

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



**ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ**

**НЕФРОЛОГИЯ (ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ (КЛИНИЧЕСКАЯ) ПРАКТИКА, ВЫЕЗДНАЯ)**  
*(наименование дисциплины)*

Разработчик

Кафедра факультетской терапии

*Наименование кафедры*

Направление (специальность) подготовки

31.08.43 Нефрология

*Код и наименование*

Квалификация

Врач-нефролог

Уфа  
2018

## 1.Цель и задачи ФОМ (ФОС)

Цель ФОМ (ФОС) – установить уровень сформированности компетенций у обучающихся по специальности **31.08.43 Нефрология**.

Основной задачей ФОМ (ФОС) является проверка знаний, умений и владений обучающегося согласно матрице компетенций рассматриваемого направления подготовки.

### Паспорт тестового материала по дисциплине

№	Наименование пункта	Значение
1.	Программа ординатуры по специальности	31.08.43 Нефрология
2.	Кафедра	Факультетской терапии
3.	Авторы-разработчики	Мирсаева Г.Х. Мухетдинова Г.А.
4.	Наименование дисциплины	Нефрология (производственная (клиническая) практика, выездная)
5.	Общая трудоемкость по учебному плану	2268/63
6.	Наименование папки	Оценочные средства
7.	Вид контроля	Промежуточный (зачет)
8.	Для специальностей	31.08.43 Нефрология
9.	Количество тестовых заданий всего по дисциплине	100
10.	Количество заданий при тестировании обучающегося	60
11.	Из них правильных ответов должно быть (%):	
12.	Для оценки «отл» не менее	91
13.	Для оценки «хор» не менее	81
14.	Для оценки «удовл» не менее	71
15.	Время тестирования (в минутах)	60

Код компетенций	№	Тестовые задания
ПК-1 ПК-5	1	В практической деятельности ОПП следует определять как { ~нарастание $Scr \geq 26,5$ мкмоль/л в течение 24 ч ~нарастание $Scr \geq 26,5$ мкмоль/л в течение 8 ч =нарастание $Scr \geq 26,5$ мкмоль/л в течение 48 ч ~нарастание $Scr \geq 16,5$ мкмоль/л в течение 48 ч}
ПК-1 ПК-5	2	В практической деятельности одним из критериев ОПП является { =объем мочи $< 0,5$ мл/кг/ч в течение 6 ч ~объем мочи $< 1,5$ мл/кг/ч в течение 6 ч ~объем мочи $< 0,5$ мл/кг/ч в течение 2 ч ~объем мочи $< 1,5$ мл/кг/ч в течение 4 ч}
ПК-1 ПК-5	3	Ренальным осложнением ОПП в периоде полиурии является { ~отек легких ~отек головного мозга =дегидратация ~метаболический ацидоз}
ПК-6	4	Применение диуретиков при ОПП с целью восстановления диуреза следует считать оправданным при наличии { =отека легких ~метаболического ацидоза ~дизэлектrolитемии ~уремии}
ПК-6 ПК-8	5	Малобелковые диеты (МБД) – диеты с содержанием белка в пищевом рационе { ~менее 2 г/кг/сутки =менее 1 г/кг/сутки ~0,6-0,8 г/кг/сутки ~0,3-0,4 г/кг/сутки}
ПК-1 ПК-5	6	Непосредственной угрозой для жизни при острой почечной недостаточности, требующей немедленной коррекции, является { ~гиперкреатининемия =гиперкалиемия ~гиперурикемия ~гиперфосфатемия}
ПК-1 ПК-6	7	Острое почечное повреждение чаще развивается при применении { ~цефалоспоринов =аминогликозидов ~макролидов ~фторхинолонов}
ПК-1 ПК-6	8	Лечение каким препаратом может привести к снижению клубочковой фильтрации? { =кетопрофеном}

		~курантилом ~преднизолоном ~гепарином}
ПК-1 ПК-5	<b>9</b>	Отличительный лабораторный признак ГЛПС и острого ГН{ ~протеинурия =тромбоцитопения ~повышение креатинина сыворотки крови ~гематурия}
ПК-6	<b>10</b>	При каком состоянии применяется пульс-терапия метилпреднизолоном{ =нефротический криз ~гипертонический криз ~почечная колика ~эклампсия}
ПК-2 ПК-5	<b>11</b>	При какой стадии хронической болезни почек выполнение рентгеноконтрастных исследований считается крайне опасным?{ ~3а =3б ~4 ~5}
ПК-2 ПК-5	<b>12</b>	При поражении почек и подозрении на миеломную болезнь ведущим методом обследования является ~ рентгенография костей скелета =пункция костного мозга ~ изотопная ренография ~ УЗИ почек
ПК-1 ПК-5	<b>13</b>	ОПРЕДЕЛЕНИЕ КАКОГО ЛАБОРАТОРНОГО ПОКАЗАТЕЛЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА?{ =величина суточной протеинурии ~уровень креатинина сыворотки крови ~уровень холестерина сыворотки
ПК-1 ПК-5	<b>14</b>	ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ХАРАКТЕРНО{ =тромбоцитопения ~анемия ~лейкопения ~нейтропения}
ПК-1 ПК-5	<b>15</b>	КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ «FACIES NEFRITICA» ЯВЛЯЮТСЯ{ ~Отеки на лице и цианоз кожи ~Отеки на лице и желтушность кожи =Отеки на лице и бледность кожи ~Отеки на лице и гиперемия кожи}
ПК-1	<b>16</b>	У 35-ЛЕТНЕГО БОЛЬНОГО НА СЛЕДУЮЩИЙ ДЕНЬ ПОСЛЕ

ПК-5		<p>ПЕРЕНЕСЁННОЙ АНГИНЫ ПОЯВИЛИСЬ ОТЁКИ, МАКРОГЕМАТУРИЯ, ПОВЫСИЛОСЬ АД. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ{</p> <p>=острый гломерулонефрит  ~острый пиелонефрит  ~апостематозный нефрит  ~амилоидоз почек}</p>
ПК-1 ПК-5	17	<p>ПРОБА РЕБЕРГА-ТАРЕЕВА ВЫЯВЛЯЕТ{</p> <p>~мочевой осадок (эритроциты, белок, цилиндры, лейкоциты)  ~количественное содержание форменных элементов в 1 мл мочи  =состояние клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции  ~иммунологические гуморальные и клеточные нарушения}</p>
ПК-1 ПК-5	18	<p>МЕТОД ОЦЕНКИ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ{</p> <p>~Проба Зимницкого  ~Проба Нечипоренко  =Формула Кокрофта-Гоулта  ~Индекс Соколова - Лайона}</p>
ПК-1 ПК-5	19	<p>ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ У БОЛЬНОГО С АМИЛОИДОЗОМ ПОЧЕК И ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ МОЖНО ОЖИДАТЬ{</p> <p>=увеличенные или нормальные размеры почек  ~нормальные размеры почек  ~«сморщенные» почки  ~уменьшенные размеры почек}</p>
ПК-1 ПК-5	20	<p>У БОЛЬНОГО 23 ЛЕТ, 4 ГОДА СТРАДАЮЩЕГО ОСТЕОМИЕЛИТОМ КОСТЕЙ ТАЗА, ПОЯВИЛИСЬ ОТЕКИ, АСЦИТ, ГИДРОТОРАКС. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ОБНАРУЖЕНЫ НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, ГЕПАТОСПЛЕНОМЕГАЛИЯ. В КРОВИ ТРОМБОЦИТОЗ 868X109/Л, РЕЗКО ПОВЫШЕНО СОДЕРЖАНИЕ ФИБРИНОГЕНА. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН ДИАГНОЗ{</p> <p>=вторичный амилоидоз с поражением почек  ~миелопролиферативный синдром  ~постинфекционный гломерулонефрит  ~гепаторенальный синдром}</p>
ПК-1 ПК-5	21	<p>ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ МИЕЛОМНОЙ БОЛЕЗНИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧИТЬ{</p> <p>=обильное щелочное питье  ~калийсберегающие мочегонные  ~обильное кислое питье  ~диуретики, влияющие на дистальный отдел петли Генле}</p>
ПК-1 ПК-5	22	<p>КАКОЙ ЛАБОРАТОРНЫЙ ПРИЗНАК ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ РАКА ПОЧЕК?{</p> <p>=гематурия  ~пиурия  ~протеинурия  ~цилиндрурия}</p>

ПК-5	23	КАКИЕ КОДЫ ИСПОЛЬЗУЮТ В МКБ-10 ДЛЯ ОБОЗНАЧЕНИЯ СТАДИЙ ХБП? { =N18.1-N18.5 ~M18.1-M18.5 ~K15.1-K18.5 ~L15.1-L15.5}
ПК-5	24	КАКОМУ ДИАГНОЗУ МОГУТ СООТВЕТСТВОВАТЬ ДАННЫЕ УЗИ: ПОЧКИ УВЕЛИЧЕНЫ В РАЗМЕРАХ, МНОЖЕСТВЕННЫЕ ТОНКОСТЕННЫЕ ПОЛОСТНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ОКРУГЛОЙ ФОРМЫ С АНЭХОГЕННЫМ СОДЕРЖИМЫМ РАЗНОГО РАЗМЕРА, ЗАМЕЩАЮЩИЕ ПАРЕНХИМУ? { =поликистоз почек ~туберкулез почек ~мочекаменная болезнь ~хронический пиелонефрит}
ПК-5	25	К ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ, ПРИМЕНЯЮЩИМСЯ ДЛЯ КОСВЕННОЙ ОЦЕНКИ ДОСТАТОЧНОСТИ ПИТАНИЯ, ОТНОСЯТСЯ СЫВОРОТОЧНЫЕ КОНЦЕНТРАЦИИ { ~общего белка и креатинина ~общего белка и холестерина ~креатинина и электролитов =альбумина и холестерина}
ПК-5	26	ВЫСОКАЯ ОТНОСИТЕЛЬНОСТЬ ПЛОТНОСТЬ МОЧИ (1030 И ВЫШЕ) ХАРАКТЕРНА ДЛЯ: { =сахарного диабета ~пиелонефрита ~острого гломерулонефрита ~поликистоза почек}
ПК-5	27	НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЮТ: { =отеки, гипо- и диспротеинемия, гиперхолестеринемия, протеинурия ~артериальная гипертензия, отеки, протеинурия, гематурия ~артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, отеки ~отеки, артериальная гипертензия, протеинурия, цилиндрурия}
ПК-6	28	БОЛЬНОМУ С ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ ВЕСЕ 70 КГ, НОРМАЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРЕ, ОТСУТСТВИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ПРИЗНАКОВ ГИПЕРГИДРАТАЦИИ, ПРИ ДИУРЕЗЕ 200 МЛ/СУТ МОЖНО ВВОДИТЬ ЖИДКОСТИ В ОБЪЕМЕ ДО: { ~200 мл/сут =700 мл/сут ~1200 мл/сут ~1500 мл/сут}
ПК-1 ПК-5	29	ОКСАЛАТЫ ИМЕЮТ ОКРАСКУ { ~ярко-желтую =темно-коричневую}

		~белую ~серую}
ПК-1 ПК-5	<b>30</b>	КАРБОНАТЫ ИМЕЮТ ОКРАСКУ { ~ярко-желтую ~темно-коричневую =белую ~серую}
ПК-1 ПК-5	<b>31</b>	ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ОКСАЛАТНОГО НЕФРОЛИТИАЗА ЯВЛЯЕТСЯ { ~гиперпаратиреоз ~резко щелочная моча =употребление аскорбиновой кислоты ~гиперурикемия}
ПК-1 ПК-5	<b>32</b>	ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ФОСФАТНОГО НЕФРОЛИТИАЗА ЯВЛЯЕТСЯ { ~гиперпаратиреоз =резко щелочная моча ~употребление аскорбиновой кислоты ~гиперурикемия}
ПК-1 ПК-5	<b>33</b>	ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ КАЛЬЦИЕВОГО НЕФРОЛИТИАЗА ЯВЛЯЕТСЯ { =гиперпаратиреоз ~резко щелочная моча ~употребление аскорбиновой кислоты ~гиперурикемия}
ПК-1 ПК-1 ПК-5	<b>34</b>	ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ УРАТНОГО НЕФРОЛИТИАЗА ЯВЛЯЕТСЯ { ~гиперпаратиреоз ~резко щелочная моча ~употребление аскорбиновой кислоты =гиперурикемия} ~РФМК}
ПК-6	<b>35</b>	ТЕРАПИЯ ПРЕДНИЗОЛОНОМ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНА { ~при гипертонической форме ХГН ~при амилоидозе почек =при люпус-нефрите ~при терминальном нефрите}
ПК-5	<b>36</b>	ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА МИЕЛОМНОЙ БОЛЕЗНИ (МИЕЛОМНОЙ НЕФРОПАТИИ) НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВЕДЕНИЕ { ~компьютерной томографии почек ~ультразвукового исследования почек =стеральной пункции ~биопсии слизистой десны}
ПК-6	<b>37</b>	ТЕРАПИЯ ГЕПАРИНОМ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ТРЕБУЕТ ПОСТОЯННОГО КОНТРОЛЯ {

		=АЧТВ ~МНО ~ПТИ
ПК-5	38	РЕНАЛЬНАЯ ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ { ~гиповолемии =действию нефротоксических веществ ~при поражении сосудов почек ~при обструкции мочевых путей}
ПК-6	39	БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ ЦИТОСТАТИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ ПРИ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ, НЕОБХОДИМ КОНТРОЛЬ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ { =ОАК ~ОАМ ~ЭКГ ~Суточной протеинурии}
ПК-5	40	В ПРАКТИЧЕСКОЙ НЕФРОЛОГИИ СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ОБЫЧНО ОПРЕДЕЛЯЮТ ПО КЛИРЕНСУ { ~мочевины ~цистатина ~калия =креатинина}
ПК-5	41	ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ СПОСОБСТВУЕТ УСТАНОВЛЕНИЮ { ~хронического гломерулонефрита ~хронического пиелонефрита ~амилоидоза почек =не имеет самостоятельного дифференциально-диагностического значения}
ПК-5	42	С ПОМОЩЬЮ ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ ПОЧЕК МОЖНО ВЫЯВИТЬ { ~гломерулонефрит ~аномалии развития сосудов почек ~амилоидоз =нефролитиаз}
ПК-5	43	ОПРЕДЕЛЕНИЕ В КРОВИ АНТИТЕЛ К ЦИТОПЛАЗМЕ НЕЙТРОФИЛОВ (АНСА) – СКРИНИНГОВЫЙ ТЕСТ ДЛЯ { ~антифосфолипидного синдрома ~миеломной нефропатии ~амилоидоза почек =гранулематоза Вегенера}
ПК-5	44	АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К БИОПСИИ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ { =единственная функционирующая почка ~нефротический синдром ~гломерулярная гематурия}



		~быстро прогрессирующий нефрит}
ПК-5	<b>45</b>	У ПАЦИЕНТОВ СО ЗНАЧИТЕЛЬНЫМ НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕНТГЕНКОНТРАСТНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ { =изоосмолярных йодсодержащих РКП ~гипоосмолярных РКП ~гиперосмолярных РКП ~гадолиний-содержащих РКП}
ПК-5	<b>46</b>	К симптомам гиповолемического шока при нефротическом синдроме относится все кроме { ~ гипотонии ~ тахикардии ~ уменьшения количества мочи = снижения уровня гематокрита}
ПК-5	<b>47</b>	«Золотым стандартом» диагностики тромбоза почечных вен является { ~ мультиспиральная компьютерная ангиография ~ магнито-резонансная томография почек ~ ультразвуковая доплерография почечных вен = селективная почечная венография}
ПК-5 ПК-6	<b>48</b>	При нефротическом синдроме и отеках, рефрактерных к лечению диуретиками, необходимо ограничить употребления в пищу поваренной соли до { ~ 8 - 9 г/сут ~ 6 - 7 г/сут = 4 - 5 г/сут ~ 1 - 2 г/сут}
ПК-6	<b>49</b>	Препаратом выбора для лечения генерализованных отеков на фоне нефротического синдрома будет { ~ гидрохлортиазид = торасемид ~ спиронолактон ~ диакарб }
ПК-6	<b>50</b>	Для лечения гиповолемического шока на фоне нефротического синдрома помимо инфузии физиологического солевого раствора необходимо внутривенное введение { ~ эналаприлата ~ пропранолола = раствора альбумина ~ фуросемида}
ПК-6	<b>51</b>	Препаратом выбора для старта антикоагулянтной терапии у пациентов с нефротическим синдромом является { ~ варфарин = надропарин кальция ~ ацетилсалициловая кислота ~ тикагрелор}
ПК-5	<b>52</b>	Критерием развития полной ремиссии в дебюте болезни минимальных

		изменений является ликвидация нефротического синдрома, суточная протеинурия при повторных определениях менее 0,3 г/сут и { ~ нормализация уровня холестерина в крови = нормализация уровня альбумина в крови ~ нормализация уровня ЛПНП в крови ~ нормализация уровня общего белка в крови}
ПК-6	<b>53</b>	При развитии полной ремиссии в дебюте липоидного нефроза минимальная общая продолжительность лечения кортикостероидами в первоначальной дозе должна быть { ~ 3 недели = 4 недели ~ 5 недель ~ 6 недель}
ПК-6	<b>54</b>	При развитии полной ремиссии нефротического синдрома в дебюте болезни минимальных изменений в любые сроки от начала терапии первоначальная доза кортикостероидов сохраняется еще { ~ 4 недели ~ 3 недели ~ 2 недели = 1 неделю}
ПК-6	<b>55</b>	После достижения полной ремиссии нефротического синдрома в дебюте болезни минимальных изменений в период отмены кортикостероидов средняя скорость снижения их дозы составляет { ~ 0,02 мг/кг/нед ~ 0,03 мг/кг/нед = 0,04 мг/кг/нед ~ 0,05 мг/кг/нед}
ПК-6	<b>56</b>	Показанием для назначения иммуносупрессивной терапии при Ig A нефропатии является { ~ снижение СКФ < 30 мл/мин/1,73 кв.м. ~ высокий титр Ig A в крови = протеинурия > 1г/сут при условии адекватного контроля АД препаратами класса ингибиторов АПФ и СКФ >50 мл/мин/1,73 кв.м. ~ персистирующая макрогематурия}
ПК-5	<b>57</b>	Радиоизотопная ренография позволяет определить { ~ концентрационную функцию почек; ~ величину канальцевой реабсорбции; = васкуляризацию почек, функцию проксимальных канальцев, эвакуаторную способность мочевых путей; ~ форму и размеры почек, локализацию чашечно-лоханочной системы}
ПК-6	<b>58</b>	Глюкокортикоиды противопоказаны для лечения нефротического синдрома, если его причиной является { ~ системная красная волчанка ~ подострый злокачественно текущий гломерулонефрит = амилоидоз почек ~хронический гломерулонефрит}
ПК-6	<b>59</b>	Препаратом первой линии терапии остеопороза ассоциированного с

		заболеванием почек и длительным приемом системных кортикостероидов является { ~ терипаратид ~ стронция ранелат = ибандроновая кислота ~ кальцитонин
ПК-6	<b>60</b>	Показанием для назначения эритропоэтина является не только анемия при хронической почечной недостаточности, но и { ~ латентный дефицит железа ~ анемия у беременных ~ анемия хронического заболевания = анемия на фоне применения зидовудина при ВИЧ инфекции
ПК-5	<b>61</b>	Дизурия - это { ~ мочеиспускание в ночное время ~ увеличение количества суточной мочи ~ уменьшение количества суточной мочи = затрудненные, неприятные ощущения и болезненность при мочеиспускании, нарушение ритма мочеиспускания }
ПК-5	<b>62</b>	Полиурия - это { ~ выделение за сутки более 800 мл мочи ~ выделение за сутки более 1000 мл мочи ~ выделение за сутки более 1500 мл мочи = выделение за сутки более 2000 мл мочи }
ПК-5	<b>63</b>	С 3 А стадии хронической болезни почек соответствует интервал СКФ равный { ~ 60- 89 мл/мин/1,73 кв. м. = 45 - 59 мл/мин/1,73 кв. м. ~ 30 – 44 мл/мин/1,73 кв. м. ~ 15 -29 мл/мин/1,73 кв. м. }
ПК-5	<b>64</b>	С 3 Б стадии хронической болезни почек соответствует интервал СКФ равный { ~ 60- 89 мл/мин/1,73 кв. м. ~ 45 - 59 мл/мин/1,73 кв. м. = 30 – 44 мл/мин/1,73 кв. м. ~ 15 -29 мл/мин/1,73 кв. м. }
ПК-5	<b>65</b>	С 4 стадии хронической болезни почек соответствует интервал СКФ равный { ~ 60- 89 мл/мин/1,73 кв. м. ~ 45 - 59 мл/мин/1,73 кв. м. ~ 30 – 44 мл/мин/1,73 кв. м. = 15 -29 мл/мин/1,73 кв. м. }
ПК-6	<b>66</b>	Основным показанием к специализированному нефрологическому стационарному обследованию является { = быстро прогрессирующее снижение функции почек (удвоение уровня креатинина крови менее чем за 2 месяца) ~ рецидивирующие инфекции мочевыделительной системы ~ альбуминурия А 1- А2 уровня ~ дизурические жалобы пациента }

ПК-5	<b>67</b>	У большинства пациентов с диабетической нефропатией целевой уровень гликированного гемоглобина должен составлять { ~ < 6,5% = 6,5 – 7,0 % ~ 7,0-7,5% ~ >7,5 % }
ПК-6	<b>68</b>	«Золотым стандартом» оценки потери белка с мочой считают { = определение экскреции белка в суточной моче ~ определение концентрации белка в произвольной порции мочи ~ определение концентрации белка в первой утренней порции мочи ~ ничего из перечисленного }
ПК-5	<b>69</b>	Высоконормальным уровнем альбуминурии при определении альбумин/креатининового соотношения считают { ~ < 10 мг/г = 10 -29 мг/г ~ 30 – 299 мг/г ~ 300 -1999 мг/г }
ПК-5	<b>70</b>	Развитие нефротического синдрома не характерно для { ~ нефропатии беременных = острого пиелонефрита ~ миеломной болезни ~ болезни минимальных изменений }
ПК-5	<b>71.</b>	Для нефритического синдрома характерно { = протеинурия более 1 г/сут + гематурия + артериальная гипертензия ~ отеки + протеинурия более 3 г/сут + гипоальбуминемия + гиперхолестеринемия ~ лейкоцитурия более 100 000 в 1 мл + микрогематурия ~ уратурия + макрогематурия }
ПК-6	<b>72.</b>	Больным с синдромом хронической боли, получающим НПВС и/или анальгетики, необходимо оценивать СКФ и мочевой осадок { ~не реже одного раза в неделю ~не реже одного раза в месяц =не реже одного раза в год ~не реже одного раза в квартал }
ПК-6	<b>73</b>	Абсолютным противопоказанием к биопсии почки является { ~нефротический синдром ~гломерулярная гематурия =единственная функционирующая почка ~быстро прогрессирующий нефрит }
ПК-5	<b>74</b>	. В практической деятельности ОПП следует определять как { ~нарастание Scr $\geq 2,5$ раза от исходного в течение суток =нарастание Scr $\geq 1,5$ раза от исходного в течение 7 суток ~нарастание Scr $\geq 2,5$ раза от исходного в течение 3 суток ~нарастание Scr $\geq 2,5$ раза от исходного в течение 7 суток }
ПК-5	<b>74</b>	Заболевание, для которого характерно развитие тяжелого легочно –

		почечного синдрома{ =синдром Гудпасчера ~системная красная волчанка ~системная склеродермия ~миеломная нефропатия}
ПК-5	<b>75</b>	Самым достоверным и специфическим симптомом туберкулеза почки является{ =туберкулезная микобактериурия ~асептическая пиурия ~неспецифическая бактериурия ~смешанная протениурия}
ПК-5	<b>76</b>	Какие колебания относительной плотности мочи характерны для изостенурии?{ ~1003-1015 =1010-1011 ~1012-1022 ~1025-1030}
ПК-5	<b>77</b>	Наиболее четким указанием на вовлечение сердца при амилоидозе является{ =утолщение межжелудочковой перегородки и/или задней стенки левого желудочка ~зоны гипокинеза ~поражение клапанных структур ~жидкость в полости перикарда}
ПК-5	<b>78</b>	Сонографическими критериями поликистозной болезни почек (ПБП) у лиц младше 30 лет при наличии ПБП у родителей следует считать { = $\geq 2$ кист в одной или обеих почках ~ $\geq 2$ кист в каждой почке ~ $\geq 4$ кист в каждой почке ~ $\geq 4$ кист в обеих почках}
ПК-5	<b>79</b>	Сонографическими критериями поликистозной болезни почек (ПБП) у лиц старше 60 лет при наличии ПБП у родителей следует считать { ~ $\geq 2$ кист в одной или обеих почках ~ $\geq 2$ кист в каждой почке = $\geq 4$ кист в каждой почке ~ $\geq 4$ кист в обеих почках}
ПК-8	<b>80</b>	Санаторий в Башкирии, который в качестве лечебного фактора использует тепло, исходящее из гор ~Красноусольск ~Ассы =Янган-Тау ~Карагай
ПК-8	<b>81</b>	Бальнеологический курорт с минеральными водами для лечения заболевания почек =Железноводск ~Красноусольск ~Кисловодск

		~Зеленая Роща
ПК-5	<b>82</b>	Развитие нефротического синдрома не характерно для { ~ нефропатии беременных = острого пиелонефрита ~ миеломной болезни ~ болезни минимальных изменений }
ПК-1 ПК-2 ПК-5	<b>83</b>	НАИБОЛЕЕ РАННИМ МАРКЕРОМ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕЧНЫХ КЛУБОЧКОВ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ { =альбуминурия ~гематурия ~пиурия ~цилиндрурия}
ПК-1 ПК-2	<b>84</b>	УРОВЕНЬ АЛЬБУМИНА В СУТОЧНОЙ МОЧЕ 30-299 МГ/СУТ РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК { =высокий ~очень высокий ~оптимальный ~умеренный}
ПК-6	<b>85</b>	ЛЕКАРСТВЕННОЕ ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЗЫВАЮТ { =аминогликозиды ~аминопенициллины ~статины ~β-адреноблокаторы}
ПК-6	<b>86</b>	НЕФРОПАТИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ ЧАЩЕ ВСЕГО ВЫЗЫВАЕТСЯ ДЛИТЕЛЬНЫМ ПРИЕМОМ { =анальгетиков ~гипотензивных средств ~ферментных препаратов ~седативных средств}
ПК-2 ПК-5	<b>87</b>	ТЕСТ НА МИКРОАЛЬБУМИУРИЮ - ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ СКРИНИНГОВЫЙ МЕТОД ВЫЯВЛЕНИЯ { ~гломерулонефрита =хронической болезни почек ~миеломной нефропатии ~амилоидоза почек}
ПК-6	<b>88</b>	При нефротическом синдроме и отеках, рефрактерных к лечению диуретиками, необходимо ограничить употребления в пищу поваренной соли до { ~ 8 - 9 г/сут ~ 6 - 7 г/сут = 4 - 5 г/сут ~ 1 - 2 г/сут}
ПК-6	<b>89</b>	Экскрецию кальция с мочой уменьшает { ~ увеличение употребления поваренной соли

		<ul style="list-style-type: none"> <li>= снижение потребления поваренной соли</li> <li>~ паратгормон</li> <li>~ петлевой диуретик}</li> </ul>
ПК-6	<b>90</b>	<p>Для профилактики стероидного остеопороза всем пациентам, получающим глюкокортикоиды, при сохраненной функции почек рекомендуется назначение препаратов кальция в дозе {</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>~ 500 мг/сут</li> <li>= 1000-1500 мг/сут</li> <li>~ 1500-2000 мг/сут</li> <li>~ препараты кальция противопоказаны}</li> </ul>
ПК-6	<b>91</b>	<p>БОЛЬНОМУ С ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ ВЕСЕ 70 КГ, НОРМАЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРЕ, ОТСУТСТВИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ПРИЗНАКОВ ГИПЕРГИДРАТАЦИИ, ПРИ ДИУРЕЗЕ 200 МЛ/СУТ МОЖНО ВВОДИТЬ ЖИДКОСТИ В ОБЪЕМЕ ДО: {</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>~200 мл/сут</li> <li>=700 мл/сут</li> <li>~1200 мл/сут</li> <li>~1500 мл/сут}</li> </ul>
ПК-1 ПК-5	<b>92</b>	<p>ПРИЧИНОЙ ПРЕРЕНАЛЬНОЙ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ {</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>~острая урогенная инфекция</li> <li>~обструкция канальцев кристаллами</li> <li>=гиповолемиа</li> <li>~влияние нефротоксических веществ}</li> </ul>
ПК-1 ПК-5	<b>93</b>	<p>Наиболее частой причиной заместительной почечной терапии в России сегодня является {</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>= хронический гломерулонефрит</li> <li>~ диабетическая нефропатия</li> <li>~ артериальная гипертензия</li> <li>~ амилоидоз почек}</li> </ul>
ПК-1 ПК-5	<b>94</b>	<p>К какой стадии ХБП относятся диализные больные? {</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>~3а</li> <li>~3б</li> <li>~4</li> <li>=5}</li> </ul>
ПК-1 ПК-6	<b>95</b>	<p>Наиболее безопасным в плане нефротоксичности среди бисфосфонатов является {</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>= ибандронат</li> <li>~ золендронат</li> <li>~ паминдронат }</li> </ul>
ПК-1 ПК-5	<b>96</b>	<p>Генетическую диагностику для установления факта мутации генов, ответственных за развитие поликистозной болезни почек {</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>= проводят всем кровным родственникам больного поликистозной болезнью</li> <li>~ проводят всем членами популяции по достижении 18 летнего возраста</li> <li>~ проводят всем на пренатальном этапе</li> </ul>

		~ никому и никогда не проводят}
ПК-2 ПК-5	<b>97</b>	Оптимальные значения скорости клубочковой фильтрации для взрослых людей моложе 60 лет находятся в диапазоне { ~ 120-149 мл/мин/1,73 кв. м. = 90 -119 мл/мин/1,73 кв. м. ~ 60 – 89 мл/мин/1,73 кв. м. ~ 45 -59 мл/мин/1,73 кв. м.}
ПК-2 ПК-5	<b>98</b>	Оптимальным уровень альбуминурии при определении альбумин/креатининового соотношения считают { = < 10 мг/г ~ 10 -29 мг/г ~ 30 – 299 мг/г ~ 300 -1999 мг/г }
ПК-6	<b>99</b>	Продолжительность каждого сеанса гемодиализа при трехразовом в неделю лечении должна быть не менее { ~2 часов =4 часов ~6 часов ~8 часов}
ПК-6	<b>100</b>	Контроль состояния гидратации или верификация величины «сухого веса» у пациентов на программном гемодиализе должны осуществляться на регулярной основе, но не реже { ~1 раза в неделю = 1 раза в месяц ~при каждом сеансе ~ежегодно}

Код компетенций	Задачи
<b>ПК-1, ПК-2, ПК-5; ПК-6; ПК-8</b>	<p align="center"><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1</b></p> <p>Больная Ж. 28 лет, библиотекарь, поступила в стационар с жалобами на отеки лица, поясницы и нижних конечностей, сухость во рту, жажду, уменьшение количества мочи, общую слабость.</p> <p>Три года назад после перенесенной ангины впервые был обнаружен белок в моче, при повторных исследованиях количество выделяемого белка нарастало. Появились отеки на лице. Лечилась в больнице по поводу заболевания почек. Ухудшение состояния наступило 2 недели назад после перенесённой ОРВИ.</p> <p><u>Объективно:</u> состояние средней степени тяжести. Отмечается бледность и сухость кожных покровов. Выраженные отеки на лице, нижних конечностях, в области поясницы. В нижнезадних отделах легких - ослабленное везикулярное дыхание, влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения, 70 ударов в минуту. АД - 125/75 мм рт. ст. Печень</p>



	<p>не увеличена.</p> <p><u>Данные лабораторных исследований:</u></p> <p><u>Анализ крови:</u> Эр. <math>3,7 \cdot 10^{12}</math> /л, Нв. - 105 г/л, Цв. пок.- 0,85, Л.- <math>6,8 \cdot 10^9</math> /л, СОЭ - 40 мм /час, лейкограмма без особенностей.</p> <p><u>Б/х анализ крови:</u> Общий белок 60 г/л, альбумины 40%, холестерин - 10,1 ммоль/л, мочевина - 8,2 ммоль/л, креатинин - 205 мкмоль/л.</p> <p><u>Анализ мочи:</u> прозрачная, относительная плотность - 1021, реакция кислая, белок - 6,6‰, эр. выщелоченные 5-8 в п. зр., Л. - 2-3 в поле зрения, цилиндры гиалиновые и зернистые - 5-6, восковидные - 2-3 в п.зр.</p> <p><b>Вопросы к задаче:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Выделите синдромы из имеющихся симптомов.</li> <li>2. Сформулируйте диагноз.</li> <li>3. Укажите этиологию заболевания.</li> <li>4. Какие дополнительные методы исследования необходимы?</li> <li>5. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?</li> <li>6. Составьте план лечения больной (выпишите рецепты).</li> <li>7. Назовите осложнения данного заболевания.</li> <li>8. Перечислите основные курорты для лечения больных с данной патологией.</li> </ol>
<p><b>ПК-1,ПК-2, ПК-5; ПК-6; ПК-8</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2</b></p> <p>Больной И. 33 года, слесарь-монтажник, поступил в стационар с жалобами на головные боли, тошноту, рвоту. В анамнезе частые ангины. В возрасте 18 лет перенес острый нефрит, заболевание протекало с большими отеками, макрогематурией, повышением АД.</p> <p><u>Объективно:</u> кожные покровы бледные, сухие. Веки отечны. Лицо пастозно. В легких везикулярное дыхание. Пульс - 96 в мин., ритмичный, напряжен. АД - 200/140 мм рт. ст. Сердце расширено в поперечнике за счет левых отделов. Тоны сердца звучные. Акцент II тона на аорте. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный.</p> <p><u>Данные лабораторно-инструментальных исследований:</u></p> <p><u>Анализ крови:</u> Эр. <math>-2,5 \cdot 10^{12}</math> /л, Нв - 75 г/л, Цв. п. - 0,9, Л. - <math>7,0 \cdot 10^9</math> /л, Э. - 2% п.-3% с/я - 70%, лимф. - 20%, м. - 5%, СОЭ - 35 мм/час.</p> <p><u>Б/х анализ крови:</u> Мочевина - 12,66 ммоль/л, креатинин - 305,04 мкмоль/л, калий - 4,6 ммоль/л, натрий - 132 ммоль/л</p> <p><u>Анализ мочи:</u> уд. вес - 1006, белок - 0,165‰, Эр. - 3-5 в п.зр., гиал. цилиндры - единичные.</p> <p><u>Проба Зимницкого:</u> Дневной диурез - 400 мл, ночной диурез - 600 мл, колебания уд. веса - 1006-1011.</p> <p><u>Проба Реберга-Тареева:</u> суточное количество мочи - 1200 мл, креатинин крови 305,2 мкмоль/л, креатинин мочи - 698,3</p>

	<p>ммоль/л, клубочковая фильтрация - 23 мл/мин., канальцевая реабсорбция - 96%.</p> <p><u>ЭКГ</u>: признаки гипертрофии левого желудочка, метаболические нарушения в миокарде.</p> <p><u>Глазное дно</u>: отек дисков зрительных нервов, сужение и извилистость артерий, многочисленные кровоизлияния, в парамакулярной области группа белых очажков.</p> <p><b>Вопросы к задаче:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сформулируйте диагноз.</li> <li>2. Назовите осложнения болезни и окажите неотложную помощь.</li> <li>3. Назовите основные клинические формы заболевания.</li> <li>4. Оцените показатели пробы Зимницкого и Реберга-Тареева.</li> <li>5. Обоснуйте применение антикоагулянтной терапии в лечении этой патологии.</li> <li>6. Назовите четырехкомпонентную схему лечения данного заболевания.</li> <li>7. Назначьте лечение больному (выпишите рецепты).</li> <li>8. Перечислите показания и противопоказания для санаторно-курортного лечения больных с данной патологией.</li> </ol>
<p><b>ПК-1,ПК-2, ПК-5; ПК-6; ПК-8</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №3</b></p> <p>Больной Р., 42 лет, 6 месяцев назад перенес правостороннюю пневмонию с длительной высокой лихорадкой и последующим фебрилитетом. Беспокоит кашель с отделением до 100 мл в сутки гнойной мокроты с неприятным запахом, кровохарканье.</p> <p>Страдает хроническим бронхитом курильщика.</p> <p>Объективно: Состояние - средней тяжести. Кожные покровы бледные. Пониженного питания. Лицо одутловатое, веки набухшие. На конечностях, туловище отеков нет. ЧД - 18 в минуту. Над легкими пальпаторно определяется усиление голосового дрожания в нижнем отделе справа, там же перкуторно - притупленно-тимпанический звук. При аускультации- дыхание амфорическое, крупно и средне-пузырчатые хрипы. Пульс малый, частый, регулярный. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, тахикардия-98уд в 1 минуту. АД110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 9-8-7см.</p> <p>Дополнительные методы обследования:</p> <p><u>Общий анализ крови</u>: Эритроциты- <math>3,8 \cdot 10^{12}/л.</math>, Гемоглобин- 80 г/л. Лейкоциты- <math>9,8 \cdot 10^9/л.</math>, Базофилы-1%. Эозинофилы-3%. Миелоциты-1%. Палочкоядерные -7%. Сегментоядерные-65%. Лимфоциты -17%. Моноциты - 6%. СОЭ - 32 мм/час</p> <p><u>Биохимический анализ крови</u>: Холестерин -7,2ммоль/л;</p>

	<p>Общий белок -54г/л; Альбумины - 24г/л; Глобулины -30г/л</p> <p><u>Анализ мокроты:</u> консистенция кровянисто-гнойная, лейкоциты и эритроциты в большом количестве, эластические волокна, зерна детрита.</p> <p><u>Анализ мочи:</u> желтая, мутная; удельный вес-1030; белок-10г/л; гиалиновые цилиндры-4-5-в поле зрения; зернистые цилиндры-5-7-в поле зрения; восковидные цилиндры-3-5-в поле зрения; клетки почечного эпителия-10-12 в поле зрения.</p> <p><b>Вопросы к задаче:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Сформулируйте диагноз.</li> <li>2.Назовите осложнения болезни и окажите неотложную помощь.</li> <li>3. Оцените данные лабораторных методов исследования</li> <li>4. Назначьте инструментальные методы исследования.</li> <li>5. Проведите дифференциальную диагностику</li> <li>6. Назначьте лечение больному (выпишите рецепты).</li> <li>7. Перечислите показания и противопоказания для санаторно-курортного лечения больных с данной патологией.</li> <li>8. Меры профилактики заболевания.</li> </ol>
<p><b>ПК-1,ПК-2, ПК-5; ПК-6; ПК-8</b></p>	<p><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 4</b></p> <p>Больной Л., 55 лет, обратился к врачу по поводу острого внезапно возникшего приступа болей в области I плюснефалангового сустава стопы в ночное время, опухание сустава, а также болей в мелких суставах стоп, повышение температуры тела до 38<sup>0</sup>С, утомляемость и слабость. Приступы повторяются в течение последних 2-х лет. Начало приступов провоцируется погрешностью в диете - употребление кофе, пива, красного вина. Травмы суставов отрицает.</p> <p><u>Объективные данные:</u> Состояние средней тяжести, сознание ясное. Больной повышенного питания. Кожные покровы влажные, температура тела 38<sup>0</sup>С. Лимфоузлы не увеличены. Мелкие суставы стоп, I плюснефаланговый сустав припухшие, болезненные, гиперемированы, определяются тофусы на хрящах ушных раковин, наличие узелков в мягких тканях около глаз. Движения в суставах ограничены из-за болей. В легких - дыхание везикулярное. ЧД - 20 в мин. Границы сердца - в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС = 78 в мин. АД 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.</p> <p><u>Общий анализ крови:</u> эритроциты 4,8·10<sup>12</sup>/л, гемоглобин 132г/л, цветовой показатель 0,9, лейкоциты 10,4·<sup>9</sup>/л, эозинофилы 4%, палочкоядерные 3%, сегментоядерные 61%, лимфоциты 28%, моноциты 5%, СОЭ 38 мм/ч.</p> <p><u>Общий анализ мочи:</u> прозр., реакция кислая, удельный вес 1015, белок -0,033%, лейкоциты 2-0-1 в п/зрения, эрит. 0-1-0 в</p>

	<p>п/зрения, соли уратов +++</p> <p><u>Биох. анализ крови:</u> белок – 68 г/л, холестерин 5,8 ммоль/л, СРБ +, билирубин общий 18 мкмоль/л, креатинин 78 мкмоль/л, мочевая кислота 880 мкмоль/л (N-до 420 мкмоль/л)</p> <p><u>УЗИ почек:</u> Обнаружены конкременты в почках.</p> <p><u>Рентгенография стопы:</u> в области 1 плюснефалангового сустава - деструкция субхондрального участка кости и эпифиза (деструктивный артрит), очаги просветления величиной 1,5см в диаметре, окруженные склеротической каймой по типу "штампованных" кист.</p> <p><b>Вопросы к задаче:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Сформулируйте диагноз.</li> <li>2.Назовите осложнения болезни и окажите неотложную помощь.</li> <li>3. Оцените данные лабораторных методов исследования</li> <li>4. Оцените данные инструментальных методов исследования.</li> <li>5. Проведите дифференциальную диагностику</li> <li>6. Назначьте лечение больному (выпишите рецепты).</li> <li>7. Перечислите показания и противопоказания для санаторно-курортного лечения больных с данной патологией</li> <li>8. Меры профилактики заболевания.</li> </ol>
<p><b>ПК-1,ПК-2, ПК-5; ПК-6; ПК-8</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №5</b></p> <p>В терапевтическое отделение поступила больная Г., 40 лет, с жалобами на появление отеков на лице, боли в кистях, язвочки, гнойнички на кончиках пальцев, похолодание и побледнение пальцев рук, выпадение волос, одышку в покое при ходьбе, сухость во рту, обширное поражение зубов.</p> <p>Из анамнеза: со слов больной уже несколько лет отмечает поражение пальцев рук, связывает начало заболевания с появления гнойничков на пальцах, затем постепенно появились выше перечисленные жалобы. Объективно: Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Выражение лица амимичное, ротовая щель сужена, с морщинками вокруг. Пониженного питания. Кожа лица плотная, отечная, ригидная, участки повышенной пигментации мозаично чередуются с депигментированными. Видимые слизистые глаз и рта суховаты. Подкожная жировая клетчатка развита слабо. Лимфоузлы не увеличены. Тонус мышц понижен. При пальпации мышцы слегка болезненны. Отмечается выраженная деформация кистей рук, кожа отечная, плотная, кисть не сжимается в кулак. Симптом «крысиного укуса» на кончиках пальцев. На тыльной поверхности стоп, нижней трети голени-отёк, кожа бледная, гладкая, напряженная, давление пальцем оставляет медленно выравнивающуюся ямку. Движения в других суставах незначительно ограничены из-за болей в мышцах. Температура тела 37,0°С. Форма грудной клетки</p>

астеническая. Тип дыхания преимущественно брюшной. ЧД 22 в мин. При пальпации грудной клетки отмечается болезненность мышц плечевого пояса. Перкуторно – ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, в нижних отделах жесткое. Пульс 80 в 1 мин., симметричный, ритмичный, полный, мягкий. АД 130/80 мм рт.ст. Границы относительной сердечной тупости расширены влево. Аускультативно – тоны сердца приглушены, ЧСС –80 в мин., ритм правильный. На верхушке сердца выслушивается систолический шум. Живот обычной формы, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Общий анализ крови: эритроциты  $3,6 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин 105 г/л, лейкоциты-  $4,0 \times 10^9/л$ , палочкоядерные 2%, сегментоядерные - 70%, эозинофилы 2%, лимфоциты 19%, моноциты 7%, СОЭ 25 мм/ч

Общий анализ мочи: прозр., реакция кислая, удельный вес 1015, белок – 0,156%, лейкоциты 4-6-8 в п/зрения, гиалиновые цилиндры 8-10-12 в п/зрения, эритроциты – 2-4-6- в п/зрения

Биох. анализ крови: белок – 75 г/л, холестерин 4,8 ммоль/л, СРБ ++, билирубин общий 18 мкмоль/л, креатинин 80 мкмоль/л, мочевины 4,72 ммоль/л, АсАТ 28 МЕ/л, АлАТ 19 МЕ/л, фибриноген 6 г/л

Рентгенологическое исследование кистей: участки кальциноза в подкожной клетчатке, преимущественно концевых отделов пальцев рук. Остеолиз ногтевых фаланг пальцев кистей, околосуставной остеопороз.

Рентгенограмма органов грудной клетки: Диффузный пневмосклероз базальных отделов. Увеличение размеров сердца.

Рентгенограмма пищевода, контрастированного барием: дилатация пищевода.

ЭКГ: синусовый ритм QRS-0,14 сек., деформированы, с расщепленным R, в I, AVL, V5, V6- комплекс типа R, дискордантное смещение RS-T, отрицательный T; в III, AVF, V1, V2 комплексы типа rS с расщеплением S.

Анализ широкопольной капилляроскопии ногтевого ложа: расширение и извитость капиллярных петель, уменьшение числа капилляров «аваскулярные поля», геморрагии.

В крови обнаружены: анти Scl-70 антитела.

#### **Вопросы к задаче:**

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назовите осложнения болезни и окажите неотложную помощь.
3. Оцените данные лабораторных методов исследования
4. Оцените данные инструментальных методов исследования.
5. Проведите дифференциальную диагностику
6. Назначьте лечение больному (выпишите рецепты).
7. Перечислите показания и противопоказания для санаторно-курортного лечения больных с данной патологией
8. Меры профилактики заболевания.

ПК-1, ПК-2, ПК-5;  
ПК-6; ПК-8

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 6

Больная 34 лет, поступила в клинику городской больницы №5 г. Уфы с жалобами на ознобы, боли в суставах, припухлость и покраснение суставов, головную боль по типу мигрени, нарушение координации движений, утомляемость, слабость, резкое похудание, появление высыпаний на лице, сухой кашель, сопровождающийся болями в грудной клетке, тяжесть в правом подреберье, в поясничной области. 3 года назад после родов появилась слабость, крапивница. В течение последнего года появились выше перечисленные жалобы.

Объективно: Состояние средней тяжести, пониженного питания. Сознание ясное. Кожные покровы бледные, сухие на ощупь, температура тела 38<sup>0</sup>С. На лице эритематозные дискоидные очаги, больше на щеках, лбу. На предплечьях и в области локтевых суставов по внутренней поверхности – бледно-розовая, пятнистая сыпь. Лимфоузлы: прощупываются шейные и подмышечные лимфоузлы размером до 1 см. Припухлость и болезненность локтевых, лучезапястных и коленных суставов, с ограничением их подвижности. В легких - дыхание везикулярное. Справа в нижнелатеральных отделах выслушивается шум трения плевры. ЧД 20 в мин. Границы сердца не расширены. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС = 78 в мин. АД 140/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 2 см выступает из-под реберной дуги, плотноватой консистенции, чувствительная, с заостренным краем.

Общий анализ крови: эритроциты -  $3,1 \times 10^{12}/л$ ; гемоглобин - 110 г/л; лейкоциты -  $4,8 \times 10^9/л$ ; палочкоядерные - 4%; сегментоядерные - 62%; эозинофилы - 3%; лимфоциты - 26%; моноциты - 5%; СОЭ - 35 мм/ч.

Общий анализ мочи: мутн., реакция кислая, удельный вес 1017, белок -0,066%, лейкоциты 2-0-1 в п/зрения, гиалиновые цилиндры - 2-4-6 в п/зрения, эритроциты - 4-6-4 в п/зрения.

Биох. анализ крови: белок – 85 г/л; альбумины - 45%;  $\alpha$ 1-глобулины - 8%;  $\alpha$ 2-глобулины - 12%;  $\beta$ -глобулины - 10%;  $\gamma$ -глобулины - 25%; серомукоиды - 68 ед; холестерин - 5,8 ммоль/л; СРБ +++; билирубин общий - 18 мкмоль/л; креатинин - 108 мкмоль/л; мочевины - 5,67 ммоль/л; АсАТ - 89 МЕ/л; АлАТ - 98 МЕ/л.

Анализ крови на LE клетки 9:1000

Анализ на антинуклеарный фактор: 1: 100

ЭКГ: синусовый ритм, частота 79 в мин., электрическая ось сердца не отклонена

Иммунограмма: Ig A– 4,5г/л, Ig M- 2,0г/л, Ig G – 5,35г/л, ЦИК- 111 ус. ед.

Компьютерная томография головного мозга: Закл.: Небольшие зоны ишемии и геморрагий мозжечка.

**Вопросы к задаче:**

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.Сформулируйте диагноз.</li> <li>2.Назовите осложнения болезни и окажите неотложную помощь.</li> <li>3.Оцените данные лабораторных методов исследования</li> <li>4.Оцените данные инструментальных методов исследования.</li> <li>5.Проведите дифференциальную диагностику</li> <li>6.Назначьте лечение больному (выпишите рецепты).</li> <li>7.Перечислите показания и противопоказания для санаторно-курортного лечения больных с данной патологией</li> <li>8.Меры профилактики заболевания.</li> </ol>
<p><b>ПК-1,ПК-2, ПК-5; ПК-6; ПК-8</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №7</b></p> <p>Больной П. 15 лет, учащийся, 3 недели тому назад выписан из инфекционной больницы, где лечился по поводу скарлатины. После переохладения заметил изменение цвета мочи - типа “мясных помоев”.</p> <p><u>Объективно:</u> кожные покровы бледные. Пастозность лица. В легких везикулярное дыхание. Пульс 100 - в мин., ритмичный. АД - 120/90 мм рт. ст. Границы сердца не изменены. Тоны сердца чистые, звучные. Печень не увеличена. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания в проекции почек слабopоложительный с обеих сторон.</p> <p><u>Данные лабораторных исследований:</u>  <u>Анализ крови:</u> Эр. - <math>3,6 \cdot 10^{12}</math>, Нв. - 109 г/л, Цв.п.- 0,9; Л. - <math>9 \cdot 10^9</math>/л, э. -4%  п-3%, с - 60%, лимф. - 25%, мон. - 8%, СОЭ - 30 мм/час.  Мочевина крови - 6,67 ммоль/л, креатинин - 156 мкмоль/л, фибриноген  4 г/л, холестерин - 4,16 ммоль/л, СРБ ++  <u>Анализ мочи:</u> цвет “мясных помоев”, уд. вес 1026, белок 1,65‰, эр.- свежие и выщелоченные сплошь в п. зр. Клубочковая фильтрация при пробе Реберга-Тареева - 70 мл/мин.  <u>ЭКГ</u> - Синусовая тахикардия.  <u>Осмотр окулиста:</u> Глазное дно не изменено.</p> <p><b>Вопросы к задаче:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Сформулируйте диагноз.</li> <li>2.Назовите осложнения болезни и окажите неотложную помощь.</li> <li>3.Оцените данные лабораторных методов исследования</li> <li>4.Оцените данные инструментальных методов исследования.</li> <li>5.Проведите дифференциальную диагностику</li> <li>6.Назначьте лечение больному (выпишите рецепты).</li> <li>7.Перечислите показания и противопоказания для санаторно-курортного лечения больных с данной патологией</li> <li>8.Меры профилактики заболевания.</li> </ol>

<p><b>ПК-1,ПК-2, ПК-5; ПК-6; ПК-8</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 8</b></p> <p>Больная П., 42-х лет, поступила в клинику с жалобами на боль и утреннюю скованность до полудня в мелких суставах кистей, голеностопных и коленных суставах, общую слабость.</p> <p>5 лет назад была травма правого коленного сустава с последующей синовэктомией. Периодически появлялась боль в этом суставе. 2 года назад после перенесенного гриппа впервые появились припухлость и боль в мелких суставах кистей и в правом коленном. В дальнейшем припухлость наблюдалась в лучезапястных суставах, в левом коленном и мелких суставах стоп.</p> <p>Объективно: кожные покровы бледные, определяются деформации 2-3 проксимальных межфаланговых суставов правой кисти, припухлость и болевое ограничение подвижности левого лучезапястного, пястно-фаланговых, коленных суставов. Кожа над этими суставами теплее, чем над другими участками конечности. Отмечается атрофия мышц на тыле кистей. Со стороны сердца, легких, органов брюшной полости патологии не выявлено.</p> <p><u>ОАК</u> - Эр. - <math>3,38 \cdot 10^{12}/л</math>; Нв - <math>111^г/л</math>; ц.п. - 1,0; л - <math>12,5 \cdot 10^9/л</math>; п/я - 4% ; эоз. - 5%; мон. - 4%; С - 57%; лимф.- 30%; СОЭ - 33мм/час. С-реактивный белок /++/. Реакция Райта и Вассермана отриц. Ревматоидный фактор (++) , АЦЦП (+). LE клетки не обнаружены.</p> <p><u>Р-грамма</u> правой кисти: остеопороз, сужение суставной щели проксимальных межфаланговых суставов 2 - 3-го пальцев, в области второй фаланги 3-го пальца видны эрозии.</p> <p><b>Вопросы к задаче:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Сформулируйте диагноз.</li> <li>2.Назовите осложнения болезни и окажите неотложную помощь.</li> <li>3.Оцените данные лабораторных методов исследования</li> <li>4.Оцените данные инструментальных методов исследования.</li> <li>5.Проведите дифференциальную диагностику</li> <li>6.Назначьте лечение больному (выпишите рецепты).</li> <li>7.Перечислите показания и противопоказания для санаторно-курортного лечения больных с данной патологией</li> <li>8.Меры профилактики заболевания.</li> </ol>
<p><b>ПК-1,ПК-2, ПК-5; ПК-6; ПК-8</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 9</b></p> <p>Больная А. 55лет, инвалид 1 группы. Больна в течение 5 лет. Заболевание началось с болей в поясничном отделе позвоночника, в моче выявлена протеинурия до 0,99‰, в крови - ускорение СОЭ до 70мм/час. В последние годы появились боли в костях, более интенсивные в ребрах, костях таза. До настоящего заболевания считала себя здоровой.</p> <p><u>Объективно</u>: состояние средней тяжести, кожные покровы и видимые слизистые бледные, лимфотические узлы не</p>



увеличены. Отмечается болезненность при пальпации и перкуссии костей голени, таза, грудины. Перкуторно над легкими - легочный звук, аускультативно - везикулярное дыхание. Границы относительной сердечной тупости - в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД 140/80 мм рт.ст. Пульс - 80 уд. в мин, ритмичный. Печень по краю реберной дуги, в глубине левого подреберья пальпируется селезенка. Симптом поколачивания – отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ крови: эритроциты -  $2,8 \cdot 10^{12}$  /л, гемоглобин - 70г/л, цветовой показатель - 0,9, тромбоциты -  $100 \cdot 10^9$ /л, лейкоциты -  $2,8 \cdot 10^9$ /л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные - 2%, сегментоядерные - 67%, лимфоциты - 24%, моноциты - 5%, СОЭ - 86 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1015, белок - 3,3‰, в моче выявлен белок Бенс-Джонса.

Биохимический анализ крови: мочевина крови - 15 ммоль/л, креатинин - 120 мкмоль/л, холестерин - 4,9 ммоль/л, формоловая проба резко положительная, общий белок сыворотки крови - 113г/л.

На рентгенограмме черепа в лобной и теменной области, а также в нижней челюсти видны довольно четкие очерченные округлые и овальные мелкие просветления. Сделана пункция костного мозга.

Миелограмма: миелобластов - 1%, промиелоцитов - 2%, миелоцитов - 4%, палочкоядерных - 25%, сегментоядерных – 14%, эозинофилов - 4%, ретикулярных плазматических клеток - 31%, лимфоцитов - 9 %.

Больной начато лечение.

**Вопросы к задаче:**

- 1.Сформулируйте диагноз.
- 2.Назовите осложнения болезни и окажите неотложную помощь.
- 3.Оцените данные лабораторных методов исследования
- 4.Оцените данные инструментальных методов исследования.
- 5.Какое поражение почек характерно для данного заболевания
- 6.Назначьте лечение больному (выпишите рецепты).
- 7.Прогноз.
- 8.Меры профилактики заболевания.

**ПК-1, ПК-2, ПК-5;  
ПК-6; ПК-8**

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №10**

Больной Т., 36 лет, поступил в клинику 10 августа. В течение июля работал в саду за городом, строил дом. Заболел остро 5 августа: температура повысилась до 40 °С. Жаловался на сильную головную боль, повторную рвоту, боли в области поясницы и живота с 3-го дня болезни, плохой сон, отсутствие аппетита, жажду. С 8 августа стал плохо видеть, появилась сыпь на коже.

При поступлении в больницу состояние больного тяжелое. Гиперемия лица и плечевого пояса, на боковых поверхностях грудной клетки, на спине обильная петехиальная сыпь, в местах инъекций – обширные кровоподтеки. В склере правого глаза – кровоизлияние. Слизистая ротовой полости сухая, на твердом небе пятнистая энантема. В легких везикулярное дыхание. Пульс 88 уд. в мин., ритмичный, мягкий, АД 110/90 мм рт.ст. Границы сердца не изменены, тоны глухие. Живот мягкий, безболезненный в эпигастрии. Печень своим нижним краем выступает на 3 см из-под реберной дуги, плотная и болезненная. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Менингеальных симптомов нет. На 7-й день болезни выпил 2200 мл воды, выделил мочи – 750мл, за следующие сутки выделил 350 мл мочи. На 9-й день – 150мл. Жаловался на сухость во рту, резкую слабость, рвоту, боли в пояснице. Пульс 60 уд. в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 130/80мм рт.ст.

Общий анализ мочи: Относительная плотность – 1008, белок – 3,3‰, эритроциты свежие 10-12 в п/з, цил. гиалиновые 5-6 в п/з.

#### **Вопросы к задаче:**

1. Определите ведущие синдромы в клинике заболевания.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Назначьте лечение.
5. Какие лабораторные исследования необходимо провести?
6. Показания для проведения гемодиализа.
7. Назовите осложнения болезни и окажите неотложную помощь
8. Диспансерное наблюдение

