

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
ДЕТСКАЯ НЕФРОЛОГИЯ**

Специальность: 31.08.43 Нефрология

Кафедра: кафедра педиатрии им. Ф.Д.Агафонова

Форма обучения: очная

Нижний Новгород
2023

1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Детская нефрология» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Детская нефрология». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине Детская нефрология используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тест	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.	Фонд тестовых заданий
2	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач

3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
УК-1, ПК-1, ПК-2	Текущий,	Раздел 1. Болезни почек у детей Раздел 2. Болезни мочевыделительной системы у детей	Ситуационные задачи,
	Промежуточный	Все разделы дисциплины	тесты

4. Содержание оценочных средств текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: ситуационная задача.

4.1. Ситуационные задачи для оценки компетенций: УК-1, ПК-1, ПК-2

И	И	И
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Девочка 1,5 лет от 2 беременности, протекавшей без патологии, вторых родов, в срок, путем естественного родоразрешения. Масса при рождении – 3200 г, длина– 51 см. Вскармливание искусственное («Малютка», «Нутрилак»). Прикормы вводились по возрасту. Психофизическое развитие соответствует возрасту. Перенесенные заболевания: ОРВИ. Профилактические прививки по календарю. Настоящее заболевание началось остро с жидкого стула до 10 раз в сутки,

		<p>наблюдался гемоколит. Отмечалось повышение температуры до фебрильных цифр. Врачом-педиатром участковым назначено лечение: регидратационная терапия, Линекс, Нурофен. В динамике состояние ухудшалось – нарастала вялость, неоднократно отмечалась рвота, сохранялся кишечный синдром, гемоколит. На третий день от начала заболевания присоединилась желтушность кожи, снижение диуреза, моча темного цвета.</p> <p>При поступлении в стационар состояние ребенка тяжелое, вялая, заторможенная. Однократно судорожный синдром с запрокидыванием головы, закатыванием глаз. Купирован введением Реланиума 0,5 мл. Масса 11 кг. Кожные покровы бледные, желтушность кожи и склер. Отечность голеней и передней брюшной стенки. Перкуторно над легкими звук легочный. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца: правая – по правой парастеральной линии, левая – на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 110 ударов в минуту, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, пальпация умеренно болезненная во всех отделах. Печень +1,5 см из-под реберного края. Селезенка пальпируется нижним полюсом. Стул жидкий с примесью крови и слизи. Анурия (более суток).</p> <p>Общий анализ крови: СОЭ – 34 мм/час, лейкоциты – $13,5 \times 10^9$/л, палочкоядерные – 6%, сегментоядерные – 49%, лимфоциты – 34%, моноциты – 7%, эозинофилы – 4%, эритроциты – $2,58 \times 10^{12}$/л, Hb – 66 г/л, тромбоциты – 75×10^9/л.</p> <p>Общий анализ мочи: количество – 10,0 мл, цвет – темно-коричневый, удельный вес – не определяется (мало мочи), белок – 0,8%, лейкоциты – 8–10 в поле зрения, эритроциты – до 100 в поле зрения.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок – 58 г/л, глюкоза – 3,9 ммоль/л, билирубин общий – 38 мкмоль/л (норма – 3,4–20,7 мкмоль/л), билирубин прямой – 2,8 мкмоль/л (норма – 0,83–3,4 мкмоль/л), ALT – 33 Ед/л, AST – 48 Ед/л, мочевины – 24,6 ммоль/л (норма – 4,3–7,3 ммоль/л), креатинин – 359 мкмоль/л (норма – до 110 мкмоль/л), цистатин С – 4,7 мг/л (норма – до 1,2 мг/л).</p>
В	1	Укажите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Гемолитико-уремический синдром, типичная форма, тяжелой степени. Олигоанурия. Сепсис?
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена
Р0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз «гемолитико-уремический синдром», типичная форма выставлен на основании развития у ребенка раннего возраста на фоне кишечной инфекции с гемоколитом клинико-лабораторной триады синдромов (триады Гассера): острой почечной недостаточности, проявившейся олигоанурией, синдромом уремической интоксикации (вялость, заторможенность) с повышением азотистых шлаков (повышение креатинина, мочевины, цистатина С), гипергидратацией (отечность голеней передней брюшной стенки, возможно,

		отёк головного мозга как причина судорожного синдрома); гемолитической анемии тяжёлой степени тяжести (снижение гемоглобина, гипербилирубинемия за счёт непрямой фракции, увеличение селезёнки); тромбоцитопении. Указанные синдромы свидетельствуют о развитии тромботической микроангиопатии с органом-мишенью – почки.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование одной из нозологических форм или Обоснование одной из нозологических форм дано неверно.
P0	-	Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно. Или Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза и оценки состояния пациента? Обоснуйте свое назначение
Э	-	1. Морфология эритроцитов (наличие шизоцитов), уровень Ret крови. Необходимы для подтверждения гемолитического характера анемии, наличие шизоцитов подтверждает диагноз «гемолитико-уремического синдрома» как проявление тромботической микроангиопатии. 2. Проба Кумбса, осмотическая резистентность эритроцитов. Необходимы для исключения аутоиммунного и наследственного (микросфероцитарная) характера гемолитической анемии. 3. Бак. посев кала, анализ кала на шига-токсин. Для подтверждения этиологической роли шига-токсин-продуцирующей E. Coli. 4. Анализ крови на электролиты и КЩС. Развитие гиперкалиемии при остром повреждении почек является жизнеугрожающим состоянием. Показатели КЩС необходимы для соответствующей коррекции метаболического ацидоза, развитие которого также характерно при остром повреждении почек. 5. Консультация врача-невропатолога, врача-офтальмолога (глазное дно). Необходимы для исключения отёка головного мозга, геморрагических осложнений (учитывая эпизод судорожного синдрома). 6. Посев крови на стерильность, СРБ и прокальцитонин. Исключение генерализованного бактериального процесса, поскольку имеются признаки системной воспалительной реакции (лихорадка, гематологические изменения в крови в виде ускоренной СОЭ, лейкоцитоза, тромбоцитопении), почечная недостаточность. 7. УЗИ почек с доплерографией. Исследование подтвердит нарушение почечного кровотока как проявление тромботической микроангиопатии.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. Или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. Или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.

В	4	Какова дальнейшая терапевтическая тактика?
Э	-	1. Показана заместительная почечная терапия (учитывая наличие анурии более суток, повышение азотистых шлаков). Учитывая малый вес ребёнка, метод выбора – перитонеальный диализ. 2. Коррекция артериальной гипертензии ингибиторами АПФ. 3. Антибактериальная терапия с целью профилактики инфекционных осложнений. Дозировка с учётом почечной недостаточности.
Р2	-	Выбраны тактика верна, выбор правильно обоснован.
Р1	-	Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
Р0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы препаратов, кроме альбумина и фуросемида.
В	5	Укажите возможные исходы заболевания. Определите неблагоприятные прогностические факторы заболевания у данного ребенка.
Э	-	Возможные исходы гемолитико-уремического синдрома: выздоровление, формирование хронического тубуло-интерстициального нефрита (хронической болезни почек). У данного пациента прогностически неблагоприятными факторами является наличие артериальной гипертензии, протеинурии. Длительность анурического периода определит прогноз заболевания (неблагоприятным является анурический период более 21 суток).
Р2	-	Исходы названы верно.
Р1	-	Исходы названы частично верно
Р0	-	Исходы названы неверно.
Н	-	2
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	К врачу-педиатру участковому доставили девочку 13 лет с жалобами на резкие боли в животе, задержку мочи. Заболевание началось 12 часов назад. Появились боли в животе без определенной локализации, болезненное мочеиспускание, затем – задержка мочи, усиление болей в животе. Направлена в нефрологическое отделение стационара. По данным выписки из истории болезни известно: В анамнезе: 3 месяца назад имелся аналогичный болевой приступ в сочетании с изменениями в моче (микрогематурия), которые выявлены при обследовании у врача-педиатра. Боли исчезли через 2 дня, в общем анализе мочи отмечались единичные кристаллы солей, большое количество оксалатов кальция. Лечились Канефроном в течение 1 месяца. Контрольное обследование не проводилось. Причину ухудшения состояния пациента не выявили. При поступлении состояние ребенка средней тяжести. Объективно: рост – 156 см, масса – 42,5 кг. температура – 37,2°С. Кожные покровы обычной окраски, отеков нет. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 80 ударов в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. При глубокой пальпации живота отмечается умеренная болезненность в проекции нижнего полюса правой почки и резкоположительный симптом Пастернацкого справа и сомнительный слева. Результаты обследования:

		<p>Общий анализ мочи: удельный вес – 1018г/л белок - 0,033г/л, лейкоциты – 35–50 в поле зрения, эритроциты – 8–10 в поле зрения, ураты – сплошь, бактериурия.</p> <p>Клинический анализ крови – без патологии.</p> <p>УЗИ почек: в проекции собирательной системы правой почки гиперэхогенное включение 2×5 мм, от которого отходит «акустическая дорожка». В мочевом пузыре симптом «звездного неба».</p> <p>Посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам: рост E.Coli, степень бактериурии: 5x10⁴/л, чувствительность: Амоксиклав, Фурамаг, Цефтриаксон.</p>
В	1	Выделите основной синдром у данного пациента.
Э	-	Болевой синдром.
P2	-	Синдром определен верно.
P1	-	Синдром определен неполностью
P0	-	Синдром определен неверно.
В	2	Поставьте и сформулируйте диагноз и окажите неотложную помощь.
Э	-	<p>Предварительный диагноз «мочекаменная болезнь. Ишурия. Хронический вторичный дизметаболический пиелонефрит. Обострение. Почечная колика».</p> <p>Неотложная помощь заключается в следующем: назначение спазмолитических, болеутоляющих средств, например, Ависана (в таблетках по 0,05 г) внутрь по 1-2 таб. 3-4 раза в сутки после еды. Препарат способствует отхождению мелких конкрементов из мочевых путей.</p> <p>Применяется Атропина сульфат подкожно по 0,5-1 мл 0,1% раствора в сочетании с болеутоляющими средствами (Тримепиридин, Пантопон и др.).</p> <p>Показаны тёплые ванны. Применяется внутрь Метамизол натрия (Баралгин) по 1-2 таб. 3 раза в сутки, детям школьного возраста по 10-20 кап. 3-4 раза в сутки, по 1-2 свечи 3 раза в сутки. При в/м введении эффект наступает через 20-30 мин., при в/в через 5-8 мин. Как спазмолитическое средство назначают Папаверина гидрохлорид – внутрь по 0,02-0,04 г.</p> <p>После снятия приступа почечной колики ребёнку показана госпитализация в детское нефрологическое отделение для полного нефроурологического обследования, консультации врача-уролога.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно. Неотложная помощь в полном объеме
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование одной из нозологических форм или Обоснование одной из нозологических форм дано неверно. Неотложная помощь не в полном объеме
P0	-	Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно. Или Диагноз обоснован полностью неверно. Неотложная помощь не верна
В	3	Оцените данные лабораторного обследования.
Э	-	ОАМ: протеинурия, лейкоцитурия, гематурия, бактериурия.
P2	-	Оценено полностью верно.
P1	-	Оценено частично не верно.
P0	-	Оценено полностью неверно.

В	4	Определите организационную (маршрутизация) тактику ведения пациента.
Э	-	Направить на третий уровень оказания медицинской помощи (в детское урологическое отделение) или в межрайонный центр для консультации детского врача-уролога, врача педиатра-нефролога для обследования и лечения заболевания.
Р2	-	Выбрана правильно.
Р1	-	Выбрано частично правильно
Р0	-	Ответ неверный
В	5	Определите диагностическую тактику ведения пациента и назовите комплекс планируемых лечебных мероприятий при данном заболевании.
Э	-	Наблюдение пациента: мониторинг посева мочи, ОАМ, ОАК, УЗИ почек и мочевого пузыря в динамике заболевания; стол № 7, охранительный режим, фитотерапия. Контроль назначений детского уролога, врача-педиатра-нефролога. Консультация педиатра-нефролога, по показаниям - детского врача-уролога для коррекции лечения в динамике заболевания.
Р2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
Р1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
Р0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Н	-	3
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мальчик Саша 7 лет поступил в стационар по направлению врача-педиатра участкового с жалобами на головную боль, недомогание, изменение цвета мочи.</p> <p>Из анамнеза известно, что ребенок от 1 беременности, протекавшей без осложнений, родился в срок с массой тела - 3200 г, длиной тела – 52 см, оценкой по Апгар 8/9 баллов. На грудном вскармливании до 1 года. Из перенесенных заболеваний – редко ОРВИ, после 5-летнего возраста – ангина, у матери - хронический тонзиллит. Три недели назад перенес лакунарную ангину, последнюю неделю посещал школу. В течение двух последних дней появились недомогание, головная боль, носовое кровотечение, стал редко мочиться.</p> <p>При осмотре: выражена бледность кожных покровов, пастозность лица, голени. Перкуторно над легкими легочной звук, дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца расширены влево на 1 см, 1 тон на верхушке ослаблен, тоны сердца учащены, приглушены, усилен 2-ой тон на аорте, АД - 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, асцита нет. Печень, селезенка не увеличены. За сутки выделил 240 мл мочи.</p> <p>Общий анализ крови: гемоглобин – 111 г/л, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/л$, средний объем эритроцитов – 80 fl, среднее содержание гемоглобина в эритроцитах – 29 pg, средняя концентрация гемоглобина в эритроците – 32 g/l, анизоцитоз эритроцитов – 9,5%, тромбоциты - $368 \times 10^9/л$, средний объем тромбоцитов – 8,3 fl, ширина распределения тромбоцитов по объему – 12%, тромбокрит – 0,3%, лейкоциты – $8,9 \times 10^9/л$, нейтрофилы – 64%, лимфоциты – 22%, эозинофилы – 4%, моноциты – 8%, СОЭ- 25 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: цвет - бурый, прозрачность - мутная, рН – 6,0, плотность - 1024, белок – 1,5 г/л, билирубин - NEG, уробилиноген - NORM,</p>

		глюкоза – NEG, лейкоциты – 10 в поле зрения, эритроциты – сплошь покрывают все поля зрения, эпителиальные клетки – ед. в поле зрения, цилиндры CAST гиалиновые– 5-6 в поле зрения, цилиндры CAST – эритроцитарные - 10-15 в поле зрения.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Острый нефритический синдром (постстрептококковый гломерулонефрит).
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз поставлен неполностью
Р0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	В пользу нефритического синдрома: периферические отёки; синдром артериальной гипертензии - головная боль, носовое кровотечение, усиление 2 тона на аорте, АД-130/80 мм рт. ст., макрогематурия. Диагноз «острый постстрептококковый гломерулонефрит» установлен на основании наличия типичной триады (нефритического синдрома, предшествующий заболеванию стрептококковой инфекции (лакунарная ангина), интервала между инфекцией и гломерулонефритом в 2 недели) и гуморальной активности (ускорение СОЭ-25мм/час).
Р2	-	Диагноз обоснован верно.
Р1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование одной из нозологических форм или Обоснование одной из нозологических форм дано неверно.
Р0	-	Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно. Или Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования. Укажите наиболее вероятные результаты, подтверждающие Ваш диагноз.
Э	-	Показано следующее дополнительное обследование: суточная протеинурия для оценки степени тяжести протеинурии, для контроля системы коагуляции (число тромбоцитов, фибриноген, АПТВ, РФМК) для оценки функции почек – суточный диурез, мочевины, креатинина, калий, натрий крови в динамике. УЗИ почек для оценки размеров, состояния паренхимы почек. Для подтверждения предшествующей стрептококковой инфекции – определение а/т к внутриклеточным продуктам стрептококка (АСЛ-О, антистрептогиалуронидазе, антистрептокиназе). Посев с миндалин на стрептококк. У больного с острым постстрептококковым гломерулонефритом: суточная протеинурия до 1-2г/сутки, не достигает нефротического уровня (1000мг/м2/сутки), характерно – снижение С3-фракции комплемента, у некоторых больных и С4-фракции комплемента, могут быть признаки гиперкоагуляции (гипертромбоцитоз, гиперфибриногенемия, укорочение АПТВ, повышение РФМК), положительные результаты посевов на стрептококк группы А, наличие антистрептококковых антител. По данным УЗИ характерны – небольшое увеличение почек в размерах, нарушение дифференцировки слоёв паренхимы, умеренное повышение эхогенности паренхимы, чашечно-лоханочная система без деформации. В острую фазу заболевания за счёт уменьшения числа функционирующих нефронов, снижения клубочковой фильтрации транзиторно снижается функция почек с развитием олигурии (менее 10-15мл/кг/сутки), нарушением гомеостаза – повышение креатинина,

		мочевины, гиперкалиемия.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. Или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. Или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
V	4	Составьте план медикаментозного лечения.
Э	-	Антибактериальная терапия 4-6 недель по схеме: 2 недели препараты пенициллинового ряда (Амоксициллин, Амоксиклав) + 2 недели макролиды II – III поколения (Джозамицин), далее поскольку есть хронический тонзиллит – Бициллин-5 1 раз в месяц в течение 4-5 месяцев. При гиперкоагуляции (Фибриноген более 4г/л) – антиагреганты (Курантил) и антикоагулянты (Фрагмин). Симптоматическая терапия: диуретики (Фуросемид), гипотензивные препараты (ингибиторы АПФ - Эналаприл, блокаторы кальциевых каналов - Нифедипин).
P2	-	Выбраны верные группы препаратов, выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован. Или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный.
V	5	В каком случае данному больному показано проведение биопсии почек?
Э	-	Биопсия почек показана при атипичном течении, длительном отсутствии обратного развития клинических симптомов.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ частично неверный.
P0	-	Ответ полностью неверный.
Н	4	
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мальчик Д. 4 года с мамой обратились к врачу-нефрологу поликлиники с жалобами на повышение температуры тела, недомогание, слабость, снижение аппетита, периодические боли в животе. При анализе амбулаторной карты выявлено, что в течение года у ребенка отмечались подъемы температуры тела до фебрильных цифр без явных катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей и лор-органов. Однако расценивались указанные симптомы как проявления ОРВИ, назначались жаропонижающие препараты, а также неоднократно короткие курсы пероральных антибактериальных средств. УЗИ почек на первом году жизни – без патологии. Анализы мочи в течение последнего года до настоящего обращения не исследовались. При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела – 37,3 °С, ЧСС – 110 ударов в минуту, АД 100/60 мм рт. ст. Кожные покровы чистые, обычной окраски, теплые. Видимые слизистые чистые, розовые, влажные.

		<p>Миндалины не выступают из-за края небных дужек, не гиперемированы. Задняя стенка глотки не гиперемирована. Носовое дыхание свободное. Отделяемого из носовых ходов нет. Кашля нет. Аускультативно дыхание в легких пуэрильное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, ритмичные, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области положительный слева. Мочеиспускания 4-5 раз в сутки по 150-200 мл, свободные, периодически отмечается беспокойство при мочеиспускании. Стул – оформленный, со склонностью к запорам (1 раз в 1-3 дня).</p> <p>Результаты амбулаторного обследования: Общий анализ крови: эритроциты – $3,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 120 г/л, лейкоциты – $15,2 \times 10^9/л$, эозинофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 66%, лимфоциты – 29%, моноциты – 3%, СОЭ – 30 мм/час. Общий анализ мочи: белок – 0,3 г/л, лейкоциты – 170-180 в поле зрения, эритроциты – 3-5 в поле зрения, реакция щелочная. По данным диагностической тест-полоски – бактериурия ++. УЗИ почек выявило уплотнение стенок ЧЛС (чашечно-лоханочной системы), пиелоэктазия слева (лоханка 9 мм на наполненный мочевой пузырь, 14 мм – после микции).</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный предварительный диагноз.
Э	-	Хронический пиелонефрит, обострение. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс слева?
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть упущена
Р0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз «пиелонефрит» установлен на основании: подъёмов температуры тела до фебрильных цифр без явных катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей и лор-органов в течение последнего года, боли в животе, лейкоцитоз нейтрофильного характера, увеличение СОЭ, протеинурия, лейкоцитурия, бактериурия, микрогематурия. Диагноз «пузырно-мочеточниковый рефлюкс» предположен в связи с наличием пиелоэктазии слева с увеличением объёма лоханки после микции (по данным УЗИ).
Р2	-	Диагноз обоснован верно.
Р1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование одной из нозологических форм или Обоснование одной из нозологических форм дано неверно.
Р0	-	Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно. Или Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Укажите необходимое визуализирующее исследование для уточнения диагноза и определения тактики ведения (проводимое после достижения ремиссии заболевания).
Э	-	Микционная цистография для подтверждения пузырно-мочеточникового рефлюкса и уточнения его степени.
Р2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.

P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не назван метод обследования.
B	4	Антибактериальные препараты каких групп наиболее часто используются при этом заболевании?
Э	-	Цефалоспорины (Цефотаксим, Цефтриаксон, Цефиксим), ингибиторзащищенные пенициллины (Амоксициллин клавуланат).
P2	-	Выбраны верные группы препаратов, выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов
P0	-	Ответ неверный.
B	5	Укажите препарат нитрофуранового ряда, который наиболее часто используется для длительной антимикробной профилактики рецидивов заболевания.
Э	-	Фуразидин.
P2	-	Препарат для лечения выбран верно.
P1	-	выбран верно, однако обосновано неверно.
P0	-	Выбран полностью неверно.
Н	-	5
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мальчик 10 лет госпитализирован в детское отделение с жалобами матери на головную боль, отеки, изменение цвета мочи.</p> <p>Из анамнеза заболевания известно, что болен с 6 лет, заболевание возникло остро через 2 недели после перенесенной скарлатины, появились отеки, протеинурия, гематурия, повышение артериального давления. Лечение получал в стационаре, после выписки врачом-нефрологом и врачом-педиатром участковым не наблюдался, анализы сдавал очень редко, в анализах фиксировались изменения по типу протеинурии и микрогематурии.</p> <p>Анамнез жизни: ребенок от второй беременности, протекавшей на фоне хронической фетоплацентарной недостаточности (ХФПН), гестоз в 3 триместре. Роды вторые в 40 недель, путем кесарева сечения, период новорожденности протекал без особенностей. На грудном вскармливании до 2 месяцев, затем получал адаптированную смесь. Рос и развивался по возрасту. Привит по национальному календарю. Травм, операций, гемотрансфузий не было.</p> <p>Объективно: состояние тяжелое, на лице, нижних конечностях, передней брюшной стенке – отеки. Видимые слизистые розового цвета, чистые. Дыхание через нос свободное. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Над легкими перкуторно – легочной звук, аускультативно – везикулярное дыхание. Область сердца видимо не изменена, границы относительной и абсолютной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Тоны сердца звучные, на верхушке выслушивается не грубый систолический шум, ЧСС – 90 ударов в минуту. АД – 150/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень +3 см из-под края реберной дуги, пальпация ее безболезненная, селезенка не пальпируется. Стул</p>

		<p>оформленный, без патологических примесей, мочеиспускание свободное, безболезненное, выделено мочи за прошедшие сутки 200,0 мл.</p> <p>Обследован: общий анализ крови: гемоглобин – 96 г/л, эритроциты – $2,3 \times 10^{12}$/л, лейкоциты – $7,8 \times 10^9$/л, тромбоциты – 210×10^6/л, СОЭ – 40 мм/ч; биохимический анализ крови: белок – 50 г/л, альбумины – 30,1 г/л, α1-глобулины – 6%, α2-глобулины – 48%, β-глобулины – 14%, γ-глобулины – 14%, холестерин – 12,8 ммоль/л, мочевины – 10,4 ммоль/л, креатинин – 270 ммоль/л, калий – 6,23 ммоль/л, натрий – 144 ммоль/л;</p> <p>общий анализ мочи: реакция – щелочная, удельный вес – 1007, белок – 4 г/л, лейкоциты – 2–3 в поле зрения, эритроциты – 70–80 в поле зрения; проба Зимницкого: дневной диурез – 200,0 мл, ночной – 300,0 мл, удельный вес мочи – 1002–1012.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Хронический гломерулонефрит смешанная форма, период обострения, ХПН II стадия. Анемия лёгкой степени.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена или неверно оценена степень анемии.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз «хронический гломерулонефрит смешанная форма, период обострения, ХПН II стадия» поставлен на основании:</p> <ul style="list-style-type: none"> - жалоб на отёки и изменение цвета мочи; - данных анамнеза заболевания – длительность заболевания, связь с перенесённой стрептококковой инфекцией, явлениями отёчного синдрома, протеинурии, гематурии, гипертензии; - объективного осмотра – выраженный отёчный синдром, гипертензия, олигоурия; - данных обследования – ускоренное СОЭ, гипопроteinемия, диспротеинемия, гиперхолестеринемия, нарушение азотистого и электролитного обмена; в анализах мочи – протеинурия, гематурия, гипостенурия, нарушение функции концентрирования. <p>Диагноз «анемия лёгкой степени» – на основании сниженного гемоглобина - 96 г/л</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование одной из нозологических форм или Обоснование одной из нозологических форм дано неверно.
P0	-	Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно. Или Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Пациенту рекомендовано – контроль артериального давления, контроль диуреза, мазок из зева и носа на флору, коагулограмма, иммунологическое исследование крови (определение РФ, ЦИК, АСЛО), суточная пробы на белок, определение функции фильтрации, УЗИ почек, дуплексное сканирование почек, ЭКГ, ЭХОКГ, консультации врача-офтальмолога,

		врача-оториноларинголога.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. Или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. Или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
B	4	Каков стандарт лечения (основные группы препаратов, длительность курсов, контроль эффективности терапии)?
Э	-	Стандарт лечения: Преднизолон 2 мг/кг в сутки или 60 мг/м ² (не более 80 мг/сутки) ежедневно в течении 6-8 недель – на этом этапе устанавливается гормоночувствительность больного, далее доза Преднизолона одномоментно снижается до 1,5 мг/кг/48 ч – альтернирующий курс Преднизолона в этой дозе проводят в течении 6 недель, затем осуществляют постепенное снижение дозы вплоть до отмены Преднизолона. Общая длительность курса при 1 эпизоде НС длится 3,5-6 месяцев. Суточная доза Преднизолона делится на 3-4 приёма, большая часть даётся в утренние часы. Гипотензивная терапия – ингибиторы АПФ, у подростков - блокаторы АПФ. Назначение антикоагулянтов и антиагрегантов показано для профилактики тромбозов. В целях коррекции отёчного синдрома применяют Лазикс внутрь. При рефрактерных к фуросемиду отёках у детей с НС назначают в/в капельно Альбумин 20% 0,5-1,0 г/кг на 1 введение в течении 2-4 часов. Лечение анемии - Эритропозтин (Рекормон, Эпомакс, Эпрекс, Эпозтин альфа, бета,омега) начальная доза 50 МЕ/кг 3 раза в неделю в/в или п/к, длительно с подбором дозы по гематокриту, поддерживающая терапия 40 МЕ/кг 3 раза в неделю; препараты железа 5-8 мг/кг (Ферроплекс 1 др. 3 раза в день, Мальтофер 20-120 капель.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов, выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован. Или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный
B	5	Основные этапы диспансерного наблюдения и реабилитации детей с выявленным заболеванием.
Э	-	3 группа диспансерного наблюдения – 1 год наблюдения на участке - осмотр врача-педиатра участкового 1 раз в месяц, врача-нефролога 1 раз в 2-3 мес., ЛОР-врача, врача-стоматолога, врача-окулиста 2 раза в год, по показаниям чаще. Обратить внимание на общее состояние, АД, отёки, диурез, мочевого синдром, состояние ЖКТ, костной системы (дети на ГКС), проявления ПН. 2 группа – 2 год наблюдения - осмотр врача-педиатра участкового 1 раз в 3 месяца, врача-нефролога 1 раз в 2-3 мес., ЛОР-врача, врача-стоматолога,

		<p>врача-окулиста 2 раза в год, по показаниям чаще.</p> <p>1 группа – стойкая клиничко-лабораторная ремиссия более 2-х лет- осмотр врача-педиатра участкового 1 раз в 3 месяца, врача-нефролога 1 раз в 2-3 мес., ЛОР-врача, врача-стоматолога, врача-окулиста 2 раза в год, по показаниям чаще.</p> <p>ОАК 2 раз в год, при интеркуррентных заболеваниях; БАК (белки, электролиты, белки острой фазы, ХС, мочевины, креатинин, β-липопротеиды) 1 раз в 6 мес., ОАМ при активности процесса 1 раз в 10 дней, при ремиссии 1 раз в мес., моча по Нечипоренко 1 раз в 1-3 мес., суточная моча на белок при активности 1 раз в неделю, при ремиссии 1 раз в мес., при интеркуррентных заболеваниях в период разгара через день, проба Зимницкого 1 раз в 6 мес., проба Реберга 1 раз в 6 мес., посев мочи 1-2 раза в год., УЗИ почек и мочевого пузыря 1 раз в 6 мес., контроль АД на каждом осмотре.</p> <p>Режим щадящий с отдыхом днём, со снижением физической нагрузки или обучение на дому.</p> <p>Диета №7, бессолевая, при сохранённой функции канальцев допускается использование лука, чеснока, детям, получающим ГКС, рекомендуют включать изюм, печёный картофель, курагу, капусту.</p> <p>Медикаментозная терапия назначается врачом стационара: гормоны, антиагреганты, мембраностабилизаторы, препараты калия, гипотензивные, диуретики.</p> <p>Фитотерапия курсы 3 месяца, затем перерыв 3 мес., далее опять 3 мес. курс. Травы с мочегонным и противовоспалительным эффектом (корень шиповника, лист чёрной смородины, плоды можжевельника, лист толокнянки, плоды и листья земляники), при гематурии (кровохлебка, лист крапивы, тысячелистник, пастушья сумка).</p> <p>Санация очагов хронической инфекции.</p> <p>Физкультурная группа - в 3 группе специальная группа, затем подготовительная.</p> <p>Прививки в течение года противопоказаны в течение 1 года, затем по индивидуальному календарю.</p>
P2	-	этапы диспансерного наблюдения и реабилитации выбраны верно.
P1	-	этапы диспансерного наблюдения и реабилитации выбраны частично верно.
P0	-	этапы диспансерного наблюдения и реабилитации выбраны полностью неверно.
Н	-	6
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мальчик 10 лет на приеме у врача-педиатра участкового с жалобами на вялость, уменьшение диуреза, изменение цвета мочи. Ребенок от первой беременности, протекавшей с гипертензией и отёчным синдромом в третьем триместре. Роды в срок. Масса при рождении 3000 г, длина 49 см. На естественном вскармливании до 3 месяцев. Прививки по возрасту. Из инфекций перенес ветряную оспу, дважды лакунарную ангину, 1-2 раза в год болеет ОРВИ.</p> <p>2 недели назад перенес ангину с повышением температуры до 39 °С,</p>

		<p>лечился Амоксициллином. Настоящее заболевание началось с резкого ухудшения самочувствия, потери аппетита, слабости, повышенной утомляемости, появилась моча цвета «мясных помоев».</p> <p>При осмотре: кожные покровы бледные с мраморным рисунком. Пастозность век и голеней. В легких хрипов нет. Тоны сердца умеренно приглушены, систолический шум на верхушке. АД - 130/95 мм рт. ст., ЧСС – 100 ударов в 1 минуту. Живот мягкий. Печень у края реберной дуги. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный с обеих сторон. За сутки выделил 300 мл мочи. Количество выпитой жидкости не измерялось.</p> <p>Общий анализ крови: гемоглобин - 130 г/л, лейкоциты – $9,2 \times 10^9$/л, палочкоядерные нейтрофилы – 7%, сегментоядерные нейтрофилы – 71%, лимфоциты – 18 %, моноциты – 3 %, тромбоциты – $530,0 \times 10^9$/л, СОЭ – 35 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: белок – 0,15 г/л, эритроциты – покрывают все поля зрения, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, гиалиновые цилиндры – 1-2 в поле зрения, зернистые 4-8 в поле зрения.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Острый нефритический синдром (постстрептококковый гломерулонефрит), период начальных проявлений.
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть упущена
Р0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	<p>Определение уровня антистрептолизина-О (АСЛ-О характерно повышение), С3 фракции комплемента (характерно снижение), посев на микрофлору из зева и носа, возможен высеv β-гемолитического стрептококка группы А (<i>Streptococcus pyogenes</i>). Оценка почечных функций в динамике с определением скорости клубочковой фильтрации (возможно снижение). Исследование морфологии эритроцитов в моче для дифференцирования ренальной (гломерулярной) и экстраренальной гематурии. Используют световую или фазово-контрастную микроскопию (ФКМ). Наличие дисморфных эритроцитов в количестве более 50% характерно для гломерулярной гематурии.</p> <p>В дальнейшем при рецидивировании экстраренальной и ренальной клинической симптоматики в сочетании со снижением функции почек решается вопрос о проведении нефробиопсии.</p>
Р2	-	План составлен и обоснован верно.
Р1	-	План составлен и обоснован неполностью
Р0	-	План составлен и обоснован полностью неверно.
В	3	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз «постстрептококковый гломерулонефрит» поставлен на основании данных анамнеза: 2 недели назад перенёс ангину с повышением температуры до 39°C, лечился Амоксициллином; сочетания: экстраренальных синдромов: умеренно выраженный отёчный синдром, интоксикация, артериальная гипертензия, и ренальных симптомов: значительная гематурия, умеренная протеинурия, цилиндрурия. Процесс предположительно острый, так как по условию задачи нет указаний на то,</p>

		что это повторный эпизод, но есть связь с перенесённым инфекционным заболеванием (ангина).
P2	-	Диагноз обоснован полностью верно.
P1	-	Диагноз обоснован частично верно
P0	-	полностью неверно.
B	4	Охарактеризуйте принципы диетотерапии при данном заболевании. Как рассчитать объем жидкости?
Э	-	Диета: - с ограничением потребления соли (до 1-2 г/сут) и жидкости в острый период болезни, особенно при быстром нарастании отёков, олигурии и АГ. Объем жидкости рассчитывают, исходя из диуреза за предыдущий день с учётом внепочечных потерь, приём жидкости не должен превышать диуреза более, чем на 200 мл. - с ограничением белка до 0,5 г/кг/сут при снижении функции почек менее 60 мл/мин (до нормализации СКФ и уровня креатинина в крови, но не длительнее 2-4 недель).
P2	-	Диеты выбор правильный, обоснован.
P1	-	Частично верно
P0	-	Ответ неверный
B	5	Назовите показания для госпитализации.
Э	-	Нарушение функции почек (с и без уменьшения количества выделяемой мочи). Сохраняющаяся/нарастающая артериальная гипертензия. Признаки сердечной недостаточности. Нефротический синдром.
P2	-	Показания для госпитализации выбраны верно.
P1	-	Показания для госпитализации выбраны частично неверно.
P0	-	Показания для госпитализации выбраны полностью неверно.
Н	-	7
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Девочка 10 лет с матерью на приеме у врача-педиатра участкового. Со слов матери, жалуется на боли в животе и пояснице, повышение температуры, слабость, снижение аппетита, головную боль. Больна 4 день. Заболела остро, появилось учащенное мочеиспускание, повышение температуры до 38,5 °С. Получала Парацетамол.</p> <p>Девочка от первой беременности, протекавшей на фоне повышения артериального давления, отеков. Роды срочные, самостоятельные. Вес при рождении 3250 г, длина 52 см. Находилась на естественном вскармливании. Перенесенные заболевания: ОРВИ, бронхит. Аллергоанамнез без особенностей.</p> <p>При осмотре состояние средней тяжести. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые, бледные, сухие, небольшой периорбитальный цианоз. Лимфоузлы без особенностей.</p> <p>Перкуторный звук над легкими ясный. Дыхание проводится с обеих сторон, везикулярное, хрипов нет. Границы сердца перкуторно не расширены. Тоны ритмичные, ЧСС – 96 ударов в минуту, АД – 100/65 мм рт. ст. Живот мягкий. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не определяется. Почки не пальпируются. Синдром сотрясения слабоположительный с обеих сторон. Отеков нет. Вес 29 кг, рост 138 см.</p>

		<p>Полный анализ крови: эритроциты – $4,0 \times 10^{12}/л$, Hb – 128 г/л, лейкоциты – $11,8 \times 10^9/л$, базофилы – 1%, эозинофилы – 3%, палочкоядерные – 20%, сегментоядерные – 62%, лимфоциты – 12%, моноциты – 2%, СОЭ – 42 мм/час.</p> <p>Полный анализ мочи: светло-желтая, мутная, относительная плотность – 1013, белок 0,4 г/л, лейкоциты – в большом количестве, эритроциты – 3–4 в поле зрения, оксалаты (+).</p> <p>Общий белок – 78 г/л, белковые фракции: альбумины – 54%, глобулины $\alpha 1$ – 4%, $\alpha 2$ – 14%, β – 10,5%, γ – 17,5%.</p> <p>Креатинин крови – 0,068 ммоль/л, мочевины – 4,4 ммоль/л, КЭЖ – 110 мл/мин/1,73м². Калий сыворотки – 4,6 ммоль/л, натрий – 134 ммоль/л.</p>
В	1	Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Острый пиелонефрит, активная стадия, функция почек сохранена.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте сформулированный диагноз.
Э	-	Диагноз обосновывается следующими клинико-лабораторными данными: интоксикационный, дизурический, болевой синдромы. Для острого пиелонефрита не характерны отечный и гипертензионный синдромы. Типичные воспалительные изменения в крови, диспротеинемия с увеличением $\alpha 2$ фракции глобулинов, незначительная протеинурия и лейкоцитурия в анализе мочи. Учитывая длительность заболевания менее 6 месяцев, диагностирован острый пиелонефрит. Представленные показатели азотистого, электролитного обменов свидетельствуют о сохранной функции почек.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование одной из нозологических форм или Обоснование одной из нозологических форм дано неверно.
P0	-	Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно. Или Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
Э	-	<p>Рекомендовано:</p> <ul style="list-style-type: none"> – определение СРБ в крови для оценки степени активности процесса; – посев мочи для установления этиологического фактора и определения антибиотикочувствительности; – проба Нечипоренко для количественной оценки лейкоцитурии; – уроцитограмма для подтверждения нейтрофильного характера лейкоцитурии; – УЗИ почек для оценки структурных нарушений в почках; – проба Зимницкого для оценки канальцевых функций; – при стихании активности процесса – рентгеноурологическое обследование для исключения вторичного пиелонефрита.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет

		обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. Или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. Или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
B	4	Укажите заболевания, с которыми следует провести дифференциальный диагноз.
Э	-	Инфекция мочевыводящих путей. Острый гломерулонефрит.
P2	-	Диф. диагноз определен правильно и обоснован.
P1	-	Диф. диагноз определен, однако выбор не обоснован.
P0	-	Ответ неверный
B	5	Определите тактику лечения и обоснуйте её.
Э	-	Госпитализация в детское нефрологическое отделение. Режим постельный до купирования экстраренальных симптомов. Диета №5 по Певзнеру. Принудительный ритм мочеиспускания каждые 2-3 часа для профилактики нарушений уродинамики. Антибактериальная терапия, учитывая микробно-воспалительный характер процесса. Жаропонижающие препараты при гипертермии выше 38-38,5 °С
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Н	-	8
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	На приеме врача-педиатра участкового мать с девочкой 1 год 4 месяца. Мама предъявляет жалобы на появление отеков у ребенка на лице, конечностях, редкие мочеиспускания. При расспросе выявлено, что 2 недели назад девочка перенесла ОРВИ. Из анамнеза жизни: девочка от первой беременности, протекавшей с токсикозом II половины. Родилась в срок, с массой тела 3600 г. Раннее развитие без особенностей, несколько раз болела ОРВИ. У матери – хронический тонзиллит. Наследственность по патологии органов мочевой системы не отягощена. Объективно: состояние средней тяжести, бледная, отёки на лице, конечностях, туловище. Масса тела – 14 кг, рост – 77 см. Температура тела – 37,5 °С. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС – 104 удара в минуту. АД – 115/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень выступает из-под края реберной дуги на 3,5см. Селезенка не увеличена. Диурез: выпито жидкости накануне – 300 мл, выделено мочи - 150 мл. Моча пенится.

		ОАК (общий анализ крови): лейкоциты - $18,6 \times 10^9$ /л, эритроциты - $4,43 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин - 117 г/л, тромбоциты - $220,0 \times 10^9$ /л, эозинофилы – 5%, нейтрофилы – 74%, лимфоциты – 17%, моноциты – 4%, СОЭ – 37 мм/ч. ОАМ (общий анализ мочи): относительная плотность мочи – 1020, белок – 16,6 г/л, эритроциты - 0-1 в поле зрения, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, цилиндры гиалиновые и зернистые 2-3 в поле зрения.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Острый гломерулонефрит, нефротический синдром.
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз поставлен неполностью
Р0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз поставлен на основании отёчного синдрома (отёки на лице, конечностях, туловище; уменьшение диуреза), мочевого синдрома (массивная протеинурия более 3 г/л, цилиндрурия), воспалительных изменений в ОАК.
Р2	-	Диагноз обоснован верно.
Р1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование одной из нозологических форм или Обоснование одной из нозологических форм дано неверно.
Р0	-	Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно. Или Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Укажите, какие лабораторно-инструментальные исследования необходимы для подтверждения диагноза.
Э	-	Биохимическое исследование крови: уровень холестерина (характерно повышение), общий белок (гипопротеинемия), белковые фракции (диспротеинемия за счёт гипоальбуминемии, гипер α_2 -глобулинемии). Суточная экскреция белка с мочой (характерна массивная протеинурия).
Р2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
Р1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
Р0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. Или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. Или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	4	Обоснуйте необходимость госпитализации в данной ситуации
Э	-	Учитывая острый период заболевания, выраженную клиническую симптоматику (отёчный синдром), воспалительную активность (лейкоцитоз, увеличение СОЭ), массивную протеинурию (до 16,6 г/л в разовой моче), возраст пациента, данному ребёнку показана госпитализация в профильное нефрологическое отделение.
Р2	-	Необходимость госпитализации правильно обоснована.

P1	-	обоснована частично.
P0	-	Ответ неверный
B	5	Какова тактика врача-педиатра участкового при организации специфической иммунопрофилактики у ребенка, перенесшего данное заболевание?
Э	-	Вакцинация детей инактивированными вакцинами и анатоксинами - по индивидуальному графику в период полной клинико-лабораторной ремиссии (обязательное исследование клинического, биохимического анализов крови, общего анализа мочи, суточной протеинурии, оценка функции почек). Вакцинация «живыми» вакцинами – по эпид. показаниям, после консультации врача-иммунолога (решается индивидуально с учётом прививочного анамнеза, сроков ремиссии).
P2	-	Дальнейшая тактика верна.
P1	-	Тактика верна частично.
P0	-	Тактика полностью неверно.
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мама с мальчиком 5 лет обратились с жалобами на уменьшение диуреза и отеки. Из анамнеза известно, что патологии почек в семье нет, родители молодые, у матери атопическая бронхиальная астма. Ребенок от первой беременности, протекавшей без осложнений, родился в срок с массой тела 3200 г, длиной - 52 см, оценка по Апгар - 8/9 баллов. Вскармливание грудное до 1 года, ОРВИ болел редко. Наблюдается аллергологом по поводу поллиноза (конъюнктивит, ринит). Через 2 недели после профилактической прививки противогриппозной вакциной появились отеки, которые в динамике стали нарастать. Объективно: физическое развитие среднее, гармоничное, отек лица, конечностей, поясницы, передней брюшной стенки, асцит, отек мошонки, гидроторакс. АД - 108/67 мм рт. ст. Дизурических расстройств нет, суточный диурез 250 мл. Общий анализ мочи: COLOR-светло-желтый, CLA – слабо мутная, pH – 6,5, PRO – 6,6 г/л, BNL - NEG, YRO - NORM, GLU – NEG, WBC – единиц в поле зрения, RBC – 0-1 в поле зрения, EC – единиц в поле зрения, цилиндры CAST гиалиновые и зернистые –2-3 в поле зрения.
B	1	Предположите наиболее вероятный диагноз и обоснуйте его.
Э	-	Идиопатический нефротический синдром (нефротический синдром с минимальными изменениями - НСМИ). Анасарка, протеинурия 6,6 г/л позволяет предполагать наличие нефротического синдрома (НС), у детей дошкольного возраста наиболее частая причина НС без синдрома артериальной гипертензии - НСМИ. В пользу диагноза – атопическое заболевание (поллиноз) в анамнезе, отсутствие синдрома артериальной гипертензии и гематурии.
P2	-	Диагноз поставлен верно. Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью. Диагноз обоснован неполностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно. Диагноз обоснован полностью неверно.

В	2	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. Укажите наиболее вероятные результаты, подтверждающие Ваш диагноз.
Э	-	<p>Рекомендован следующий план дополнительного обследования: Для верификации нефротического синдрома: суточная потеря белка в мг/кг или мг/м², уровень общего белка и альбуминов в г/л, липидный профиль (общий холестерин, триглицериды, ЛПВП, ЛПНП).</p> <p>Пр. Нечипоренко для выявления скрытой гематурии. Контроль АД, глазное дно для исключения синдрома артериальной гипертензии.</p> <p>Для выявления гуморальной активности: общий анализ крови с тромбоцитами и ретикулоцитами, альфа₂-глобулины, -глобулины, -глобулины, фибриноген.</p> <p>Для выявления гиперкоагуляции: АПТВ, тромбоциты, фибриноген, РФМК, МНО.</p> <p>Для оценки функции почек: пр. Зимницкого, креатинин, мочевина крови, калий, натрий, кальций, фосфор крови.</p> <p>У больного с НСМИ должен быть полный нефротический синдром (отёки по типу аносарки, протеинурия 1000мг/м² /сутки и более или 50 мг/кг/сутки и более, гипопротеинемия за счёт гипоальбуминемии 25 г/л и ниже, нарушения липидного обмена - гиперхолестеринемия, гипертриглицеридемия, повышение ЛПНП и снижение ЛПВП), без гематурии и синдрома артериальной гипертензии, характерно ускорение СОЭ, увеличение альфа₂-глобулины, -глобулинов, низкие показатели гамма-глобулинов. При гипоальбуминемии ниже 20 г/л могут быть признаки гиперкоагуляции (угроза тромбозов), в пользу чего гипертромбоцитоз более 400×10⁹/л, гиперфибриногенемия более 6 г/л, укорочение АПТВ и МНО, увеличение РФМК. Функция почек длительно остаётся сохранной (нет гипостенурии, азотемии, снижения КФ).</p>
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. Или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. Или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	3	Показана ли иммуносупрессивная терапия в данном случае?
Э	-	При манифестации идиопатического нефротического синдрома показано назначение стандартной глюкокортикоидной терапии (СГКТ) - Преднизолон 2мг/кг/сутки или 60мг/м ² ежедневно 4-6-8 недель, далее 1.5мг/кг/48 часов 6 недель с последующим снижением по 5 мг каждую неделю до отмены в течение 1-2 месяцев.
P2	-	Ответ верный
P1	-	Частично верный
P0	-	Ответ полностью не верный
В	4	Назовите наиболее вероятные осложнения от иммуносупрессивной терапии. вероятные результаты СГКТ при лечении больных с нефротическим

		синдромом и наиболее вероятные результаты СГКТ у Вашего больного.
Э	-	Нефротический синдром может оказаться: Стероидчувствителен: развитие полной клинико-лабораторная ремиссии заболевания при приёме Преднизолонa 2мг/кг/сутки или 60мг/м2/сутки в течение 6-8 недель СГКТ. Стероидзависимым: рецидив НС при снижении дозы Преднизолонa или в течение 2 недель после его отмены. Рецидивирующим редко или часто (более 2 рецидивов за полгода или более 4 рецидивов в течение года). Стероидрезистентным: ремиссия не получена после 6- 8 недельного курса Преднизолонa 2мг/кг/сутки. У данного (НСМИ) больного НС должен быть стероидчувствителен, но может рецидивировать или быть стероидзависимым.
P2	-	Ответ верный
P1	-	Частично верный
P0	-	Ответ полностью не верный
В	5	Назовите показания и цели к проведению пункционной биопсии почек у данного ребенка больному с НС.
Э	-	Биопсия почек показана больным с стероидчувствительным, часто рецидивирующим НС, стероидзависимым НС, стероидрезистентным НС. Цель проведения пункционной биопсии почек – определение морфологического варианта ГН для выбора иммуносупрессивной терапии.
P2	-	Ответ верный
P1	-	Частично верный
P0	-	Ответ полностью не верный
Н	-	10
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Ребенок 3 месяцев, от первой беременности, протекавшей с тяжелым токсикозом. Роды на 37-й неделе беременности. Масса тела при рождении 3500 г, длина 48 см, плацента большая. С первых дней жизни ребенок редко мочился, отмечались отеки на конечностях, лице, передней брюшной стенке. Генеалогический анамнез: по материнской линии отмечалась ранняя детская смертность. Ребенок поступил на обследование в нефрологическое отделение. Масса тела 6500 г. Состояние тяжелое. Выражены стигмы дизэмбриогенеза: синдактилия, укороченные и искривленные мизинцы на руках, гипертелоризм, неправильная форма ушных раковин. Кожные покровы бледные, выражены отеки на лице, конечностях, асцит. Тоны сердца приглушены. ЧСС -132 уд/мин. Печень выступает из-под реберного края на 4-5 см. Несмотря на проводимую терапию, состояние больного оставалось тяжелым. В лечение были включены глюкокортикоиды (в стандартной дозировке), которые не оказали позитивного эффекта. Общий анализ крови: Нв - 100 г/л, Эр – $3,0 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $12,0 \times 10^9/л$, п/я - 3%, с - 28%, э - 4%, л - 52%, м -10%, СОЭ - 20 мм/час. Общий анализ мочи: белок - 3,6 г/л, эритроциты - 1-2 в п/з, лейкоциты -1-2 в п/з, гиалиновые цилиндры - 6-9 в п/з. Биохимический анализ крови: общий белок - 50 г/л, альбумины -38%, альфа1-глобулины - 4%, альфа2-глобулины - 14%, бета-глобулины -18%, гамма-глобулины - 24%, креатинин 45 мкмоль/л, мочевиная – 3,0 ммоль/л, холестерин

		-8,0 ммоль/л. УЗИ почек – нефромегалия, уплотнение коркового слоя почек. Гистологическое исследование почек (пункционная биопсия): микрокистоз, пролиферация мезенхимальных клеток, фиброзные изменения в обеих почках.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Врожденный нефротический синдром финского типа Морфологический диагноз: Микрокистоз. Хроническая болезнь почек I стадия. Анемия легкой степени тяжести.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена или неверно оценена степень анемии.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз нефротического синдрома определен на основании анамнестических данных (отечный синдром, олигурия с момента рождения ребенка), данных клинического осмотра (отеки на лице, конечностях, асцит, гепатомегалия), данных общего анализа мочи (протеинурия нефротического уровня, цилиндрурия), биохимического анализа крови (гипопротеинемия, гипоальбуминемия, гиперхолестеринемия). Диагноз врожденного нефротического синдрома финского типа установлен на основании анамнестических данных (случаи младенческой смертности по линии мамы, дебют с периода новорожденности, отсутствие эффекта от глюкокортикоидов) и данных нефробиопсии (микрокистоз). Диагноз хронической болезни почек может быть установлен, учитывая стойкие лабораторные (протеинурия) и морфологические (микрокистоз, фиброзные изменения) признаки поражения почечной паренхимы. I стадия, так как нет снижения СКФ . Диагноз анемии легкой степени тяжести установлен на основании данных общего анализа крови (снижение числа эритроцитов и уровня гемоглобина).
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование одной из нозологических форм или Обоснование одной из нозологических форм дано неверно.
P0	-	Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно. или Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Пациенту рекомендовано: исследование гена нефрина (NPHS1) для верификации диагноза измерение АД, Эхо-КГ для выявления возможного гидроперикарда, оценки морфометрических параметров сердца и крупных сосудов при отеках ЭКГ для выявления возможных электролитных нарушений определение креатинина и скорости клубочковой фильтрации для уточнения стадии хронической болезни почек определение уровня ТТГ, учитывая частое развитие гипотиреоза, исследования состояния обмена железа (сывороточное железо, ОЖСС,

		ферритин, трансферрин, НТЖ), определение эритроцитарных индексов и количества ретикулоцитов для уточнения характера анемии.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
B	4	Какие препараты для коррекции отечного синдрома показаны пациенту. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Генез отечного синдрома у больных с врожденным нефротическим синдромом связан с выраженной гипоальбуминемией и снижением онкотического давления плазмы. Больному показано с заместительной целью введение 20% раствора альбумина, совместно с фуросемидом (0,5-1 мг/кг). Так как инфузии будут ежедневными, необходима установка центрального катетера.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов, выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы препаратов, кроме альбумина и фуросемида.
B	5	Какие препараты для коррекции анемии наиболее целесообразны? Обоснуйте Ваш выбор.
Э	-	Пациенту показано назначение препаратов железа, при прогрессировании хронической болезни почек показано подключение препаратов эритропоэтина. Предпочтительны препараты трехвалентного железа гидроксидполимальтозный комплекс. Также необходима коррекция гипотиреоза, который может усугублять течение анемии.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Н	-	11
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной 7 лет, поступил в клинику на 3-й день болезни с жалобами на головную боль, отечность лица, голеней, появление мочи в виде "мясных помоев".

		<p>Ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом первой половины, первых срочных родов. Масса при рождении 3150 г, длина 50 см. Оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. Раннее развитие без особенностей. На грудном вскармливании до 7 месяцев, привит по возрасту. С 5 лет состоит на диспансерном учете в связи с хроническим тонзиллитом, частыми ОРВИ. Генеалогический анамнез не отягощен.</p> <p>Настоящее заболевание началось через 2 недели после перенесенной ангины. При поступлении состояние средней тяжести. Кожа и видимые слизистые обычной окраски, чистые, отмечается отечность лица, пастозность голеней и стоп. Зев нерезко гиперемирован, миндалины II-III степени, разрыхлены, без наложений. Перкуторно над легкими звук ясный, легочный. При аускультации в легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, ЧД 24 в минуту. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны сердца ритмичные, отчетливые, ЧСС 90 ударов в минуту, АД 130/85 мм рт. ст. Живот обычной формы, мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Суточный диурез 320 мл, моча красного цвета. Вес 24 кг, рост 124 см.</p> <p>Общий анализ крови: Гемоглобин - 125 г/л, эритроциты - $4,3 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $12,3 \times 10^9/л$: п/я - 5%, с/я - 60%, эозинофилы - 5%, лимфоциты - 24%, моноциты - 6%, СОЭ - 20 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: количество - 70,0 мл, цвет - красный, прозрачность - неполная, реакция - щелочная, относительная плотность - 1023, эпителий - 1-2 в п/зрения, эритроциты - измененные, покрывают все поля зрения, лейкоциты - 2-3 в п/зрения, цилиндры - зернистые 3-4 в п/зрения, белок - 0,99‰.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок - 65 г/л, альбумины - 53%, альфа1-глобулины - 3%, альфа2-глобулины - 17%, бета-глобулины - 12%, гамма-глобулины - 15%, мочевины - 7,2 ммоль/л, креатинин - 87 мкмоль/л, калий - 5,21 ммоль/л, натрий - 141,1 ммоль/л, холестерин - 6,0 ммоль/л, бета-липопротеиды - 92,0 ед. (норма до 44 ед.), СКФ по Шварцу 52 мл/мин</p> <p>Биохимический анализ мочи: белок - 600 мг/сутки (норма - до 200), фосфор - 21 ммоль/сутки (норма - 19-32), кальций - 3,6 ммоль/сутки (норма - 1,5-4), креатинин - 2,5 ммоль/сутки (норма - 2,5-15), аммиак - 28 ммоль/сутки (норма - 30-65), титруемая кислотность - 40 ммоль/сутки (норма - 48-62), оксалаты - 14 мг/сутки (норма - до 17).</p> <p>УЗИ ОБП и почек: печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка без патологии. Почки расположены обычно, размеры не увеличены, паренхима не изменена. ЧЛС имеет обычное строение.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Острый гломерулонефрит с нефритическим синдромом, острое повреждение почек 1 стадия.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: неверно оценена степень почечной недостаточности или ведущий синдром.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Заболевание началось через 2 недели после перенесенной ангины, в клинической картине у ребенка головная боль, отечность лица, голеней,

		повышение АД 130/85 мм рт. ст., моча цвета "мясных помоев", олигоурия до 400 мл в сутки. Изменения в общем анализе мочи: цвет - красный, прозрачность - неполная, реакция - щелочная, относительная плотность - 1023, эритроциты - измененные, покрывают все поля зрения, лейкоциты - 2-3 в п/зрения, цилиндры - зернистые 3-4 в п/зрения, белок - 0,99‰, увеличение показателей белка в суточном анализе мочи до 600мг/сутки). Острое повреждение почек 1 стадия: увеличение показателей мочевины до 17,2 ммоль/литр, креатинина до 187 мкмоль/литра.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование степени почечной недостаточности или ведущего синдрома.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Для определения этиологического фактора необходимо определение титра антистрептококковых антител. С целью оценки эффективности терапии проводится суточное АД мониторирование, суточный анализ мочи на белок; коагулограмма; для определения степени повреждения почечной ткани определение скорости клубочковой фильтрации; проведение пункционной биопсии почки с целью уточнения морфологического варианта нефрита, оценки прогноза и определения тактики лечения.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
B	4	Назначьте тактику ведения пациентов с острым повреждением почек
Э	-	Отмена нефротоксических препаратов (аминогликозиды, амфотерицин В, рентгеноконтрастные препараты и др.) Мониторинг артериального давления и объема циркулирующей крови Коррекция возможной гиповолемии Избегать гипергликемии Контроль креатинина плазмы и диуреза
P2	-	Выбран верный алгоритм введения пациента.
P1	-	Выбран верный алгоритм введения пациента, однако выбор не обоснован.
P0	-	Ответ неверный: алгоритм ведения составлен не правильно.
B	5	Составьте план лечения данному пациенту, обоснуйте свой выбор.
Э	-	Режим – постельный при выраженных отеках, макрогематурии, умеренной/тяжелой артериальной гипертензией, сердечной недостаточности (обычно в первые 3-4 недели). При улучшении состояния режим постепенно расширяют. Диета с ограничением потребления соли (до 1-2 г/сутки) и

		жидкости в острый период болезни, особенно при быстром нарастании отеков, олигурии и артериальной гипертензии. Объем жидкости рассчитывают, исходя из диуреза за предыдущий день с учетом внепочечных потерь, прием жидкости не должен превышать диуреза более чем на 200 мл; с ограничением белка до 0,5 г/кг/сутки при снижении функции почек менее 60 мл/минуту (до нормализации СКФ и уровня креатинина в крови, но не длительнее 2-4 недель). Этиотропная антибактериальная терапия препаратами пенициллинового ряда. Петлевые диуретики, которые, увеличивая натрийурез и фильтрацию, уменьшают задержку жидкости и выраженность отеков и артериальной гипертензии. Назначение антикоагулянтов (гепарин), антиагрегантов (пентоксифиллин).
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета..

5.1 Перечень тестовых заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: тестовые задания.

5.1.1 Тестовые задания зачету по дисциплине «Детская нефрология»

Вопрос	Код компетенции (согласно РПД)
1. На деятельность почечных канальцев непосредственно влияет гормон А. альдостерон; Б. тироксин; В. инсулин, Г. гонадотропин; Д. андрогены	УК-1, ПК-1, ПК-2
2. Кислотно-щелочное состояние удерживается путем: А. выделения кислотных валентностей и задержки щелочных валентностей канальцами; Б. продукции аммония канальцами; В. выделения кислых валентностей канальцами; Г. всем перечисленным; Д. буферными системами крови	
3. Селективность протеинурии определяют для оценки состояния- А. петли Генле; Б. эпителия дистальных канальцев; В. мембраны клубочков, Г. всего перечисленного; Д. эпителия проксимальных канальцев.	
4. Концентрационную функцию почек не характеризует А. проба Зимницкого; Б. белок и белковые фракции; В. относительная плотность мочи; Г. осмолярность мочи, Д. электролиты крови.	
5. Фильтрационную способность почек не характеризует-	

<p>А. клиренс эндогенного креатинина; Б. креатинин крови; В. уровень мочевины крови; Г. осмолярность мочи; Д. селективность протеинурии</p>	
<p>6. У ребенка с гематурией для подтверждения диагноза наследственного нефрита важно выявить наличие у родственников всех симптомов, кроме: А. тугоухости; Б. гематурии; В. патологии зрения; Г. дисплазии тазобедренного сустава; Д. развитие ХПН в раннем возрасте.</p>	
<p>7. Торпидное течение характерно для: А. нефротической формы гломерулонефрита; Б. пиелонефрита; В. волчаночного нефрита; Г. наследственного нефрита; Д. цистита.</p>	
<p>8. Повышение артериального давления на ранних стадиях характерно для: А. наследственного нефрита; Б. гломерулонефрита; В. пиелонефрита; Г. дизметаболической нефропатии; Д. тубулопатий.</p>	
<p>9. Наличие малых аномалий (диспластических признаков) не характерно для А. наследственного нефрита; Б. тубулопатий; В. гломерулонефрита; Г. дизметаболической нефропатии; Д. кистозной болезни.</p>	
<p>10. Собирать мочу на посев рекомендуется методом: А. пункцией мочевого пузыря; Б. из средней струи в стерильную посуду; В. при катетеризации мочевого пузыря; Г. из анализа мочи по Нечипоренко; Д. из суточной мочи.</p>	
<p>11. Преобладание нейтрофилов в мочевом осадке более характерно для: А. пиелонефрита; Б. тубулоинтерстициального нефрита; В. гломерулонефрита; Г. наследственного нефрита; Д. амилоидоза.</p>	
<p>12. Активность воспалительного процесса не отражает А. белковые фракции, Б. серомукоид, В. С-реактивный белок, Г. электролиты крови, Д. фибриноген крови,</p>	
<p>13. Гиперлипидемия наиболее характерна для А. гломерулонефрита нефротической формы,</p>	

<p>Б. гломерулонефрита гематурической формы, В. пиелонефрита, Г. тубулоинтерстициального нефрита, Д. тубулопатии</p>	
<p>14. Выраженная фибриногенемия наблюдается при А. гломерулонефрите нефротической формы, Б. цистите, В. наследственном нефрите, Г. дизметаболической нефропатии, Д. пиелонефрите</p>	
<p>15. Экскреция оксалатов, уратов в моче определяется обычно А. в суточной моче, Б. в утренней порции, В. в трехчасовой моче, Г. во всем перечисленном, Д. из средней струи</p>	
<p>16. Повышение мочевой кислоты в крови может свидетельствовать о А. нарушении обмена кальция, Б. нарушении обмена щавелевой кислоты, В. атоническом дерматите, Г. нарушении обмена пуринов, Д. нарушении обмена цистина</p>	
<p>17. Гиперуриксмия в детском возрасте может наблюдаться при А. приеме цитостатиков, Б. приеме мочегонных тиазидового ряда, В. подагре, Г. всем перечисленном, Д. приеме сульфаниламидов</p>	
<p>18. Значительное повышение IgG в крови наблюдается при А. пиелонефрите, Б. системной красной волчанке, В. цистите, Г. гломерулонефрите нефротической формы, Д. тубулоинтерстициальном нефрите</p>	
<p>19. Допустимое количество остаточной мочи в мочевом пузыре у ребенка 10 лет составляет А. 20-30 мл, Б. 100 мл, В. 80 мл, Г. 120 мл, Д. 40-60 мл</p>	
<p>20. При цистографии уточняются все перечисленные данные, за исключением А. наличия рефлюксов, Б. состояния уретры, В. функционального состояния почек, Г. количества остаточной мочи, Д. состояние детрузора</p>	
<p>21. Показанием для проведения внутривенной урографии является все перечисленное, за исключением А. болей в животе неясной этиологии,</p>	

<p>Б. стойкой лейкоцитурии, В. травмы брюшной полости с задержкой мочеиспускания, Г. острого периода гломерулонефрита; Д. внезапно появившейся гематурии</p>	
<p>22. Динамическая нефросцинтиграфия выявляет А. отдельную функцию почек, Б. функцию клубочков, В. отдельно скорость клубочковой фильтрации каждой почки Г. все перечисленное; Д. топографию и размер почек</p>	
<p>23. Наиболее тяжелым морфологическим вариантом гломерулонефрита является А. минимальные изменения клубочков, Б. фокально-сегментарный гломерулонефрит; В. экстракапиллярный гломерулонефрит с полулуниями, Г. экстракапиллярный пролиферативный гломерулонефрит, Д. все перечисленное</p>	
<p>24. При внезапно возникшей макрогематурии исследования целесообразно начать с А. ультразвукового исследования мочевой системы, Б. радионуклидное исследование почек; В. цистографии, Г. ангиографии, Д. компьютерной томографии</p>	
<p>25. Противопоказанием к биопсии почки не является' А. единственная почка, Б. поликистоз почек; В. туберкулез почек; Г. гормонорезистентный гломерулонефрит; Д. острый постстрептококковый гломерулонефрит</p>	
<p>26. Гломерулонефрит является заболеванием. А. иммунокомплексным; Б. неиммунным; В. микробно-воспалительным; Г. инфекционным; Д. вирусным</p>	
<p>27. Основным клиническим синдромом гломерулонефрита не является А. отечный; Б. гипертензионный, В. мочевой; Г. абдоминальный; Д. олигурия</p>	
<p>28. Смешанная форма гломерулонефрита чаще развивается А. на 1-м году жизни; Б. с 1 года до 2 лет; В. с 3 до 5 лет; Г. после 8-10 лет, Д. в любом возрасте</p>	
<p>29. Нефротическая форма гломерулонефрита чаще развивается в возрасте' А. до 1 года, Б. с 1 года до 7 лет;</p>	

<p>В. в пубертатном возрасте, Г. в любом возрасте, Д. 11-12 лет</p>	
<p>30. Для нефротического синдрома характерна А. значительная протеинурия, гипоальбуминемия, Б. гиполипидемия, В. гипертония; Г. гипофибриногенемия; Д. гематурия</p>	
<p>31. Для начала гломерулонефрита наиболее характерно: А. температурная реакция; Б. абдоминальный синдром; В. олигурия; Г. катаральные явления; Д. дизурия.</p>	
<p>32. Показателем активности при гематурической форме гломерулонефрита не является' А. гематурия; Б. гипертензия; В. олигурия; Г. сердечные изменения; Д. гиперкоагуляция.</p>	
<p>33. Лабораторными показателями активности при гематурической форме гломерулонефрита являются: А. ускоренная СОЭ; Б. гиперфибриногенемия; В. макрогематурия; Г. все перечисленное; Д. микропротеинурия.</p>	
<p>34. Для смешанной формы гломерулонефрита наиболее характерна: А. гематурия с протеинурией; Б. изолированная протеинурия; В. абактериальная лейкоцитурия; Г. длительно сохраняющаяся гематурия; Д. лейкоцитурия, бактериурия.</p>	
<p>35. Для смешанной формы гломерулонефрита характерно: А. гипертензия; Б. гематурия; В. протеинурия; Г. все перечисленное; Д. гематурия, протеинурия, абактериальная лейкоцитурия.</p>	
<p>36. К ведущим симптомам нефротической формы гломерулонефрита относятся все перечисленные, за исключением: А. отечного синдрома; Б. абдоминального синдрома; В. протеинурии более 3 г/л; Г. олигурии; Д. гиперлипидемия.</p>	
<p>37. Показателем активности при нефротической форме гломерулонефрита не является: А. отечный синдром;</p>	

<p>Б. олигурия; В. выраженная протеинурия; Г. анемия; Д. диспротеинемия.</p>	
<p>38. Абактериальная лейкоцитурия в начале заболевания может наблюдаться при форме гломерулонефрита: А. гематурической; Б. смешанной; В. нефротической; Г. всех формах; Д. с минимальными морфологическими изменениями</p>	
<p>39. Повышение активности ферментов в моче характерно для: А. гломерулонефрита; Б. хронического цистита; В. острого цистита; Г. уретрита; Д. нейрогенной дисфункции мочевого пузыря.</p>	
<p>40. Гипергаммаглобулинемия характерна для: А. гломерулонефрита нефротической формы; Б. волчаночного нефрита; В. гломерулонефрита смешанной формы; Г. острого нефрита; Д. тубулоинтерстициального нефрита</p>	
<p>41. Осложнением острого гломерулонефрита не является А. почечная недостаточность, Б. гипертоническая энцефалопатия; В. тромботическис осложнения; Г. снижение слуха; Д. недостаточность кровообращения</p>	
<p>42. Для гипертонической энцефалопатии характерны А. сердечная недостаточность; Б. нарушение сердечного ритма; В. судороги, потеря сознания; Г. одышка, хрипы в легких; Д. анасарка.</p>	
<p>43. Ограничение соли показано при всех состояниях, за исключением: А. олигоанурии; Б. артериальной гипертензии; В. отечного синдрома; Г. микропротеинурии; Д. острого гломерулонефрита</p>	
<p>44. Капотен относится к: А. миотропным гипотензивным средствам; Б. Б-адреноблокаторам; В. ганглиоблокаторам; Г. ингибиторам ангиотензин-превращающего фермента; Д. а-адреноблокаторам</p>	
<p>45. Ингибитором синтеза ангиотензина-II является: А. пропранолол; Б. апрессин; В. дибазол;</p>	

Г. эналаприл; Д. верапамил.	
46. Глюкокортикоиды А. повышают содержание глюкозы в крови; Б. увеличивают количество лимфоцитов в крови; В. увеличивают синтез белков; Г. являются иммуностимуляторами; Д. увеличивают количество эозинофилов в крови.	
47. Тубулоинтерстициальный нефрит (ТИН) является: А. бактериальным воспалением; Б. абактериальным воспалением; В. аутоиммунным процессом; Г. все перечисленное; Д. инфекционным.	
48. Причинами развития тубулоинтерстициального нефрита могут быть факторы: А. врожденные; Б. наследственные; В. приобретенные; Г. все перечисленное; Д. экополлютанты.	
49. Чаще возникает остеопороз при назначении: А. триамсинолона; Б. трентала; В. макролидов; Г. лазикса; Д. верошпирона.	
50. При почечной недостаточности противопоказано' А. кларитромицин; Б. лазикс; В. оксациллин; Г. гентамицин-; Д. "защищенные пенициллины".	

6. Критерии оценивания результатов обучения

Для зачета

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены несущественные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть

	ошибки.	допущены несущественные ошибки.
Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Средний/высокий

Для тестирования:

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Разработчики:

Чекалова С. А., д.м.н., доцент, заведующий кафедрой педиатрии им. Ф.Д.Агафонова