаторных условиях.

**Цель практического занятия:**

1. Методическая цель – организовать и провести занятие в соответствии с требованиями рабочей программы с применением различных методов и способов обучения для достижения поставленных целей.
2. Учебные цели:

- Повторить классификацию и клинические проявления ХГ.

- Изучить диагностику, принципы лечения в амбулаторных условиях согласно диагнозу.

- Повторить методы клинического обследования пациента с ХГ.

- Дать студентам представление об этапах диагностического поиска.

- Сформировать тактику оказания первой врачебной помощи при неотложных состояниях в условиях поликлиники.

1. Формировать общие и профессиональные компетенции:

**Средства обучения и контроля:**

 1. методическая разработка занятия

 2. учебно-методическое пособие для самоподготовки студентов к занятию

 3. дидактические средства контроля и тренажа:

1. Тестовые задания;
2. ситуационные задачи с эталоном ответов;

**Формы контроля:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Цель** |
| Индивидуальный устный | * выявить уровень теоретической подготовки, умения оперировать знаниями;
* определить уровень логического, клинического мышления;
* развивать речь
 |
| Индивидуальный письменный | * выявить уровень подготовленности всей группы и каждого студента в отдельности
 |
| Практический* решение учебных заданий проблемного характера
* выполнение практических действий, заданий
 | * выявить уровень самостоятельного мышления, умения анализировать явления, выделять главное
* определить уровень клинического (профессионального) мышления;
* проверить умение выполнения манипуляции, практического действия.
* Владеть техникой правильного измерения АД.
 |

**Междисциплинарные связи:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Дисциплины и профессиональные модули* | *Тема* |
| 1. Общепрофессиональныедисциплины- Анатомия и физиология человека- Латинский язык | * Мочевыделительная система.
* Терминология.
 |
|  Диагностическая деятельность- Пропедевтика клинических дисциплин  | * Методы обследования пациентов с заболеваниями органов мочевыводящей системы.
* Дополнительные методы обследования пациентов с заболеваниями МВС.
 |
|  Общепрофессиональные дисциплины- Клиническая фармакология  | * Антибиотики
* Диуретики
* Витамины
 |

**Внутридисциплинарные связи:**

* 1. Диагностика и лечение ЖДА в амбулаторных условиях.
	2. Диагностика и лечение ГБ и гипертонического криза в амбулаторных условиях.

**Уровни усвоения:** 2,3

 2. – репродуктивный (выполнение деятельности по образцу, инструкции или под руководством);

3. – продуктивный (планирование и самостоятельное выполнение деятельности, решение проблемных задач).

***После изучения темы занятия студент должен уметь:***

* проводить обследование пациента;
* определять тяжесть состояния пациента;
* выделять ведущий синдром;
* проводить дифференциальную диагностику;
* установить диагноз на основании клинических и лабораторных исследований в амбулаторных условиях.
* осуществлять фармакотерапию в соответствии с диагнозом в амбулаторных условиях;
* осуществлять профилактику заболевания;

***После изучения темы занятия студент должен знать:***

* этиологию и симптомы, особенности течения ХГ;
* дифференциальную диагностику ХГ.
* особенности диагностики ХГ с учетом инструментально-лабораторных исследований в амбулаторных условиях;
* принципы фармакотерапии в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом;
* правила заполнения медицинской документации;

**Карта компетенции:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Код и формулировка компетенций** | **Результаты обучения (ООП)** | **Результат обучения (дисциплины)** | **Результаты обучения (темы)** |
| **1** | **ПК-8** - способен проводить с прикрепленным населением профилактические мероприятия по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний, осуществлять общеоздоровительные мероприятия по формированию здорового образа жизни с учетом факторов риска, давать рекомендации по здоровому питанию;**ПК-15**- способен назначать больным с наиболее часто встречающимися внутренними болезнями адекватное лечение в соответствии с диагнозом.**ПК-16**- способен осуществлять взрослому населению первую врачебную помощь в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях в клинике внутренних болезней, направлять на госпитализацию больных в плановом и экстренном порядке. | **РО-8** - Может анализировать и интерпретировать полученные данные и назначать адекватное лечение и оказать первичную врачебную помощь, принимать решения при возникновении неотложных и угрожающих жизни ситуацияхпри неотложных и жизнеугрожающих состояниях детей и подростков. | **РОд- 1:****Знает и понимает**:- проведение с прикрепленным населением профилактические мероприятия по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний, осуществление общеоздоровительные мероприятия по формированию здорового образа жизни с учетом факторов риска, давать рекомендации по здоровому питанию (ПК-8);**Умеет:****-** проводить с прикрепленным населением профилактические мероприятия по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний (ПК-8),**Владеет**: - навыками осуществления общеоздоровительных мероприятий по формированию здорового образа жизни с учетом факторов риска, давать рекомендации по здоровому питанию (ПК-8);**РОд-2:** **Знает и понимает**:- назначение больным с наиболее часто встречающимися терапевтическими заболеваниями у взрослого населения в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом (ПК-15).**Умеет:**- назначать больным с наиболее часто встречающимися терапевтическими заболеваниями у взрослого населения в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом (ПК-15).**Владеет**:- методами назначения больным с наиболее часто встречающимися терапевтическими заболеваниями у взрослого населения в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом (ПК-15).я | **РОт**: Знает и понимает: ХГ.- Методы современной диагностики и дифференциальный диагноз ХГ с учетом их течения и осложнения.Умеет на основании жалоб, анамнеза, физикального обследования:- дифференцировать у больного, симптомы ХГ;- составить план лабораторного и инструментального обследования для подтверждения предполагаемого диагноза и интерпретировать полученные результаты;- сформулировать диагноз, руководствуясь современной классификацией;Владеет: - методикой назначения адекватной индивидуальной терапии;- навыками определения прогноза у конкретного больного;- мерами вторичной профилактики и экспертизы трудоспособности; – навыками оказания первой врачебной помощи в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом. |
| **РОд-3:****Знает и понимает**:- осуществление взрослому населению первой врачебной помощи в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях в клинике внутренних болезней в амбулаторных условиях (ПК-16).**Умеет:**- осуществлять взрослому населению первую врачебную помощь в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях в амбулаторных условиях (ПК-16).**Владеет**:- методами осуществления взрослому населению первой врачебной помощи в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях в клинике внутренних болезней в амбулаторных условиях (ПК-16). |

**Ход занятия**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Этапы занят** | **Цели этапов занятия** | **Деятельность преподавателя** | **Деятельность студента** | **Методы, механизмы** | **Результаты обучения** | **Оборудование занятия** | **Время**  |
| 1 | Организационный момент | Ознакомление с новой темой, его вопросами | Показ рисунка и комментарий к нему.Преподаватель объявляет тему, цели занятия, акцентирует внимание на важности, сложности изучения данной темы; объясняет ход занятия | Записывают тему и его вопросы | Мозговой штурмВызвать интерес к изучениюматериала, мобилизовать внимание студентов | Обращение внимание студентов к занятию | Доска с проектором, слайд  | 3 мин |
| 2 | Опрос пройденного материала  | Обобщение знаний студентов по пройденным материалам и установить связь с новой темой | Задание контрольных вопросов, совместное обобщение ответов | Выборочно по одному отвечают на заданные вопросы | Вопрос-ответ  | Вспоминание темы предыдущих занятий, способствование к самореализации | Перечень контрольных вопросов  | 7 мин |
| 4 | Изложение новой темы  | Создание проблемной ситуацииАктивизация мыслительной деятельности. | Преподавате ль предлагает план изучения нового материала с целью последовательного изложения материала.(информационный блок) | Записывают план и конспектируют новый материал  | Презентации слайдов, демонстрация в натурщике | Сформируется теоретическая база знаний и умений, для использования их на практических занятиях  | Доска с проектором, презентац. материал, натурщик. Градусник, фонендоскоп, тонометр, шпатель. Лекарственные препараты (аннотации) | 30 мин |
| 5 | Закрепление новой темы и подведение итогов | Определение и анализ освояемости пройденного материала, внесение измений на его содержание | Демонстрация ситуационных задач. | В решении задач принимают участие все студенты группы; дополняют, исправляют ответы друг друга. Преподаватель контролирует, обобщает ответы студентов | Решение ситуационных задач | Самостоятельно используют полученные знания по теме, формируются познавательные компетенции | Перечень уровневых задач  | 8 мин |
| 6 | Оценивание студентов за участия на занятии  | Научить студентов к самооценке и применять 4х шаговый метод Пейтона. | Преподаватель анализирует работу студентов. Определяет степень достижения целей. Выставляет и объявляет оценки. Предлагает записать домашнее задание | Отвечают друг другу на заданные конкретные вопросы.Студенты оценивают собственные действия, умения работать в команде, осмысливают итоги занятия; записывают заработанные баллы, домашнее задание. | Выборочный опрос, оценка друг другаОценить успешность достижения целей занятия студентами; определить перспективы последующей работыОриентировать студентов на следующее занятие, акцентировать внимание студентов на основных вопросах темы. | Преподаватель оценивает деятельность студентов и подводит общий итог занятия.Оценка преподавателем формируемых общих и профессиональных компетенций студентов (происходит в ходе наблюдения за деятельностью обучающихся в процессе изучения темы).Преподаватель предлагает домашнее задание, благодарит студентов за занятие. | Примеры вопросов | 2мин |

**Формы проверки знаний:**

1. Оперативный опрос на разрезе текущего контроля;
2. Тестовые задания на разрезе рубежного контроля;

**Литература:**

**Основная:**

**Основная литература:**

1. Национальные клинические протоколы «острый цистит у небеременных женщин», «острый пиелонефрит», «хронический пиелонефрит», «простатит» утверждены приказом мз кр № 626 от 17.11.2014 г.
2. Протоколы заседаний Экспертного совета РЦРЗ МЗСР РК, 2015
3. Рекомендации Всемирной организации здравоохранения и Международного общества 1999 г.

**Дополнительная литература:**

1. Доказательная медицина. Клинические рекомендации для практикующих врачей. ГЕОТАР МЕД, 2002.

 2. «Внутренние болезни» Маколкин В.И., Овчаренко С. И.

 3. «Внутренние болезни» Мухин Н.А., Моисеев В.С., Мартынов А.И.

 5. Лекционный материал.

**Электронные источники:**

1. [www.plaintest.com](http://www.plaintest.com)

2. [www.booksmed.com](http://www.booksmed.com)

3. [www.bankknig.com](http://www.bankknig.com)

4. [www.wedmedinfo.ru](http://www.wedmedinfo.ru)

5. [www.spr.ru](http://www.spr.ru)

**ТЕСТЫ:**

1. СРАВНИТЕ ОТЁКИ НА ЛИЦЕ, ТУЛОВИЩЕ, НАРЯДУ С ПОВЫШЕНИЕМ АД И МОЧЕВЫМ СИНДРОМОМ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

+а) Остром гломерулонефрите

б) Гипертонической болезни

в) Диабетическом гломерулосклерозе

г) Реноваскулярной гипертензии

д) Гипотиреозе

2. НАЗОВИТЕ ЧТО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНОГО С НЕФРОГЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

а) АГ, не поддающаяся амбулаторному лечению.

б) Необходимость выполнения пункционной биопсии почек

+в) Проведение экскреторной урографии

г) Стойкая гематурия

д) Злокачественное течение реноваскулярной гипертонии

3. ОТМЕТЬТЕ ДЛЯ КАКОЙ ПАТОЛОГИИ СПЕЦИФИЧНА ГИАЛИНОВАЯ ЦИЛИНДРУРИЯ

+а) Заболевания почек

б) Опухоли мочевого пузыря

в) Туберкулёза мочевого пузыря

г) Заболеваний простаты

4. ДАЙТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ, ЧТО В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ГЕМАТУРИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

а) Число микробных тел в моче

б) Пункционная биопсия почек

в) УЗИ почек

+г) Общий анализ мочи

5. НАЙДИТЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА

+а) Величина протеинурии

б) Уровень клубочковой фильтрации

в) Величина креатинина сыворотки

г) Уровень холестерина сыворотки

6. ДАЙТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ: В ПАТОГЕНЕЗЕ ГИПЕРТЕНЗИОННОГО СИНДРОМА ПРИ ОСТРОМ НЕФРИТЕ ВЕДУЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

а) Сужение почечных артерий (вазоренальный механизм)

б) Гиперсекреция катехоламинов

+в) Задержка натрия и воды

г) Увеличение уровня кортизола в крови

7. УКАЖИТЕ ОСНОВНОЙ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА

а) Стафилококк

б) Клебсиела

+в) b-гемолитический стрептококк группы А

г) Пневмококк

8. НАЗОВИТЕ ПРИЗНАК, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ МОЧЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ХГН

а) Низкая протеинурия

б) Глюкозурия

в) Лейкоцитурия

+г) Гематурия

9. НАЙДИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ: МАКРОГЕМАТУРИЯ, КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК, МОЖЕТ ИМЕТЬ МЕСТО ПРИ

а) Гломерулонефрите

б) МКБ

в) Гипернефроме

г) Туберкулезе почек

+д) При всех перечисленных заболеваниях

10. СОПОСТАВЬТЕ В НОРМЕ КЛУБОЧКОВАЯ ФИЛЬТРАЦИЯ СОСТАВЛЯЕТ

а) 40-60 мл/мин

б) 60-80 мл/мин

+в) 80-120 мл/мин

г) 150-170 мл/мин

 **Ситуационные задачи:**

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Мужчина 37 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на головные боли. Из анамнеза известно, что головные боли появились два года назад. Появление головных болей связывает с перенесением ангины. Тогда же, примерно через неделю после ангины, отметил появление мочи цвета «мясных помоев», при этом мочеиспускание было безболезненным, болей в поясничной области не было. Моча цвета «мясных помоев» регистрировалась в течение 2 дней, затем приобрела обычный желтый цвет. К врачам не обращался. Эпизод мочи цвета «мясных помоев» в течение суток повторился спустя год во время ОРВИ. Обследование также не проводилось. Семейный анамнез: мать – 60 лет, часто болеет ангинами, в течение 2 лет – гипертоническая болезнь. Отец умер в 55 лет от онкологической патологии.

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 24,2 кг/м2. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Отѐков нет. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 в минуту, АД – 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

 В анализах крови: эритроциты - 4,57×1012/л, гемоглобин - 137 г/л, лейкоциты - 5,51×109/л, лейкоцитарная формула не изменена; тромбоциты - 254×109/л, СОЭ - 26 мм/час. Общий холестерин – 4,9 ммоль/л, ТГ – 1,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,2 ммоль/л, ХС-ЛПНП - 2,8 ммоль/л; глюкоза натощак – 4,2 ммоль/л, креатинин – 135 мкмоль/л, СКФ (по формуле CKD-EPI) - 58 мл/мин, мочевина – 9,4 ммоль/л, мочевая кислота – 0,40 ммоль/л, общий билирубин - 7,4 мкмоль/л (непрямой), АЛТ - 39 МЕ/л, АСТ - 28 МЕ/л, общий белок - 70 г/л, альбумины - 36 г/л.

 Анализ мочи: относительная плотность - 1014, цвет желтый, реакция кислая, белок - 0,88 г/л, эритроциты - 10-15 в поле зрения, лейкоциты - 3-4 в поле зрения, эпителий плоский – единичные клетки в поле зрения, бактерии отсутствуют, слизи нет, ураты +. Суточная протеинурия - 500 мг.

 УЗИ почек: положение почек обычное, размеры - 11×5,6 см, паренхима - 1,7 см. Чашечно-лоханочный комплекс не изменѐн.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Препарат какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

5. Обоснуйте длительность терапии у данного пациента.

ОТВЕТ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ

1. Хронический гломерулонефрит, симптоматическая артериальная гипертония или гипертонический вариант. Хроническая болезнь почек IIIа стадии, альбуминурия 2 ст. (А2, высокая).

 2. Диагноз «гломерулонефрит» установлен на основании данных анамнеза о появлении артериальной гипертензии и макрогематурии через

неделю после ангины (вероятный острый гломерулонефрит), о повторном эпизоде макрогематурии на фоне ОРВИ спустя 1 год, а также на основании обнаружения характерного мочевого синдрома: протеинурии и эритроцитурии. Не обнаружено клинических симптомов и объективных данных, свидетельствующих об урологической патологии. Диагноз «симптоматическая артериальная гипертония» установлен на основании обнаружения стабильно повышенного АД с высоким диастолическим АД у больного с мочевым синдромом, характерным для гломерулонефрита. Диагноз «хроническая болезнь почек» установлен на основании симптоматики гломерулонефрита в течение более 3 месяцев. Диагноз «IIIа стадии хронической болезни почек» установлен на основании СКФ58 мл/мин (в диапазоне 45-59 мл/мин). Градация

альбуминурии А2 - на основании суточной протеинурии 500 мг (в диапазоне 150-500 мг, что соответствует высокой альбуминурии - 30-300 мг/л, или альбумин/креатинин мочи - 30-300 мг/г).

 3. Пациенту рекомендованы консультации врача-нефролога для верификации диагноза «гломерулонефрит»; проведение ЭКГ; проведение

ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; доплерУЗИ почек и почечных артерий для оценки состояния почечных артерий и сосудов почек; биохимический анализ крови с определением уровня кальция, фосфора, калия, натрия для оценки состояния электролитного обмена и ранней диагностики нарушений фосфорно-кальциевого обмена; определение паратиреоидного гормона в крови для ранней диагностики вторичного гиперпаратиреоза.

 4. Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II. Выбор препарата из этих групп основан на их нефропротективных свойствах. Данные группы антигипертензивных препаратов являются «золотым» стандартом при лечении пациентов с ХБПI-III стадии. Наиболее доказанными нефропротективными свойствами из группы ингибиторов АПФ обладает Рамиприл, из группы антагонистов рецепторов к ангиотензинуII – Ирбесартан.

 5. Оставить антигипертензивную и нефропротективную терапию без изменений, продолжить динамическое наблюдение. Усиливать терапию нецелесообразно, так как за короткий промежуток времени (1 месяц) достигнут целевой уровень АД, существенно снизилась альбуминурия. Уменьшать медикаментозное лечение также нецелесообразно, так как применение препаратов в установленных дозах безопасно: не привело к существенному нарастанию креатинина крови, но альбуминурия остается по-прежнему высокой. Необходим контроль СКФ, альбуминурии и коррекция терапии через 3 месяца.

**Краткое содержание темы:**

**Хронический гломерулонефрит** – группа заболеваний, протекающих с рецидивирующей и устойчивой гематурией, изолированной протеинурией, нефротическим и хроническим нефритическим синдромами.

Нефротический синдром характеризуется тяжелой протеинурией (>3,5г/сут), гипоальбуминемией (альбумин сыворотки <25г/л), гиперлипидемией и отеками [1].

Хронический нефритический синдром включает протеинурию (<2,5г/сут), гематурию (акантоциты >5%), умеренные отеки/или артериальную гипертензию, продолжающиеся в течение длительного времени.

**Определения Нефротического синдрома**

|  |  |
| --- | --- |
| **Виды** | **Определение** |
| Полная ремиссия | Протеинурия < 300мг/сут |
| Частичная ремиссия | Снижение протеинурии на 50% от исходного уровня или <2,0г/сут |

**Сокращения:**

АНА – антинуклеарные антитела

БКК – блокаторы кальциевых каналов

БРА – блокаторы рецепторов ангиотензина

ГНМИ – гломерулонефрит с минимальными изменениями

иАПФ – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента

ИКН – ингибиторы кальцинейрина

МКБ – Международная классификация болезней

МН – мембранозная нефропатия

МНО – международное нормализованное отношение

МПГН – мембранопролиферативный гломерулонефрит

НМГ – низкомолекулярные гепарины

НС – нефротический синдром

ОПП – острое почечное повреждение

ПТИ – протромбиновый индекс

РКИ – рандомизированные клинические исследования

СОЭ – скорость оседания эритроцитов

УЗИ – ультразвуковое исследование

ФСГС – фокально-сегментарных гломерулосклероз

ХБП – Хроническая болезнь почек

ЭКГ – электрокардиограмма

**Классификация:**

1. Клиническая:

А. Изолированный мочевой синдром:

- рецидивирующая и устойчивая гематурия с или без протеинурии

- изолированная протеинурия

В. Нефротический синдром

С. Нефритический синдром

2. Морфологическая: по МКБ (см выше).

3. По состоянию функции почек:

**Международная классификация стадий хронических болезней почек** (ХБП) (по K/DOQI, 2002):

- І стадия - СКФ (скорость клубочковой фильтрации ≥ 90 мл/мин);

- ІІ стадия - СКФ – 89-60 мл/мин;

- ІІІ стадия - СКФ – 59-30 мл/мин;

- IV стадия - СКФ – 29-15 мл/мин;

- V стадия - СКФ – менее 15 мл/мин.

МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
**Перечень основных диагностических мероприятий:**
**До плановой госпитализации:**

1. Общий анализ крови: Нв, Эр, MCV, MCH, Лейк с формулой, Тр, СОЭ, фрагментированные эритроциты.

2. Тест-полоски на протеинурию+гематурию

3. Микроскопия осадка мочи: морфологическое исследование эритроцитов мочи (акантоциты), липидурия («мальтийский крест»), эритроцитарный цилиндр

4. Электрофорез белков мочи: альфа-2-макроглобулин, Ig-G, трансферрин, альбумин, альфа-1-микроглобулин, ретинол-связывающий протеин, бета-2-микроглобулин.

5. Протеин/креатининовый, альбумин/креатининовый коэффициент (аналог суточной протеинурии)

6. Определение креатинина, мочевины, К, Na, Ca, P, холестерина, сахара в сыворотке крови

7. Определение общего белка, альбумина, С-реактивного белка (количественно) в крови

8. УЗИ органов брюшной полости, почек

9. Расчет СКФ по формуле Кокрофта-Голта (Epi-GFR)

10. Определение АСЛО, С3, С4, С50, С3-нефритический фактор, АТ к фосфолипидам, АТ к кардиолипину, реакция Вассермана, ЛЕ-клетки

11. Определение маркеров вирусного гепатит В,С

12. Исследование крови на АNA, anti-ds-DNA, p-,c-ANCA, ВИЧ

**Во время госпитализации:**

1. Общий анализ крови: Нв, Эр, Лейк, Тр, СОЭ до и после биопсии почки

2. Тест-полоски на гематурию, протеинурию, лейкоцитурию

3. Протеин/креатининовый коэффициент

4. Креатинин, мочевина сыворотки крови

5. Определение времени свертывания, МНО, ПТИ

6. Биопсия почки под контролем УЗИ

7. Учет принятой и выделенной жидкости, ежедневное измерение веса

8. Определение концентрации Циклоспорина, Такролимуса в сыворотке крови

**Перечень дополнительных диагностических мероприятий:**

1. Определение АЛТ, АСТ, общего и прямого билирубина

2. Прокальцитонин, ИЛ-18, гемокультура

3. Сывороточный ферритин, процент гипохромных эритроцитов, Трансферрин-связывающая способность сыворотки

4. ЭКГ, ЭхоКГ, УЗДГ сосудов почек

5. КЩС артериальной/венозной крови

6. Консультация отоларинголога

7. Осмотр глазного дна

8. Рентгенография, КТ головы, грудного сегмента

9. Осмотр ревматолога, инфекциониста.

**Диагностические критерии** [2, 3]

**Жалобы и анамнез:**

Нарастание протеинурии и/или присоединение артериальной гипертензии, отеки, снижение диуреза, возможно почечная недостаточность. В анамнезе имеют значения: солнечная инсоляция, спонтанное появление и исчезновение кожной сыпи, эритемы, артралгий, выпадение волос, синуситы, риниты с кровянистым отделяемым, частые пневмонии, бронхиальная астма, эпизоды макрогематурии на фоне фарингита и ОРВИ, наличие гематурии у других членов семьи, эпизоды лихорадки неясной этиологии, положительная серология на вирусные гепатиты, сопутствующие заболевания: ревматоидный артрит, хронические очаги инфекции (н-р: остеомиелит). Подробный лекарственный анамнез и вредные привычки: иАПФ, препараты золота, героин. У женщин – привычные выкидыши в анамнезе.

**Физикальное обследование:**

Оценка наличия и степени выраженности отеков (от минимальных периферических до полостных и анасарки), выявление сыпи, суставного синдрома, ежедневное измерение веса, объема принятой жидкости (внутрь и парентерально) и выделенной мочи. Выявление очагов инфекций.

**Лабораторные исследования:**

Анализ мочи с обязательным морфологическим исследованием эритроцитов, признаков липидурии («мальтийский крест»), развернутый анализ крови с подсчетом тромбоцитов и выявлением фрагментированных эритроцитов, уровень альбумина, общего белка, холестерина, мочевины, креатинина, электролитов калия, натрия, кальция, фосфора, уровня сахара в крови. Электрофорез белков мочи и определение типа протеинурии (селективная, неселективная, канальцевая). Исследование уровня комплемента С3, С4, С50, С3-нефритического фактора, С-реактивный белок (количественное измерение). ИФА маркеры ВГ-В,С,Д,Е. При подозрении на СКВ: анти-нуклеарные антитела (ANA), антитела к двуспиральной ДНК (anti-ds-DNA). При подозрении на антифосфолипидный синдром: антитела к кардиолипину, антифосфолипидные антитета, реакция Вассермана. При подозрении на васкулиты: антинейтрофильные цитоплазматические антитела к миелопероксидазе (рANCA), к конвертазе (cANCA). У пациентов с лихорадкой: Прокальцитонин, Интерлейкин-18 для исключения септических осложнений.

**Инструментальные исследования:**

УЗИ брюшной полости и почек. При подозрении на васкулиты: КТ лобных, гайморовых пазух, области глазниц, грудного сегмента. В стационаре – чрескожная пункционная биопсия почки с последующим морфологическим исследованием (световая, иммунофлюоресцентная и электронная микроскопии) с постановкой морфологического диагноза (МКБ 10).

**Показания для консультации специалистов:**

На амбулаторном этапе: при подозрении на васкулиты с поражением органов дыхания – оториноларинголог, фтизиатр (дифференцировать с Твс при гранулематозе Вегенера); на фоне длительно терапии стероидами и хлорохином – осмотр окулиста (катаракта как осложнение терапии); при наличии суставного синдрома и системности - консультация ревматолога; для определения активности инфекционного процесса (вирусные гепатиты, зоонозы) – консультация инфекциониста.

**Дифференциальный диагноз**

**Дифференциальный диагноз**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Признак** | **Нефротический синдром** | **Хронический нефритический синдром** | **Гипертоническая / диабетическая нефропатия** |
| Начало заболевания | с появления отеков на ногах, лице может принимать волнообразное течение | от случайно выявленной микрогематурии/ протеинурии, до эпизодов макрогематурии, появления отеков и повышения АД | Известные в анамнезе сахарный диабет более 5-10 лет, длительная артериальная гипертензия |
| Отеки | +++ | + | +/- При наличии ХСН и диабетической стопы могут быть трофические изменения кожи |
| Артериальное давление | N (50%), иногда гипотония | при изолированной гематурии/ протеинурии может быть –N при нефритическом синдроме чаще |   |
| Гематурия | Не характерна. Появляется при смешанном нефро+нефритическом синдроме | Постоянная от микрогемутарии, до эпизодов макрогематурии | микрогематурия +/- |
| Протеинурия | Более 3,5 г/сут | Менее 2 г/сут | от минимальной до нефротической |
| Гиперазотемия | Транзиторная на фоне активности НС, нарастает в зависимости от срока давности болезни | При изолированной гематурии / протеинурии не характерна. При нефритическом с-ме нарастает постепенно с прогрессированием заболевания | Зависит от срока давности болезни и момента диагностики |

**Цель лечения:** при нефротическом и нефритическом синдромах – достижение полной или частичной ремиссии, замедление прогрессирования хронической болезни почек, лечение экстраренальных симптомов (АГ, отеки) и осложнений (электролитные нарушения, инфекции).

**Тактика лечения/ведения**

**Немедикаментозное лечение**

**При рецидивирующей и устойчивой гематурии и/или изолированной протеинурии менее 1,0 г/сут**

Амбулаторно:

− Диета сбалансированная, адекватное введение белка (1,5-2г/кг), калораж по возрасту;

− Суточная потребность натрия <2г/сут (в расчете на натрия хлорид < 5г/сут поваренной соли);

− Дозированная физическая активность по 30 минут 5 раз в неделю.

− Отказ от курения;

− Алкоголь для мужчин не более 2-х доз в день, для женщин не более 1 дозы в день.

− Целевой ИМТ 20-30

− Мониторинг уровня протеинурии (по протеин/креатининовому коэффициенту) 1 раз в 6 месяцев, регулярное измерение АД.

− При нарастании протеинурии > 1,0 г/сут и/или присоединения АГ показана госпитализация для проведения диагностической биопсии почки и верификации морфологического диагноза.

**При нефротическом и хроническом нефритическом синдромах**

Амбулаторно:

− Диета сбалансированная, адекватное введение белка (1,5-2г/кг), калораж по возрасту;

− При наличии отеков и АГ ограничение употребления натрия хлорид (поваренной соли) < 1-2г/сут;

− Дозированная физическая активность по 30 минут 5 раз в неделю.

− Отказ от курения;

− Отказ от алкоголя;

− Целевой ИМТ 20-30;

− Мониторинг уровня протеинурии по тест-полоскам 1 раз в 1-2 недели, регулярное измерение АД.

− При нарастании протеинурии (рецидиве) определение протеин/креатининового коэффициента (для расчета суточной протеинурии) и коррекция иммуносупрессивной терапии;

− При резистентности к проводимой иммуносупрессивной терапии проведение повторной биопсии почки в условиях стационара.

**Стационарно проводится диагностическая биопсия и установление морфологического диагноза и начало патогенетической терапии, которую следует продолжить в амбулаторных условиях.**

**Медикаментозное лечение**

При наличии персистирующей гломерулярной гематурии без или с протеинурией до 1г/сут показана **нефропротективная терапия** в виде антигипертензивных препаратов из группы иАПФ или БРА [1].

**Патогенетическая терапия** хронического гломерулонефрита (нефротический синдром, хронический нефритический синдром) отличается в зависимости от морфологического варианта гломерулонефрита, поэтому правомочна **только после проведения биопсии почки, верификации морфологического диагноза** и должна продолжаться в амбулаторных условиях.

**Терапия незначительных гломерулярных нарушений**
Этот морфологический вариант (гломерулонефрит с минимальными изменениями – ГНМИ) встречается в 10-20% биопсии при НС у взрослых, тогда как у детей является причиной НС в 80% случаев. Поэтому, если в детской практике проведение биопсии почки требуется лишь при стероид-резистентности, тогда как у взрослых проведение биопсии почки требуется уже в дебюте НС.

**Лечение дебюта**
Метилпреднизолон 0,6-0,8мг/кг/сут или преднизолон 0,5-1мг/кг/сут (максимальные суточные дозы 64 и 80мг, соответственно) в течение 6-8 недель (предпочтительнее длительное назначение до 12-16 недель) в виде однократного приема в утреннее время, после приема завтрака (Уровень 1В). По достижению полной или частичной ремиссии – снижение дозы преднизолона на 5 мг каждые 3-4 дня до достижения дозы преднизолона 20-30мг/сут. Последующие 2-3 месяца прием преднизолона в альтернирующем режиме, т.е. через день с постепенным снижением дозы по 5мг каждые 1-2 недели, до достижения 10мг (Уровень 2В). Последующее снижение дозы по 2,5мг каждые 1-2 недели при альтернирующей схеме приема до полной отмены [4-6].

Более быстрое снижение дозы преднизолона возможно при появлении нежелательных явлений стероидной терапии.

Пациенты, не достигшие полной или частичной ремиссии после приема полной дозы в течение 16 недель определяются как стероид-резистентные и требуют комбинированной терапии циклоспорином-А и минимальной дозой преднизолона 0,15-0,2мг/кг/сут [5, 7-9].

**Лечение рецидива**
У 50-75% пациентов, ответивших на стероидную терапию встречаются рецидивы. При рецидиве назначается Преднизолон в дозе 60 максимум 80мг/сут в течение 4-х недель с последующим снижением по 5 мг каждые 3-5 дней до полной отмены в течение 1-2 мес [7, 8].

При частых (3 и более в течение 1 года) рецидивах или стероид-зависимой (рецидив на фоне приема стероидов) форме используется комбинированная терапия: низкие дозы преднизолона 0,15-0,20мг/кг/сут + один из следующих групп препарат: алкилирующие агенты (циклофосфамид), антиметаболиты (микофеноловая кислота, мофетила микофенолат), ингибиторы кальцинейрина (циклоспорин-А или Такролимус) [10].

Циклофосфамид 2мг/кг/сут, внутрь в течение 8-12 нед, под контролем числа лейкоцитов (не менее 3 х 10 9/л) + профилактика геморрагического цистита (месна) [10, 11].

Циклоспорин-А микроэмульсионная форма в дозе 3мг/кг/сут, внутрь в 2 приема, не микроэмульсионная форма в дозе 4-5мг/кг/сут, внутрь в 2 приема, при целевой С0 концентрации 100-200нг/мл в течение 18-24 месяцев и более (Уровень 2В). [8-11].

Микофеноловая кислота, внутрь в дозе 540-720мг х 2 раза или мофетила микофенолат внутрь в дозе 750-1000мг х 2 раза в день в течение 6-26 месяцев [8].

Ритуксимаб – химерическое моноклональное антитело, используется для лечения различных морфологических вариантов НС. Рекомендуется лишь при отсутствии эффекта от выше проведенной терапии. Назначается в дозе 375мг/м2 поверхности тела, 1 раз в неделю, всего №4, внутривенно, капельно после премедикации.

**Лечение отеков**
Диуретики назначают при значительных отеках (назначение кортикостероидов обычно приводит к восстановлению диуреза на 5-10 день). Диуретики не назначают при рвоте, диарее, гиповолемии.

При длительно сохраняющихся отеках назначают фуросемид 1-3мг/кг/сут внутривенно 3 раза в день через равные промежутки времени или торасемид 5-10мг внутрь. Для пациентов с рефрактерными отеками используется комбинация петлевых и тиазидоподобных диуретиков и/или калий-сберегающих диуретиков (Спиронолактон), в тяжелых случаях - комбинация диуретиков и альбумина [17].

**Другие медикаменты:**

− Антациты или блокаторы протонной помпы при появлении гастроинтестинальных симптомов.

− Карбонат кальция (250-500мг/сут) длительно необходим, если терапия преднизолоном продолжается более 3 месяцев [15].

− Обычно нет необходимости коррекции гиперлипидемии у стероидчувсвиетльынх пациентов, так как она купируется после наступления ремиссии.

**Осложнения нефротического синдрома:**

**1. Инфекции.** У пациентов с нефротическим синдромом могут быть разные инфекции: перитониты, целлюлиты, пневмония.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Инфекции** | **Клиническая картина** | **Микроорганизмы** | **Терапия** |
| Перитонит | Боли в животе, чувствительность при пальпации, рвота, диарея. В асцитической жикости более 100 лейкоцитов/мл, более 50% нейтрофилы | S. pneumoniae, S. pyogenes, E. coli | Цефотаксим или цефтриаксон 7-10 дней, ампициллин+аминогликозиды 7-10 дней |
| Пневмонии | Гипертермия, кашель, тахипное, крепитация | S. pneumoniae, H. influenzae, S. aureus | Внутрь: Амоксициллин, клавулановая кислота, эритромицин Парентерально: ампициллин+аминогликозиды или цефотаксим/цефтриаксон 7-10 дней |
| Целлюлит | Кожная эритема, уплотнение, болезненность | St aphylococci, Group A streptococci, H. influenzae | Амоксициллин, клавулановая кислота или цефтриаксон 7-10 дней |
| Грибковые инфекции | Легочная инфильтрация, длительная лихорадка, отсутствие ответа на антибактериальную терапию | Candida, Aspergillus spp. | Кожа, слизистые: Флуконазол 10 дней |

При наличии varicella zoster однократное введение иммуноглобулина 400мг/кг, внутривенно ацикловир (1500мг/м2/сут) 3 дня или внутрь 80мг/кг/сут 7-10 дней [16].

**2. Тромбозы,**имеется риск венозных, редко артериальных тромбозов. Применяются низкомолекулярные гепарины подкожно в течение длительного времени [17].

**3. Артериальная гипертензия:**иАПФ, блокаторы кальциевых каналов, β-блокаторы [18].

**4. Гиповолемический шок** бывает при назначении диуретиков, особенно когда имеется септицемия, диарея, рвота. Гиповолемический шок можно предположить при наличии разной интенсивности болей в животе, гипотензии, тахикардии, ознобе, в крови повышены уровни гематокрита, мочевины и мочевой кислоты. Восстанавливается путем срочных инфузий физиологических растворов из расчета 15-20мл/кг 20-30 минут, можно повторно. Инфузия 10% раствора альбумина (10мл/кг) или 20% раствора (0,5-1г/кг) при отсутствии эффекта после двух болюсов физ. раствора.

**5. Побочные эффекты кортикостероидов:** повышенный аппетит, задержка роста, риск инфекций, гипертензия, деминерализация костей, повышение глюкозы крови, катаракта.

**Индикаторы эффективности лечения:** достижение ремиссии нефротического синдрома (купирование отеков, исчезновение протеинурии), уменьшение/отмена преднизолона, замедление прогрессирования хронической болезни почек (стабильный уровень креатинина).

**Показания для госпитализации (плановая госпитализация):**
1. для проведения диагностической биопсии почки при:

a. рецидивирующей устойчивой гематурии с протеинурией > 1,0 г/сут и артериальной гипертензией неясной этиологии;

b. изолированной протеинурии > 1,0 г/сут, неясной этиологии;

c. резистентности к проводимой иммуносупрессивной терапии
2. для коррекции иммуносупрессивной терапии;
3. тяжесть состояния (олигурия, отеки, высокая гипертензия, азотемия);
4. осложнения (инфекционные, тромботические осложнения, почечная недостаточность).

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ**

**КАФЕДРА «ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ 2»**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

 «**Обсуждено**» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***«Утверждено****»-*

на заседании кафедры Председатель УМС

 Прот.№\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_2019 г факультета\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Зав.каф. Садыкова А.А. **Т**урсунбаева А.Т.

План-разработка практического занятия № 28 на тему:

 **Ведение больных с хроническим гломерулонефритом в амбулаторных условиях.**

по дисциплине: **«Поликлиническая терапия»**

для студентов, обучающихся по специальности:

**(560000) Лечебное дело**

 Составитель: Абдраева Ф.А.

**Тема практического занятия:**

**«Ведение больных с хроническим гломерулонефритом в амбулаторных условиях».** (50мин)

**Актуальность темы**

Среди заболеваний внутренних органов хронический гломерулонефрит (ХГН) занимает ведущее место по числу ошибок диагностики, которые порой достигают 75%. Прогрессировать хронических заболеваний почек с нарастанием почечной недостаточности является одной из основных проблем в теоретической и практической нефрологии. ХГН в большинстве случаев влечет за собой развитие хронической почечной недостаточности, однако диапазон сроков ее возникновения у больных с различными клиническими формами и морфологическими вариантами различен и колеблется от 1-2 до 30-40 лет. Несмотря на достигнутые успехи в разработке различных аспектов данной проблемы, выявление ранних предикторов неблагоприятного течения хронического гломерулонефрита до настоящего времени представляет большие трудности.

**План занятия:**

* 1. Ознакомление с тактикой ведением больных ХГ в амбулаторных условиях;
	2. Демонстрация практических навык по чек-листу;
	3. Оценка и обсуждения.

**Задачи:**

 1. Формировать умения анализировать, активно использовать полученные знания и умения в профессиональной деятельности.

 2. Формировать готовность и способность целесообразно действовать в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи в конкретных клинических ситуациях.

 3. Формировать готовность и способность мобилизовать профессионально важные качества (толерантность, ответственность, способность работать в коллективе, стремление к саморазвитию), обеспечивающие продуктивность трудовой деятельности специалиста.

 **Вид занятия:** практическое

**Цель практического занятия:**

* 1. Методическая цель – организовать и провести занятие в соответствии с требованиями рабочей программы с применением различных методов и способов обучения для достижения поставленных целей.
	2. Учебные цели:

- Повторить классификацию и клинические проявления ХГ.

- Изучить диагностику, принципы лечения в амбулаторных условиях согласно диагнозу.

- Повторить методы клинического обследования пациента с ХГ.

- Дать студентам представление об этапах диагностического поиска.

- Сформировать тактику оказания первой врачебной помощи при неотложных состояниях в условиях поликлиники.

* 1. Формировать общие и профессиональные компетенции:

**Средства обучения и контроля:**

 1. методическая разработка занятия

 2. учебно-методическое пособие для самоподготовки студентов к занятию

 3. дидактические средства контроля и тренажа:

1. Тестовые задания;
2. ситуационные задачи с эталоном ответов;

**Формы контроля:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Цель** |
| Индивидуальный устный | * выявить уровень теоретической подготовки, умения оперировать знаниями;
* определить уровень логического, клинического мышления;
* развивать речь
 |
| Индивидуальный письменный | * выявить уровень подготовленности всей группы и каждого студента в отдельности
 |
| Практический* решение учебных заданий проблемного характера
* выполнение практических действий, заданий
 | * выявить уровень самостоятельного мышления, умения анализировать явления, выделять главное
* определить уровень клинического (профессионального) мышления;
* проверить умение выполнения манипуляции, практического действия.
* Владеть техникой правильного измерения АД.
 |

**Междисциплинарные связи:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Дисциплины и профессиональные модули* | *Тема* |
| 1. Общепрофессиональныедисциплины- Анатомия и физиология человека- Латинский язык | * Мочевыделительная система.
* Терминология.
 |
|  Диагностическая деятельность- Пропедевтика клинических дисциплин  | * Методы обследования пациентов с заболеваниями органов мочевыводящей системы.
* Дополнительные методы обследования пациентов с заболеваниями МВС.
 |
|  Общепрофессиональные дисциплины- Клиническая фармакология  | * Антибиотики
* Диуретики
* Витамины
 |

**Внутридисциплинарные связи:**

* 1. Диагностика и лечение ЖДА в амбулаторных условиях.
	2. Диагностика и лечение ГБ и гипертонического криза в амбулаторных условиях.

**Уровни усвоения:** 2,3

 2. – репродуктивный (выполнение деятельности по образцу, инструкции или под руководством);

3. – продуктивный (планирование и самостоятельное выполнение деятельности, решение проблемных задач).

***После изучения темы занятия студент должен знать:***

* этиологию и симптомы, особенности течения ХГ;
* дифференциальную диагностику ХГ.
* особенности диагностики ХГ с учетом инструментально-лабораторных исследований в амбулаторных условиях;
* принципы фармакотерапии в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом;
* правила заполнения медицинской документации;

**Карта компетенции:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Код и формулировка компетенций** | **Результаты обучения (ООП)** | **Результат обучения (дисциплины)** | **Результаты обучения (темы)** |
| **1** | **ПК-8** - способен проводить с прикрепленным населением профилактические мероприятия по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний, осуществлять общеоздоровительные мероприятия по формированию здорового образа жизни с учетом факторов риска, давать рекомендации по здоровому питанию;**ПК-15**- способен назначать больным с наиболее часто встречающимися внутренними болезнями адекватное лечение в соответствии с диагнозом.**ПК-16**- способен осуществлять взрослому населению первую врачебную помощь в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях в клинике внутренних болезней, направлять на госпитализацию больных в плановом и экстренном порядке. | **РО-8** - Может анализировать и интерпретировать полученные данные и назначать адекватное лечение и оказать первичную врачебную помощь, принимать решения при возникновении неотложных и угрожающих жизни ситуацияхпри неотложных и жизнеугрожающих состояниях детей и подростков. | **РОд- 1:****Знает и понимает**:- проведение с прикрепленным населением профилактические мероприятия по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний, осуществление общеоздоровительные мероприятия по формированию здорового образа жизни с учетом факторов риска, давать рекомендации по здоровому питанию (ПК-8);**Умеет:****-** проводить с прикрепленным населением профилактические мероприятия по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний (ПК-8),**Владеет**: - навыками осуществления общеоздоровительных мероприятий по формированию здорового образа жизни с учетом факторов риска, давать рекомендации по здоровому питанию (ПК-8);**РОд-2:** **Знает и понимает**:- назначение больным с наиболее часто встречающимися терапевтическими заболеваниями у взрослого населения в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом (ПК-15).**Умеет:**- назначать больным с наиболее часто встречающимися терапевтическими заболеваниями у взрослого населения в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом (ПК-15).**Владеет**:- методами назначения больным с наиболее часто встречающимися терапевтическими заболеваниями у взрослого населения в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом (ПК-15).**РОд-3:****Знает и понимает**:- осуществление взрослому населению первой врачебной помощи в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях в клинике внутренних болезней в амбулаторных условиях (ПК-16).**Умеет:**- осуществлять взрослому населению первую врачебную помощь в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях в амбулаторных условиях (ПК-16).**Владеет**:- методами осуществления взрослому населению первой врачебной помощи в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях в клинике внутренних болезней в амбулаторных условиях (ПК-16). | **РОт**: Знает и понимает: ХГ.- Методы современной диагностики и дифференциальный диагноз ХГ с учетом их течения и осложнения.Умеет на основании жалоб, анамнеза, физикального обследования:- дифференцировать у больного, симптомы ХГ;- составить план лабораторного и инструментального обследования для подтверждения предполагаемого диагноза и интерпретировать полученные результаты;- сформулировать диагноз, руководствуясь современной классификацией;Владеет: - методикой назначения адекватной индивидуальной терапии;- навыками определения прогноза у конкретного больного;- мерами вторичной профилактики и экспертизы трудоспособности; – навыками оказания первой врачебной помощи в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом. |

**Ход занятия**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Этапы занят** | **Цели этапов занятия** | **Деятельность преподавателя** | **Деятельность студента** | **Методы, механизмы** | **Результаты обучения** | **Оборудование занятия** | **Время**  |
| 1 | Организационный момент | Ознакомление с новой темой, его вопросами | Показ рисунка и комментарий к нему. Преподаватель объявляет тему, цели занятия, акцентирует внимание на важности, сложности изучения данной темы; объясняет ход занятия | Записывают тему и его вопросы | Мозговой штурмВызвать интерес к изучениюматериала, мобилизовать внимание студентов | Обращение внимание студентов к занятию | Доска с проектором, слайд  | 5 мин |
| 2 | Практическая часть | Создание проблемной ситуацииАктивизация мыслительной деятельности. | Демонстрирование ситуации | В решении задач принимают участие все студенты группы; дополняют, исправляют ответы друг друга. Преподаватель контролирует, обобщает ответы студентов | Работа с чек - листом | Акцентирование внимание студентов на рассматриваемые вопросы, участие в командных обсуждениях, свободно выражают свои мнения | Доска с проектором, презентационный материал, чек-листы, натурщик. градусник, фонендоскоп, тонометр, шпатель. лекарственные препараты (аннотации) | 30мин |
| 3 | Оценка и дисскусия работы с чек-листами. | Определение и анализ освояемости пройденного материала, внесение измений на его содержание | Демонстрация ситуационных задач. | Отвечают друг другу на заданные конкретные вопросы.Студенты оценивают собственные действия, умения работать в команде, осмысливают итоги занятия; записывают заработанные баллы, домашнее задание. | Обсуждение ситуационных задач | Самостоятельно используют полученные знания по теме, формируются познавательные компетенции | Чек-листы  | 10 мин |
| 4 | Оценивание студентов за участия на занятии  | Научить студентов к самооценке и применять 4х шаговый метод Пейтона. | Преподаватель анализирует работу студентов. Определяет степень достижения целей. Выставляет и объявляет оценки. Предлагает записать домашнее задание |  | Выборочный опрос, оценка друг другаОценить успешность достижения целей занятия студентами; определить перспективы последующей работыОриентировать студентов на следующее занятие, акцентировать внимание студентов на основных вопросах темы. | Преподаватель оценивает деятельность студентов и подводит общий итог занятия.Оценка преподавателем формируемых общих и профессиональных компетенций студентов (происходит в ходе наблюдения за деятельностью обучающихся в процессе изучения темы).Преподаватель предлагает домашнее задание, благодарит студентов за занятие. | Примеры вопросов | 5 мин |

**Литература:**

**Основная:**

**Основная литература:**

1. Национальные клинические протоколы «острый цистит у небеременных женщин», «острый пиелонефрит», «хронический пиелонефрит», «простатит» утверждены приказом мз кр № 626 от 17.11.2014 г.
2. Протоколы заседаний Экспертного совета РЦРЗ МЗСР РК, 2015
3. Рекомендации Всемирной организации здравоохранения и Международного общества 1999 г.

**Дополнительная литература:**

1. Доказательная медицина. Клинические рекомендации для практикующих врачей. ГЕОТАР МЕД, 2002.

 2. «Внутренние болезни» Маколкин В.И., Овчаренко С. И.

 3. «Внутренние болезни» Мухин Н.А., Моисеев В.С., Мартынов А.И.

 5. Лекционный материал.

**Электронные источники:**

1. [www.plaintest.com](http://www.plaintest.com)

2. [www.booksmed.com](http://www.booksmed.com)

3. [www.bankknig.com](http://www.bankknig.com)

4. [www.wedmedinfo.ru](http://www.wedmedinfo.ru)

5. [www.spr.ru](http://www.spr.ru)





