

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

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

НЕФРОЛОГИЯ

Специальность 31.08.43 Нефрология
код, наименование

Квалификация врач-нефролог

Кафедра: Скорой медицинской помощи ФДПО

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 Нефрология является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины 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/практике используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1.	Тесты	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	Индивидуальный опрос	Средство контроля, позволяющее оценить степень раскрытия материала	Перечень вопросов в экзаменационных билетах

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, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1 ОПК-2 ОПК-3 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-6 ОПК-7 ОПК-8 ОПК-9 ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4	Текущий,	Раздел 1. Введение в нефрологию. Общие вопросы. Раздел 2. Первичные заболевания почек Раздел 3. Вторичные заболевания почек Раздел 4. Поражение почек при эндокринных заболеваниях. Нефропатия беременных. Раздел 5. Обменные и парапротеинемические нефропатии. Раздел 6. Общие сведения о врождённых и наследственных заболеваниях почек Раздел 7. Поражения почек при системных заболеваниях. Раздел 8. Острая почечная недостаточность (ОПН). Острое почечное повреждение (ОПП). Раздел 9. Хроническая болезнь почек (ХБП). Хроническая почечная недостаточность (ХПН). Раздел 10. Экстракорпоральные методы очищения крови и заместительная почечная терапия при ХПН И ОПН.	Тесты и ситуационные задачи

ПК-5 ПК-6 ПК-8	Промежуточ ый	Разделы дисциплины	Перечень вопросов в экзаменацион ных билетах
----------------------	------------------	--------------------	---

4. Содержание оценочных средств текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: ситуационных задач и тестовых заданий.

4.1. Тестовые задания для оценки компетенций: УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК – 1, ОПК – 2, ОПК – 3, ОПК – 4, ОПК – 5, ОПК – 6, ОПК – 7, ОПК – 8, ОПК - 9, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8

1. Синдром уремии возникает тогда, когда утрачивается более:

- А. 10% почечной паренхимы
- Б. 2 % почечной паренхимы
- В. 50% почечной паренхимы
- Г. 75% почечной паренхимы**
- Д. 90% почечной паренхимы

2. Морфологическим субстратом хронической почечной недостаточности является:

- А. нефросклероз**
- Б. пролиферация мезангиальных клеток
- В. деструкция малых отростков подоцитов
- Г. отложения иммунных комплексов в гломерулярной базальной мембране
- Д. гиалиноз почечных артерий

3. Щеточная кайма в нефроне имеется в:

- А. Проксимальном канальце**
- Б. Петле Генле
- В. Дистальном извитом канальце
- Г. Связующем отделе
- Д. Собирательной трубке

4. Экскреция калия с мочой определяется величиной:

- А. Клубочковой фильтрации
- Б. Проксимальной секреции калия**
- В. Дистальной реабсорбции калия
- Г. Проксимальной реабсорбции калия
- Д. Дистальной секреции калия

5. Реабсорбция профильтровавшегося белка осуществляется в основном в:

- А. Проксимальном канальце**
- Б. Нисходящей части петли Генле
- В. Дистальном канальце
- Г. Собирательной трубке
- Д. Восходящей части петли Генле

6. Мочевина, креатинин, глюкоза фильтруются в клубочке:

- А. Полностью**
- Б. Частично
- В. Не фильтруются
- Г. Полностью фильтруется только глюкоза
- Д. Полностью фильтруется только креатинин

7. Из ниже перечисленных факторов к прекращению клубочковой фильтрации ведет:

- А. Увеличение гидростатического давления в капсуле Боумена до 15мм рт.ст.
- Б. Увеличение онкотического давления плазмы до 40 мм рт.ст.
- В. Увеличение почечного кровотока до 600 мл/мин
- Г. снижение систолического давления до 60 мм рт.ст.**
- Д. ни один из перечисленных факторов

8. Назовите ведущий механизм концентрирования мочи:

- А. Активная реабсорбция Na в восходящем колоне петли Генле**
- Б. Активный транспорт мочевины клетками восходящего колена петли Генле
- В. Воздействие АДГ на петлю Генле
- Г. Повышение проницаемости
- Д. Активный транспорт воды в дистальном нефроне

9. Какое утверждение, касающееся ортостатической протеинурии, неверно?

- А. Протеинурия отсутствует в горизонтальном положении пациента
- Б. У небольшого числа пациентов со временем отмечается стойкая протеинурия
- В. У большинства пациентов развивается почечная недостаточность**
- Г. Суточная протеинурия не превышает 1г.
- Д. Справедливы все перечисленные положения

10. Для какой из следующих нозологических форм не характерна гематурия?

- А. Острый нефрит
- Б. IgA -нефрит
- В. Амилоидоз почек**
- Г. Синдром Альпорта
- Д. Туберкулез почки

11. Для какого из перечисленных вариантов гломерулонефрита наименее характерна микрогематурия?

- А. Липоидный нефроз**
- Б. Мембранозный нефрит
- В. Мезангиопролиферативный нефрит
- Г. Мезангиокапиллярный нефрит
- Д. Волчаночный нефрит

12. Какой из предложенных критериев является важнейшим для диагностики нефротического синдрома?

- А. Отеки
- Б. Сывороточный альбумин ниже 30 г/л**
- В. Суточная протеинурия более 3,5 г
- Г. Гиперхолестеринемия
- Д. Гиперкоагуляция

13. Какое из перечисленных заболеваний является наименее вероятной причиной нефротического синдрома?

- А. Гломерулонефрит
- Б. Поликистоз почек**
- В. Тромбоз почечных вен
- Г. Волчаночный нефрит

Д. Диабетическая нефропатия

14. Гломерулонефрит может манифестировать:

- А. Остронефритическим синдромом
- Б. Нефротическим синдромом
- В. Остронефритическим синдромом с протеинурией нефротического уровня
- Г. Персистирующей бессимптомной протеинурией с и без гематурией

Д. Всеми перечисленными синдромами

15. При каком из перечисленных заболеваний менее всего вероятно гипокплементемия?

А. Острый постстрептококковый гломерулонефрит

Б. Болезнь Берже

В. Волчаночный нефрит

Г. Мезангиокапиллярный гломерулонефрит

Д. Шунт-нефрит

16. Какие из перечисленных признаков не характерны для болезни минимальных изменений (липоидный нефроз)?

А. Селективная протеинурия

Б. Преимущественное развитие у детей

В. Артериальная гипертония

Г. Внезапное начало

Д. Хороший прогноз

17. Со временем у больных с картиной минимальных изменений может развиваться:

А. Мембранозный нефрит

Б. Мезангиокапиллярный нефрит

В. Формирование полулуний

Г. Фокально-сегментарный гломерулосклероз (ФСГС)

Д. Ни одна из перечисленных морфологических форм

18. Какое из перечисленных утверждений НЕ характерно для идиопатического мембранозного гломерулонефрита?

А. В момент выявления заболевания большинство пациентов старше 40 лет

Б. Преобладают мужчины

В. Заболевание начинается исподволь, незаметно

Г. Уровень комплемента нормален

Д. Часто встречается макрогематурия

19. Какое из перечисленных положений, касающихся острого постстрептококкового гломерулонефрита, НЕВЕРНО?

А. Гипертония необычна для дебюта болезни

Б. Энцефалопатия наиболее часта у детей

В. Атипичное течение болезни чаще всего встречается у стариков

Г. В клинической картине могут преобладать симптомы застойной недостаточности кровообращения

Д. Перечисленные симптомы являются следствием задержки натрия и воды

20. Средством выбора для лечения гипертонии при остром гломерулонефрите является:

А. Пропранолол

Б. Диуретики

- В. Допегит
- Г. Коринфар
- Д. Гидралазин

21. Какое положение, касающееся экстракапиллярного (быстро прогрессирующего) гломерулонефрита, НЕВЕРНО?

- А. Возможен антительный механизм развития
- Б. Возможен иммунокомплексный механизм
- В. Возможно отсутствие иммунных депозитов на БМК при иммунофлюоресцентном исследовании биоптата почки
- Г. Может развиваться при других уже имеющихся формах гломерулонефрита
- Д. Клинически быстро прогрессирующее течение отмечается редко**

22. При каком из перечисленных заболеваний не встречается быстро прогрессирующий гломерулонефрит (БПГН)?

- А. СКВ
- Б. Эссенциальная криоглобулинемия
- В. Инфекционный эндокардит

Г. Липоидный нефроз

- Д. Болезнь Шенлейн-Геноха

23. Какой фактор не является прогностически неблагоприятным при БПГН?

- А. Полулуния более чем в 80% клубочков
- Б. Микрогематурия
- В. Выраженный интерстициальный фиброз и атрофия канальцев
- Г. Гломерулосклероз и фиброзные полулуния

Д. Олигурия

24. Какое утверждение, касающееся болезни Берже (IgA-нефрит), неверно?

А. У большинства больных отмечается НС

- Б. Наиболее частым клиническим проявлением служит бессимптомная гематурия
- В. Чаще болеют лица мужского пола
- Г. Существует тесная связь с респираторной инфекцией
- Д. Патогномоничны депозиты IgA в мезангии клубочков

25. Укажите морфологическую форму нефрита, при которой лечение преднизолоном бесперспективно:

- А. Минимальные изменения
- Б. Мезангиопролиферативный

В. Фибропластический

- Г. Мезангиомембранозный
- Д. Мембранозный

26. Укажите состояние, при котором назначение стероидов абсолютно противопоказано:

- А. Нефрит с минимальными изменениями
- Б. Активный волчаночный нефрит

В. Истинная склеродермическая почка

- Г. Поражение почек при гранулематозе Вегенера
- Д. Мезангиопролиферативный нефрит

27. Укажите адекватную дозу преднизолона на 1 кг веса больного, которая применяется для лечения ХГН нефротического типа

А. 0,3 - 0,4 мг

Б. 0,5 - 0,6 мг

В. 0,7 - 0,8 мг

Г. 1 мг

Д. 2 мг

28. Основные показания к назначению преднизолона при нефрите следующие, кроме:

А. Давность нефрита менее 2-х лет

Б. Наличие нефротического синдрома

В. Лекарственный нефрит

Г. Нефрит с минимальными изменениями

Д. Нефрит в стадии ХПН

30. Эффективность терапии стероидами сомнительна при следующих состояниях, кроме:

А. ХГН гипертонического типа

Б. ХГН латентного типа

В. Амилоидоз с поражением почек

Г. Активный волчаночный нефрит

Д. Терминальный нефрит

31. В нефрологии, как правило, цитостатические препараты применяются при:

А. Узелковом периартериите с поражением почек

Б. Активном волчаночном нефрите

В. ХГН нефротического типа

Г. Быстро прогрессирующем нефрите

Д. При всех перечисленных заболеваниях

32. К побочным действиям цитостатиков относятся следующие состояния, кроме:

А. Лейкопения

Б. Агранулоцитоз

В. Инфекционные осложнения

Г. Олиго-азооспермия

Д. Сахарный диабет

33. У 35-летнего больного на следующий день после перенесенной ангины появились отеки, макрогематурия, повысилась АД. Наиболее вероятный диагноз:

А. Острый гломерулонефрит

Б. Острый пиелонефрит

В. ХГН, обострение

Г. Апостематозный нефрит

Д. Амилоидоз почек

34. У 23-летнего больного, 4 года страдающего остеомиелитом костей таза, появились отеки, асцит, гидроторакс. При обследовании обнаружены нефротический синдром, гепатоспленомегалия. В крови тромбоцитоз 868000, резко повышен уровень фибриногена. Наиболее вероятен диагноз:

А. Постинфекционный гломерулонефрит

Б. Декомпенсированный цирроз печени

- В. Гепаторенальный синдром
- Г. Вторичный амилоидоз с поражением почек**
- Д. Миелопролиферативный синдром

35. У 27-летнего армянина, страдающего в течение 15 лет приступами абдоминальных болей, 2 года назад появилась протеинурия с быстрым формированием нефротического синдрома. У кузины пациента аналогичные болевые приступы, дядя умер от почечной недостаточности. Наиболее вероятен диагноз:

- А. Наследственный нефрит
- Б. Периодическая болезнь, наследственный амилоидоз**
- В. Системная красная волчанка
- Г. Хронический гломерулонефрит
- Д. Хронический панкреатит

36. Для лечения амилоидоза колхицин назначают в дозе:

- А. 20 - 30 мг в сутки
- Б. 10 мг в сутки
- В. 2 мг в сутки**
- Г. 0,5 - 1 мг в сутки

37. У 22-летнего больного, страдающего ХГН нефротического типа, на кожном боковом отделе живота появился четко отграниченный участок яркой эритемы с плотным отеком кожи, подкожной клетчатки, валиком по периметру. Температура тела повышена до фебрильных цифр. Титры антистрепто-лизина и антигиалуронидазы повышены. Уровень альбуминов сыворотки 28 г/л. Наиболее вероятная причина описанных изменений кожи:

- А. Рожеподобная эритема при нефротическом кризе
- Б. Рожистое воспаление кожи**
- В. Тромбофлебит подкожных вен
- Г. Узловатая эритема
- Д. Опоясывающий лишай

38. У 45 – летнего больного обнаружены гипертрофия околоушных слюнных желез, контрактура Дюпюитрена, протеинурия 2,5г/л, гематурия (50-60 эритроцитов в поле зрения). Уровень IgA в крови повышен. Наиболее вероятный диагноз:

- А. Болезнь Берже
- Б. Гломерулонефрит при геморрагическом васкулите
- В. Гломерулонефрит алкогольной этиологии**
- Г. Волчаночный нефрит
- Д. Пиелонефрит

39. У 19-летнего больного после гриппа появилась стойкая макрогематурия, одышка, кровохарканье. На рентгенограммах грудной клетки - признаки двустороннего симметричного диссеминированного поражения. В течение 2 недель состояние пациента ухудшилось, уровень креатинина крови повысился до 3,7 мг%. Наиболее вероятный диагноз:

- А. Постинфекционный гломерулонефрит
- Б. Гранулематоз Вегенера
- В. Синдром Гудпасчера**
- Г. Гломерулонефрит при геморрагическом васкулите
- Д. Паранеопластическая нефропатия при бронхогенном раке

40. Патогномоничным признаком синдрома Гудпасчера, выявляемом при иммунофлюоресцентном исследовании биоптата почки, является обнаружение иммунных депозитов на БМК:

А. С гранулярным отложением

Б. С линейным отложением

В. С включением в них IgM

Г. С включением в них IgA

Д. С включением в них C3 компонента

41. 50-летняя больная жалуется на упадок сил и боли в позвоночнике. Уровень гемоглобина крови 65 г/л, протеинурия 22 г в сутки, уровень альбумина сыворотки 43 г/л. Наиболее вероятен диагноз:

А. ХГН в стадии уремии

Б. Миеломная болезнь

В. Вторичный амилоидоз с поражением почек

Г. Хронический пиелонефрит

Д. Поликистоз почек

42. Для какого синдрома характерен симптомокомплекс: гипокалиемия, алкалоз, активация ренин-ангиотензин альдостероновой системы, нормотония?

А. Хроническая почечная недостаточность

Б. Синдром Пархона

В. Синдром Барттера

Г. Синдром Конна

Д. Синдром непропорциональной продукции антидиуретического гормона

43. У больного следующие лабораторные показатели: креатинин крови 1,7 мг%, Na сыворотки 135 ммоль/л, калий - 2 ммоль/л, С1 крови - 110 ммоль/л, HCO крови - 15 мэкв/л. Ваша дальнейшая тактика ведения больного?

А. Определение в моче экскреции ионов водорода аммония и бета-2-микроглобулина

Б. Перевод на лечение хроническим гемодиализом

В. Проведение пункционной биопсии почки

Г. Исследование мочевого осадка

Д. Исследование альдостерона мочи

44. Какие конкременты почек встречаются наиболее часто?

А. Содержащие кальциевые соли

Б. Струвиты

В. Уратные

Г. Цистиновые

Д. Холестериновые

45. Какой антигипертензивный препарат можно использовать при ХПН?

А. Гипотиазид

Б. Пентамин

В. Коринфар

Г. Допегит

Д. Верошпирон

47. Симптомы поражения проксимальных канальцев включают все, кроме:

- А. Почечный канальцевый ацидоз
- Б. Фосфат-диабет
- В. Почечная глюкозурия

Г. Почечный несахарный диабет

- Д. Синдром Фанкони

48. У 73-летнего пациента насыщенная сыворотка 170 ммоль/л. Какова наиболее вероятная причина гипернатриемии в данном случае?

- А. Высокое потребление соли с пищей
- Б. Уремия

В. Дегидратация

Г. Наличие синдрома непропорциональной продукции антидиуретического гормона

- Д. Передозировка диуретиков

47. Какая из перечисленных форм острой почечной недостаточности (ОПН) является гиперкатаболической?

- А. Лекарственная
- Б. Постренальная

В. Краш-синдром

- Г. Преренальная
- Д. Гепато-ренальный синдром

48. Укажите симптом, не характерный для ОПН:

- А. Острое начало
- Б. Олигурия

В. Уменьшенные размеры почек

- Г. Гиперкалиемия
- Д. Коллапс

49. Укажите наиболее частое осложнение ОПН:

- А. Анемия
- Б. Гипокалиемия

В. Острые бактериальные инфекции

- Г. Застойная сердечная недостаточность
- Д. Вторичный гиперпаратиреоз

50. Укажите ранний признак хронической почечной недостаточности (ХПН)

- А. Метаболический ацидоз
- Б. Гиперкальциемия

В. Никтурия

- Г. Азотемия
- Д. Уменьшение размеров почек

51. Укажите главную причину смерти больных на гемодиализе:

- А. Острый вирусный гепатит
- Б. Острая бактериальная пневмония

В. Сердечно-сосудистые заболевания

- Г. Онкологические заболевания
- Д. Диализный амилоидоз

52. Выберите показания к срочному направлению больного с ХПН на гемодиализ:

- А. Метаболический ацидоз
- Б. Выраженная олигурия
- В. Анасарка

Г. Высокая гиперкалиемия

- Д. Тяжелая гипертония

53. При каком из перечисленных состояний показана изолированная ультрафильтрация?

- А. ОПН

- Б. Неконтролируемая гиперкалиемия

В. Некупируемый отек легких

- Г. Гиперкальциемия

- Д. Выраженная уремическая интоксикация

54. Какой из указанных препаратов чаще применяют при острой и хронической почечной недостаточности?

- А. Фурадонин

- Б. Невиграмон

В. Ампициллин

- Г. Сульфадиметоксин

- Д. Тетрациклин

55. При каких заболеваниях наиболее часто встречается нефропатия с абдоминальным синдромом?

- А. Узелковый полиартериит

- Б. Острый алкогольный гепатит

- В. Васкулит с криоглобулинемией

- Г. Болезнь Шенлейн-Геноха

Д. При всех перечисленных заболеваниях

56. Ведущим патогенетическим механизмом при хронической почечной недостаточности является:

- А. Острая ишемия почки

Б. Прогрессирующая гибель действующих нефронов

- В. Увеличение массы действующих нефронов

- Г. Некроз канальцевого эпителия

- Д. Ишемия коркового слоя почки

57. Симптомы уремической интоксикации обусловлены:

- А. Массивной протеинурией

Б. Уремическими токсинами

- В. Артериальной гипертензией

- Г. сердечной недостаточностью

- Д. дыхательной недостаточностью

58. Причинами развития анемии при хронической почечной недостаточности могут являться:

дефицит эритропоэтинов

дефицит витамина В12

дефицит фолиевой кислоты

дефицит железа

все перечисленное

59. Назовите механизм НЕучаствующий в становлении артериальной гипертензии при хронической почечной недостаточности:
- подавление продукции простагландинов
 - усиление продукции простагландинов*
 - водно-электролитный дисбаланс
 - активация РААС
 - увеличение ОЦК
60. Для диагностики вторичного амилоидоза наибольшее значение имеет:
- данные внутривенной урографии
 - нефротический синдром
 - гематурия
 - биопсия почки*
 - биопсия слизистой десны
61. Для амилоидоза характерно:
- мезангиальная пролиферация
 - субэндотелиальные депозиты
 - отложение амилоида в тканях*
 - дистрофия канальцевого эпителия
 - фиброз интерстиция
62. В патогенезе вторичного амилоидоза первоочередное значение придается:
- повышенному синтезу белка сывороточного амилоида (SAA)*
 - отложению иммунных комплексов
 - нарушению ультрафильтрации
 - аутоиммунным процессам
 - пролиферации мезангия
63. Амилоидоз почек НЕ может быть следствием
- сифилиса
 - болезни Ходжкина
 - неспецифического язвенного колита
 - гломерулонефрита*
 - хронической обструктивной болезни легких
64. Синдром злокачественной артериальной гипертензии практически НЕ развивается при:
- амилоидозе*
 - узелковом периартериите
 - первичном нефросклерозе
 - феохромоцитоме
 - атеросклерозе почечных артерий
65. Самой частой причиной почечной колики является:.
- прекращение оттока мочи из-за закупорки мочеточника конкрементом*
 - развивающаяся гипоксия почечной ткани
 - массивная потеря белка с мочой
 - макрогематурия
 - травма почки
66. При почечной колике обычно НЕ наблюдается:
- олигурия
 - рефлекторный парез кишечника, задержка стула
 - тошнота, рвота
 - лейкоцитоз
 - лейкопения*
67. Лабораторными критериями хронической почечной недостаточности являются:
- повышение уровня КФК крови

1. *снижение СКФ*
 1. повышение АЛТ
 1. повышение креатинина мочи
 1. протеинурия
68. Какое лечение НЕ используется для ведения больного при ХБП 3 ст.
1. лечение основного заболевания
 1. *применение гемодиализа*
 1. нефропротективные препараты (ингибиторы АПФ)
 1. диета
 1. статины
69. Заместительная почечная терапия проводится на следующих стадиях ХБП:
1. ХБП 1 ст.
 1. ХБП 2 ст.
 1. ХБП 3 ст.
 1. ХБП 4 ст.
 1. *ХБП 5 ст*
70. *Противопоказанием к хроническому гемодиализу является:*
1. *отказ больного от гемодиализа*
 1. нефротический синдром
 1. злокачественная артериальная гипертензия
 1. высокий уровень азотемии
 1. инфаркт миокарда
71. К активным методам лечения терминальной хронической почечной недостаточности НЕ относятся:
1. гемодиализ
 1. *пульс-терапия преднизолоном*
 1. постоянный амбулаторный перитонеальный диализ
 1. гемодиализация
 1. трансплантация почки
72. Клиническими проявлениями хронической почечной недостаточности может быть все, кроме:
1. метаболический ацидоз
 1. анемия
 1. *лихорадка*
 1. отеки
 1. гиперкалиемия
73. Основные показания к назначению преднизолона при нефрите следующие, кроме:
- А. Давность нефрита менее 2-х лет
 - Б. Наличие нефротического синдрома
 - В. Лекарственный нефрит
 - Г. Нефрит с минимальными изменениями
 - Д. *Нефрит в стадии ХПН*
74. Причинами хронической почечной недостаточности могут быть все следующие заболевания, кроме:
1. хронический гломерулонефрит
 1. гипертоническая болезнь
 1. системная красная волчанка
 1. *хроническая обструктивная болезнь легких*
 1. диабетическая нефропатия
75. Для хронической болезни почек характерно повреждение почек в течение:
1. *3 месяцев и более*
 1. 1 года

1. Более 30 дней
 1. Более 5 лет
 1. Более суток
76. К демографическим факторами риска развития хронической болезни почек НЕ относится:
1. Мужской пол
 1. Женский пол
 1. Возраст старше 50 лет
 1. Низкий социальный уровень
 1. Принадлежность к этническим меньшинствам
77. В развитии хронической болезни почек НЕ имеет значение:
1. Табакокурение
 1. Злоупотребление алкоголем
 1. Самолечение (обезболивающие)
 1. Малоподвижный образ жизни
 1. Ежедневные занятия физкультурой
78. К инициирующим факторам хронической болезни почек НЕ относится:
1. Сахарный диабет и другие болезни обмена
 1. Артериальная гипертензия
 1. Рожжа
 1. Диффузные болезни соединительной ткани
 1. Врожденные заболевания почек
79. Для ХБП 1 стадии характерна СКФ мл/мин : (то же для ХБП 2.3.4.5.)
1. 90 и более
 1. 60-89
 1. 59-30
 1. 29-15
 1. Менее 15
80. Для оценки функции почек НЕ используется:
1. СКД-ЕРІ
 1. Клиренс креатинина
 1. Цистатин С
 1. СКФ по MDRD
 1. СКФ по Амбурже
81. Клинические признаки ХПН появляются при снижении клубочковой фильтрации ниже:
1. 100 - 140 мл/мин
 1. 100 - 50 мл/мин
 1. 50- 25 мл/мин
 1. 25 - 10 мл/мин
82. Уремическим токсином считают:
1. креатин
 1. «средние молекулы»
 1. мочевины
 1. ионы магния
 1. аминокислоты
83. Наиболее ранним признаком хронической почечной недостаточности является:
1. олигурия
 1. полиурия
 1. отеки
 1. артериальная гипертензия
 1. анемия

84. Основной причиной гипокальциемии при хронической почечной недостаточности является
1. диарея
 1. гипомагниемия
 1. недостаточное поступление кальция с пищей
 1. *дефицит активной формы витамина Д*
 1. гипонатриемия
85. Хронический пиелонефрит это:
1. абактериальное неструктивное воспаление интерстиция
 1. *бактериально - деструктивное воспаление интерстиция и чашечно- лоханочной системы*
 1. бактериальное воспаление мочевыводящих путей без признаков поражения почек
 1. иммуноопосредованное воспаление гломерулярной части клубочков
 1. диффузное воспаление почек
86. Какие микроорганизмы являются самыми частыми возбудителями воспаления мочевыводящих путей?
- a) *Кишечная палочка*
 - b) Энтерококк
 - c) Протей
 - d) Пневмоциста
 - e) Микобактерии
87. Какой признак отличает пиелонефрит от других интерстициальных поражений почек?
1. Дисфункция канальцев с нарушением ацидификации мочи
 1. Стойкая артериальная гипертензия
 1. *Отек и нейтрофильная инфильтрация почечной лоханки*
 1. Развития «сольтеряющей почки» с артериальной гипертензией
 1. Лимфогистиоцитарная инфильтрация и склероз почечной лоханки
88. Причинами хронического пиелонефрита НЕ могут быть:
1. энтерококк
 1. протей
 1. стафилококк
 1. *лекарственные препараты*
 1. клебсиелла
89. Развитию хронического пиелонефрита способствуют:
1. нарушения местного иммунитета
 1. нарушение уродинамики
 1. гормональные нарушения
 1. *снижение иммунной реактивности*
 1. все перечисленные механизмы
90. У 19-летнего больного после гриппа появилась стойкая макрогематурия, одышка, кровохарканье. На рентгенограммах грудной клетки - признаки двустороннего симметричного диссеминированного поражения. В течение 2 недель состояние пациента ухудшилось, уровень креатинина крови повысился до 325 мкмоль/л. Наиболее вероятный диагноз:
2. А. Постинфекционный гломерулонефрит
 3. Б. Гранулематоз Вегенера
 4. В. *Синдром Гудпасчера*
 5. Г. Гломерулонефрит при геморрагическом васкулите
 6. Д. Паранеопластическая нефропатия при бронхогенном раке
91. Для хронического пиелонефрита НЕ характерны:
1. дизурия или полиурия с повышением температуры
 1. боли при пальпации живота с одной или двух сторон

1. уменьшение способности почек к подкислению мочи
1. деформация полостных систем почек и атония мочеточников
1. *боли в поясничной области при движении*
92. Лабораторными признаками хронического пиелонефрита НЕ является
 6. *массивная протеинурия свыше 3,5г/сут*
 6. бактериурия более 100 000 микробных тел в 1 мл мочи
 6. лейкоцитурия
 6. лейкоцитоз
 6. ускорение СОЭ
- 92.1. Принципами лечения хронического пиелонефрита НЕ является:
 1. ликвидация микробно-воспалительного процесса в почках и мочевых путях
 1. восстановление оттока мочи
 1. профилактическая антибиотикотерапия
 1. постельный режим в период обострения заболевания
 1. *ограничение потребляемой жидкости*
93. Для лечения хронического пиелонефрита НЕ используются:
 1. фторхинолоны
 1. *кортикостероиды*
 1. нитрофурановые производные
 1. сульфаниламиды
 1. иммуномодуляторы
94. Потеря солей почками выше при:
 1. хроническом пиелонефрите
 1. *хроническом гломерулонефрите*
 1. гипертонической болезни
 1. диабетической нефропатии
 1. системной красной волчанке
95. Обструкция мочевыводящих путей является звеном патогенеза:
 1. хронического гломерулонефрита
 1. *хронического пиелонефрита*
 1. амилоидоза
 1. интерстициального нефрита
 1. сахарного диабета
96. Назовите потенциально нефротоксичные препараты:
 1. Ингибиторы АПФ
 1. Пенициллин
 1. *Парацетамол*
 1. Цианкоболамин
 1. Аскорбиновая кислота
97. Первым симптомом диабетической нефропатии является:
 1. *микроальбуминурия*
 1. микрогематурия
 1. кристаллурия
 1. глюкозурия
 1. повышение относительной плотности мочи
98. Эндогенными антигенами при хронической гломерулонефрите могут быть все, кроме:
 1. иммуноглобулины G
 1. ДНК ядер
 2. опухолевый антиген
 3. базальная мембрана капилляра клубочка
 4. *кардиомиоциты*
99. Развитие хронического гломерулонефрита НЕ характерно для

1. ревматизма
1. узелкового полиартериита
2. системной красной волчанки
3. ревматоидного артрита
4. *подагры*

100. Типичным симптомом хронического гломерулонефрита НЕ является::

1. отечный
2. *болевым*
3. Гипертензивный
4. Нефротический
5. гематурический

4.2. Ситуационные задачи для оценки компетенций: УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК – 1, ОПК – 2, ОПК – 3, ОПК – 4, ОПК – 5, ОПК – 6, ОПК – 7, ОПК – 8, ОПК - 9, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6,

Ви д	Ко д	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	001
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА В
У		Больная, 35 лет, поступила в клинику с жалобами на боли в поясничной области слева. Из анамнеза: Заболела впервые. Объективно: Правильного телосложения. Пульс 100 уд. в 1 мин, ритмичный, удовлетворительный. Дизурии нет. Макрогематурия, лейкоцитурия. На обзорном снимке мочевой системы слева, на уровне поперечного отростка III поясничного позвонка. На экскреторных урограммах патологических изменений в чашечно-лоханочной системе не выявлено. Конкремента совпадает с тенью мочеточника, выполненного контрастным веществом. По данным УЗИ, левая почка увеличена в размерах, полостная система расширена, па
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э		Острый левосторонний вторичный пиелонефрит. Камень верхней трети левого мочеточника.
P2		Диагноз поставлен верно
P1		Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена или неверно оценена
P0		Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз поставлен на основании данных Rg: наличие тени, подозрительной на конкремент в мочеточнике. Жалоб на боли в поясничной области слева, повышение температуры, озноб; Лабораторных данных: лейкоцитурия.
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование одного из пунктов или
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования
Э	-	ОАК, ОАМ, Б/Х, ЭКГ, УЗИ почек, проба Реберга-Тареева, по Земницкому, Нечипоренко
P2		План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1		План дополнительного обследования составлен не полностью
P0		План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	4	Назначьте лечение.

Э	-	1. Катетеризация левого мочеточника, восстановлении оттока мочи с последующим 2. При невозможности пройти катетером проксимальнее конкремента показана опер 3. При наличии соответствующего оборудования возможно выполнение пункционн
P2	-	Выбор терапии правильно обоснован.
P1		Назначение правильное, однако выбор не обоснован.
P0		Ответ неверный.
В	5	Какова дальнейшая тактика?
Э	-	После купирования острого пиелонефрита решить вопрос о методе лечения по пов
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована не
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Н	-	2
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА В
У	-	Больная 40 лет. С 20 летнего возраста неоднократно лечилась по поводу хроническо В анамнезе повышение АД до 180\110 мм./рт.ст. Цифры АД последние 2 года постое передней брюшной стенке, ногах. Границы сердца увеличены влево, верхушечный т пальпируется у края реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих Анализ мочи: уд. вес 1006, реакция — щелочная, белок - 3000 мг/л, эритроциты выше Анализ крови: гемоглобин - 90 г/л, эритроциты $2,6 * 10^{12}$ \л, лейкоциты - $5,6 * 10^9$ \л Биохимическое исследование крови: общий белок - 56 г\л, альбумины - 32 %, глобули
В	-	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Хронический гломерулонефрит, стадия обострения.
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз сформулирован не полностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз поставлен на основании жалоб на повышение АД до 180\110 мм./рт.ст. в те анамнеза заболевания: ухудшение около месяца тому назад после перенесённой ОР объективных данных: больная бледная, на пояснице, передней брюшной стенке, но ритмичный, напряженный. АД 190\120 мм. рт. ст. Печень пальпируется у края ребер лабораторных данных: анализа мочи: уд. вес 1006, реакция — щелочная, белок - 300 анализ крови: гемоглобин - 90 г/л, эритроциты $2,6 * 10^{12}$ \л, лейкоциты - $5,6 * 10^9$ \л Биохимического исследования крови: общий белок - 56 г\л, альбумины - 32 %, глобу
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование одного из пунктов или
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Назовите основные клинические синдромы.
Э	-	Нефротический, гипертонический
P2	-	Основные клинические синдромы названы верно.
P1	-	Не назван один клинический синдром или назван не верно
P0	-	Клинические синдромы не названы или названы не верно.
В	4	Назовите дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.
Э	-	Для диагностики хронической почечной недостаточности (ХПН) необходимо опред
P2	-	План обследования составлен и обоснован правильно.

P1	-	Назначение правильное, однако выбор не обоснован или назначение не полное.
P0	-	Ответ неверный.
В	5	Чем объясняется изменение границ сердца и аускультативной симптоматики?
Э	-	Изменение границ сердца и аускультативной симптоматики объясняются гипертонией.
P2	-	Объяснение дано верное.
P1	-	Обоснование не полное или частично верное.
P0	-	Ответ неверный.
Н	-	3
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		<p>Пациент 53 лет обратился с жалобами на головные боли, сухость во рту, жажду (выплевывает слюну). Из анамнеза: болеет 12 лет, когда впервые появились отеки лица, голеней и стоп, гипертония. Рекомендации врачей, планового лечения не проводил. Лечился стационарно, получал диуретики, гипотензивные препараты, но эффекта не достиг. Жалобы: головные боли, тошнота, рвота, сухость во рту, жажду, кожный зуд, снизился аппетит, большой поху. Объективно: состояние средней тяжести. Несколько заторможен, апатичен, сонлив. Пульс 88 уд/мин. АД 210/120 мм РТ, ст. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный. При обследовании:</p> <p>В общем ан. крови: гемоглобин – 69 г/л, эритроциты - $2,8 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты – $9,8 \cdot 10^9/л$, тромбоциты – $150 \cdot 10^9/л$. СКФ по формуле SKD/ EPI 15 мл/мин. ЭКГ – гипертрофия левого желудочка, сглаженность и двухфазность зубца Т, частые желудочковые экстрасистолы.</p> <p>При УЗИ почек правая 8,1x3,7 см, левая 9,4x 4,1 см. Контуры неровные, толщина паренхимы увеличена.</p>
В	1	Предположите вероятный диагноз
Э	-	Хроническая болезнь почек (ХБП) 4 стадия (СКФ 15 мл/мин) как исход хронической азотемической (метаболической) кардиомиопатии с нарушениями ритма по типу желудочковой тахикардии.
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена или неверно оценена
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте вероятный диагноз
Э	-	Диагноз ХБП установлен на основании клинических данных: имеются признаки нарушения функции почек. Данные объективного осмотра: артериальная гипертония с высоким диастолическим давлением. Данные лабораторных данных: мочевого синдрома (протеинурия, эритроцитурия, низкий удельный вес мочи). Установление стадии ХБП (4 ст.) основано на выраженном снижении СКФ до 15 мл/мин. Наличие почечного генеза, очень высокий риск ССО выставлен на основании цифр АД при отсутствии дифференциации, обеднение сосудистого рисунка и гиперэхогенность паренхимы почек свидетельствует о неблагоприятном исходе. Предположение о наличии метаболической (азотемической) энцефалопатии – на основании сонливости, вялости, общей слабости, тошноты, рвоты.
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование одного из пунктов или
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного лабораторного обследования.
Э	-	Контроль суточной альбуминурии в динамике (для оценки результата лечения), контроль функции почек.
P2	-	План обследования составлен и обоснован правильно.
P1	-	Назначение правильное, однако выбор не обоснован или назначение не полное.
P0	-	Ответ неверный.

В	4	Составьте и обоснуйте план дополнительного инструментального обследования.
Э	-	УЗИ сердца и перикарда (для оценки степени гипертрофии стенок левого желудочка, АД и суточного профиля), холтеровское суточное мониторирование ЭКГ (для выявления
P2	-	План обследования составлен и обоснован правильно.
P1	-	Назначение правильное, однако выбор не обоснован или назначение не полное.
P0	-	Ответ неверный.
В	5	Назначьте лечение.
Э	-	Диета бессолевая и малобелковая, гипотензивные препараты из группы антагонистов
P2	-	Выбор терапии правильно обоснован.
P1	-	Назначение правильное, однако выбор не обоснован.
P0	-	Ответ неверный.
Н	-	4
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА В
У	-	Женщина 30 лет. Вызов СМП на дом ЖАЛОБЫ: резкие головные боли, потемнение в глазах, слабость. АНАМНЕЗ: впервые повышение АД до 150/90 мм. рт. ст. было обнаружено случая работоспособности, периодически головные боли, снижение остроты зрения. АД при оптимального эффекта – АД снижалось до 160 – 170/110 мм рт. ст. ОБЪЕКТИВНО: больная астенического телосложения, пониженного питания, ЧСС 70
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Стеноз левой почечной артерии. Реноваскулярная гипертония (злокачественное теч
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена или неверно оценена
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Наличие почечной гипертонии можно предположить по молодому возрасту больной систола-диастолический шум в проекции левой почечной артерии.
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование одного из пунктов или
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план экстренной помощи
Э	-	Нифедипин 10 мг внутрь, возможно, повторно с целью воздействия на высокое диа
P2	-	План экстренной помощи составлен полностью верно.
P1	-	План экстренной помощи составлен верно, однако нет обоснования. или Не назван дополнительный метод лечения из списка или обоснование для одного и
P0	-	План лечения составлен полностью неверно.
В	4	Показано ли применение парентеральных препаратов?
Э	-	При отсутствии эффекта Эбрантил 12,5-25 мг в/в струйно медленно под контролем
P2	-	Выбор терапии правильно обоснован.
P1	-	Назначение правильное, однако выбор не обоснован.
P0	-	Ответ неверный.
В	5	Какова дальнейшая тактика?

Э	-	Госпитализация по поводу высокого АД показана при наличии осложнений (здесь развития тяжелых сосудистых осложнений, поэтому госпитализация показана с целью
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована не
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Н	-	5
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная, 28 лет. Вызов анестезиолога-реаниматолога в рентгенологический кабинет. ЖАЛОБЫ: приступ удушья с цианозом, резкие боли в животе. АНАМНЕЗ: Через 5 минут после введения контраста у нее развился приступ удушья. ОБЪЕКТИВНО: во время приступа пульс 140 в минуту, ритмичен, слабого наполнения. Боле
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Анафилактический шок от введения рентгенконтрастного вещества, типичная форма
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена или неверно оценена
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз установлен на основании гемодинамических показателей, типичных для шока
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование одного из пунктов или
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план экстренной помощи
Э	-	В качестве мер срочной терапии, которая не может быть отсрочена ни на минуту, внутривенно вводят 1000 мл 0,9% раствора натрия хлорида со скоростью 80-120 мл в минуту, после вливания 1000 мл оценивают состояние. Для сохранения удушья беродуал через небулайзер или эуфиллин в/в 240 мг капельно.
P2	-	План экстренной помощи составлен полностью верно.
P1	-	План экстренной помощи составлен верно, однако нет обоснования. или Не назван дополнительный метод лечения из списка или обоснование для одного из
P0	-	План лечения составлен полностью неверно.
В	4	Как можно было предотвратить возникшее осложнение?
Э	-	Подробным сбором аллергологического анамнеза, профилактическим введением антигистаминных
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ частично верный или неполный
P0	-	Ответ неверный.
В	5	Какова дальнейшая тактика?
Э	-	Экстренная госпитализация после стабилизации показателей гемодинамики в ОРИТ т
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована не
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Н	-	6

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА В
У	-	Больная, 22 г. ЖАЛОБЫ: удушье, отечность лица и поясницы, малое количество суточной мочи, го ОБЪЕКТИВНО: Общее состояние тяжелое. Сидит, опустив ноги с кровати, опираясь влажные хрипы. Тоны сердца глухие. Пульс 130 в минуту, ритмичный, напряженный
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Острый диффузный гломерулонефрит, смешанная форма, тяжелое течение, анасарка
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена или неверно оценена
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	В клинической картине имеет место синдром сердечной астмы. Сочетание синдрома диффузного гломерулонефрита. Общее тяжелое состояние свидетельствует о тяжелом
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование одного из пунктов или
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план экстренной помощи
Э	-	Регистрация электрокардиограммы. Расшифровка, описание и интерпретация электро Внутривенное дробное введение 1 мл 1% р-ра морфина в 20 мл физраствора, ингаляц Унитроглицерин 0,1% 10 мл в 200мл физраствора в/в капельно медленно или через доз В/в введение 80 мг фуросемида до с целью увеличения диуреза за счет снижения обр С гипотензивной целью может быть использован каптоприл 12,5 мг п/я, при необход При сохранении тахикардии возможно в/в капельное введение 5 мг пропранолола на
P2	-	План экстренной помощи составлен полностью верно.
P1	-	План экстренной помощи составлен верно, однако нет обоснования или не назван
P0	-	План лечения составлен полностью неверно.
В	4	Показано ли применение дигоксина с целью купирования тахикардии?
Э	-	При сохранении тахикардии с целью уменьшения ЧСС введение дигоксина не показ
P2	-	Выбор терапии правильно обоснован.
P1	-	Назначение правильное, однако, выбор не обоснован.
P0	-	Ответ неверный.
В	5	Какова дальнейшая тактика?
Э	-	Госпитализация на носилках с приподнятым головным концом в отделение реанима
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована не
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Н	-	07
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА В
У	-	Больной 21 года, студент. Поступил в клинику с жалобами на одышку при небольшой десенсибилизирующие, полоскание, витамины). На фоне лечения самочувствие норм Отмечает уменьшение суточного объема мочи. При обследовании: кожные покровы чистые, отеки лица, нижних конечностей, перед ударов в 1 минуту. АД – 220/120 мм рт. ст.

		Суточный диурез снижен до 600–700 мл. Общий анализ крови: RBC (эритроциты) – 4 – 5%), СОЭ – 15 мм/час. Общий анализ мочи: цвет – розовый, относительная плотность сыворотки крови – 64 г/л. УЗИ почек: правая почка 120 x 68 мм, паренхима 23 мм, ле
В	1	Предположите наиболее вероятный предварительный диагноз.
Э	-	Острый постстрептококковый гломерулонефрит, циклическая (развернутая) форма. Р
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологии упущена или неверно оценены эти
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз острого постстрептококкового гломерулонефрита установлен на основании анализе мочи выявляется розовый цвет мочи, высокая относительная плотность – 10 – 2,3 г/л, 100 – 150 эритроцитов в поле зрения, 10–12 лейкоцитов в поле зрения. Д почечных пирамидок. Осложнением данной патологии является развитие острой почечной недостаточности.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование формы и клинических симптомов и синдромов острого гло
P0	-	Обоснование острого гломерулонефрита и его осложнений дано неверно или диагно
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э		Пациенту рекомендовано: исследование титра антистрептококковых антител (АСЛ-ревматоидного фактора, уровень Т и В лимфоцитов, протеинограмма, К ⁺ и Na ⁺ сыво ОПН, лечение которой не приводит к улучшению функции почек. Динамика общ ан
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования или
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования или обоснование наз
В	4	Что бы Вы рекомендовали пациенту для лечения данной патологии? Обоснуйте свои
Э	-	Режим строгий постельный (до схождения отеков); стол №7, бессолевой (до норм ограничивается на 5–6 дней до величины диуреза плюс 200 мл. Медикаментозная те небиволол – бинелол, небилет) или недигидропиридиновые антагонисты кальция (ве крови. Для улучшения микроциркуляции применяются антиагреганты (ацетилсалил контролем АЧТВ). Для снижения уровня К ⁺ в сыворотке крови больному вводится п Глюкокортикостероиды назначаются только при нефротическом синдроме.
P2	-	Терапия представлена в полном объеме, выбор правильно обоснован.
P1	-	Представлен полный объем терапии, однако выбор не обоснован или дан не исчерп
P0	-	Ответ неверный.
В	5	Какие препараты могут использоваться при непереносимости β– блокаторов, гепари
Э	-	Недигидропиридиновые антагонисты кальция (верапамил, дилтиазем) или агонисты м
P2	-	Тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована не
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Н	-	08
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА В

У	-	Пациентка, 21 год, беспокоит боль в пояснице справа, подъем температуры тела до выраженная болезненность в проекции правой почки. При поколачивании по пояснич
В	1	Предположительный диагноз.
Э	-	Острый пиелонефрит справа.
Р2	-	Диагноз обоснован верно
Р1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование одного из пунктов или
Р0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	2	Какие дополнительные методы обследования можно использовать?
Э	-	Обзорная урография В/в урография (в случае нормальных показателей азотистого обмена) УЗИ почек, мочевого пузыря (интрамуральные отелы мочеточников) МСКТ почек с В\В контрастированием
Р2	-	Все методы перечислены верно
Р1	-	Методы дообследования перечислены не полностью
Р0	-	Методы дополнительного обследования перечислены не верно
В	3	С чем следует провести дифференциальную диагностику?
Э	-	- обтурационный или не обтурационный пиелонефрит; - холецистит; - аппендицит; - воспалительные заболевания гениталий
Р2	-	Дан полный правильный ответ на вопрос
Р1	-	Ответ не полный
Р0	-	Дан неверный ответ на вопрос
В	4	Алгоритм Ваших действий
Э	-	Консервативная терапия. Динамический контроль анализов
Р2	-	Дан полный правильный ответ на вопрос
Р1	-	Ответ не полный
Р0	-	Дан неверный ответ на вопрос
В	5	Принципы консервативной терапии
Э	-	Антибактериальная терапия Инфузионная терапия Противовоспалительная терапия Спазмолитики
Р2	-	Дан полный правильный ответ на вопрос
Р1	-	Ответ не полный
Р0	-	Дан неверный ответ на вопрос
Н	-	09
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА В
У	-	Пациентка Б., 34 лет, учитель младших классов, обратилась с жалобами на боли ноющ до двух часов; выраженные ограничения движений во всех отделах позвоночника. Анамнез заболевания: впервые боли в нижней части спины, преимущественно в по грыжи Шморля Th11 и Th12, признаки нестабильности на уровне L2-L5. Выражен ар после отмены препарата. Постепенно состояние позвоночника ухудшалось, стала от

		<p>позвоночника. При обследовании у ревматолога выявлен HLAB27-антиген, признаки см; симптом Кушелевского положительный с обеих сторон; незначительное ограничение Пастернацкого отрицательный. Отеков нет.</p> <p>Наследственность отягощена по гипертонической болезни, у отца было заболевание м. Д.</p> <p>Дополнительные методы обследования: Общий анализ крови: Hb 114 г/л, лейкоциты 10,5. Общий анализ мочи: светло желтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес 1010, белок 0,1.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Анкилозирующий спондилит, развернутая стадия, двусторонний сакроилиит II стадия.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не выделены все клинические проявления
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	<p>Диагноз установлен на основании модифицированных Нью-Йоркских критериев: кр. позвоночника, как в сагиттальной, так и во фронтальной плоскостях;</p> <p>Рентгенологические критерии - признаки двустороннего сакроилиита II ст.</p> <p>Развернутая стадия устанавливается на основании рентгенологических признаков деформации ФК II – сохранены: самообслуживание, профессиональная деятельность, ограничена: нет.</p> <p>Для уточнения активности заболевания необходимо оценить индекс активности по Шортленду.</p> <p>В связи с наличием в моче небольшого количества белка и эритроцитов установлен диагноз.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью. Часть диагностических признаков не названа или
P0	-	Диагноз обоснован неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	<p>Для определения активности заболевания и эффективности терапии рекомендуется регулярно мониторить безопасность лечения: общий анализ крови, аланин- и аспартатаминотрансферазы (с оценкой клубочковой фильтрации), числом тромбоцитов крови, при необходимости – исследование мочи.</p> <p>Учитывая наличие в моче повышенного уровня белка, необходимо исследование мочи на наличие гематурии.</p> <p>Учитывая наличие изменений в мочевом осадке для уточнения генеза нефропатии необходимо исследование мочи на наличие цилиндров.</p> <p>В случае прогрессирования поражения почек, нормального уровня иммуноглобулина G в моче, необходимо исследование мочи на наличие крови или слизи (окрашивание слизистой кишки или слизистой десны по конго-рот (окрашивание слизистой в красный цвет),</p>
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования или
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования или обоснование наз
В	4	Опишите тактику ведения пациента с развернутой стадией АС умеренной степени ак
Э	-	<p>Немедикаментозное лечение:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ежедневное выполнение пациентом специальных физических упражнений (упражнения на гибкость, растяжка, изометрические упражнения, упражнения на укрепление мышц спины, упражнения на гибкость суставов, упражнения на укрепление мышц спины). • показан регулярный массаж мышц спины и бальнеотерапия. <p>Медикаментозное лечение.</p> <p>АС является единственным ревматическим заболеванием, при котором длительная ремиссия достигается только с помощью НПВП.</p> <p>НПВП рекомендованы в качестве препаратов первой линии при наличии боли</p>

		<p>Рекомендовано назначать НПВП больному АС сразу после установления диагноза.</p> <p>Длительное применение НПВП при АС предпочтительнее коротких курсов в сочетании с глюкокортикоидами (ГКС) (DAS), лабораторной и МРТ-ремиссии (полное исчезновение острых воспалительных изменений).</p> <p>При неэффективности или неполной эффективности первого НПВП необходимо...</p>
P2	-	Описана верная тактика ведения пациента с АС умеренной степени активности. Выбраны правильные группы препаратов для лечения, однако выбор не обоснован.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов для лечения, однако выбор не обоснован.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов, кроме НПВП.
B	5	При обследовании выявлен повышенный уровень иммуноглобулина А, креатинин в крови.
Э	-	<p>Тактика лечения больных IgA-нефропатией основывается на оценке риска прогрессирования заболевания. Критерии для назначения ГКС: уровень креатинина в крови на момент установления диагноза или в течение заболевания; наличие гипертонии, ожирение/дислипидемия; гиперурикемия.</p> <p>Больным с изолированной гематурией, а также с сочетанием гематурии с минимальной протеинурией, уровнем креатинина/СКФ, АД) для своевременного выявления показаний к лечению. При персистировании протеинурии > 0,5 г/сут показана нефропротективная терапия (ACE-ингибиторы/блокаторы рецепторов ангиотензина II). При уровне креатинина > 1 мг/дл (177 мкмоль/л) показана заместительная почечная терапия.</p>
P2	-	Тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована не полностью.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Н	-	0
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больная Е., 28 лет поступила в стационар с жалобами на боли в мелких суставах кистей и стоп, слабость, повышенную утомляемость. Больна в течение трех лет. Вначале появились боли в мелких суставах кистей и стоп, которые усиливались при физической нагрузке, в вечернее время. Больная применяла домашними средствами (горчичники, содовые ингаляции), самочувствие улучшилось. В последние месяцы боли усилились, появились боли в суставах стоп, пальцев, возникающие при волнении или контакте с холодной водой), легких (двухсторонняя пневмония), сердца (аритмия), системы кроветворения (лимфоаденопатия).</p> <p>п/зр. Больная госпитализирована.</p> <p>Объективно: пониженного питания. Кожные покровы бледные. Волосы тусклые, ломкие. Отеки в области голеней, лодыжек, периартикулярного отека. Незначительная болезненность при пальпации мышц конечностей. Сердце в пределах нормы. Тоны сердца ослаблены, систолический шум, проводящийся в подмышечную область, акцент II тона на митральном клапане. Легкие в пределах нормы. Чувствительный при пальпации. В левом подреберье пальпируется нижний полюс селезенки.</p>
B	1	Предположите наиболее вероятный предварительный диагноз.
Э	-	СКВ, подострого течения с поражением кожи и ее придатков (люпоидная эритема), поражение суставов (эрозивная полиартралгия), системы кроветворения (лимфоаденопатия), недостаточность митрального клапана II (ПФК)), системы кроветворения (лимфоаденопатия).
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть органических нарушений упущена или неверно.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз определенной СКВ установлен на основании наличия 5 критериев из 11: поражение суставов (эрозивная полиартралгия), поражение кожи и ее придатков (типичная люпоидная эритема), поражение сердца (недостаточность митрального клапана – расширение перикардиальных сумок), поражение системы кроветворения (лимфоаденопатия, гепатоспленомегалия, анемия – бледность).

		— 8–12 в п/зр.). Стойкая субфебрильная температура, похудание, слабость, сухой пл
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует указание на диагностические критерии
P0	-	Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно или диагноз обоснова
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Пациентке рекомендовано: общий анализ крови (анемия, исключение цитопении в у на гломерулярные эритроциты, креатинин крови с подсчетом pCKФ по MDRD (люпу клетки №3, антитела к двуспиральной ДНК, анти-Sm-антитела, антитела Ro/SS-A крови, проба Кумбса (анемия), Ro-графия суставов кистей и стоп (неэрозивный поли УЗИ органов брюшной полости и почек (гепатоспленомегалия, лимфоаденопатия, л
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования или л
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования или обоснование наз
B	4	Что бы Вы рекомендовали пациенту для лечения данной патологии?
Э	-	Режим полупостельный, исключить контакт с холодом, стол 10, богатый омега-3 не 60 мг 3 раза в сутки, кальций Д3 1 таблетка 2 раза в день.
P2	-	Терапия представлена в полном объеме.
P1	-	Представлен неполный объем терапии.
P0	-	Ответ неверный.
B	5	Обоснуйте выбор терапии.
Э	-	Назначение преднизолона связано с активностью процесса, для улучшение микроци
P2	-	Выбор терапии правильно обоснован.
P1	-	Терапия обоснована частично.
P0	-	Не дано обоснование назначений.
Н	-	1
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА В
У	-	Мужчина 38 лет. Пять лет назад во время автомобильной катастрофы получил множ лабораторном обследовании в анализах мочи в течение последнего года появилась пр сердца в пределах нормы, ЧСС – 68 ударов в 1 мин., АД – 135/85 мм рт. ст. В легких , Симптом поколачивания отрицательный. Общий анализ крови: HGB (гемоглобин) – 1 – 8%), СОЭ – 65 мм/час. Общий белок сыворотки крови – 70 г/л, альбумин – 42 г/л. зрения, эритроциты – 0–1 в поле зрения. Анализ мочи на белок Бенс–Джонса положи и мозгового слоя почек.
B	1	Предположите наиболее вероятный предварительный диагноз.
Э	-	Вторичный АА амилоидоз почек, протеинурическая стадия. ХПН I стадия. ХБП 2 с
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологии упущена или неверно оценены э
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э		Диагноз вторичного амилоидоза с поражением почек установлен на основании анам

		65 мм/час, в общем анализе мочи: относительная плотность – 1008, белок – 2,6 г/л, почка 123 x 70 мм, паренхима 22 мм. Повышена эхогенность коркового и мозгового СКФ – 62 мл/мин/1,73 м2.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование формы и стадии, клинических симптомов и синдромов амилоидоза.
P0	-	Обоснование амилоидоза и его осложнений дано неверно или диагноз обоснован по другим причинам.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Пациенту рекомендовано: протеинограмма, иммунограмма, липидограмма, электрокардиограмма, УЗИ почек с окраской конго красным, выявление тинкториальных особенностей АА– амилоидоза.
P2	-	План дополнительного обследования составлен верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования или не названы все необходимые исследования.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования или обоснование названных исследований неадекватно.
В	4	Что бы Вы рекомендовали пациенту для лечения данной патологии? Обоснуйте свой ответ.
Э	-	Режим полупостельный, стол №7. Медикаментозная терапия остеомиелита с мониторингом, витаминотерапия, протеолитические ферменты, остеоперфорация, резекция пораженного участка, фибриллекс ТМ таблетки по 400 мг. Для коррекции почечной недостаточности назначены препараты по показаниям.
P2	-	Терапия представлена в полном объеме, выбор правильно обоснован.
P1	-	Представлен полный объем терапии, однако выбор необоснован или дан не исчерпывающий ответ.
P0	-	Ответ неверный.
В	5	Какие препараты могут использоваться при непереносимости колхицина, димексида?
Э	-	Аналогов нет. Проводится терапия основного заболевания.
P2	-	Тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована не полностью.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Н	-	2
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Девочка 5 лет в последние 2 года часто болеет простудными заболеваниями. С раннего возраста не имела. Направлена на консультацию к детскому урологу. При УЗИ – подозрение на рефлюкс.
		Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	1	Пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Вторичный хронический пиелонефрит.
Э	-	Диагноз поставлен верно.
P2	-	Диагноз поставлен неполностью: предположен пиелонефрит
P1	-	Диагноз поставлен неверно.
P0	-	
		Обоснуйте поставленный Вами диагноз
В	2	Диагноз пузырно-мочеточникового рефлюкса установлен на основании: - анамнеза — с раннего возраста жалобы на недержание мочи, частые мочеиспускания; - жалоб больного на недержание мочи, частые мочеиспускания; - данных объективного исследования — на момент осмотра живот мягкий, безболезненный; - лабораторных данных - в анализе мочи- лейкоцитурия, по данным УЗИ почек- подострый пиелонефрит.
Э	-	Диагноз обоснован верно.
P2	-	Диагноз обоснован неполностью. Часть диагностических признаков не названа или не обоснована.
P1	-	Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
P0	-	

Э	-	Пациенту рекомендовано: посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам Контроль АД.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования или не
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования, или обоснование не
В	4	Что бы Вы рекомендовали пациенту для лечения данной патологии? Обоснуйте сво
Э	-	Режим полупостельный, стол №7. Медикаментозная терапия дорезультатов пос антибиотикограмме. В комплексной терапии пиелонефрита необходимо назначить а Гипотензивная терапия: моноприл 20 мг в сутки, амлодипин 5 мг 2 раза в день. Для еды.
P2	-	Терапия представлена в полном объеме, выбор правильно обоснован.
P1	-	Представлен полный объем терапии, однако выбор не обоснован или дан не исчерп
P0	-	Ответ неверный.
В	5	Какие препараты могут использоваться при непереносимости амоксициклава, куранти
Э	-	Фторхинолоны (левофлоксацин 0,25 1 раз в сутки). При непереносимости
P2	-	Тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована не
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Н	-	4
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА В
У	-	Пациент 68 лет жалуется на позывы к мочеиспусканию при ходьбе и тряской езде. И
В	1	Ваш предварительный диагноз?
Э	-	Конкремент мочевого пузыря
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Какие исследования помогут уточнить диагноз?
Э	-	ТрУЗИ простаты и мочевого пузыря.
P2	-	Дан верный ответ.
P1	-	Дан частично верный ответ
P0	-	Ответ неверный.
В	3	Какова тактика лечения больного?
Э	-	Цистолитотрипсия
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ неполный.
P0	-	Ответ неверный.
В	4	Осложнения при данном заболевании?
Э	-	1. Острая задержка мочи 2. Макрогематурия 3. Двусторонний уретерогидронефроз (при значительной ОЗМ)
P2	-	Все осложнения перечислены верно.
P1	-	Названы не все осложнения.
P0	-	Возможные осложнения названы неверно.

В	5	С какими заболеваниями дифференцируют данную патологию
Э		Цистит, опухоль мочеочника, острый аппендицит, у женщин - миома матки, эндометриоз
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ неполный.
P0	-	Ответ неверный.
Н	-	5
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мальчик 8 лет доставлен с места автокатастрофы в тяжёлом состоянии. Множественные переломы ребер, перистальтика кишечника, печёночная тупость сохранена. Резкая болезненность в области живота.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Травма уретры.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Имелся факт травмы. При поступлении имеется уретроррагия, острая задержка мочи.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью. Часть диагностических признаков не названа или названа неверно.
P0	-	Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
В	3	С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
Э		Дифференциальную диагностику необходимо проводить с травмой мочевого пузыря, мочекаменной болезнью, опухолью мочевого пузыря.
P2	-	Дифференциальный диагноз проведен верно.
P1	-	Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть диагностических признаков.
P0	-	Дифференциальный диагноз проведен неверно, неправильно выбрана нозология.
В	4	Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?
Э	-	Необходимо выполнить восходящую уретрографию, при которой был обнаружен затененный участок.
P2	-	Методы обследования выбраны верно.
P1	-	Не все необходимые методы обследования выбраны.
P0	-	Методы обследования выбраны неверно.
В	5	Какие экстренные мероприятия необходимы в данном случае?
Э		В экстренном порядке необходимо произвести цистостомию.
P2	-	Ответ верный. Все экстренные мероприятия указаны верно.
P1	-	Ответ неполный.
P0	-	Ответ неверный.
Н	-	6
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациентка Н, 1952 г.р. находится на лечение в терапевтическом отделении по поводу хронического цистита. Жалобы на момент осмотра: слабость, повышенную утомляемость, периодические боли в области живота.

		<p>Похудание на 2 размера за 2 месяца, ночных потов, субфебрильной лихорадки и</p> <p>В результате дообследования выявлено:</p> <p>26.08.20 – Б/х: глюкоза 5,84 ммоль/л, о.билирубин 12,76 мкмоль/л, пр.билирубин</p> <p>26.08.20 - о.белок 74,36 г/л, альбумин 44,99 г/л, альфа-1-глобулин 3,05 г/л, альф</p> <p>28.08.20 – ОАК: HGB 87 г/л, RBC 2,74 млн/мкл, MCV 95,3 фл, MCH 31,8 пг, RD</p> <p>29.08.20 – ОАМ: белок 0,75 г/л (++)</p> <p>29.08.20 – белок в суточной моче 0,48 г/сут</p> <p>29.08.20 – белки электрофорезом в моче: о.белок 1,418 г/сут, М-градиент (б.Бен</p> <p>01.09.20 – УЗИ ОБП: селезенка, печень – N, диф.изменения поджелудочной жел</p> <p>04.09.20 – Б/х: ферритин 153,1 мкг/л, железо сыв. 6,6 мкмоль/л</p> <p>16.09.20 – Миелограмма: миелобласты 1%, мегалобласты (-), недиф.бласты 1%,</p> <p>16.09.20 – иммунотипирование мочи: моноклональная секреция белка Бенс-Джон</p> <p>16.09.20 – электрофорез белковых фракций: альбумин 63,6%, альфа-1-глобулин</p> <p>16.09.20 – иммунотипирование сыворотки: моноклональная секреция легких це</p> <p>16.09.20 – кальций: 2,66 ммоль/л</p>						
В	1	Предположите наиболее вероятный предварительный диагноз.						
Э	-	С90.0 Множественная миелома IV стадия: моноклональная секреция СЛЦ каппа 2,77 Бенс-Джонса 0,546, плазматических клеток в КМ 49% (14.09.20), микроцитарная норма средней степени тяжести с анизоцитозом, дефицит железа (04.09.20) , креатинин 287						
P2	-	Диагноз поставлен верно.						
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не указан дефицит витамина В12 и вероятная по кл						
P0	-	Диагноз поставлен неверно.						
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.						
Э	-	Диагноз множественной миеломы поставлен на основании данных протеинурии, гипо						
P2	-	Диагноз обоснован верно.						
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: Не выделены клинические синдромы, не дана полная интерпретация р						
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.						
В	3	Объясните критерии определения стадии заболевания						
Э	-	<table border="1"> <tr> <td>I</td> <td> <p>Совокупность следующих признаков:</p> <p>1. Уровень гемоглобина >10 г/дл</p> <p>2. Нормальный уровень кальция сыворотки (< 2,6 ммоль/л)</p> <p>3. Рентгенологически нормальная структура костей или одиночный очаг поража</p> <p>4. Низкий уровень М-протеина:</p> <p>а) IgG <50 г/л;</p> <p>б) IgA <30 г/л</p> <p>Протеинурия Бенс-Джонса <4 г/сут</p> </td> </tr> <tr> <td>II</td> <td></td> </tr> <tr> <td>III</td> <td> <p>Один или более из следующих признаков:</p> <p>1. Уровень гемоглобина <8,5 г/дл</p> <p>2. Уровень кальция сыворотки превышает нормальные значения</p> </td> </tr> </table>	I	<p>Совокупность следующих признаков:</p> <p>1. Уровень гемоглобина >10 г/дл</p> <p>2. Нормальный уровень кальция сыворотки (< 2,6 ммоль/л)</p> <p>3. Рентгенологически нормальная структура костей или одиночный очаг поража</p> <p>4. Низкий уровень М-протеина:</p> <p>а) IgG <50 г/л;</p> <p>б) IgA <30 г/л</p> <p>Протеинурия Бенс-Джонса <4 г/сут</p>	II		III	<p>Один или более из следующих признаков:</p> <p>1. Уровень гемоглобина <8,5 г/дл</p> <p>2. Уровень кальция сыворотки превышает нормальные значения</p>
I	<p>Совокупность следующих признаков:</p> <p>1. Уровень гемоглобина >10 г/дл</p> <p>2. Нормальный уровень кальция сыворотки (< 2,6 ммоль/л)</p> <p>3. Рентгенологически нормальная структура костей или одиночный очаг поража</p> <p>4. Низкий уровень М-протеина:</p> <p>а) IgG <50 г/л;</p> <p>б) IgA <30 г/л</p> <p>Протеинурия Бенс-Джонса <4 г/сут</p>							
II								
III	<p>Один или более из следующих признаков:</p> <p>1. Уровень гемоглобина <8,5 г/дл</p> <p>2. Уровень кальция сыворотки превышает нормальные значения</p>							

		<p>3. Множественные поражения костей (>3 литических очагов)</p> <p>4. Высокий уровень М-протеина:</p> <p>a. IgG >70 г/л;</p> <p>b. IgA >50 г/л</p> <p>Протеинурия Бенс-Джонса >12 г/сут</p>
		<p>Так как в результате обследования выявлены показатели, не подходящие ни под I, ни под II критерии диагноза, необходимо дополнительное обследование.</p> <p>Дополнительным признаком, определяющим подстадию является состояние функции почек:</p> <p>A – нормальная функция почек (концентрация креатинина в сыворотке < 177мкмоль/л)</p> <p>B - снижение функция почек (концентрация креатинина в сыворотке ≥ 177 мкмоль/л)</p>
P2	-	Все критерии указаны верно
P1	-	Ответ неполный, не указаны критерии подстатии
P0	-	Ответ неверный
B	4	Составьте и обоснуйте план необходимого дополнительного обследования пациента
Э	-	<p>До начала ПХТ необходимо провести дополнительное обследование для отслеживания:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Цитогенетическое исследование ПК (кариотипирование и FISH) (t(4;14), t(14;16)) 2. Исследование биоптата почки методом световой и иммунофлуоресцентной микроскопии 3. Rg (лучше МСКТ) плоских костей: черепа, ребер, таза
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен избыточно или не полностью
P0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
B	5	Является ли миеломная нефропатия и диализзависимая ОПН противопоказанием для проведения химиотерапии?
Э	-	<p>Миеломная нефропатия не является противопоказанием для противоопухолевой терапии.</p> <p>Т.к. мы имеем пациента старше 65 лет с наличием отягощающих сопутствующих заболеваний.</p>
P2	-	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	-	017
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Женщина 45 лет жалуется на частые ночные мочеиспускания, в среднем больная 10 раз за ночь. ОАМ: протеинурия, цилиндрурия, гематурия. При УЗИ почек – размеры почек в пределах нормы.
B	1	Дать определение никтурии. Какой объем мочи, выделяет за ночь, пациентка?
Э	-	Никтурия – преобладание ночного количества мочи над дневным, приводящее к частым ночным мочеиспусканиям.
P2	-	Дан полный правильный ответ.
P1	-	Ответ не полный.

P0	-	Дан неверный ответ.
B	2	Какие исследования необходимо провести на первом этапе, чтобы определить п
Э	-	Необходимо провести ОАМ, мочу по Земницкому, мочевины, креатинин крови п или профессионального класса.
P2	-	Дан полный правильный ответ.
P1	-	Ответ не полный.
P0		Дан неверный ответ.
B	3	С чем могут быть связаны частые ночные мочеиспускания у женщины 45 лет?
Э	-	Частые ночные мочеиспускания у женщины 45 лет возможно связаны с 2 причи может быть связано с увеличением объема ночной мочи.
P2	-	Дан полный правильный ответ.
P1	-	Ответ не полный.
P0	-	Дан неверный ответ.
B	4	Пример интерпретации данных, полученных при обследовании пациентки.
Э	-	Полученные лабораторные признаки характерны для нефрологического заболева
P2	-	Дан полный правильный ответ.
P1	-	Ответ не полный.
P0	-	Дан неверный ответ.
B	5	Какова должна быть дальнейшая диагностическая и лечебная тактика в этом случае?
Э	-	Необходимо провести пробу Реберга для определения показателя клубочковой с
P2	-	Дан полный правильный ответ.
P1	-	Ответ не полный.
P0	-	Дан неверный ответ.
Н	-	
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ
У	-	Вызов КСП на дом. Женщина, 54 года, говорит с трудом, голос осипший, предь Из анамнеза: около 40 минут назад с суицидальной целью больная выпила 2 гл Объективно: сознание - ясное, кожные покровы – бледные, обычной влажности. 1 мин. Живот – мягкий, болезненный в верхних отделах, печень не увеличена. З
B	1	Поставьте предположительный клинический диагноз.
Э	-	Острое пероральное отравление 70% уксусной кислотой, тяжелой степени. Суи
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен частично верно: отсутствует часть синдромов или не правильно определена тяжесть отравления.
P0	-	Диагноз поставлен не верно
B	2	Дайте обоснование клиническому диагнозу.
Э	-	Диагноз поставлен на основании жалоб на сильные боли в горле, по ходу пище анамнеза: за 40 минут до приезда КСП с суицидальной целью выпила 2 глотка (

		объективных данных: в зеве – картина химического ожога: гиперемия, отёк, не болезненный в верхних отделах, печень не увеличена. Диурез сохранён
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: нет анализа анамнестических данных и клинической или степени тяжести.
P0	-	Диагноз обоснован не верно.
B	3	В какую группу ядов входит уксусная кислота, учитывая механизм действия.
Э	-	Уксусная кислота относится, прежде всего, к прижигающим веществам и вызывает ожог. Кроме этого, уксусная кислота вызывает гемолиз эритроцитов, поэтому относится к гемолитикам. Известно также, что при отравлении уксусной кислотой часто развивается ОПН.
P2	-	Ответ полный.
P1	-	Ответ не полный, не названа 1 группа.
P0	-	Ответ не верный. Или отсутствует.
B	4	Объясните механизм нефротоксического действия концентрированной уксусной кислоты.
Э	-	Уксусная кислота (УК) представляет собой свободно проникающий гемолитик. Транспорт свободного гемоглобина через почечные канальцы (клинический маркер ОПН) вплоть до разрыва дистальных канальцев, вызывают поражение почек, проявляющееся ОПН.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ не полный.
P0	-	Ответ не правильный.
B	5	Тактика лечебных мероприятий на догоспитальном этапе
Э	-	Качественное обезболивание с использованием наркотических анальгетиков и опиоидов, ЗПЖ, Введение 4% р-ра гидрокарбоната натрия, Проведение форсированного диуреза, инфузионной терапии (до светлой мочи). Введение глюкокортикоидов, гемостатиков. При падении артериального давления – противошоковые мероприятия. Госпитализация в специализированное отделение или отделение общей реанимации. В стационаре при развитии ОПН решение вопроса о возможности проведения гемодиализа.
P2	-	Тактика верна
P1	-	Тактика названа не в полном объёме
P0	-	Тактика не верна
H	-	
I	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Вызов КСП на дом. Со слов жены, муж (38 лет) накануне с другом ремонтировал автомобиль. Пациент несколько дней употреблял различные спиртные напитки, но в день отравления воздерживался от употребления алкоголя.

		Объективно на момент осмотра жалоб не предъявляет, контакту не доступен. Со 102 уд/мин, ритмичный. Левая граница сердечной тупости на 1,5 см кнаружи от л. выслушиваются влажные множественные незвучные хрипы. Живот мягкий, печ. Врач КСП снял ЭКГ. Заключение: синусовая тахикардия с ЧСС до 108 в минуту
В	1	Установите основные патологические синдромы.
Э	-	Токсическая энцефалопатия. Кома II ст. Токсическая миокардиодистрофия. Ост
P2	-	Все синдромы названы верно.
P1	-	Часть синдромов упущена Или неверно оценена степень тяжести комы.
P0	-	Синдромы определены неверно.
В	2	Поставьте клинический диагноз.
Э	-	Острое пероральное отравление суррогатами алкоголя (этиленгликолем?) тяже
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена Или неверно оценена степень тяжести.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	3	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз установлен на основании данных анамнеза: пил неизвестную жидкост отсутствие сознания и реакции на болевые раздражители, умеренно выраженн
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует или дано неверно обоснование одного из синдромов.
P0	-	Обоснование двух и более синдромов дано неверно. или диагноз обоснован полностью неверно.
В	4	Объясните механизм нефротоксического действия этиленгликоля
Э	-	В организме этиленгликоль подвергается метаболическим превращением под в Щавелевая кислота взаимодействует с ионами кальция и образуется плохо ра нефропатия (вплоть до острой почечной недостаточности). Продукты биотранс Так возникает острая печеночно-почечная недостаточность, морфологической В тяжелых случаях отравления при токсической коме возможно подобное пора
P2	-	Названы основные звенья патогенеза.
P1	-	Механизм действия яда на организм объяснен не полностью, не названо нейро или нефротоксическое действие.
P0	-	Механизм действия объяснен полностью неверно.
В	5	Антидотная терапия на догоспитальном и госпитальном этапе.

Э	-	Антидот – этиловый спирт – вводится перорально: 100 мл 30% раствора внутр - алкогольдегидрогеназы, эти два спирта конкурируют между собой при одновр
P2	-	Ответ дан полностью верно, объяснён механизм действия антидота.
P1	-	Антидот назван верно, но неверно названы дозы Или не объяснён механизм его действия.
P0	-	Ответ дан полностью неверно
Н	-	
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ
У	-	Пациентка Н, 1962 г.р. находится на лечение в терапевтическом отделении Жалобы на момент осмотра: слабость, боль в пояснице. Ночные поты, субфебрильная лихорадка в настоящий момент отсутствуют (был Объективно: состояние средней степени тяжести, стабильное. Сознание я пр.доли 115 мм, ПЗР лев.доли 37 мм по данным УЗИ ОБП от 06.05.21). Спленом 05.05.2021 – б/х: ферритин 431,2 мкг/л, мочевины 8,8 ммоль/л, креатинин 126 мк 06.05.2021 - УЗИ ОБП: спленомегалия (132x67 мм) 11.05.2021 – ОАК: HGB 57 г/л, RBC 1,87 млн/мкл, MCV 95,2 фл, MCH 30,2 пг, B 11.05.2021 – ОАМ: протеинурия 1 г/л 14.05.2021 – электрофорез белков крови: о.белок 103,7 г/л, IgA 34,17 г/л, IgM 0, 0,3 г/л, коэф.каппа/лямбда 47,23 14.05.2021 – иммунохимия мочи: белок мочи 2,1 г/л, белок Бенс-Джонса типа ка
В	1	Предположите наиболее вероятный предварительный диагноз.
Э	-	S90.0 Множественная миелома IIIA стадия: моноклональная секрция СЛЦ кап
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не указан дефицит витамина B12 и вероятная
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз множественной миеломы поставлен на основании данных протеинурии
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: Не выделены клинические синдромы, не дана полная интерпрет
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Объясните критерии определения стадии заболевания
Э	-	Один или более из следующих признаков позволяют установить III стадию забо 1. <u>Уровень гемоглобина <8,5 г/дл</u> 2. Уровень кальция сыворотки превышает альные значения 3. Множественные поражения костей итических очагов) 4. Высокий уровень М-протеина: а) IgG >70 г/л;

		<p>b) IgA >50 г/л</p> <p>Протеинурия Бенс-Джонса >12 г/сут</p> <p>Дополнительным признаком, определяющим подстадию является состояние функции почек</p> <p>А – нормальная функция почек (концентрация креатинина в сыворотке < 177 мкмоль/л)</p> <p>В - снижение функция почек (концентрация креатинина в сыворотке ≥ 177 мкмоль/л)</p>
P2	-	Все критерии указаны верно
P1	-	Ответ не полный, не указаны критерии подстатии
P0	-	Ответ не верный
В	4	Составьте и обоснуйте план необходимого дополнительного обследования пациента
Э	-	<p>До начала ПХТ необходимо провести дополнительное обследование для отслеживания прогрессирования заболевания</p> <p>4. Миелограмма (повышение клеточности КМ за счет плазматических клеток)</p> <p>5. Цитогенетическое исследование ПК (кариотипирование и FISH) (t(4;14), del(17)(p11))</p> <p>6. Rg (лучше МСКТ) плоских костей: черепа, ребер, таза</p>
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен избыточно или не полностью
P0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	5	Подберите наиболее подходящую тактику лечения данному пациенту
Э	-	<p>Начать ПХТ по схеме VD</p> <p>1-4 курсы:</p> <p>Бортезомиб** 1,3 мг/м² п/к или в/в, дни 1, 4, 8, 11</p> <p>Дексаметазон** 20 мг внутрь, дни 1, 2, 4, 5, 8, 9, 11, 12</p> <p>Лечение возобновляется на 22 день</p> <p>5-8 курсы:</p> <p>Бортезомиб** 1,3 мг/м² п/к или в/в, дни 1, 4, 8, 11</p> <p>Дексаметазон** 20 мг внутрь, дни 1, 2, 4, 5,</p> <p>Лечение возобновляется на 22 день</p>
P2	-	Тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована не полностью
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Н	-	
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больной 25 лет, жалуется на тупые боли в поясничной области, малое количество мочи, слух частично снижен, тон на верхушке ослаблен, акцент II тона на аорте.</p> <p>В анализе мочи: белок - 1,2 г/л, цилиндры гиалиновые - 2-3 в поле зрения, эритроциты измененные 20-30 в поле зрения.</p>
В	1	Назовите синдромы поражения внутренних органов,
Э	-	Синдромы: отечный, нарушенного диуреза, мочевого, артериальной гипертензии.
P2	-	Дан полный правильный ответ.
P1	-	Ответ не полный.
P0	-	Дан неверный ответ.
В	2	Обоснуйте вышеперечисленные синдромы

Э	-	Синдром нарушенного диуреза проявляется в малом количестве мочи, отделяемой. Отечный синдром подтверждается наличием отеков на лице Facies nephritica. О наличии мочевого синдрома свидетельствуют изменение цвета мочи, протеинурия, эритроцитурия и цилиндрурия. О синдроме артериальной гипертонии свидетельствуют ледующие симптомы:
P2	-	Дан полный правильный ответ.
P1	-	Ответ не полный.
P0	-	Дан неверный ответ.
В	3	Назовите предварительный диагноз, причину.
Э	-	Острый гломерулонефрит. Причиной его развития явилась перенесенная стрептококковая инфекция.
P2	-	Дан полный правильный ответ.
P1	-	Ответ не полный.
P0	-	Дан неверный ответ.
В	4	Какие функциональные почечные пробы необходимо выполнить больному?
Э	-	Пробу Реберга для оценки фильтрации, реабсорбции, уровня креатинина крови и титра антител.
P2	-	Дан полный правильный ответ.
P1	-	Ответ не полный.
P0	-	Дан неверный ответ.
В	5	Какое дополнительное обследование необходимо выполнить?
Э	-	Необходимо осмотреть глазное дно, выполнить ЭКГ
P2	-	Дан полный правильный ответ.
P1	-	Ответ не полный.
P0	-	Дан неверный ответ.
Н	-	022
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больную 30 лет, беспокоят ознобы, подъемы температуры до 39° в течение недели. Пальпация живота болезненна в правом подреберье, болезненно поколачивание по ходу кишечника. В гемограмме: лейкоциты - 15x10 ⁹ /л, палочкоядерные лейкоциты - 24%, сегментоядерные лейкоциты - 55%, лимфоциты - 12%, моноциты - 9%, СОЭ - 48 мм/ч. Микробное число - 10 мл, выделена кишечная палочка.
В	1	Назовите синдром поражения органов мочевого выделения.
Э	-	Синдром острого воспаления чашечно-лоханочной системы и интерстициально-паренхиматозный нефрит.
P2	-	Дан полный правильный ответ.
P1	-	Ответ не полный.
P0	-	Дан неверный ответ.
В	2	Обоснуйте вышеназванный синдром.
Э	-	Синдром острого воспаления чашечно-лоханочной системы установлен на основании следующих симптомов: ознобы, поты, лихорадка, выраженная слабость.
P2	-	Дан полный правильный ответ.
P1	-	Ответ не полный.
P0	-	Дан неверный ответ.

В	3	Предварительный диагноз.
Э	-	Острый пиелонефрит.
P2	-	Дан полный правильный ответ.
P1	-	Ответ не полный.
P0	-	Дан неверный ответ.
В	4	Дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза.
Э	-	Определение уровня креатинина для определения степени почечной недостаточности, исключения сепсиса. УЗИ почек и мочевого пузыря.
P2	-	Дан полный правильный ответ.
P1	-	Ответ не полный.
P0	-	Дан неверный ответ.
В	5	Какова цель ультразвукового исследования?
Э	-	ультразвуковое исследование почек, чтобы оценить их структуру, исключить медуллярное апостематозное воспаление почки, карбункул почки, паранефрит.
P2	-	Дан полный правильный ответ.
P1	-	Ответ не полный.
P0	-	Дан неверный ответ.
Н		023
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной 50 лет, жалуется на слабость, вялость, плохой аппетит, постоянную тошноту, кожный зуд, малое количество мочи, отеки век. Много лет страдает хроническим гломерулонефритом. Больной заторможен, определяется запах аммиака. Кожа и слизистые бледные, с сухими чешуйками. Креатинин сыворотки крови - 800 мкмоль/л. Анализ мочи: у. в. 1010, белок - 1,6 г/л. УЗИ органов брюшной полости: почки уменьшены в размерах, изменен кортикоренальный индекс.
В	1	Назовите синдромы поражения внутренних органов,
Э	-	Синдром хронической почечной недостаточности. Синдром артериальной гипертонии. Синдром нарушенного диуреза. Мочевой синдром. Отечный синдром.
P2	-	Дан полный правильный ответ. Перечислены все синдромы
P1	-	Ответ не полный.
P0	-	Дан неверный ответ.
В	2	Дайте обоснование синдрому хронической почечной недостаточности.
Э	-	Синдром хронической почечной недостаточности диагностирован на основании креатинина, малое количество суточной мочи, нормохромная анемия, уменьшение скорости клубочковой фильтрации.
P2	-	Дан полный правильный ответ.
P1	-	Ответ не полный.
P0	-	Дан неверный ответ.
В	3	Предварительный диагноз.
Э	-	Хронический гломерулонефрит, хроническая почечная недостаточность III стадии.
P2	-	Дан полный правильный ответ.

P1	-	Ответ не полный.
P0	-	Дан неверный ответ.
B	4	
Э	-	Лабораторные методы: уровень электролитов (K, Na, Ca, P, Mg), суточная протеинурия. Инструментальные методы: ЭКГ, особенно важно для контроля проводимости при нарушении ритма в круге кровообращения, наличия гидроторакса. Консультация окулиста для осмотра глазного дна для оценки состояния сосудов. Биопсия почки.
P2	-	Дан полный правильный ответ. Перечислены все методы исследования.
P1	-	Ответ не полный.
P0	-	Дан неверный ответ.
B	5	С какой целью делают биопсию почки в данном случае?
Э	-	Биопсия почки позволит определить морфологическую форму хронического гломерулонефрита, степень склеротических и воспалительных изменений в почках.
P2	-	Дан полный правильный ответ.
P1	-	Ответ не полный.
P0	-	Дан неверный ответ.
Н	-	024
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Ребенок 3 месяцев, от первой беременности, протекавшей с тяжелым токсикозом. С первых дней жизни ребенок редко мочился, отмечались отеки на конечностях, Генеалогический анамнез: по материнской линии отмечалась ранняя детская смертность. Ребенок поступил на обследование в нефрологическое отделение. Масса тела 6500 г, выражены отеки на лице, конечностях, асцит. Тоны сердца приглушены. ЧСС -130/мин. Несмотря на проводимую терапию, состояние больного оставалось тяжелым. В левом легком - инфильтрат. Общий анализ крови: Hb - 100 г/л, Эр - 3,0x10 ¹² /л, лейкоциты - 12,0x10 ⁹ /л, п/я - 10%. Общий анализ мочи: белок - 3,6 г/л, эритроциты - 1-2 в п/з, лейкоциты -1-2 в п/з, Биохимический анализ крови: общий белок - 50 г/л, альбумины -38%, альфа1-глобулин - 10%. УЗИ почек - нефромегалия, уплотнение коркового слоя почек. Гистологическое исследование почек (пункционная биопсия): микрокистоз, пролиферация мезангия.
B	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Врожденный нефротический синдром финского типа Морфологический диагноз: гломерулонефрит.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена или неверно оценены.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз нефротического синдрома определен на основании анамнестических данных (отеки, цилиндрурия), биохимического анализа крови (гипопротеинемия, гипоальбуминемия). Диагноз врожденного нефротического синдрома финского типа установлен на основании анамнеза. Диагноз хронической болезни почек может быть установлен, учитывая стойкие изменения в анализе мочи. Диагноз анемии легкой степени тяжести установлен на основании данных общего анализа крови.
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	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 морфологии 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
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 о
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
Э	-	Генез отечного синдрома у больных с врожденным нефротическим синдромом связан с задержкой натрия и воды. 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 ве
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы препаратов, кроме альбумина и с
B	5	Какие препараты для коррекции анемии наиболее целесообразны? Обоснуйте Ваш
Э	-	Пациенту показано назначение препаратов железа, при прогрессировании хронической болезни почек. 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
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Н		025
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, слабость, тошноту. Ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом первой половины, планово обследован, состоит на диспансерном учете в связи с хроническим тонзиллитом, частыми ОРВИ. Генеалогический анамнез не отягощен.

		<p>Настоящее заболевание началось через 2 недели после перенесенной ангины. Проступы в легких, разрыхлены, без наложений. Перкуторно над легкими звук ясный, легочное дыхание везикулярное, АД 130/85 мм рт. ст. Живот обычной формы, мягкий, доступен глубокой пальпации. Вес 24 кг, рост 124 см.</p> <p>Общий анализ крови: Гемоглобин - 125 г/л, эритроциты - $4,3 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $10,5 \times 10^9/л$, СОЭ - 25 мм/ч.</p> <p>Общий анализ мочи: количество - 70,0 мл, цвет - красный, прозрачность - неполная, белок - 0,99‰.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок - 65 г/л, альбумины - 53%, альфа1-глобулин - 12,0 ммоль/л, бета-липопротеиды - 92,0 ед. (норма до 44 ед.), СКФ по Шварцу 52 мл/м²/1,73 м²/1,73 м.</p> <p>Биохимический анализ мочи: белок - 600 мг/сутки (норма - до 200), фосфор - 21 мг/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.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Острый гломерулонефрит с нефритическим синдромом, острое повреждение почек.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: неверно оценена степень почечной недостаточности.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Заболевание началось через 2 недели после перенесенной ангины, в клинической картине преобладают симптомы острого повреждения почек, прозрачность - неполная, реакция - щелочная, относительная плотность - 1023, эритроциты в осадке.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование степени почечной недостаточности.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Для определения этиологического фактора необходимо определение титра антител к стрептококку, определение скорости клубочковой фильтрации; проведение пункции биопсии почек.
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 обоснования.
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	Назначьте тактику ведения пациентов с острым повреждением почек
Э	-	Отмена нефротоксических препаратов (аминогликозиды, амфотерицин В, рентгеноконтрастные препараты).

		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.
В	5	Составьте план лечения данному пациенту, обоснуйте свой выбор.
Э	-	Режим – постельный при выраженных отеках, макрогематурии, умеренной/тяжелой олигурии, жидкости в острый период болезни, особенно при быстром нарастании отеков, олигурии с ограничением белка до 0,5 г/кг/сутки при снижении функции почек менее 60 мл/мин, увеличивая натрийурез и фильтрацию, уменьшают задержку жидкости и выраженные отеки.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована не полностью.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Н	-	026
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной X., 46 лет, на УЗИ левая почка резко увеличена 163x91 мм. Контуры ее неровные, нечеткими контурами ограниченной подвижности.
В	1	Для какого состояния характерна описанная ультразвуковая картина?
Э	-	Эхографические признаки апостематозного пиелонефрита.
P2	-	Заключение сформулировано верно.
P1	-	Заключение сформулировано верно, но не полностью.
P0	-	Заключение сформулировано неверно.
В	2	Эхогенность коркового слоя почки в норме выше или ниже эхогенности мозгового слоя?
Э	-	Эхогенность коркового слоя в норме выше эхогенности мозгового слоя.
P2	-	Заключение сформулировано верно.
P1	-	Заключение сформулировано верно, но не полностью.
P0	-	Заключение сформулировано неверно.
В	3	Патогномоничные ультразвуковые признаки хронического пиелонефрита:
Э	-	патогномоничных признаков хронического пиелонефрита не существует
P2	-	Заключение сформулировано верно.
P1	-	Заключение сформулировано верно, но не полностью.
P0	-	Заключение сформулировано неверно.
В	4	Обязательно ли наличие обструкции мочевых путей для развития гнойного воспаления почки?
Э	-	необязательно
P2	-	Заключение сформулировано верно.

P1	-	Заключение сформулировано верно, но не полностью.
P0	-	Заключение сформулировано неверно.
В	5	Абсцесс почки эхографически представлен:
Э	-	анэхогенной зоной с толстой капсулой и внутривещевой взвесью;
P2	-	Заключение сформулировано верно.
P1	-	Заключение сформулировано верно, но не полностью.
Н	-	027
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больного 58 лет, беспокоят отеки на ногах, одышка при незначительной физической нагрузке. Состояние тяжелое. Кожа бледная. Отеки ног (стоп, голеней, бедер). Дыхание везикулярное ослабленное ниже углов лопаток с обеих сторон. Тоны сердца глухие с обеих сторон, выпот в полости перикарда. Анализ мочи: у. в. 1020, белок - 4,1 г/л, цилиндры гиалиновые - 3-4 в поле зрения. Биохимический анализ крови: белок - 50 г/л, альбумины - 45%, глобулины 55%, холестерин - 6,5 ммоль/л.
В	1	Назовите синдромы поражения внутренних органов.
Э	-	Нефротический синдром, отечный синдром (анасарка), мочевого синдром.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ не полный.
P0	-	Ответ не правильный.
В	2	На основании каких симптомов Вы определили нефротический и мочевого синдромы?
Э	-	Нефротический синдром установлен на основании наличия анасарки, гипонатриемии. Мочевого синдром проявляется выраженной протеинурией и цилиндрурией. Гиалиновые и восковидные цилиндры образуются в просвете почечных канальцев.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ не полный.
P0	-	Ответ не правильный.
В	3	Поставьте предварительный диагноз.
Э	-	Вторичный амилоидоз почек, развившийся на фоне ревматоидного артрита, нефротический синдром.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ не полный.
P0	-	Ответ не правильный.
В	4	Какие дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза необходимы?
Э	-	Диагностическое представление о вторичном амилоидозе, развившемся на фоне ревматоидного артрита, подтверждается при окраске биоптата почки или десны с окраской препарата Конго красным (окрашивает амилоид в зелено-красный цвет в прямой кишке и в десне. Можно исследовать ткань печени и селезенки на наличие амилоидоза). Кроме того, больному необходимо исследовать уровень креатинина и электролитов.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ не полный.
P0	-	Ответ не правильный.
В	5	Какие осложнения могут развиваться при данной патологии и почему?
Э	-	1. Тромбозы. Развиваются в связи с тем, что при нефротическом синдроме с моче...

		2. Вторичный иммунодефицит. При нефротическом синдроме с мочой теряются
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ не полный.
P0	-	Ответ не правильный.
Н		028
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА
У	-	Больной 60 лет оперирован по поводу расслаивающей аневризмы брюшного отдела отмечается развитие олигурии - 100 мл мочи за сутки. В крови выявляется высокий Анализ мочи: у. в. 1013, белок - 1,8 г/л, эритроциты измененные - 10-15 в поле зрения, лейкоциты - 4-6 в поле зрения, цилиндры гиалиновые - 2-3 в поле зрения, з
В	1	Назовите синдромы поражения внутренних органов.
Э	-	Синдром острой почечной недостаточности, синдром нарушенного диуреза.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ неполный.
P0	-	Ответ неправильный.
В	2	
Э	-	Синдром острой почечной недостаточности проявляется олигурией, креатининемией Мочевой синдром подтверждается протеинурией, микрогематурией, цилиндрурией
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ неполный.
P0	-	Ответ неправильный.
В	3	Поставьте предварительный диагноз.
Э	-	Преренальная острая почечная недостаточность, II олигурическая стадия
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ неполный.
P0	-	Ответ неправильный.
В	4	Чем обусловлено развитие данного патологического процесса?
Э	-	Острая почечная недостаточность обусловлена ишемическим некрозом клубочков
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ неполный.
P0	-	Ответ неправильный.
В	5	Какая стадия ОПН отмечается в данный момент у больного?
Э	-	Отмечается II олигурическая стадия ОПН, когда растет уровень креатинина, калия, имеется угроза развития блокады сердца, уремической комы. При благоприятном
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ неполный.
P0	-	Ответ неправильный.
Н		029
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА
У	-	Больной Д., 67 лет, страдает мочекаменной болезнью (МКБ) в течение 10 лет. Последние 4 дня после переохлаждения отмечает боли в правой поясничной области

		При осмотре: состояние относительно удовлетворительное, в сознании, адекватен. При обследовании в общем анализе мочи: белок - 0,0030 г/л, лейкоциты - 12-24 в п
В	1	Сформулируйте синдромы, характерные для данного заболевания.
Э	-	Дизурический синдром, мочевого синдром.
Р2	-	Ответ верный.
Р1	-	Ответ неполный.
Р0	-	Ответ неправильный.
В	2	Предварительный диагноз.
Э	-	Пиелонефрит.
Р2	-	Ответ верный.
Р1	-	Ответ неполный.
Р0	-	Ответ неправильный.
В	3	Какой патологический процесс необходимо исключить у данного пациента?
Э	-	С учетом длительности течения МКБ необходимо исключить латентный хроническ
Р2	-	Ответ верный.
Р1	-	Ответ неполный.
Р0	-	Ответ неправильный.
В	4	Какие функциональные пробы для этого необходимо провести пациенту
Э	-	Пробу Зимницкого, Реберга, Нечипоренко в спокойный период.
Р2	-	Ответ верный.
Р1	-	Ответ неполный.
Р0	-	Ответ неправильный.
В	5	Какие инструментальные методы обследования необходимо назначить данному па
Э	-	УЗИ почек и экскреторную урографию, с целью выявления нарушения уродинамик
Р2	-	Ответ верный.
Р1	-	Ответ неполный.
Р0	-	Ответ неправильный.
Н		030
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА
У	-	М., 1 месяц, на УЗИ почки нормальных размеров. Слева паренхима почки гипэхог
В	1	Для какого состояния характерна описанная ультразвуковая картина?
Э	-	Эхографические признаки пиелонефрита слева, нельзя исключить обострение вос
Р2	-	Заключение сформулировано верно.
Р1	-	Заключение сформулировано верно, но не полностью.
Р0	-	Заключение сформулировано неверно.
В	2	Чем обусловлена фестончатость контура почки при хроническом пиелонефрите
Э	-	чередованием рубцовых "втяжений" паренхимы и участков регенерационной
Р2	-	Заключение сформулировано верно.

P1	-	Заключение сформулировано верно, но не полностью.
P0	-	Заключение сформулировано неверно.
B	3	Причиной уменьшения площади и снижения эхогенности почечного синуса у бо
Э	-	резорбция почечного синусного жира, сдавление почечного синуса;
P2	-	Заключение сформулировано верно.
P1	-	Заключение сформулировано верно, но не полностью.
P0	-	Заключение сформулировано неверно.
B	4	Ультразвуковыми признаками карбункула почки являются
Э	-	гиперэхогенная зона с четкой границей, либо - гипоехогенная зона с нечеткой гран
P2	-	Заключение сформулировано верно.
P1	-	Заключение сформулировано верно, но не полностью.
P0	-	Заключение сформулировано неверно.
B	5	Эхогенность коркового слоя почки в норме выше или ниже эхогенности мозгового
Э	-	Эхогенность коркового слоя в норме выше эхогенности мозгового слоя.
P2	-	Заключение сформулировано верно.
P1	-	Заключение сформулировано верно, но не полностью.
P0	-	Заключение сформулировано неверно.

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде экзамена.

5.1 Перечень контрольных заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: вопросы по разделам дисциплины.

5.1.1 Вопросы к экзамену по дисциплине «Нефрология»:

Вопрос	Код компетенции (согласно РПД)
1. Организация нефрологической службы в РФ.	УК-1
2. Методы обследования нефрологических больных (Клинические, лабораторные, инструментальные).	УК-2 УК-3
3. Основные клинические симптомы и синдромы заболеваний почек (Изменения мочи, Отёки, Артериальная гипертензия, Внепочечные проявления заболеваний почек, Нефротический синдром).	УК-4 УК-5 ОПК- 1 ОПК- 2
4. Первичные заболевания почек (Общие вопросы патогенеза нефритов, Острый гломерулонефрит (ОГН), Быстро прогрессирующий (экстракапиллярный) гломерулонефрит, Хронический гломерулонефрит (ХГН), Инфекция мочевых путей (ИМП), Острый пиелонефрит, Хронический пиелонефрит, Интерстициальный нефрит).	ОПК-3 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-6 ОПК-7 ОПК-8
5. Вторичные заболевания почек (Поражение почек при гипертонической болезни (ГБ), Ишемическая болезнь почек, Поражение почек при инфекционном эндокардите, Изменения почек при тромботических микроангиопатиях: гемолитико-уремическом синдроме (FУС) и тромботической тромбоцитопенической пурпуре (ТТП), Поражение почек при гемодинамических (циркуляторных) нарушениях, Поражение	ОПК-9 ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5

<p>почек в результате действия медикаментов и рентгеноконтрастных препаратов, Поражение почек при других патологических состояниях).</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Поражение почек при сахарном диабете (СД). 7. Нефропатия беременных (НБ, гестоз). 8. Поражение почек при гипо- и гиперальдостеронизме. 9. Поражение почек при первичном гиперпаратиреозе. 10. Поражение почек при системных заболеваниях (Поражение почек при системной красной волчанке (СКВ), Поражение почек при синдроме Гудпасчера, Поражение почек при антифосфолипидном синдроме, Поражение почек при криоглобулинемическом васкулите, Поражение почек при геморрагическом васкулите, Поражение почек при АНЦА-ассоциированных васкулитах (гранулематоз Вегенера, микроскопический полиангиит, синдром Чарга-Стросс)) 11. Обменные и парапротеинемические нефропатии: Амилоидоз почек, Поражение почек при парапротеинемиях, Подагра с поражением почек, Поражение почек при электролитных нарушениях. 12. Врожденные и наследственные заболевания почек: Поликистоз почек, Наследственный нефрит с глухотой (синдром Альпорта), Болезнь тонких базальных мембран, Тубулопатии. 13. Острая почечная недостаточность. Острое почечное повреждение. (Этиология, патогенез и общая клиническая характеристика, общие принципы лечения). 14. Хроническая болезнь почек. Хроническая почечная недостаточность (Этиология, патогенез и общая клиническая характеристика, лечение). 15. Экстракорпоральные методы очищения крови и заместительная почечная терапия: общие вопросы, гемодиализ, перитонеальный диализ, гемофильтрация, гемодиафильтрация, изолированная ультрафильтрация, общие принципы ведения диализных больных. 	<p>ПК-6 ПК-7 ПК-8</p>
---	-------------------------------

6. Критерии оценивания результатов обучения

Для экзамена

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки	Минимально допустимый уровень знаний. Допущено много негрубых ошибки	Уровень знаний в объеме, соответствующем программным требованиям. Допущено несколько негрубых ошибок	Уровень знаний в объеме, соответствующем программным требованиям, без ошибок
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи	Продемонстрированы все основные умения. Решены все основные	Продемонстрированы все основные умения, решены все основные

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
	основные умения. Имели место грубые ошибки	с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, но не в полном объеме.	задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, в полном объеме, но некоторые с недочетами	задачи с отдельными несущественными недочетами, выполнены все задания в полном объеме
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки	Имеется минимальный набор навыков для решения стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы навыки при решении нестандартных задач без ошибок и недочетов
Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения профессиональных задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует минимальным требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по большинству практических задач	Сформированность компетенции в целом соответствует требованиям, но есть недочеты. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по некоторым профессиональным задачам	Сформированность компетенции полностью соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в полной мере достаточно для решения сложных профессиональных задач
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Ниже среднего	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»

Разработчик(и):

Харламова О.В., к.м.н., доцент кафедры скорой медицинской помощи ФДПО