

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



СВЕРЖДАЮ

Проректор по учебной работе

А.А. Цыглин

06 18 г.

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

НЕФРОЛОГИЯ

(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
5.	Общая трудоемкость по учебному плану	936/26
6.	Наименование папки	Оценочные средства
7.	Вид контроля	Итоговый (ГИА)
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		
------------	--	--

комп етенц ий	№	Тестовые задания
ПК-1 ПК-5	1.	Наиболее частой причиной стеноза почечной артерии является { ~тромбоз =атеросклероз ~вакулит ~опухоль}
ПК-1 ПК-5	2	Под рефрактерной АГ следует понимать такую форму АГ, при которой отмечается { =отсутствие достижения целевых значений АД при применении трех и более антигипертензивных препаратов ~развитие острого повреждения органов-мишеней ~внезапное и стойкое ухудшение течения ранее контролируемой АГ ~острое снижение почечной функции}
ПК-1 ПК-5	3	Анемия при ХБП носит характер { ~гипорегенераторной, гиперхромной и макроцитарной, ~гипорегенераторной, гипохромной и микроцитарной, =гипорегенераторной, нормохромной и нормоцитарной, ~регенераторной, гипохромной и нормоцитарной}
ПК-6	4	Наиболее оптимальным способом введения препаратов железа для пациентов с ХБП является { ~внутримышечный =внутривенный, ~пероральный ~подкожный}
ПК-6	5	При лечении гипертензии, связанной с введением рчЭПО, наиболее эффективны { =блокаторы кальциевых каналов пролонгированного действия ~ингибиторы АПФ ~блокаторы рецепторов АТ ~в-блокаторы}
ПК-8	6	Всем больным с АГ при ХБП рекомендуется ограничение потребления соли { ~менее 1 г хлорида натрия ~менее 3 г хлорида натрия = менее 5 г хлорида натрия ~менее 8 г хлорида натрия}
ПК-1 ПК-5	7	КОНТРАСТ-ИНДУЦИРОВАННАЯ НЕФРОПАТИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕМ КРЕАТИНИНА СЫВОРОТКИ В 1,5 РАЗА ПО СРАВНЕНИЮ С ИЗВЕСТНЫМ ИСХОДНЫМ УРОВНЕМ В ТЕЧЕНИЕ { =1 недели ~1 месяца ~6 месяцев ~1 года}

ПК-6	8	Предпочтительной комбинацией для лечения АГ при ХБП у детей является сочетание { =ингибиторов АПФ и антагонистов кальция (АК) ~блокаторов рецепторов ангиотензина II (БРА) и антагонистов кальция (АК) ~ингибиторов АПФ и диуретиков ~ингибиторов АПФ и в-блокаторов}
ПК-1 ПК-5	9	Для болезни минимальных изменений в морфологической картине характерно наличие { ~склеротических изменений клубочков ~лейкоцитарной инфильтрации =отсутствие каких-либо изменений со стороны гломерул при светооптическом исследовании. ~ иммунных депозитов в клубочках}
ПК-1 ПК-5	10	Клиническая картина БМИ характеризуется { =нефротическим синдромом ~гематурией ~артериальной гипертензий ~острым повреждением почек}
ПК-6	11	Для лечения БМИ препаратом первой линии является { ~курантил =преднизолон ~колхицин ~циклоспорин}
ПК-6	12	Иммunosupрессивная терапия у больных мембранозной нефропатией не применяется в случае { ~нефротический синдром =уменьшение размеров почек по данным УЗИ (длина почки < 8 см) ~экскреция белка более 4 г в сутки у взрослых ~креатинин сыворотки повышается на 30% или более в течение 6-12 месяцев от момента постановки диагноза}
ПК-1 ПК-5	13	Цистатин С является маркером { =почечной функции ~фиброза ~оксидативного стресса ~иммунного ответа}
ПК-5	14	Для тромботической микроангиопатии характерно наличие { =тромбоцитопении и гемолиза ~тромбоза и сосудистой аневризмы ~тромбоцитоза и эритроцитоза ~тромбоцитопении и цирроза}
ПК-5	15	Всем пациентам с вновь выявленной тромботической микроангиопатией (ТМА) необходимо исследовать { ~содержание цистатина С в крови =содержание С3 и С4 компонентов комплемента в крови

		~белка Бенс-Джонса в моче ~содержание цистатина С в моче}
ПК-1 ПК-5	16	Системный васкулит, поражающий преимущественно сосуды микроциркуляторного русла, и характеризующийся отложением в их стенке иммунных депозитов, состоящих преимущественно из иммуноглобулина А { ~атипичный гемолитико-уремический синдром =пурпура Шенлейн-Геноха ~антифосфолипидный синдром ~IgA-нефропатия}
ПК-6	17	Основное осложнение при лечении ренальной анемии препаратами эритропоэтина { ~нефротический синдром ~отеки =артериальная гипертония ~гематурия}
ПК-6	18	Препараты выбора при лечении пиелонефрита беременных { =полусинтетические пенициллины ~тетрациклины ~нитрофураны ~фторхинолоны}
ПК-5	19	Появление в крови антител к кардиолипину позволяет выявить { ~люпус-нефрит =антифосфолипидный синдром ~пурпуру Шенлейн-Геноха ~гранулематоз Вегенера}
ПК-6	20	Противопоказанием к применению диуретиков является { ~сочетание АГ и СД ~изолированная систолическая АГ у пожилых =подагра ~хронический панкреатит}
ПК-6	21	Лечение каким препаратом может привести к снижению клубочковой фильтрации? { =кетопрофеном ~курантилом ~преднизолоном ~гепарином}
ПК-5	22	Тромботическое поражение сосудов почек характеризует { ~пурпура Шенлейн-Геноха ~гранулематоз Вегенера ~ревматоидный артрит =антифосфолипидный синдром}
ПК-2	23	Самая частая причина нефротического синдрома у взрослых { =фокально-сегментарный гломерулосклероз}

		<ul style="list-style-type: none"> ~болезнь минимальных изменений ~фибропластический гломерулонефрит ~экстракапиллярный гломерулонефрит}
ПК-2	24	<p>Кто из вышеперечисленных авторов предложил классифицировать ХПН на 4 стадии в зависимости от уровня СКФ?{</p> <ul style="list-style-type: none"> =Е.М. Тареев ~Н.А. Лопаткин ~С.И. Рябов ~М.Я. Ратнер}
ПК-2	25	<p>Для оценки функции почек у детей используется формула{</p> <ul style="list-style-type: none"> =Шварца ~Реберга-Тареева ~Кокрофта-Голта ~MDRD}
ПК-5	26	<p>Поражение ЦНС при гемолитико-уремическом синдроме может проявляться</p> <ul style="list-style-type: none"> ~ хореей =парезами и параличами ~ обморочными состояниями ~ резким снижением памяти
ПК-1 ПК-5	27	<p>ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ОБУСЛОВЛЕННЫ{</p> <ul style="list-style-type: none"> =Гиперволемией, задержкой натрия и воды ~Повышением уровня брадикинина ~Повышением концентрации простагландинов ~Дилатацией сосудов}
ПК-6	28	<p>ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ АПФ ЯВЛЯЕТСЯ{</p> <ul style="list-style-type: none"> ~Пожилой возраст ~Выраженная сердечная недостаточность =Двусторонний стеноз почечных артерий ~Гипокалиемия}
ПК-5	29	<p>УРОВЕНЬ СКФ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ТЕРМИНАЛЬНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ{</p> <ul style="list-style-type: none"> =менее 15 мл/мин×1,73 м² ~менее 30 мл/мин×1,73 м² ~менее 10 мл/мин×1,73 м² ~менее 5 мл/мин×1,73 м²}
ПК-5 ПК-7	30	<p>ДЛЯ ПЕРВОЙ СТАДИИ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК ХАРАКТЕРНО ПОВЫШЕНИЕ СЫВОРОТОЧНОГО КРЕАТИНИНА В _____ РАЗА ВЫШЕ ИСХОДНОГО{</p> <ul style="list-style-type: none"> ~1,1-1,4 =1,5-1,9 ~2,0-2,4 ~2,5-2,9}

ПК-5	31	ЗАБОЛЕВАНИЕ, ОБУСЛОВЛЕННОЕ НАЛИЧИЕМ СПЕЦИФИЧЕСКИХ АНТИТЕЛ К БАЗАЛЬНОЙ МЕМБРАНЕ КЛУБОЧКОВ И/ИЛИ АЛЬВЕОЛ { ~антифосфолипидный синдром ~системная красная волчанка ~саркоидоз =синдром Гудпасчера}
ПК-2	32	ВЕДУЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ЭТИОЛОГИИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ИМЕЕТ { =врожденные тубуло- и ферментопатии ~высокое содержание поваренной соли в питьевой воде ~высокое содержание кальция в пище ~жаркий, сухой климат}
ПК-5	33	ЗАБОЛЕВАНИЕ, ДЛЯ КОТОРОГО ХАРАКТЕРНЫ ГЕМАТУРИЯ, СНИЖЕНИЕ СЛУХА И ПАТОЛОГИЯ ЗРЕНИЯ { =синдром Альпорта ~синдром де Тони-Дебре-Фанкони ~синдром Гительмана ~синдром Барттера}
ПК-2	34	НАИБОЛЕЕ РАННИМ МАРКЕРОМ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕЧНЫХ КЛУБОЧКОВ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ { =альбуминурия ~гематурия ~пиурия ~цилиндрурия}
ПК-6	35	СРЕДСТВОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНОГО АА-АМИЛОИДОЗА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ СЛУЖИТ : { =метотрексат ~преднизолон ~делагил ~колхицин}
ПК-5	36	НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЮТ: { =отеки, гипо- и диспротеинемия, гиперхолестеринемия, протеинурия ~артериальная гипертензия, отеки, протеинурия, гематурия ~артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, отеки ~отеки, артериальная гипертензия, протеинурия, цилиндрурия}
ПК-5	37	ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК { ~минимальные изменения клубочков с нарушением их функции ~системный васкулит с преимущественным поражением сосудов почек =наднозологическое понятие, обозначающее любое поражение почек, независимо от его характера и природы ~клинико-лабораторный симптомокомплекс, включающий массивную протеинурию, гипопропротеинемия, гиперхолестеринемия и отеки}

ПК-5	38	ТРОМБОТИЧЕСКАЯ МИКРОАНГИОПАТИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СОЧЕТАНИЕМ{ ~инфарктом почки и миокарда =гемолитической анемией и тромбоцитопенией ~железодефицитной анемией и протеинурией ~венозными тромбозами и уремией}
ПК-5	39	В КЛИНИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ПОНЯТИЮ «СМЕШАННАЯ ФОРМА» СООТВЕТСТВУЕТ СОЧЕТАНИЕ { ~гематурии и отеков =гипертензии и нефротического синдрома ~гематурии и артериальной гипертензии ~нефротического синдрома и гематурии}
ПК-2	40	ВОЗМОЖНЫМ ИСХОДОМ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ { =нефросклероз ~пиелонефрит ~стеноз почечных артерий ~амилоидоз}
ПК-5	41	ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ, ПОМИМО ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО { =синдром Рейно ~симптом Мюссэ ~синдром Альпорта ~синдром Барттера}
ПК-5 ПК-7	42	ПОСТРЕНАЛЬНАЯ ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ РАЗВИВАЕТСЯ { ~гиповолемии ~действию нефротоксических веществ ~при поражении сосудов почек =при обструкции мочевых путей}
ПК-1 ПК-5	43	КОСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ХПН { =остеодистрофия ~остеоартроз ~очаги деструкции черепа ~очаги деструкции эпифизов костей}
ПК-6	44	У БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ ЦИТОСТАТИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ ПРИ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ, НЕОБХОДИМ КОНТРОЛЬ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ { =ОАК ~ОАМ ~ЭКГ ~Суточной протеинурии}
ПК-1 ПК-5	45	ПРОТЕИНУРИЯ ПЕРЕПОЛНЕНИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ { =миеломной нефропатии}

		<ul style="list-style-type: none"> ~гломерулонефрита ~пиелонефрита ~диабетической нефропатии}
ПК-1 ПК-5	46	КАНАЛЬЦЕВАЯ ПРОТЕИНУРИЯ ПРЕДСТАВЛЕНА { <ul style="list-style-type: none"> ~альбумином =β2-микроглобулином ~парапротеином ~белком Бенс-Джонса}
ПК-5	47	ОПРЕДЕЛЕНИЕ В КРОВИ АНТИТЕЛ К ЦИТОПЛАЗМЕ НЕЙТРОФИЛОВ (ANCA) – СКРИНИНГОВЫЙ ТЕСТ ДЛЯ { <ul style="list-style-type: none"> ~антифосфолипидного синдрома ~миеломной нефропатии ~амилоидоза почек =гранулематоза Вегенера}
ПК-1 ПК-5	48	Инфекционные осложнения нефротического синдрома при болезни минимальных изменений обусловлены всем кроме { <ul style="list-style-type: none"> ~ дисфункции Т-клеточного иммунитета ~ транслокации микробной флоры кишечника в кровь из-за увеличения проницаемости кишечной стенки = повышения концентрации иммуноглобулинов G в плазме ~ иммуносупрессии на фоне применения кортикостероидной терапии и/или цитостатиков}
ПК-1 ПК-5	49	К причинам возникновения гиперлипидемии при нефротическом синдроме относится все кроме { <ul style="list-style-type: none"> ~ повышенного синтеза липопротеидов низкой плотности = повышенного всасывания липидов в кишечнике ~ повышенной экскреции с мочой липорегуляторных субстанций ~ снижения катаболизма липидов}
ПК-6	50	Стероидная резистентность при болезни минимальных изменений – это отсутствие ремиссии нефротического синдрома при лечении преднизолоном в дозе 1 мг/кг/сут в течение { <ul style="list-style-type: none"> ~ 4 недель ~ 8 недель ~ 12 недель = 16 недель }
ПК-6	51	Препаратом иммуносупрессивной терапии второй линии при болезни минимальных изменений является { <ul style="list-style-type: none"> ~ метилпреднизолон ~ сульфасалазин ~ метотрексат = циклоспорин А }
ПК-1 ПК-5	52	Для Ig A нефропатии характерно { <ul style="list-style-type: none"> = наличие эпизодов «синфарингитной» гематурии и/или персистирующей микрогематурии в сочетании с ПУ различной степени выраженности и повышенным уровнем IgA в крови ~ быстрое, внезапное развитие нефротического синдрома и высокая эффективность кортикостероидной терапии

		~ постепенное формирование нефротического синдрома и спонтанная ремиссия без применения кортикостероидов ~ стероидорезистентный нефротический синдром }
ПК-6	53	Хирургическая декомпрессия кист почек показана пациентам с поликистозной болезнью почек { = при болевом синдроме резистентном к терапии анальгетиками ~ при беременности ~ при нефролитолизе ~ при персистирующей гематурии }
ПК-1 ПК-5	54	Наиболее частым «почечным» проявлением поликистозной болезни у лиц с аутосомно-доминантным типом наследования является { ~ постоянная микрогематурия = артериальная гипертензия ~ нефролитолиз ~ протеинурия нефротического уровня }
ПК-6	55	В четырехкомпонентную патогенетическую терапию хронического гломерулонефрита не включен { ~ преднизолон ~ циклофосфамид ~ надропарин кальция = антибактериальный препарат }
ПК-1 ПК-5	56	Наиболее надежным методом, позволяющим косвенно подтвердить диагноз вторичного амилоидоза почек, является исследование { ~ исследование биоптата десны ~ исследование биоптата желудка ~ исследование биоптата кожи = исследование биоптата толстой кишки }
ПК-1 ПК-5	57	Критериями нефротического синдрома являются { ~ протеинурия 1 г/сутки, отеки, гиперхолестеринемия = протеинурия 3 г/сутки, гипо- и диспротеинемия ~ отеки, гематурия, артериальная гипертензия ~ гипопропротеинемия, отеки, артериальная гипертензия }
ПК-1	58	Пусковым механизмом развития артериальной гипертензии при гломерулонефритах { ~ гипергидратация (задержка натрия и воды) ~ гиперреактивность нервных центров регуляции артериального давления = иммунное поражение артериол почек и гиперфункция юкстагломерулярного аппарата ~ гиалиноз и артериолосклероз почечных сосудов }
ПК-1 ПК-5	59	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ОТСРОЧЕННОЙ ФУНКЦИИ ПОЧЕЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА ЯВЛЯЕТСЯ: = острый канальцевый некроз ~ острое отторжение трансплантата ~ мочевого затек ~ стеноз артерии трансплантата ~ венозный тромбоз

ПК-5	60	«СОЛЬТЕРЯЮЩИЙ СИНДРОМ» ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ ~ при хроническом гломерулонефрите = при хроническом тубулоинтерстициальном нефрите ~ при амилоидозе почек ~ при волчаночном нефрите
ПК-2	61	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-2	62	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-2	63	«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-2	64	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	65	Развитие нефротического синдрома не характерно для { ~ нефропатии беременных = острого пиелонефрита ~ миеломной болезни ~ болезни минимальных изменений }
ПК-5	66	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-1 ПК-5	67	Под злокачественной АГ следует понимать такую форму АГ, при которой отмечается { ~отсутствие достижения целевых значений АД при применении трех и более антигипертензивных препаратов =развитие острого повреждения органов-мишеней ~внезапное и стойкое ухудшение течения ранее контролируемой АГ ~острое снижение почечной функции}.
ПК-1	68	Наиболее эффективным методом типирования амилоида служит {

ПК-5		~ иммунофенотипирования плазмацитов = иммуногистохимическое исследование ~ проба с перманганатом калия ~ количественная оценка уровня свободных легких цепей иммуноглобулинов в сыворотке крови }
ПК-1 ПК-5	69	Макроглоссия - патогномоничный симптом { = AL типа амилоидоза ~ AA типа амилоидоза ~ ATTR типа амилоидоза ~ AGel типа амилоидоза }
ПК-1 ПК-5	70	При каком типе амилоидоза чаще выявляют синдром запястного канала { ~ ATTR ~ AGel = диализный ~ AA }
ПК-1 ПК-5	71	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-1 ПК-5	72	Сонографическими критериями поликистозной болезни почек (ПБП) у лиц младше 30 лет при наличии ПБП у родителей следует считать { = ≥ 2 кист в одной или обеих почках ~ ≥ 2 кист в каждой почке ~ ≥ 4 кист в каждой почке ~ ≥ 4 кист в обеих почках }
ПК-1 ПК-5	73	Сонографическими критериями поликистозной болезни почек (ПБП) у лиц старше 60 лет при наличии ПБП у родителей следует считать { ~ ≥ 2 кист в одной или обеих почках ~ ≥ 2 кист в каждой почке = ≥ 4 кист в каждой почке ~ ≥ 4 кист в обеих почках }
ПК-1 ПК-5	74	Анемия при ХБП носит характер { ~ гипорегенераторной, гиперхромной и макроцитарной, ~ гипорегенераторной, гипохромной и микроцитарной, = гипорегенераторной, нормохромной и нормоцитарной, ~ регенераторной, гипохромной и нормоцитарной }
ПК-6	75	Средства, стимулирующие эритропоэз, должны назначаться всем пациентам с ХБП после исключения других возможных причин анемии имеющим уровень Hb ниже { ~ 120 г/л ~ 110 г/л = 100 г/л }

		~90 г/л}
ПК-6	76	Наиболее оптимальным способом введения препаратов рчЭПО для пациентов с ХБП является { ~внутримышечный ~внутривенный, ~пероральный =подкожный }
ПК-1 ПК-5	77	К внепочечным проявлениям синдрома Альпорта относятся { = тугоухость и нарушения зрения ~тугоухость и макрогематурия ~макрогематурия и протеинурия ~макрогематурия и нарушение зрения }
ПК-6	78	Основной стратегией лечения АА-амилоидоза является { ~подавление пролиферации клона плазматических клеток ~заместительная почечная терапия =эффективная борьба с причиной воспаления ~купирование нефротического синдрома }
ПК-5	79	Основные клинические проявления IgA-нефропатии { =гематурия и незначительная протеинурия ~гематурия и нефротический синдром ~протеинурия и острое повреждение почек ~артериальная гипертензия и ХБП }
ПК-1	80	Аннексин-5 является маркером { =апоптоза ~фиброза ~оксидативного стресса ~иммунного ответа }
ПК-1	81	Хемокины являются маркером { ~апоптоза ~фиброза ~оксидативного стресса =иммунного ответа }
ПК-6	82	Всем взрослым больным с впервые выявленной тромботической микроангиопатией ТМА показано { =плазмотерапия ~заместительная почечная терапия ~тромбоконтрат ~антиагреганты }
ПК-1 ПК-5	83	Для пурпуры Шенлейн-Геноха характерно сочетание { =кожной сыпи и остроснефритического синдрома ~кожной сыпи и гемолитического синдрома ~артрита и гемолитического синдрома ~нефрита и гемолитического синдрома }

ПК-1 ПК-5	84	Заболевание, для которого характерно развитие тяжелого легочно – почечного синдрома{ =синдром Гудпасчера ~системная красная волчанка ~системная склеродермия ~миеломная нефропатия}
ПК-1 ПК-5	85	Самым достоверным и специфическим симптомом туберкулеза почки является{ =туберкулезная микобактериурия ~асептическая пиурия ~неспецифическая бактериурия ~смешанная протениурия}
ПК-1	86	Какие колебания относительной плотности мочи характерны для изостенурии?{ ~1003-1015 =1010-1011 ~1012-1022 ~1025-1030}
ПК-1	87	К прессорной системе организма непосредственно связанной с почками относят{ ~предсердный натрийуретический фактор ~симпатико-адреналовую систему =РААС ~калликреин-кининовую систему}
ПК-6	88	У какой группы препаратов побочным эффектом является накопление в организме брадикинина?{ ~бета-блокаторы ~сартаны ~антагонисты кальция =и АПФ}
ПК-5	89	Для какого заболевания характерно привычное невынашивание беременности{ ~пурпура Шенлейн-Геноха ~гранулематоз Вегенера =антифосфолипидный синдром ~ревматоидный артрит}
ПК-5	90	Синдром Хьюза является синонимом{ ~пурпура Шенлейн-Геноха ~гранулематоз Вегенера ~ревматоидный артрит =антифосфолипидный синдром}
ПК-1 ПК-5	91	Морфологически фокально-сегментарный гломерулосклероз трудно отличим от{ ~мембранозного гломерулонефрита =болезни минимальных изменений ~мезангиокапиллярного гломерулонефрита}

		~экстракапиллярного гломерулонефрита}
ПК-1 ПК-5	92	К АНЦА-ассоциированным васкулитам относится { ~пурпура Шенлейн-Геноха =гранулематоз Вегенера ~ревматоидный артрит ~антифосфолипидный синдром}
ПК-1 ПК-5	93	К АНЦА-ассоциированным васкулитам не относится { ~микроскопический полиангиит ~гранулематоз Вегенера ~ синдром Чарга-Стросса =антифосфолипидный синдром}
ПК-1 ПК-5	94	Легочно-почечный синдром -синоним { ~пурпура Шенлейн-Геноха =синдром Гудпасчера ~атипичный гемолитико-уремический синдром ~антифосфолипидный синдром}
ПК-6	95	При каком заболевании почек показана терапия кортикостероидами? { ~ХГН латентная форма =ХГН нефротическая форма ~Амилоидоз ~ХГН гипертоническая форма}
ПК-6 ПК-7	96	Для коррекции ацидоза при острой почечной недостаточности чаще всего прибегают к введению { ~10% р-ра маннитола =2,5% р-ра соды ~4% р-ра допамина ~10% р-ра глюконата кальция}
ПК-6	97	Гиперурикемия при ХБП ограничивает применение { ~ингибиторов АПФ ~антагонистов кальция =салуретиков ~бета-адреноблокаторов}
ПК-1 ПК-5	98	К инфекции мочевыводящих путей у беременных не относится { ~бессимптомная бактериурия ~острый цистит ~острый пиелонефрит =острый гломерулонефрит}
ПК-1 ПК-5	99	Типичное поражение кишечника при гемолитико-уремическом синдроме =энтероколит различной степени выраженности ~ синдром раздраженной кишки ~ развитие кишечной непроходимости ~ дивертикулез кишечника

ПК-1 ПК-5	100	<p>НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ХРОНИЧЕСКОГО ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА ЯВЛЯЮТСЯ{</p> <p>=снижение относительной плотности мочи, щелочная реакция, микрогематурия, «стерильная» (при отсутствии бактериурии) лейкоцитурия, протеинурия не более 3 г/сутки</p> <p>~повышение относительной плотности мочи, лейкоцитурия, бактериурия, гематурия, протеинурия, цилиндрурия</p> <p>~протеинурия более 3г/сутки, макрогематурия, лейкоцитурия, бактериурия</p> <p>~нормальная относительная плотность мочи, умеренная протеинурия, гематурия}</p>
--------------	------------	--

Код компетенций	Задачи
<p>ПК-1, ПК-2, ПК-5; ПК-6; ПК-7, ПК-8</p>	<p align="center">СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1</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 не увеличена.</p> <p><u>Данные лабораторных исследований:</u></p> <p><u>Анализ крови:</u> Эр. $3,7 \cdot 10^{12}$ /л, Нв. - 105 г/л, Цв. пок. - 0,85, Л.- $6,8 \cdot 10^9$ /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, мочевины - 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>Вопросы к задаче:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Выделите синдромы из имеющихся симптомов. 2. Сформулируйте диагноз. 3. Укажите этиологию заболевания.

	<p>4. Какие дополнительные методы исследования необходимы?</p> <p>5. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?</p> <p>6. Составьте план лечения больной (выпишите рецепты).</p> <p>7. Назовите осложнения данного заболевания.</p> <p>8. Перечислите основные курорты для лечения больных с данной патологией.</p>
<p>ПК-1,ПК-2, ПК-5; ПК-6; ПК-7;ПК-8</p>	<p style="text-align: center;">СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2</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. $-2,5 \cdot 10^{12}$ /л, Нв - 75 г/л, Цв. п. - 0,9, Л. - $7,0 \cdot 10^9$ /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 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>Вопросы к задаче:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте диагноз. 2. Назовите осложнения болезни и окажите неотложную помощь. 3. Назовите основные клинические формы заболевания. 4. Оцените показатели пробы Зимницкого и Реберга-Тареева. 5. Обоснуйте применение антикоагулянтной терапии в лечении этой патологии. 6. Назовите четырехкомпонентную схему лечения данного

	<p>заболевания.</p> <p>7. Назначьте лечение больному (выпишите рецепты).</p> <p>8. Перечислите показания и противопоказания для санаторно-курортного лечения больных с данной патологией.</p>
<p>ПК-1,ПК-2, ПК-5; ПК-6; ПК-7;ПК-8</p>	<p style="text-align: center;">СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №3</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- $3,8 \cdot 10^{12}/л.$, Гемоглобин- 80 г/л. Лейкоциты- $9,8 \cdot 10^9/л.$, 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; 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>Вопросы к задаче:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Сформулируйте диагноз. 2.Назовите осложнения болезни и окажите неотложную помощь. 3. Оцените данные лабораторных методов исследования 4. Назначьте инструментальные методы исследования. 5. Проведите дифференциальную диагностику 6. Назначьте лечение больному (выпишите рецепты).

	<p>7. Перечислите показания и противопоказания для санаторно-курортного лечения больных с данной патологией.</p> <p>8. Меры профилактики заболевания.</p>
<p>ПК-1,ПК-2, ПК-5; ПК-6; ПК-7;ПК-8</p>	<p style="text-align: center;">СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 4</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 38⁰С, 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 38⁰С. 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 4,8·10¹²/л, гемоглобин 132г/л, цветовой показатель 0,9, лейкоциты 10,4·⁹/л, эозинофилы 4%, палочкоядерные 3%, сегментоядерные 61%, лимфоциты 28%, моноциты 5%, СОЭ 38 мм/ч.</p> <p><u>Общий анализ мочи:</u> прозрач., реакция кислая, удельный вес 1015, белок –0,033%, лейкоциты 2-0-1 в п/зрения, эрит. 0-1-0 в 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 I 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>Вопросы к задаче:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Сформулируйте диагноз. 2.Назовите осложнения болезни и окажите неотложную помощь. 3. Оцените данные лабораторных методов исследования 4. Оцените данные инструментальных методов

	<p>исследования.</p> <ol style="list-style-type: none"> 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.
<p>ПК-1,ПК-2, ПК-5; ПК-6; ПК-7;ПК-8</p>	<p style="text-align: center;">СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №5</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 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.</p> <p><u>Общий анализ крови:</u> 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%, моноциты7% ,СОЭ 25 мм/ч</p> <p><u>Общий анализ мочи:</u> прозр., реакция кислая, удельный вес</p>

	<p>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</p> <p><u>Биох. анализ крови:</u> белок – 75 г/л, холестерин 4,8 ммоль/л, СРБ ++, билирубин общий 18 мкмоль/л, креатинин 80 мкмоль/л, мочевины 4,72ммоль/л, АсАТ 28 МЕ/л, АлАТ 19 МЕ/л, фибриноген 6 г/л</p> <p><u>Рентгенологическое исследование кистей:</u> участки кальциноза в подкожной клетчатке, преимущественно концевых отделов пальцев рук. Остеолиз ногтевых фаланг пальцев кистей, околосуставной остеопороз.</p> <p><u>Рентгенограмма органов грудной клетки:</u> Диффузный пневмосклероз базальных отделов. Увеличение размеров сердца.</p> <p><u>Рентгенограмма пищевода, контрастированного барием:</u> дилатация пищевода.</p> <p><u>ЭКГ:</u> 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.</p> <p><u>Анализ широкопольной капилляроскопии ногтевого ложа:</u> расширение и извитость капиллярных петель, уменьшение числа капилляров «аваскулярные поля», геморрагии.</p> <p><u>В крови обнаружены:</u> анти Scl-70 антитела.</p> <p>Вопросы к задаче:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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.
<p>ПК-1,ПК-2, ПК-5; ПК-6; ПК-7;ПК-8</p>	<p style="text-align: center;">СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 6</p> <p>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.</p> <p>Объективно: Состояние средней тяжести, пониженного питания. Сознание ясное. Кожные покровы бледные, сухие на ощупь, температура тела 38⁰С. На лице эритематозные дискоидные очаги, больше на щеках, лбу. На предплечьях и в</p>

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%; β -глобулины - 10%; γ -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 - 4,5 г/л, Ig M - 2,0 г/л, Ig G - 5,35 г/л, ЦИК - 111 ус. ед.

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

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.

<p>ПК-1,ПК-2, ПК-5; ПК-6; ПК-7;ПК-8</p>	<p style="text-align: center;">СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №7</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. Почка не пальпируется. Симптом поколачивания в проекции почек слабоположительный с обеих сторон.</p> <p><u>Данные лабораторных исследований:</u> <u>Анализ крови:</u> Эр. - $3,6 \cdot 10^{12}$, Нв. - 109 г/л, Цв.п.- 0,9; Л. - $9 \cdot 10^9$/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>Вопросы к задаче:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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.
<p>ПК-1,ПК-2, ПК-5; ПК-6; ПК-7;ПК-8</p>	<p style="text-align: center;">СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 8</p> <p>Большая 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</p>

	<p>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. - $3,38 \cdot 10^{12}/л$; Нв - $111^g/л$; ц.п. - 1,0; л - $12,5 \cdot 10^9/л$; 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>R-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>Вопросы к задаче:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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.
<p>ПК-1,ПК-2, ПК-5; ПК-6; ПК-7;ПК-8</p>	<p>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 9</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 увеличены. Отмечается болезненность при пальпации и перкуссии костей голеней, 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.</p> <p><u>Общий анализ крови</u>: эритроциты - $2,8 \cdot 10^{12} /л$, гемоглобин - 70г/л, цветовой показатель - 0,9, тромбоциты -</p>

	<p>100·10⁹/л, лейкоциты - 2,8·10⁹/л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные - 2%, сегментоядерные - 67%, лимфоциты - 24%, моноциты - 5%, СОЭ - 86 мм/час.</p> <p><u>Общий анализ мочи</u>: удельный вес - 1015, белок - 3,3‰, в моче выявлен белок Бенс-Джонса.</p> <p><u>Биохимический анализ крови</u>: мочевины крови - 15 ммоль/л, креатинин - 120 мкмоль/л, холестерин - 4,9 ммоль/л, формоловая проба резко положительная, общий белок сыворотки крови - 113г/л.</p> <p>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.</p> <p><u>Миелограмма</u>: миелобластов - 1%, промиелоцитов - 2%, миелоцитов - 4%, палочкоядерных - 25%, сегментоядерных - 14%, эозинофилов - 4%, ретикулярных плазматических клеток - 31%, лимфоцитов - 9 %.</p> <p>Больной начато лечение.</p> <p>Вопросы к задаче:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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.
<p>ПК-1,ПК-2, ПК-5; ПК-6; ПК-7;ПК-8</p>	<p style="text-align: center;">СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №10</p> <p>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.</p> <p>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</p>

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

Паспорт тестового материала по дисциплине

№	Наименование пункта	Значение
16.	Программа ординатуры по специальности	31.08.43 Нефрология
17.	Кафедра	Факультетской терапии
18.	Авторы-разработчики	Мирсаева Г.Х. Мухетдинова Г.А.
19.	Наименование дисциплины	Нефрология
20.	Общая трудоемкость по учебному плану	936/26
21.	Наименование папки	Оценочные средства
22.	Вид контроля	Промежуточный (зачет)
23.	Для специальностей	31.08.43 Нефрология
24.	Количество тестовых заданий всего по дисциплине	100
25.	Количество заданий при тестировании обучающегося	60
26.	Из них правильных ответов должно быть (%):	
27.	Для оценки «отл» не менее	91
28.	Для оценки «хор» не менее	81
29.	Для оценки «удовл» не менее	71
30.	Время тестирования (в минутах)	60

Код компетенций	№	Тестовые задания
ПК-1	1.	ОПРЕДЕЛЕНИЕ КАКОГО ЛАБОРАТОРНОГО ПОКАЗАТЕЛЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА?
	1)	величина суточной протеинурии
	2)	уровень креатинина сыворотки крови
	3)	уровень холестерина сыворотки
	4)	величина канальцевой реабсорбции
ПК-1	2.	К РАЗВИТИЮ ОСТРОГО ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИВОДЯТ
	1)	НПВС

	2)	гипотензивные средства
	3)	диуретики
	4)	сердечные гликозиды
ПК-1, ПК-5	3.	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ХРОНИЧЕСКОГО ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА ЯВЛЯЮТСЯ
	1)	снижение относительной плотности мочи, щелочная реакция, микрогематурия, «стерильная» (при отсутствии бактериурии) лейкоцитурия, протеинурия не более 3 г/сутки
	2)	повышение относительной плотности мочи, лейкоцитурия, бактериурия, гематурия, протеинурия, цилиндрурия
	3)	протеинурия более 3г/сутки, макрогематурия, лейкоцитурия, бактериурия
	4)	нормальная относительная плотность мочи, умеренная протеинурия, гематурия
ПК -5	4.	КАКОЙ ПРИЗНАК ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ РАННИМ ПРИ АМИЛОИДОЗЕ?
	1)	протеинурия
	2)	гематурия
	3)	цилиндрурия
	4)	изостенурия
ПК-1	5.	ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ХАРАКТЕРНО
	1)	тромбоцитопения
	2)	анемия
	3)	лейкопения
	4)	нейтропения
ПК-5	6.	ДЛЯ НЕФРОПАТИИ БЕРЕМЕННЫХ ХАРАКТЕРНО СОЧЕТАНИЕ СЛЕДУЮЩИХ СИМПТОМОВ
	1)	артериальная гипертензия и протеинурия
	2)	артериальная гипертензия и отеки
	3)	отеки и анемия
	4)	протеинурия и анемия
ПК-5	7.	ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ОБУСЛОВЛЕННЫ
	1)	Гиперволемией, задержкой натрия и воды
	2)	Повышением уровня брадикинина
	3)	Повышением концентрации простагландинов
	4)	Дилатацией сосудов
ПК-1, ПК-5	8.	КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ «FACIES NEFRITICA» ЯВЛЯЮТСЯ
	1)	Отеки на лице и цианоз кожи
	2)	Отеки на лице и желтушность кожи
	3)	Отеки на лице и бледность кожи
	4)	Отеки на лице и гиперемия кожи
ПК-1,	9.	У 35 -ЛЕТНЕГО БОЛЬНОГО НА СЛЕДУЮЩИЙ ДЕНЬ ПОСЛЕ

ПК-5		ПЕРЕНЕСЁННОЙ АНГИНЫ ПОЯВИЛИСЬ ОТЁКИ, МАКРОГЕМАТУРИЯ, ПОВЫСИЛОСЬ АД. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ
	1)	острый гломерулонефрит
	2)	острый пиелонефрит
	3)	апостематозный нефрит
	4)	амилоидоз почек
ПК-6	10.	ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ АПФ ЯВЛЯЕТСЯ
	1)	Пожилой возраст
	2)	Выраженная сердечная недостаточность
	3)	Двусторонний стеноз почечных артерий
	4)	Гипокалиемия
ПК-6	11.	ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПОСТСТРЕПТОКОККОВОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЮТСЯ
	1)	Пенициллины
	2)	Аминогликозиды
	3)	Фторхинолоны
	4)	Уросептики
ПК-1	12.	ПРОБА РЕБЕРГА-ТАРЕЕВА ВЫЯВЛЯЕТ
	1)	мочевой осадок (эритроциты, белок, цилиндры, лейкоциты)
	2)	количественное содержание форменных элементов в 1 мл мочи
	3)	состояние клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции
	4)	иммунологические гуморальные и клеточные нарушения
ПК-1, ПК-5	13.	ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЙ ПРИЗНАК ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ХРОНИЧЕСКОГО ОТ ОСТРОГО
	1)	уменьшение размеров почек
	2)	снижение артериального давления
	3)	наличие дизурических явлений
	4)	отеки
ПК-1, ПК-2	14.	ХРОНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ПРОЦЕССА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ОБУСЛОВЛЕНО
	1)	Уменьшением синтеза простагландинов
	2)	Выработкой аутоантител к антигенам базальной мембраны капилляров
	3)	Активацией свертывающей системы
	4)	Увеличением ОЦК
ПК-1	15.	МЕТОД ОЦЕНКИ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ
	1)	Проба Зимницкого
	2)	Проба Нечипоренко
	3)	Формула Кокрофта-Гоулта
	4)	Индекс Соколова - Лайона
ПК-1	16.	КОНТРАСТ-ИНДУЦИРОВАННАЯ НЕФРОПАТИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕМ КРЕАТИНИНА СЫВОРОТКИ В 1,5 РАЗА ПО СРАВНЕНИЮ С ИЗВЕСТНЫМ ИСХОДНЫМ УРОВНЕМ В ТЕЧЕНИЕ

	1)	1 недели
	2)	1 месяца
	3)	6 месяцев
	4)	1 года
ПК-5	17.	ЗАБОЛЕВАНИЕ, ОБУСЛОВЛЕННОЕ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ПРОКСИМАЛЬНЫХ КАНАЛЬЦЕВ, ПРИВОДЯЩЕЙ К НАРУШЕНИЮ РЕАБСОРБЦИИ БИКАРБОНАТОВ, ФОСФАТОВ, ГЛЮКОЗЫ, АМИНОКИСЛОТ, МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ И БЕЛКА
	1)	синдром Барттера
	2)	синдром Гительмана
	3)	синдром Альпорта
	4)	синдром де Тони-Дебре-Фанкони
ПК-1	18.	УРОВЕНЬ СКФ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ТЕРМИНАЛЬНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
	1)	менее 15 мл/мин×1,73 м ²
	2)	менее 30 мл/мин×1,73 м ²
	3)	менее 10 мл/мин×1,73 м ²
	4)	менее 5 мл/мин×1,73 м ²
ПК-1	19.	УРОВЕНЬ СКФ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК С2 СТАДИИ
	1)	15-29
	2)	30-44
	3)	45-59
	4)	60-89
ПК-1	20.	ДЛЯ ПЕРВОЙ СТАДИИ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК ХАРАКТЕРНО ПОВЫШЕНИЕ СЫВОРОТОЧНОГО КРЕАТИНИНА В РАЗА ВЫШЕ ИСХОДНОГО
	1)	1,1-1,4
	2)	1,5-1,9
	3)	2,0-2,4
	4)	2,5-2,9
ПК-5	21.	ЗАБОЛЕВАНИЕ, ОБУСЛОВЛЕННОЕ НАЛИЧИЕМ СПЕЦИФИЧЕСКИХ АНТИТЕЛ К БАЗАЛЬНОЙ МЕМБРАНЕ КЛУБОЧКОВ И/ИЛИ АЛЬВЕОЛ
	1)	антифосфолипидный синдром
	2)	системная красная волчанка
	3)	саркоидоз
	4)	синдром Гудпасчера
ПК-1, ПК-6	22.	К ОСЛОЖНЕНИЯМ ОСТРОГО ПОЧЕЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ В ПЕРИОДЕ ПОЛИУРИИ ОТНОСИТСЯ
	1)	гиповолемия
	2)	гиперволемия
	3)	отек головного мозга
	4)	метаболический ацидоз
ПК-1	23.	ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ У БОЛЬНОГО С

		АМИЛОИДОЗОМ ПОЧЕК И ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ МОЖНО ОЖИДАТЬ
	1)	увеличенные или нормальные размеры почек
	2)	нормальные размеры почек
	3)	«сморщенные» почки
	4)	уменьшенные размеры почек
ПК-1	24.	ВЕДУЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ЭТИОЛОГИИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ИМЕЕТ
	1)	врожденные тубуло- и ферментопатии
	2)	высокое содержание поваренной соли в питьевой воде
	3)	высокое содержание кальция в пище
	4)	жаркий, сухой климат
ПК-1	25.	К РЕНТГЕНОНЕГАТИВНЫМ ТИПАМ КАМНЕЙ ОТНОСЯТСЯ
	1)	ураты
	2)	фосфаты
	3)	оксалаты
	4)	смешанные
ПК-1, ПК-5	26.	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
	1)	вторичный амилоидоз с поражением почек
	2)	миелопролиферативный синдром
	3)	постинфекционный гломерулонефрит
	4)	гепаторенальный синдром
ПК-1, ПК-5	27.	ЗАБОЛЕВАНИЕ, ДЛЯ КОТОРОГО ХАРАКТЕРНЫ ГЕМАТУРИЯ, СНИЖЕНИЕ СЛУХА И ПАТОЛОГИЯ ЗРЕНИЯ
	1)	синдром Альпорта
	2)	синдром де Тони-Дебре-Фанкони
	3)	синдром Гительмана
	4)	синдром Бартгера
ПК-1, ПК-5	28.	ДЛЯ ВТОРОЙ СТАДИИ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК ХАРАКТЕРНО ПОВЫШЕНИЕ СЫВОРОТОЧНОГО КРЕАТИНИНА В _____ РАЗА ВЫШЕ ИСХОДНОГО
	1)	2,0-2,9
	2)	3,0-3,9
	3)	2,5-2,9
	4)	1,5-1,9
ПК-1, ПК-5	29.	ПРИЧИНОЙ ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА МОЖЕТ БЫТЬ
	1)	массивный гемолиз
	2)	внутрисосудистое свертывание крови
	3)	шок

	4)	отравление нитратами
ПК-1, ПК-5	30.	КЛИНИЧЕСКИ ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРОЯВЛЯЕТСЯ
	1)	тромбоцитопенией
	2)	увеличением в крови прямой фракции билирубина
	3)	тромбоцитозом и гиперфибриногенемией
	4)	снижением АД
ПК-1, ПК-5	31.	ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПОЧЕК И ПОДОЗРЕНИИ НА МИЕЛОМНУЮ БОЛЕЗНЬ ВЕДУЩИМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
	1)	пункция костного мозга и биопсия почек
	2)	рентгенография костей скелета
	3)	изотопная ренография
	4)	УЗИ почек
ПК-6	32.	17. ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ МИЕЛОМНОЙ БОЛЕЗНИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧИТЬ
	1)	обильное щелочное питье
	2)	калийсберегающие мочегонные
	3)	обильное кислое питье
	4)	диуретики, влияющие на дистальный отдел петли Генле
ПК-1, ПК-5	33.	О КАКОЙ ПАТОЛОГИИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ, ЕСЛИ У РЕБЕНКА 10 ЛЕТ ПРИ ОБЪЕКТИВНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ В ОБОИХ ПОДРЕБЕРЬЯХ ПАЛЬПИРУЮТСЯ БОЛЕЗНЕННЫЕ, БУГРИСТЫЕ ПЛОТНО-ЭЛАСТИЧЕСКИЕ ОБРАЗОВАНИЯ И ИМЕЮТСЯ ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРИЗНАКИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ?
	1)	поликистозе почек
	2)	удвоении почек
	3)	эхинококкозе почек
	4)	раке почек
ПК-1	34.	КАКОЙ ЛАБОРАТОРНЫЙ ПРИЗНАК ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ РАКА ПОЧЕК?
	1)	гематурия
	2)	пиурия
	3)	протеинурия
	4)	цилиндрурия
ПК-1	35.	У БОЛЬНОГО С СКФ 55 МЛ/МИН/1,73 М² ПРИ НОРМАЛЬНЫХ АНАЛИЗАХ МОЧИ И УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КАРТИНЕ ПОЧЕК БУДЕТ ДИАГНОСТИРОВАНА ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК ___ СТАДИИ
	1)	3а
	2)	3б
	3)	4
	4)	2

ПК-5, ПК-10	36.	КАКИЕ КОДЫ ИСПОЛЬЗУЮТ В МКБ-10 ДЛЯ ОБОЗНАЧЕНИЯ СТАДИЙ ХБП?
	1)	N18.1-N18.5
	2)	M18.1-M18.5
	3)	K15.1-K18.5
	4)	L15.1-L15.5
ПК-1, ПК-5	37.	НАИБОЛЕЕ РАННИМ МАРКЕРОМ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕЧНЫХ КЛУБОЧКОВ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ
	1)	альбуминурия
	2)	гематурия
	3)	пиурия
	4)	цилиндрурия
ПК-1, ПК-5	38.	УРОВЕНЬ АЛЬБУМИНА В СУТОЧНОЙ МОЧЕ 30-299 МГ/СУТ РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК
	1)	высокий
	2)	очень высокий
	3)	оптимальный
	4)	умеренный
ПК-1, ПК-5	39.	КАКОМУ ДИАГНОЗУ МОГУТ СООТВЕТСТВОВАТЬ ДАННЫЕ УЗИ: ПОЧКИ УВЕЛИЧЕНЫ В РАЗМЕРАХ, МНОЖЕСТВЕННЫЕ ТОНКОСТЕННЫЕ ПОЛОСТНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ОКРУГЛОЙ ФОРМЫ С АНЭХОГЕННЫМ СОДЕРЖИМЫМ РАЗНОГО РАЗМЕРА, ЗАМЕЩАЮЩИЕ ПАРЕНХИМУ?
	1)	поликистоз почек
	2)	туберкулез почек
	3)	мочекаменная болезнь
	4)	хронический пиелонефрит
ПК-1	40.	ЛЕКАРСТВЕННОЕ ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЗЫВАЮТ
	1)	аминогликозиды
	2)	аминопенициллины
	3)	статины
	4)	β-адреноблокаторы
ПК-6	41.	ГИПЕРУРИКЕМИЯ ПРИ ХБП ОГРАНИЧИВАЕТ ПРИМЕНЕНИЕ
	1)	салуретиков
	2)	ингибиторов АПФ
	3)	антагонистов кальция
	4)	бета-адреноблокаторов
ПК-6	42.	ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ ДИУРЕТИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ
	1)	подагра
	2)	изолированная систолическая АГ у пожилых
	3)	хронический панкреатит

	4)	сочетание АГ и сахарного диабета
ПК-6	43.	СРЕДСТВОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНОГО АА-АМИЛОИДОЗА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ СЛУЖИТ :
	1)	метотрексат
	2)	преднизолон
	3)	делагил
	4)	колхицин
ПК-1	44.	ВЫСОКАЯ ОТНОСИТЕЛЬНОСТЬ ПЛОТНОСТЬ МОЧИ (1030 И ВЫШЕ) ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:
	1)	сахарного диабета
	2)	пиелонефрита
	3)	острого гломерулонефрита
	4)	поликистоза почек
ПК-1, ПК-5	45.	ОДНОСТОРОННИЕ БОЛИ В ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:
	1)	острого пиелонефрита
	2)	острого цистита
	3)	острого гломерулонефрита
	4)	амилоидоза почек
ПК-1, ПК-5	46.	НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЮТ:
	1)	отеки, гипо- и диспротеинемия, гиперхолестеринемия, протеинурия
	2)	артериальная гипертензия, отеки, протеинурия, гематурия
	3)	артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, отеки
	4)	отеки, артериальная гипертензия, протеинурия, цилиндрурия
ПК-5	47.	НАИБОЛЕЕ БЫСТРОЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:
	1)	нефротическом синдроме
	2)	сочетании протеинурии с гематурией
	3)	сочетании артериальной гипертензии и нефротического синдрома
	4)	артериальной гипертензии
ПК-5, ПК-6	48.	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:
	1)	200 мл/сут
	2)	700 мл/сут
	3)	1200 мл/сут
	4)	1500 мл/сут
ПК-6	49.	КАКОЙ ПРЕПАРАТ ПОКАЗАН ПРИ НЕФРОПАТИИ БЕРЕМЕННЫХ С ГИПОТЕНЗИВНОЙ ЦЕЛЬЮ
	1)	вальсартан
	2)	метилдопа

	3)	эналаприл
	4)	индапамид
ПК-5	50.	ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК
	1)	минимальные изменения клубочков с нарушением их функции
	2)	системный васкулит с преимущественным поражением сосудов почек
	3)	наднозологическое понятие, обозначающее любое поражение почек, независимо от его характера и природы
	4)	клинико-лабораторный симптомокомплекс, включающий массивную протеинурию, гипопроотеинемию, гиперхолестеинемию и отеки
ПК-1	51.	ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА АНЕМИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
	1)	недостаток выработки эритропоэтина
	2)	гематурия
	3)	дефицит белка
	4)	дефицит железа
ПК-1, ПК-5	52.	ВЕДУЩЕЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРЕПАРАТАМИ ЭРИТРОПОЭТИНА
	1)	артериальная гипертензия
	2)	протеинурия
	3)	отеки
	4)	гематурия
ПК-5	53.	МОРФОЛОГИЧЕСКИ МЕЗАНГИОПРОЛИФЕРАТИВНЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
	1)	отложение фибрина в клубочках
	2)	образованием мезангиальных «полулуний»
	3)	образованием экстракапиллярных «полулуний»
	4)	отложением иммунных комплексов в мезангии и под эндотелием
ПК-5	54.	НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ФОРМА МЕЗАНГИОПРОЛИФЕРАТИВНОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА
	1)	быстро прогрессирующий гломерулонефрит
	2)	люпус-нефрит
	3)	миеломная нефропатия
	4)	IgA-нефропатия
ПК-5	55.	ТРОМБОТИЧЕСКАЯ МИКРОАНГИОПАТИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СОЧЕТАНИЕМ
	1)	инфарктом почки и миокарда
	2)	гемолитической анемией и тромбоцитопенией
	3)	железодефицитной анемией и протеинурией
	4)	венозными тромбозами и уремией
ПК-5	56.	ОКСАЛАТЫ ИМЕЮТ ОКРАСКУ
	1)	ярко-желтую
	2)	темно-коричневую
	3)	белую

	4)	серую
ПК-5	57.	КАРБОНАТЫ ИМЕЮТ ОКРАСКУ
	1)	ярко-желтую
	2)	темно-коричневую
	3)	белую
	4)	серую
ПК-1	58.	ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ОКСАЛАТНОГО НЕФРОЛИТИАЗА ЯВЛЯЕТСЯ
	1)	гиперпаратиреоз
	2)	резко щелочная моча
	3)	употребление аскорбиновой кислоты
	4)	гиперурикемия
ПК-1	59.	ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ФОСФАТНОГО НЕФРОЛИТИАЗА ЯВЛЯЕТСЯ
	1)	гиперпаратиреоз
	2)	резко щелочная моча
	3)	употребление аскорбиновой кислоты
	4)	гиперурикемия
ПК-1	60.	ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ УРАТНОГО НЕФРОЛИТИАЗА ЯВЛЯЕТСЯ
	1)	гиперпаратиреоз
	2)	резко щелочная моча
	3)	употребление аскорбиновой кислоты
	4)	гиперурикемия
ПК-1	61.	ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ КАЛЬЦИЕВОГО НЕФРОЛИТИАЗА ЯВЛЯЕТСЯ
	1)	гиперпаратиреоз
	2)	резко щелочная моча
	3)	употребление аскорбиновой кислоты
	4)	гиперурикемия
ПК-6	62.	ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ АЛЛОПУРИНОЛА ЯВЛЯЕТСЯ
	1)	уратная нефропатия
	2)	миеломная нефропатия
	3)	поликистоз почек
	4)	амилоидоз почек
ПК-5	63.	ВЫДЕЛИТЕ НЕФРОПАТИЮ, ДЛЯ КОТОРОЙ ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ ТЯЖЕЛОГО ЛЕГОЧНО – ПОЧЕЧНОГО СИНДРОМА
	1)	ВИЧ – нефропатия
	2)	синдром Гудпасчера
	3)	волчаночный нефрит
	4)	миеломная нефропатия
ПК-5	64.	В КЛИНИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА

		ПОНЯТИЮ «СМЕШАННАЯ ФОРМА» СООТВЕТСТВУЕТ СОЧЕТАНИЕ
	1)	гематурии и отеков
	2)	гипертензии и нефротического синдрома
	3)	гематурии и артериальной гипертензии
	4)	нефротического синдрома и гематурии
ПК-6	65.	ТЕРАПИЯ ГЕПАРИНОМ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ТРЕБУЕТ ПОСТОЯННОГО КОНТРОЛЯ
	1)	АЧТВ
	2)	МНО
	3)	ПТИ
	4)	РФМК
ПК-6	66.	ТЕРАПИЯ ПРЕДНИЗОЛОНОМ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНА
	1)	при гипертонической форме ХГН
	2)	при амилоидозе почек
	3)	при люпус-нефрите
	4)	при терминальном нефрите
ПК-1	67.	ИНФЕКЦИЯ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ЧАЩЕ ОБУСЛОВЛЕНА
	1)	кишечной палочкой
	2)	микоплазмой
	3)	протеем
	4)	синегнойной палочкой
ПК-6	68.	ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПИЕЛОНЕФРИТА БЕРЕМЕННЫХ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЙ НАЗНАЧЕНИЕ
	1)	тетрациклинов
	2)	аминогликозидов
	3)	нитрофуранов
	4)	полусинтетических пенициллинов
ПК-5	69.	НЕФРОПАТИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ ЧАЩЕ ВСЕГО ВЫЗЫВАЕТСЯ ДЛИТЕЛЬНЫМ ПРИЕМОМ
	1)	анальгетиков
	2)	гипотензивных средств
	3)	ферментных препаратов
	4)	седативных средств
ПК-1, ПК-5	70.	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ХРОНИЧЕСКОГО ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА ЯВЛЯЮТСЯ
	1)	умеренная протеинурия, гематурия
	2)	полиурия, полидипсия, субфебрильная температура тела, значимая бактериурия
	3)	полиурия, полидипсия, протеинурия более 3 г в сутки
	4)	отеки, артериальная гипертензия, мочевого синдром
ПК-5	71.	ВОЗМОЖНЫМ ИСХОДОМ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ
	1)	нефросклероз
	2)	пиелонефрит

	3)	стеноз почечных артерий
	4)	амилоидоз
ПК-6	72.	ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АКТИВНОГО ВОЛЧАНОЧНОГО НЕФРИТА ПРИМЕНЯЮТСЯ В ОСНОВНОМ
	1)	антибиотики
	2)	иммуностимуляторы
	3)	НПВС
	4)	ГКС и цитостатики
ПК-5	73.	ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ, ПОМИМО ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО
	1)	синдром Рейно
	2)	симптом Мюссэ
	3)	синдром Альпорта
	4)	синдром Барттера
ПК-5	74.	ПЕРВЫМ ПРИЗНАКОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ
	1)	артериальная гипертензия
	2)	микроальбуминурия
	3)	снижение удельного веса мочи
	4)	отеки
ПК-1, ПК-5	75.	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АМИЛОИДОЗА НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНА БИОПСИЯ СЛИЗИСТОЙ
	1)	десны
	2)	желудка
	3)	прямой кишки
	4)	пищевода
ПК-1	76.	ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА МИЕЛОМНОЙ БОЛЕЗНИ (МИЕЛОМНОЙ НЕФРОПАТИИ) НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВЕДЕНИЕ
	1)	компьютерной томографии почек
	2)	ультразвукового исследования почек
	3)	спинальной пункции
	4)	биопсии слизистой десны
ПК-5	77.	КЛИНИЧЕСКОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ МИЕЛОМНОЙ НЕФРОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ
	1)	стойкая артериальная гипертензия
	2)	отсутствие отеков
	3)	незначительная протеинурия
	4)	сохранная функция почек
ПК-1	78.	ПРИЧИНОЙ ПРЕРЕНАЛЬНОЙ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
	1)	острая урогенная инфекция
	2)	обструкция канальцев кристаллами
	3)	гиповолемия
	4)	влияние нефротоксических веществ

ПК-5	79.	РЕНАЛЬНАЯ ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ
	1)	гиповолемии
	2)	действии нефротоксических веществ
	3)	при поражении сосудов почек
	4)	при обструкции мочевых путей
ПК-5	80.	ПОСТРЕНАЛЬНАЯ ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ РАЗВИВАЕТСЯ
	1)	гиповолемии
	2)	действии нефротоксических веществ
	3)	при поражении сосудов почек
	4)	при обструкции мочевых путей
ПК-5, ПК-6	81.	НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ УГРОЗОЙ ДЛЯ ЖИЗНИ ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ТРЕБУЮЩЕЙ НЕМЕДЛЕННОЙ КОРРЕКЦИИ, ЯВЛЯЕТСЯ
	1)	гиперурикемия
	2)	гиперкреатининемия
	3)	гиперкалиемия
	4)	гиперфосфатемия
ПК-5	82.	НАИБОЛЕЕ РАННИМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ХПН ЯВЛЯЕТСЯ
	1)	повышение артериального давления
	2)	тошнота, рвота
	3)	никтурия
	4)	плеврит
ПК-5	83.	КОСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ХПН
	1)	остеодистрофия
	2)	остеоартроз
	3)	очаги деструкции черепа
	4)	очаги деструкции эпифизов костей
ПК-5	84.	БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ –ЭТО НАРУШЕНИЕ
	1)	нутритивного статуса
	2)	углеводного обмена
	3)	жирового обмена
	4)	гипервитаминоз
ПК-6	85.	У БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ ЦИТОСТАТИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ ПРИ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ, НЕОБХОДИМ КОНТРОЛЬ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ
	1)	ОАК
	2)	ОАМ
	3)	ЭКГ
	4)	Суточной протеинурии

ПК-5, ПК-6	86.	ПРИ ГЕМАТУРИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА, ПРОЯВЛЯЮЩЕЙСЯ ЭПИЗОДАМИ МИКРОГЕМАТУРИИ, СЛЕДУЕТ
	1)	назначить гепарин
	2)	назначить преднизолон
	3)	назначить 4- компонентную схему
	4)	воздержаться от терапии
ПК-1	87.	В ПРАКТИЧЕСКОЙ НЕФРОЛОГИИ СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ОБЫЧНО ОПРЕДЕЛЯЮТ ПО КЛИРЕНСУ
	1)	мочевины
	2)	цистатина
	3)	калия
	4)	креатинина
ПК-1	88.	ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ СПОСОБСТВУЕТ УСТАНОВЛЕНИЮ
	1)	хронического гломерулонефрита
	2)	хронического пиелонефрита
	3)	амилоидоза почек
	4)	не имеет самостоятельного дифференциально-диагностического значения
ПК-1	89.	С ПОМОЩЬЮ ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ ПОЧЕК МОЖНО ВЫЯВИТЬ
	1)	гломерулонефрит
	2)	аномалии развития сосудов почек
	3)	амилоидоз
	4)	нефролитиаз
ПК-1	90.	ПРОТЕИНУРИЯ ПЕРЕПОЛНЕНИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
	1)	миеломной нефропатии
	2)	гломерулонефрита
	3)	пиелонефрита
	4)	диабетической нефропатии
ПК-1	91.	КАНАЛЬЦЕВАЯ ПРОТЕИНУРИЯ ПРЕДСТАВЛЕНА
	1)	альбумином
	2)	β 2-микроглобулином
	3)	парапротеином
	4)	белком Бенс-Джонса
ПК-1	92.	ТЕСТ НА МИКРОАЛЬБУМИНУРИЮ - ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ СКРИНИНГОВЫЙ МЕТОД ВЫЯВЛЕНИЯ
	1)	гломерулонефрита
	2)	хронической болезни почек
	3)	миеломной нефропатии
	4)	амилоидоза почек
ПК-1	93.	ОЦЕНКА СОДЕРЖАНИЯ В КРОВИ АНТИТЕЛ К КАРДИОЛИПИНУ ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВИТЬ
	1)	антифосфолипидный синдром
	2)	миеломную нефропатию
	3)	амилоидоз почек

	4)	гранулематоз Вегенера
ПК-1	94.	ОПРЕДЕЛЕНИЕ В КРОВИ АНТИТЕЛ К ЦИТОПЛАЗМЕ НЕЙТРОФИЛОВ (ANCA) – СКРИНИНГОВЫЙ ТЕСТ ДЛЯ
	1)	антифосфолипидного синдрома
	2)	миеломной нефропатии
	3)	амилоидоза почек
	4)	гранулематоза Вегенера
ПК-1	95.	УВЕЛИЧЕНИЕ СЫВОРОТОЧНОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ IgA ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
	1)	антифосфолипидного синдрома
	2)	нефролитиаза
	3)	гематурического гломерулонефрита
	4)	гранулематоза Вегенера
ПК-1	96.	АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К БИОПСИИ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ
	1)	единственная функционирующая почка
	2)	нефротический синдром
	3)	гломерулярная гематурия
	4)	быстро прогрессирующий нефрит
ПК-1	97.	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ КИСТ ПОЧЕК
	1)	УЗ-исследование почек
	2)	компьютерная томография
	3)	ангиография почек
	4)	биопсия почки
ПК-1	98.	ПОВЫШЕНИЕ СЫВОРОТОЧНОГО ТИТРА АСЛ-О ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
	1)	острого гломерулонефрита
	2)	амилоидоза почек
	3)	миеломной нефропатии
	4)	люпус-нефрита
ПК-1	99.	ДЛЯ ОЦЕНКИ КОНЦЕНТРАЦИОННОЙ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ИСПОЛЬЗУЮТ
	1)	Пробу Зимницкого
	2)	Пробу Нечипоренко
	3)	Формулу Кокрофта-Гоулта
	4)	трехстаканную пробу
ПК-1	100	У ПАЦИЕНТОВ СО ЗНАЧИТЕЛЬНЫМ НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕНТГЕНКОНТРАСТНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ
	1)	изоосмолярных йодсодержащих РКП
	2)	гипоосмолярных РКП
	3)	гиперосмолярных РКП
	4)	гадолиний-содержащих РКП

Вопросы для собеседования.

Код компетенций	
ПК-1	1. Эмбриогенез, анатомия и гистология почек. Морфофункциональная единица почек - нефрон. Строение нефрона, разновидность нефронов и их предназначение.
ПК-1	2. Физиология почек. Процесс фильтрации (роль системного АД, онкотического давления, давления в капсуле Боумена; расчет давления ультрафильтрации). Механизм развития внутригломерулярной гипертензии и гиперфильтрации
ПК-1	3. Протеинурия, ее виды, механизмы. Роль протеинурии в повреждении канальцевого аппарата и интерстиция. Значение протеинурии в прогрессировании хронических заболеваний почек.
ПК-1	4. Гормональная почечная регуляция АД – констрикторные гормоны (ренин, ренин - ангиотензиновая система, эндотелины) и депрессорные гормоны.
ПК-1	5. Почечная регуляция фосфорно- кальциевого обмена. Роль витамина Д ₃ в кальциевом гомеостазе. Механизм развития остеопороза. Нарушение фосфорно- кальциевого обмена при хронической почечной недостаточности.
ПК-1	6. Почечная регуляция водно-электролитного обмена; кислотно-основного баланса; возможные типы их нарушения и принципы терапии у пациентов с заболеваниями и нарушениями функции почек, показатели гомеостаза с учетом возрастных особенностей
ПК-1, ПК-2, ПК-6	7. Общие вопросы организации медицинской помощи населению по профилю "нефрология". Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю "нефрология"
ПК-1, ПК-5	8. Основные нефрологические синдромы. Нефротический синдром. Нефритический синдром. Мочевой синдром. Протеинурия. Гематурия. Гипертензионный синдром. Ренальная анемия
ПК-5	9. Клинические методы обследования больных с заболеваниями почек
ПК-5	10. Методы исследования функционального состояния почек и клиническая их оценка.
ПК-1, ПК-5	11. Методы инструментальной диагностики у пациентов с заболеваниями и нарушениями функции почек. Медицинские показания и медицинские противопоказания к использованию с учетом возрастных особенностей.
ПК-5, ПК-6	12. Гломерулонефриты (ГН). Этиология. Классификация. Морфология. Морфогенез и диагностические критерии основных морфологических форм ГН: минимальные изменения клубочков, фокально- сегментарный гломерулосклероз, мембранозная нефропатия, МПГН (Ig A- нефропатия), МКГН, острый диффузный пролиферативный ГН, экстракапиллярный ГН, фибропластический ГН.
ПК-5, ПК-6	13. Острый ГН. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.
ПК-5, ПК-6	14. Быстро прогрессирующий ГН. Клиника. Течение. Диагностика. Лечение. Прогноз.
ПК-5, ПК-6	15. Хронический ГН. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Морфологические варианты. Диагностика. Лечение. Прогноз.

	Профилактика.
ПК-5, ПК-6	16. Интерстициальные нефриты (ИН) Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика
ПК-5, ПК-6	17. Особенности лекарственных ОТИН и хронического ТИН. Диагноз, дифференциальный диагноз ОПН при ИН. Лечение ИН.
ПК-5, ПК-6	18. Инфекция мочевых путей. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Реабилитация. Профилактика и диспансерное наблюдение.
ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6	19. Пиелонефрит. Факторы риска развития пиелонефрита. Современные методы диагностики пиелонефрита. Антибактериальная терапия при пиелонефрите. Критерии выбора антибактериальных препаратов.
ПК-5, ПК-6	20. Особенности течения пиелонефрита у пожилых, беременных.
ПК-7	21. Неотложные состояния в нефрологии. Краш-синдром.
ПК-7	22. Неотложные состояния в нефрологии. Острый ДВС-синдром.
ПК-7	23. Неотложные состояния в нефрологии. Острая мочекишечная блокада.
ПК-7	24. Неотложные состояния в нефрологии. Макрогематурия.
ПК-7	25. Неотложные состояния в нефрологии. Почечная эклампсия.
ПК-7	26. Неотложные состояния в нефрологии. Острые водно-электролитные нарушения.
ПК-7	27. Неотложные состояния в нефрологии. Бактериемический шок.
ПК-7	28. Неотложные состояния в нефрологии. Нефротический криз.
ПК-7	29. Неотложные состояния в нефрологии. Склеродермический почечный криз.
ПК-7	30. Неотложные состояния в нефрологии. Острая нефропатия, вызванная применением ингибиторов кальцинейрина.
ПК-7	31. Неотложные состояния в нефрологии. Тромбоз и тромбоэмболия почечных сосудов.
ПК-5, ПК-6, ПК-7	32. Острое повреждение почек (ОПП). Определение. Этиология. Классификация. Стадии. Клиническая картина. Диагностические критерии. Методы лечения. Профилактика.
ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	33. Хроническая болезнь почек. Понятие, классификация, критерии диагностики. Этиология. Клиника. Диагностика. Особенности артериальной гипертензии при ХБП. Кардионефропротекция. Лечение. Прогноз. Профилактика и диспансерное наблюдение.
ПК-5, ПК-6,	34. Анемия, геморрагический синдром при ХБП. Костные нарушения, полинейропатия, метаболические нарушения при ХБП. Консервативные методы лечения ХБП. Особенности фармакотерапии при ХБП.
ПК-5, ПК-6,	35. Нутритивный статус у больных ХБП
ПК-5, ПК-6,	36. Диетотерапия при ХБП. Особенности лечебного питания и нутритивной поддержки в зависимости от стадии ХБП
ПК-1	37. Роль наследственности в патологии. Наследственные болезни, их отличие от врожденных. Врожденные и наследственные заболевания почек
ПК-5, ПК-6,	38. Кистозная болезнь. Особенности поражения почек. Частота. Типы наследования. Патогенез. Классификация. Морфология. Клиника. Диагноз, дифференциальный диагноз. Осложнения. Исходы. Тактика ведения больных поликистозом почек. Консервативная и активная терапия.
ПК-5, ПК-6,	39. Врожденные гломерулопатии. Болезнь Альпорта. Классификация. Клиника. Диагностика. Тактика ведения больных. Лечение.
ПК-5, ПК-6,	40. Аномалии развития почек. Аномалии почечных сосудов (артерий,

	вен). Аномалии почек (величины, расположения и формы, структуры).
ПК-5, ПК-6,	41. Понятие, классификация канальцевых дисфункций (КД): глюкозурия, аминоацидурия, нарушение реабсорбции фосфатов, почечный канальцевый ацидоз, синдром Фанкони, почечный несахарный диабет, синдром Барттера. Клиническая картина, диагностика и лечение различных видов КД.
ПК-5, ПК-6,	42. Поражение почек при заболеваниях сердечно-сосудистой системы (атеросклероз, гипертоническая болезнь, первичный инфекционный эндокардит).
ПК-5, ПК-6,	43. Поражение почек при заболеваниях легких (саркоидоз, туберкулез, хронические нагноительные заболевания)
ПК-5, ПК-6,	44. Поражение почек при системной красной волчанке
ПК-5, ПК-6,	45. Поражение почек при ревматоидном артрите
ПК-5, ПК-6,	46. Поражение почек при системной склеродермии
ПК-5, ПК-6,	47. Поражения почек при системных васкулитах
ПК-5, ПК-6,	48. Поражение почек при сахарном диабете
ПК-5, ПК-6,	49. Нефропатия беременных. Факторы риска. Клиническая картина. Стадии. Течение. Диагностика. Лечение. Профилактика.
ПК-5, ПК-6,	50. Заболевания почек и беременность. Методы диагностики. Лечение.
ПК-5, ПК-6,	51. Амилоидоз почек. Общие сведения. Современная классификация амилоидоза. Типы амилоидоза. Этиология амилоидоза. Современные принципы диагностики амилоидоза. Роль биопсии (почек, печени, слизистой прямой кишки, кожи, десны) в диагностике амилоидоза
ПК-5, ПК-6,	52. Подагра с поражением почек. Общие сведения о подагре. Первичная и вторичная подагра. Этиология. Патогенез. Роль наследственных факторов. Различные виды поражения почек. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
ПК-5, ПК-6,	53. Поражение почек при миеломной болезни
ПК-5, ПК-6,	54. Мочекаменная болезнь: этиология, патогенез, симптомы, диагностика. Современные принципы лечения нефролитиаза. Профилактика.
ПК-5, ПК-6,	55. Опухоли почек. Этиология. Классификация. Симптоматика и клиническое течение. Диагностика. Методы лечения.
ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	56. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Реабилитация. Профилактика и диспансерное наблюдение.
ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6,	57. Туберкулез почек. Определение. Этиология и патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Методы лечения. Прогноз.
ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	58. Рентгеноконтрастная нефропатия (РКН). Определение. Эпидемиология. Профилактика. Выявление и стратификация факторов риска РКН. Классификация. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Прогноз.
ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6,	59. Методы замещения функции почек, медицинские показания и медицинские противопоказания; возможные осложнения, побочные действия. Методики подготовки пациентов с заболеваниями и /или нарушениями функции почек к проведению заместительной почечной терапии.
ПК-5, ПК-6,	60. Общие принципы ведения диализных больных.
ПК-5, ПК-6,	61. Медицинские показания к направлению пациентов с заболеваниями и/или нарушениями функции почек на заместительную почечную терапию, на трансплантацию почки с учетом возрастных особенностей

ПК-2, ПК-6,	62. Порядки проведения медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения пациентов с заболеваниями и /или нарушениями функции почек, получающих заместительную почечную терапию.
ПК-5, ПК-6,	63. Трансплантация почки. Критерии отбора пациентов. Противопоказания. Тактика ведения пациентов в пред- и послеоперационном периодах. Иммуносупрессивная терапия. Хирургические осложнения после трансплантации почки.
ПК-5, ПК-6, ПК-7	64. Острые осложнения экстракорпоральных методов лечения, тромбоз артериовенозного шунта
ПК-5, ПК-6, ПК-7	65. Острый криз отторжения почечного трансплантата.
ПК-5, ПК-6,	66. Медицинские показания к биопсии почки у пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями функции почек с учетом возрастных особенностей
ПК-1, ПК-2, ПК-8	67. Методы медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и /или нарушениями функции почек. Медицинские показания и противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий, санаторно-курортного лечения.
ПК-2	68. Порядок проведения медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения за пациентами с заболеваниями и (или) нарушениями функции почек в соответствии с нормативными правовыми актами.
ПК-2	69. Порядок выдачи листков нетрудоспособности.
ПК-1, ПК-2	70. Основы здорового образа жизни, методы его формирования. Формы и методы санитарно-просветительной работы по вопросам профилактики заболеваний и /или нарушений функции почек.