Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет

имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра детских болезней с курсом ПО

**Госпитальная педиатрия**

Рабочая тетрадь студента

**Тема: «Приобретенные заболевания почек»**

Для студентов 6 курса,

специальности 31.05.02 Педиатрия (очная форма обучения)

Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Группа **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

2021 г

Рабочая тетрадь составлена в соответствии с рабочей программой дисциплины «Госпитальная педиатрия» для специальности 31.05.02 Педиатрия (очная форма обучения) и предназначена для аудиторной и внеаудиторной работы студентов. Рабочая тетрадь обеспечивает максимальную активность студентов во время практических занятий. Заполнение рабочей тетради способствует качественному и системному усвоению получаемой информации, корректности и упорядоченности ее фиксации, что позволяет студентам овладеть необходимым уровнем знаний, умений и навыков по изучаемой теме. Работая с данной тетрадью, студенты получают целевую установку на самостоятельное изучение учебной и дополнительной литературы, их внимание акцентируется на вопросах, которые имеют важное прикладное значение для последующего обучения. Тетрадь составлена с учетом современных рекомендаций в области педиатрии.

**Задание № 1. Задания для актуализации знаний.**

1. Дайте определение понятию гемолитико-уремический синдром (ГУС) –

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

2. Укажите этиологический фактор типичного ГУСа (STEC-ГУСа)

|  |
| --- |
|  |
|  |

3. Напишите или составьте схему патогенеза STEC-ГУСа

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

4. Опишите клиническую картину STEC-ГУСа (заполните таблицу)

|  |  |
| --- | --- |
| Орган или система органов | Клинические проявления |
| Кожа |  |
| Подкожно-жировой слов |  |
| Костно-мышечная система |  |
| Система органов дыхания |  |
| Сердечно-сосудистая система |  |
| ЖКТ-тракт |  |
| Мочевая система |  |
| Нервная система |  |
| Система органов кроветворения |  |

5. Напишите принципы терапии STEC-ГУСа

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

6. Дайте определение понятию интерстициальный нефрит

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

7. Приведите классификацию интерстициального нефрита в зависимости от этиологии заболевания

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

8. Классификация интерстициального нефрита по течению (длительность заболевания)

1.

2.

9. Перечислите клинические признаки интерстициального нефрита

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

10. Лабораторные тесты, подтверждающие воспалительный процесс в канальцах (заполните таблицу)

|  |  |
| --- | --- |
| Анализ | Изменения при интерстициальном нефрите |
| Общий анализ мочи |  |
| Бак. посев мочи |  |
| Суточная экскреция белка |  |
| Проба Зимницкого |  |
| Осмолярность мочи |  |
| Суточная экскреция электролитов |  |
| Бета-2 микроглобулины мочи |  |
| NGAL мочи |  |

11. Напишите принципы терапии интерстициального нефрита

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

**Задание № 2 (тесты)**

1. В триаду ГУС НЕ входит

1) гемолитическая анемия

2) тромбоцитопения

3) ОПН

4) тромбоцитопатия

2. При ГУС ОПП носит

1) ренальный характер

2) преренальный характер

3) постренальный характер

4) функциональный характер

3. В основе причины преренального ОПП лежит

1) ГУС

2) интерстициальный нефрит

3) регидратация

4) гиповолемия

4. В основе патогенеза STEC-ГУСа лежит

1) дегидратация

2) потеря подоцитами малых ножек

3) активация альтернативного пути комплемента

4) цитотоксический эффект шигатоксина

5. Морфологической структурой ренального ОПП является следующий фактор из перечисленных

1) почечная глюкозурия

2) интерстициальный нефрит

3) интерстициальный склероз

4) болезнь минимальных изменений

6. При ренальной ОПП натрий мочи (исследована первая порция мочи, взятая до введения физ. раствора)

1) 3,3-8,8 ммоль/л

2) < 10 ммоль/л

3) < 130 ммоль/л

4) не менее 40 ммоль/л

7. Морфологическим субстратом анальгетической нефропатии является

1) атипичный ГУС

2) ишемический канальцевый некроз

3) токсический канальцевый некроз

4) интерстициальный нефрит

8. Согласно этиологического фактора интерстициальный нефрит характеризуется как

1) пневмококковый

2) изоиммунный

3) лекарственный

4) идиопатический

9. Этиологическим фактором атипичного ГУС является

1) Shigella dysenteriae

2) Streptococcus pneumonia

3) Escherichia coli O7:H157

4) Staphylococcus aureus

10. Анемия при ГУС является

1) железодефицитной

2) геморрагической

3) гемолитической

4) аутоиммунной

**Задание № 3 (практика)**

**Внимательно прочитайте 5 клинических ситуаций.**

**Необходимо:**

**1. Поставить диагноз.**

**2. Определить вид ОПП и обосновать Ваше мнение.**

1. Мальчик 8 лет. 4 недели назад перенес стрептодермию. Получал лечение амоксициллином, местно стрептомициновая мазь. Сегодня утром мама заметила отеки лица. Помочился утром 25 мл мочи, моча цвета «мясных помоев». Вызвали «скорую помощь». Госпитализированы в педиатрическое отделение. При поступлении отеки лица, стоп. АД 140\100 мм рт ст. В стационаре не мочился.

В биохимическом анализе крови мочевина 20 ммоль/л, креатинин 300 мкмоль/л. Общий белок 60 г/л, альбумины 38 г/л.

2. Ребенок 10 мес. Поступил в инфекционный стационар. Жалобы – рвота 5 раз за вечер. Жидкий стул в виде окрашенной каловыми массами воды, бессчётное количество раз. Температура тела 40 гр. Старший брат ходит в детский сад, переболел ротавирусной инфекцией. При осмотре ребенок очень вялый, отеков нет. Респираторной симптоматики нет. Не мочился сутки. В стационаре выделил 10 мл мочи темно-желтого цвета.

В биохимическом анализе крови мочевина 20 ммоль/л, креатинин 300 мкмоль/л. Билирубин общий 15 мкмоль/л, прямой 2 мкмоль/л.

Клин анализ крови: Гб 110 г/л, лейкоциты 7х109/л, тромбоциты 250х109/л

Анализ мочи – Na - 2 ммоль/л.

3. Ребенок 10 мес. Поступил в инфекционный стационар 3 дня назад. Жалобы – рвота 5 раз за вечер. Жидкий стул в виде окрашенной каловыми массами воды, бессчетное количество раз, примесь крови в стуле. Температура тела 40 гр. Олигурии не отмечалось. При поступлении выставлен диагноз ОКИ, подтвержденный бактериологически (выделена Shigella dysenteriae). Назначена антибактериальная терапия, инфузионная терапия согласно выявленным симптомам эксикоза 3 ст. Состояние ребенка с выраженной положительной динамикой. Купирование лихорадки в течение 48 часов. Купирование рвоты. Стул сократился до 3 раз в сутки, кашицеобразный. У ребенка появился аппетит. Сегодня утром во время обхода лечащий врач заметил выраженное ухудшение в состоянии. Ребенок бледен, кожа с восковидным оттенком. На теле – петехиальная сыпь распространенная. Выяснилось, что ребенок не мочился 12 часов.

В биохимическом анализе крови мочевина 20 ммоль/л, креатинин 300 мкмоль/л. Билирубин общий 65 мкмоль/л, прямой 5 мкмоль/л.

Клин анализ крови: Гб 60 г/л, лейкоциты 7х109/л, тромбоциты 45х109/л. Ретикулоциты 80%0.

4. В отделение поступил пациент 12 лет. Болен в течение недели: в клинике повышение температуры тела до 37,6 гр, недомогание. В течение двух суток на теле наблюдалась распространенная пятнистая сыпь, прошла спонтанно. Стул разжижен 2-3 раза в сутки. В течение последних суток появилась рвота 2 раза. В связи с неясностью состояния направлен в стационар. При поступлении состояние тяжелое за счет интоксикации. Вялый. Отеков нет. Общая пастозность подкожно-жирового слоя. Респираторной симптоматики нет. АД 110/60 мм рт ст. Выделил мочи за сутки 3 литра.

В биохимическом анализе крови мочевина 20 ммоль/л, креатинин 600 мкмоль/л. Общий белок 60 г/л. Глюкоза 4 ммоль/л

Клин анализ крови: Гб 110 г/л, лейкоциты 7х109/л, п 1 с 49 э 10 м 2 б 3 лимф 35

тромбоциты 250х109/л. СОЭ 50 мм/ч

Общий анализ мочи: уд вес мочи 1002, глюкоза 10 ммоль/л, белок 1 г/л. Лейкоциты сплошь. Эритроциты – ед-но

Бак посев мочи – роста микрофлоры нет.

5. Мальчик 4 года. 3 дня назад мать утром отметила появление отеков век, к обеду отекло все лицо, к вечеру отеки приняли распространенный характер. На следующее утро у ребенка – выраженные отеки лица, стоп, ног, поясницы, мошонки. Не мочился с вечера. При поступлении в приемный покой выраженный асцит. По данным УЗИ плевральных полостей – наличие жидкости.

ОАМ (выделено 50 мл) цвет желтый, прозрачный. Белок 15 г/л, эритроциты ед-но.

Биохим анализ крови: мочевина 20 ммоль/л, креатинин 300 мкмоль/л, общий белок 36 г/л, альбумины 10 г/л.

**УИРС.**

**Выберите тему для более углубленного изучения темы занятия (УИРС) и выполните по ней или реферат, или презентацию в режиме .ppt**

1. Анальгетическая нефропатия.

2. Атипичный гемолитико-уремический синдром.

3. Токсический канальцевый некроз.

**Литература**:

Основная:  
Шабалов, Н. П. Детские болезни [Электронный ресурс] : учебник : в 2 т. - 8-е изд., перераб. и доп. - СПб. : Питер, 2017. - Т. 1. - 880 с. : ил. - (Учебник для вузов).  
Дополнительная:  
1. Федеральные клинические рекомендации Союза педиатров России (<http://www.pediatr-russia.ru/newsrecomend)>

2. Детская нефрология: Практическое руководство/Под ред. Э. Лойманна, А.Н. Цыгина, А.А. Саркисяна.-М.:Литтерра, 2010.-400 с. Available from: https://krasgmu.ru/index.php?page[common]=content&id=44327  
Электронные ресурсы:  
1. ЭБС КрасГМУ "Colibris";  
2. ЭБС Консультант студента;  
3. ЭБС Университетская библиотека OnLine;  
4. ЭНБ eLibrary