

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

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

НЕФРОЛОГИЯ

Направление подготовки (специальность): **31.05.02 ПЕДИАТРИЯ**

Кафедра **ГОСПИТАЛЬНОЙ ПЕДИАТРИИ**

Форма обучения: **ОЧНАЯ**

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

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

(Фонды оценочных средств позволяют оценить достижение запланированных результатов, заявленных в образовательной программе.

Оценочные средства – фонд контрольных заданий, а также описание форм и процедур, предназначенных для определения качества освоения обучающимися учебного материала.)

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	Тест №1	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Коллоквиум	Средство контроля усвоения учебного материала темы, раздела или разделов дисциплины, организованное как учебное занятие в виде собеседования преподавателя с обучающимися.	Вопросы по темам/разделам дисциплины
3	Контрольная работа	Средство проверки умений применять полученные знания для решения задач определенного типа по теме или разделу	Комплект контрольных заданий по вариантам
4	Реферат	Продукт самостоятельной работы студента, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.	Перечень тем рефератов
5	Индивидуальный опрос	Средство контроля, позволяющий оценить степень раскрытия материала	Перечень вопросов
6	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции	Результаты обучения дисциплины
-------	--	--------------------------------	--------------------------------

1.	Врожденные пороки развития почек. Тактика ведения нефрологом.	УК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ПК-5 ПК-8 ПК-9 ПК-10	ЗНАТЬ: 1. Основы этики деонтологии врачебной деятельности с учетом социальных, этнических, конфессиональных культурных различий 2. Основы и требования по ведению медицинской документации в соответствии с законодательством РФ 3. Клинико-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных препаратов рациональный выбор конкретных лекарственных средств при лечении основных патологических синдромов, заболеваний неотложных состояний у больных детей и подростков 4. Анатомо-физиологические
2.	Врожденные и приобретенные гломерулопатии.	УК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ПК-5 ПК-8 ПК-9 ПК-10	
3.	Кистозные заболевания почек и нефронофтиз.	УК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ПК-5 ПК-8 ПК-9 ПК-10	
4.	Уролитиаз и нефрокальциноз.	УК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ПК-5 ПК-8 ПК-9 ПК-10	5. особенности, закономерности роста и развития здорового и больного ребенка. 6. Этиологию, патогенез, морфогенез, клиническую картину, особенности течения болезней у детей классификации болезней
5.	Инфекции мочевой системы. Хронический цистит.	УК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ПК-5 ПК-8 ПК-9 ПК-10	7. Современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики болезней у детей. 8. Принципы терапии наиболее распространенных

6.	Нейрогенные дисфункции мочевого пузыря.	УК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ПК-5 ПК-8 ПК-9 ПК-10	заболеваний у детей. 9. Принципы и методы оказания медицинской помощи при различных неотложных состояниях детей, показания к госпитализации.
7.	Гемолитико-уремический синдром.	УК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ПК-5 ПК-8 ПК-9 ПК-10	10. Оценку качества оказания медицинской помощи детям использованием основными медико-статистическими показателями 11. Теоретические основы информатики, хранение, переработка, преобразование, распространение информации медицинских биологических систем использование информационных компьютерных систем в медицине здравоохранении. Основы доказательной медицины УМЕТЬ: 1. Использовать этические деонтологические принципы в работе педиатра с учениками, социальными, этническими, конфессиональными культурными различиями. 2. Оформить медицинскую документацию различного характера в медицинских организациях педиатрического профиля 3. Обосновать принципы терапии наиболее распространенных заболеваний; назначить рациональную терапию, применить лекарственные препараты, комбинации для лечения детей, выписать рецепты

		<p>лекарственных средств.</p> <p>4. Собирать анамнез, проводить физикальное обследование пациентов различного возраста, интерпретировать результаты обследования, обосновать диагноз, определить обследование и лечение.</p> <p>5. Заполнять медицинскую документацию различного характера в медицинских организациях педиатрического профиля.</p> <p>6. Выявлять жизнеугрожающие состояния у детей, оказывать неотложную помощь.</p> <p>7. Анализировать, оценивать качество медицинской помощи, состояние здоровья детского населения с использованием основных медико-статистических показателей.</p> <p>8. Пользоваться учебной, научной, научной популярной литературой, сетью Интернет профессиональной деятельности, методами статистической обработки материала.</p> <p>ВЛАДЕТЬ:</p> <p>1. Принципами этики и деонтологии в педиатрии в клинической практике.</p> <p>2. Оформлением историй болезни как юридического документа и документации медицинских организаций педиатрического профиля.</p> <p>3. Алгоритмом назначения терапии современными препаратами.</p>
--	--	---

			<p>стандартами протоколами оказ медицинской помощи детям.</p> <p>4. Сбором анамнеза методами обследования детей подросткового, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики постановки клинического диагноза.</p> <p>5. Алгоритмом протоколами выполнения основных врачебных диагностических лечебных мероприятий назначением терапии.</p> <p>6. Алгоритмом протоколами оказания врачебной помощи неотложных угрожающих состояниях у детей.</p> <p>7. Алгоритмом обеспечения качества оказания медицинской помощи.</p> <p>Алгоритмом обеспечения основных врачебных диагностических лечебных мероприятий оказанию помощи детям на основе доказательной медицины; представлением результатов анализа публичного обсуждения</p>
--	--	--	--

Тестовые задания для студентов шестого курса педиатрического факультета по дисциплине «НЕФРОЛОГИЯ» (дисциплина по выбору)

Тесты по теме: «Врожденные пороки развития почек. Тактика ведения нефрологом»

1. ПРИ ЦИСТОГРАФИИ УТОЧНЯЮТСЯ

- 1) наличие рефлюксов*
- 2) состояние уретры*
- 3) функциональное состояние почек

- 4) количество остаточной мочи*
- 5) состояние детрузора*

2. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ВНУТРИВЕННОЙ УРОГРАФИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) боли в животе неясной этиологии*
- 2) стойкая лейкоцитурия*
- 3) травма брюшной полости с задержкой мочеиспускания*
- 4) острый период гломерулонефрита
- 5) внезапно появившаяся гематурия*

3. ДИНАМИЧЕСКАЯ НЕФРОСЦИНТИГРАФИЯ ВЫЯВЛЯЕТ

- 1) отдельную функцию почек
- 2) функцию клубочков
- 3) отдельно скорость клубочковой фильтрации каждой почки
- 4) все вышеперечисленное*
- 5) топографию и размер почек

4. РЕФЛЮКС-НЕФРОПАТИЯ – ЭТО

- 1) иммунное заболевание
- 2) воспалительное заболевание*
- 3) склероз паренхимы
- 4) инфекционное заболевание

5. ФАКТОРАМИ РИСКА РАЗВИТИЯ РЕФЛЮКС-НЕФРОПАТИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) пузырно-мочеточниковый рефлюкс III- IV*
- 2) пузырно-мочеточниковый рефлюкс I-II
- 3) дисплазия почек*
- 4) нейрогенная дисфункция мочевого пузыря*
- 5) инфекция*
- 6) ожирение

6. НА УЗИ О НАЛИЧИИ РЕФЛЮКС-НЕФРОПАТИИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

- 1) увеличение размеров почек
- 2) неровные бугристые контуры*
- 3) уменьшение размеров почек*
- 4) гиперэхогенные участки паренхимы*
- 5) кистозные изменения

7. ОСНОВНЫМИ ПРИНЦИПАМИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) профилактика инфекционных заболеваний*
- 2) мембраностабилизирующая терапия*
- 3) гипотензивная терапия
- 4) физиотерапия*

8. ОСНОВНЫЕ ПРЕПАРАТЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРИ РЕФЛЮКС-НЕФРОПАТИИ

- 1) пикамилон*
- 2) глицин*
- 3) пантогам*
- 4) витамин E*
- 5) преднизолон

9. ПРОБА ПО ЗИМНИЦКОМУ: МОЧА СОБИРАЕТСЯ

- 1) 1 час
- 2) 3 часа
- 3) сутки*

10. КАКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ВЫЗЫВАЕТ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫЙ РЕФЛЮКС

- 1) инфицирование мочевыводящих путей*
- 2) гидронефроз*
- 3) сморщивание почки*
- 4) дисплазия
- 5) гипоплазия

11. ПОКАЗАНИЯМИ К ПРОВЕДЕНИЮ ЦИСТОУРЕТРОГРАФИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) гломерулонефрит
- 2) хронический пиелонефрит*
- 3) расширения чашечно-лоханочной системы на УЗИ*
- 4) наследственный нефрит*
- 5) уменьшение размеров одной из почек*

12. НЕПОЛНОЕ УДВОЕНИЕ ПОЧКИ ОТНОСИТСЯ К

- 1) Количественным порокам развития*
- 2) Позиционным порокам развития
- 3) Формальным порокам развития

13. ПОКАЗАТЕЛЯМИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМИ ФУНКЦИИ КАНАЛЬЦЕВ ПОЧЕК, ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) снижение клиренса креатинина
- 2) гипостенурия*
- 3) селективная протеинурия*
- 4) почечная глюкозурия*

14. АНТИДИУРЕТИЧЕСКИМИ СВОЙСТВАМИ ОБЛАДАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ГОРМОНЫ

- 1) адреналин
- 2) тестостерон
- 3) эстрадиол
- 4) вазопрессин*

15. ПРОБА ПО ЗИМНИЦКОМУ ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВИТЬ

- 1) никтурия*
- 2) лейкоцитурия
- 3) кальциурия
- 4) оксалурия
- 5) изостенурия*

16. ПРОБА ПО ЗИМНИЦКОМУ ПОЗВОЛЯЕТ ОЦЕНИТЬ

- 1) водовыделительную функцию почек*
- 2) концентрационную функцию почек*
- 3) фильтрационную функцию почек
- 4) ацидоаммиогенез

17. ПОЧЕЧНЫЕ КАНАЛЬЦЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

- 1) широкие
- 2) короткие*
- 3) узкие*

18. ТАЗОВАЯ ДИСТОПИЯ ПОЧКИ ОТНОСИТСЯ К

- 1) Количественным порокам развития
- 2) Позиционным порокам развития*
- 3) Формальным порокам развития

19. ДЛЯ СМОРЩЕННОЙ ПОЧКИ ПО УЗИ ХАРАКТЕРНЫ ПРИЗНАКИ

- 1) преобладание коркового слоя
- 2) уменьшение коркового слоя над мозговым*
- 3) увеличение лоханок

20. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА

- 1) пузырно-мочеточниковый рефлюкс III-IV степени*
- 2) пузырно-мочеточниковый рефлюкс, сопровождающийся инфекцией мочевыводящих путей*
- 3) цистит
- 4) гломерулонефрит

Тесты по теме: «Врожденные и приобретенные гломерулопатии»

21. У РЕБЕНКА С ГЕМАТУРИЕЙ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА НАСЛЕДСТВЕННОГО НЕФРИТА ВАЖНО ВЫЯВИТЬ НАЛИЧИЕ У РОДСТВЕННИКОВ СЛЕДУЮЩИХ СИМПТОМОВ

- 1) тугоухость*
- 2) гематурия*
- 3) патология зрения*
- 4) дисплазия тазобедренных суставов
- 5) развитие хронической почечной недостаточности в раннем возрасте*

22. НАЛИЧИЕ МАЛЫХ АНОМАЛИЙ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) наследственного нефрита*
- 2) тубулопатии*
- 3) гломерулонефрита
- 4) дисметаболической нефропатии*
- 5) кистозной болезни*

23. ПРИ ТЕРМИНАЛЬНОЙ ГЕМАТУРИИ ИСТОЧНИК КРОВОТЕЧЕНИЯ НАХОДИТСЯ В

- 1) почке
- 2) мочеточнике
- 3) уретре
- 4) шейке мочевого пузыря*

24. НАСЛЕДСТВЕННЫЙ НЕФРИТ (СИНДРОМ АЛЬПОРТА) ПРОТЕКАЕТ СО СЛЕДУЮЩИМИ СИМПТОМАМИ

- 1) гематурией*
- 2) лейкоцитурией
- 3) тугоухостью
- 4) интоксикацией

- 5) прогрессирующим снижением функции почек*
25. ДЛЯ КАКОЙ ПАТОЛОГИИ ПОЧЕК НЕ ХАРАКТЕРНА ГЕМАТУРИЯ
- 1) наследственный нефрит
 - 2) опухоль почки
 - 3) мочекаменная болезнь
 - 4) врожденный нефротический синдром*
 - 5) болезнь Берже
26. ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ХАРАКТЕРА ГЕМАТУРИИ (ИНИЦИАЛЬНАЯ, ТЕРМИНАЛЬНАЯ ИЛИ ТОТАЛЬНАЯ) СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ
- 1) урофлоуметрию
 - 2) анализ мочи по Нечипоренко
 - 3) пробу Зимницкого
 - 4) общий анализ мочи
 - 5) двухстаканную пробу*
27. ПРИ ИНИЦИАЛЬНОЙ ГЕМАТУРИИ ИСТОЧНИК КРОВОТЕЧЕНИЯ НАХОДИТСЯ В
- 1) почке
 - 2) мочеточнике
 - 3) уретре*
 - 4) шейке мочевого пузыря
28. ПРИ ТОТАЛЬНОЙ ГЕМАТУРИИ ИСТОЧНИК КРОВОТЕЧЕНИЯ НАХОДИТСЯ В
- 1) почке*
 - 2) мочеточнике*
 - 3) уретре
 - 4) шейке мочевого пузыря
29. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ГЕМАТУРИИ СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ СЛЕДУЮЩИЕ АНАЛИЗЫ
- 1) урофлоуметрию
 - 2) анализ мочи по Нечипоренко*
 - 3) пробу Зимницкого
 - 4) общий анализ мочи*
 - 5) пробу-клиренс
30. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ВИД НАСЛЕДОВАНИЯ СИНДРОМА АЛЬПОРТА
- 1) X – сцепленный синдром*
 - 2) Аутосомно – рецессивный
 - 3) Аутосомно – доминантный
31. РЕЗИСТЕНТНОЕ К ТЕРАПИИ ТЕЧЕНИЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
- 1) нефротической формы гломерулонефрита
 - 2) пиелонефрита
 - 3) волчаночного нефрита
 - 4) наследственного нефрита*
 - 5) цистита
32. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ НАСЛЕДСТВЕННОГО НЕФРИТА В ПОПУЛЯЦИИ
- 1) 17 на 1000 детского населения
 - 2) 17 на 10000 детского населения

- 3) 17 на 100000 детского населения*
- 4) 17 на 1000000 детского населения

33. В СТРУКТУРЕ ТЕРМИНАЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ НАСЛЕДСТВЕННЫЙ НЕФРИТ ВСТРЕЧАЕТСЯ В

- 1) 1% случаев
- 2) 6% случаев*
- 3) 30 % случаев
- 4) не встречается

34. НАЗОВИТЕ ВНЕПОЧЕЧНЫЕ ПРИЧИНЫ ГЕМАТУРИИ

- 1) трещина ануса*
- 2) вульвовагинит*
- 3) слабительные с фенолфталеином
- 4) проктит*
- 5) баланопостит*

35. НАЗОВИТЕ ПРИЧИНЫ ЛОЖНОЙ ГЕМАТУРИИ

- 1) употребление свеклы*
- 2) трещина ануса
- 3) вульвовагинит
- 4) слабительные с фенолфталеином*
- 5) проктит

36. НАЗОВИТЕ СОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПРОТЕКАЮЩИЕ С ГЕМАТУРИЕЙ

- 1) гемофилия*
- 2) холецистит
- 3) острая пневмония*
- 4) тромбоцитопеническая пурпура*
- 5) вегето-сосудистая дистония

37. ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ИСТОЧНИКА ГЕМАТУРИИ ПРИМЕНЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ МЕТОДЫ

- 1) ультразвуковое исследование*
- 2) ретроградная цистометрия
- 3) компьютерная томография с контрастированием*
- 4) цистоскопия*
- 5) урофлоуметрия

38. ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИЧИНА МИКРОГЕМАТУРИИ ОСТАЕТСЯ НЕЯСНОЙ

- 1) в 7-9% случаев*
- 2) в 1% случаев
- 3) в 30-40% в случаях
- 4) уточняется в любой ситуации

39. В ОСНОВЕ СИНДРОМА АЛЬПОРТА ЛЕЖИТ ДЕФЕКТ

- 1) подоцина
- 2) коллагена 4 типа*
- 3) полицистина 1
- 4) ангиотензина

5) спектрина

40. МИКРОГЕМАТУРИЯ — ЭТО

- 1) единичные эритроциты (0-1 в поле зрения микроскопа)
- 2) патологическая эритроцитурия, не меняющая окраску мочи*
- 3) более 3 эритроцитов в поле зрения без изменения окраски мочи*
- 4) более 0,5 мл. крови в одном литре мочи

Тесты по теме: «Кистозные заболевания почек и нефронофтиз»

41. У РЕБЕНКА С АУТОСОНО-ДОМИНАНТНЫМ ПОЛИКИСТОЗОМ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ВАЖНО ВЫЯВИТЬ НАЛИЧИЕ У РОДСТВЕННИКОВ СЛЕДУЮЩИХ СИМПТОМОВ

- 1) тугоухость
- 2) гематурия
- 3) патология зрения
- 4) дисплазия тазобедренных суставов
- 5) развитие хронической почечной недостаточности в возрасте 30-40 лет*

42. НАЛИЧИЕ МАЛЫХ АНОМАЛИЙ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) наследственного нефрита*
- 2) тубулопатии*
- 3) гломерулонефрита
- 4) дисметаболической нефропатии*
- 5) кистозной болезни*

43. ПРИ ТЕРМИНАЛЬНОЙ ГЕМАТУРИИ ИСТОЧНИК КРОВОТЕЧЕНИЯ НАХОДИТСЯ В

- 1) почке
- 2) мочеточнике
- 3) уретре
- 4) шейке мочевого пузыря*

44. АУТОСОМНО-РЕЦЕССИВНЫЙ ПОЛИКИСТОЗ ПРОТЕКАЕТ СО СЛЕДУЮЩИМИ СИМПТОМАМИ

- 1) гематурией*
- 2) протеинурией*
- 3) тугоухостью
- 4) артериальной гипертензией*
- 5) прогрессирующим снижением функции почек*

45. ДЛЯ КАКОЙ ПАТОЛОГИИ ПОЧЕК НЕ ХАРАКТЕРНА ГЕМАТУРИЯ

- 1) наследственный нефрит
- 2) опухоль почки
- 3) мочекаменная болезнь
- 4) врожденный нефротический синдром*
- 5) болезнь Берже

46. ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ХАРАКТЕРА ГЕМАТУРИИ (ИНИЦИАЛЬНАЯ, ТЕРМИНАЛЬНАЯ ИЛИ ТОТАЛЬНАЯ) СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ

- 1) урофлоуметрию

- 2) анализ мочи по Нечипоренко
- 3) пробу Зимницкого
- 4) общий анализ мочи
- 5) двухстаканную пробу*

47. ПРИ ИНИЦИАЛЬНОЙ ГЕМАТУРИИ ИСТОЧНИК КРОВОТЕЧЕНИЯ НАХОДИТСЯ В

- 1) почке
- 2) мочеточнике
- 3) уретре*
- 4) шейке мочевого пузыря

48. ПРИ ТОТАЛЬНОЙ ГЕМАТУРИИ ИСТОЧНИК КРОВОТЕЧЕНИЯ НАХОДИТСЯ В

- 1) почке*
- 2) мочеточнике*
- 3) уретре
- 4) шейке мочевого пузыря

49. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ГЕМАТУРИИ СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ СЛЕДУЮЩИЕ АНАЛИЗЫ

- 1) урофлоуметрию
- 2) анализ мочи по Нечипоренко*
- 3) пробу Зимницкого
- 4) общий анализ мочи*
- 5) пробу-клиренс

50. НАСЛЕДОВАНИЕ ПОЛИКИСТОЗА ПОЧЕК

- 1) X – сцепленное
- 2) Аутосомно – рецессивное*
- 3) Аутосомно – доминантное*

51. РЕЗИСТЕНТНОЕ К ТЕРАПИИ ТЕЧЕНИЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) нефротической формы гломерулонефрита
- 2) пиелонефрита
- 3) волчаночного нефрита
- 4) поликистоза почек*
- 5) цистита

52. ТЕРАПИЯ НЕФРОНОФТИЗА ФАНКОНИ

- 1) азатиоприн
- 2) преднизолон
- 3) аугментин
- 4) каптоприл *

53. ПРИ НЕФРОНОФТИЗЕ ФАНКОНИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО СТРАДАЮТ

- 1) клубочки
- 2) каналы*
- 3) юкстагломерулярный аппарат
- 4) капсула почки

54. НАЗОВИТЕ ВНЕПОЧЕЧНЫЕ ПРИЧИНЫ ГЕМАТУРИИ

- 1) трещина ануса*
- 2) вульвовагинит*

- 3) слабительные с фенолфталеином
- 4) проктит*
- 5) баланопостит*

55. НАЗОВИТЕ ПРИЧИНЫ ЛОЖНОЙ ГЕМАТУРИИ

- 1) употребление свеклы*
- 2) трещина ануса
- 3) вульвовагинит
- 4) слабительные с фенолфталеином*
- 5) проктит

56. НАЗОВИТЕ СОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПРОТЕКАЮЩИЕ С ГЕМАТУРИЕЙ

- 1) гемофилия*
- 2) холецистит
- 3) острая пневмония*
- 4) тромбоцитопеническая пурпура*
- 5) вегето-сосудистая дистония

57. ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ИСТОЧНИКА ГЕМАТУРИИ ПРИМЕНЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ МЕТОДЫ

- 1) ультразвуковое исследование*
- 2) ретроградная цистометрия
- 3) компьютерная томография с контрастированием*
- 4) цистоскопия*
- 5) урофлоуметрия

58. ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИЧИНА МИКРОГЕМАТУРИИ ОСТАЕТСЯ НЕЯСНОЙ

- 1) в 7-9% случаев*
- 2) в 1% случаев
- 3) в 30-40% случаев
- 4) уточняется в любой ситуации

59. НЕФРОНОФТИЗ ФАНКОНИ ЭТО

- 1) микрокистоз почек
- 2) медуллярная кистозная болезнь*
- 3) поликистоз почек
- 4) болезнь коллагена 4 типа

60. МИКРОГЕМАТУРИЯ — ЭТО

- 1) единичные эритроциты (0-1 в поле зрения микроскопа)
- 2) патологическая эритроцитурия, не меняющая окраску мочи*
- 3) более 3 эритроцитов в поле зрения без изменения окраски мочи*
- 4) более 0,5 мл. крови в одном литре мочи

Тесты по теме: «Уролитиаз и нефрокальциноз»

61. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН ПРИ УРОЛИТИАЗЕ

- 1) Обзорная рентгенография
- 2) КТ (МСКТ)*
- 3) МРТ

- 4) Экскреторная урография
- 5) Ультрасонография

62. НАЛИЧИЕ МАЛЫХ АНОМАЛИЙ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) наследственного нефрита*
- 2) тубулопатии*
- 3) гломерулонефрита
- 4) дисметаболической нефропатии*
- 5) кистозной болезни*

63. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НЕФРОЛИТИАЗА У ДЕТЕЙ

- 1) 15-20 случаев на 100 тыс. населения *
- 2) 80-85 случаев на 100 тыс. населения
- 3) 100-150 случаев на 100 тыс. населения
- 4) 450-460 случаев на 100 тыс. населения

64. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НЕФРОЛИТИАЗА У ПОДРОСТКОВ

- 1) 15-20 случаев на 100 тыс. населения
- 2) 80-85 случаев на 100 тыс. населения *
- 3) 100-150 случаев на 100 тыс. населения
- 4) 450-460 случаев на 100 тыс. населения

65. ДЛЯ КАКОЙ ПАТОЛОГИИ ПОЧЕК НЕ ХАРАКТЕРНА ГЕМАТУРИЯ

- 1) наследственный нефрит
- 2) опухоль почки
- 3) мочекаменная болезнь
- 4) врожденный нефротический синдром*
- 5) болезнь Берже

66. НЕФРОЛИТИАЗ - ЭТО

- 1) камнеобразование в чашечно-лоханочной системе*
- 2) отложения солей кальция в канальцах и интерстициальной ткани почек
- 3) камнеобразование в мочевом пузыре
- 4) камнеобразование в желчном пузыре

67. НЕФРОКАЛЬЦИНОЗ - ЭТО

- 1) камнеобразование в чашечно-лоханочной системе
- 2) отложения солей кальция в канальцах и интерстициальной ткани почек*
- 3) камнеобразование в мочевом пузыре
- 4) камнеобразование в желчном пузыре

68. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ СКРИНИНГОВЫМ ПРИ УРОЛИТИАЗЕ

- 1) Обзорная рентгенография
- 2) КТ (МСКТ)
- 3) МРТ
- 4) Экскреторная урография
- 5) Ультрасонография*

69. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ГЕМАТУРИИ СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ СЛЕДУЮЩИЕ АНАЛИЗЫ

- 1) урофлоуметрию

- 2) анализ мочи по Нечипоренко*
- 3) пробу Зимницкого
- 4) общий анализ мочи*
- 5) пробу-клиренс

70. ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ОБНАРУЖИВАЮТ

- 1) кальциевые камни*
- 2) мочеислые камни
- 3) цистиновые камни
- 4) струвитные камни

71. СРЕДИ КАЛЬЦИЕВЫХ КАМНЕЙ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ

- 1) фосфатно-кальциевые
- 2) оксалатно-кальциевые*
- 3) оксалат или фосфат кальция в сочетании с мочевой кислотой

72. ЧАСТОТА ГИПЕРКАЛЬЦИУРИИ У ДЕТЕЙ

- 1) 1-2%
- 2) 10-12%*
- 3) 50-60%
- 4) 90-95%

73. ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ (ПЕРВИЧНОЙ) ГИПЕРКАЛЬЦИУРИИ ОТМЕЧАЕТСЯ

- 1) гипокальциемия
- 2) нормокальциемия*
- 3) гиперкальциемия
- 4) уровень кальция изменяется волнообразно

74. У ДЕТЕЙ С НЕФРОКАЛЬЦИНОЗОМ НЕОБХОДИМО ИССЛЕДОВАТЬ

- 1) общий анализ мочи*
- 2) посев мочи на флору*
- 3) суточную мочу на биохимию*
- 4) мочевую кислоту крови*
- 5) холестерин крови

75. ГИПЕРКАЛЬЦИУРИЯ - ЭТО

- 1) экскреция кальция с мочой более 0,4 мг/кг/сут
- 2) экскреция кальция с мочой более 4 мг/кг/сут*
- 3) экскреция кальция с мочой более 40 мг/кг/сут
- 4) экскреция кальция с мочой более 400 мг/кг/сут

76. ПРИЧИНАМИ ГИПЕРКАЛЬЦИУРИИ МОГУТ БЫТЬ

- 1) идиопатическая (первичная) гиперкальциурия*
- 2) гиперпаратиреозидизм*
- 3) гипопаратиреозидизм
- 4) интоксикация витамином Д*
- 5) синдром Иценко-Кушинга*

77. В ТЕРАПИИ ОКСАЛАТНОГО НЕФРОЛИТИАЗА ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) аллопуринол
- 2) фитотерапию*
- 3) витамин Д

4) фуросемид

78. К ОСЛОЖНЕНИЯМ УРОЛИТИАЗА ОТНОСЯТ

- 1) почечную колику*
- 2) инфекцию мочевой системы*
- 3) эссенциальную артериальную гипертензию
- 4) острое почечное повреждение*
- 5) желчекаменную болезнь

79. РЕНАЛЬНАЯ ГИПЕРКАЛЬЦИУРИЯ ОБУСЛОВЛЕНА

- 1) первичным нарушением реабсорбции фосфатов в почках
- 2) дефектом канальцев, ведущим к повышению экскреции кальция с мочой*
- 3) повышенной абсорбцией кальция в кишечнике
- 4) зависимостью от соблюдения диеты с низким содержанием кальция

80. В ТЕРАПИИ УРАТНОГО НЕФРОЛИТИАЗА ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) аллопуринол*
- 2) фитотерапию*
- 3) витамин Д
- 4) фуросемид

Тесты по теме: «Инфекции мочевой системы. Хронический цистит»

81. ДЛЯ ЦИСТИТА ХАРАКТЕРНЫ

- 1) гипертермия
- 2) боли при мочеиспускании
- 3) боли в поясничной области
- 4) лейкоцитурия*
- 5) бактериурия*

82. НИЗКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ УДЕЛЬНОГО ВЕСА МОЧИ ОБОЗНАЧАЮТ КАК

- 1) гиперстенурия
- 2) гипостенурия*
- 3) изостенурия
- 4) олигурия

83. СОБИРАТЬ МОЧУ НА ПОСЕВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- 1) пункцией мочевого пузыря
- 2) из средней струи в стерильную посуду*
- 3) при катетеризации мочевого пузыря
- 4) из анализа мочи по Нечипоренко
- 5) из суточной мочи

84. КОНЦЕНТРАЦИОННУЮ ФУНКЦИЮ ПОЧЕК НЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТ

- 1) проба Зимницкого
- 2) белок и белковые фракции*
- 3) относительная плотность мочи
- 4) осмолярность мочи
- 5) электролиты крови

85. ПРИ НАЗНАЧЕНИИ АНТИБИОТИКОВ УЧИТЫВАЕТСЯ

- 1) рН мочи*
- 2) функциональное состояние почек*
- 3) нефротоксичность*

- 4) характер микрофлоры мочи*
- 5) доступность пероральных форм*
- 6) предпочтения пациента

86. ДЛЯ ЦИСТИТА ХАРАКТЕРНЫ СИМПТОМЫ

- 1) боли в поясничной области
- 2) поллакиурия*
- 3) дизурия
- 4) боли над лоном*
- 5) рези при мочеиспускании*

87. ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ОБЫЧНО НЕ НАРУШАЕТСЯ ФУНКЦИЯ

- 1) клубочка*
- 2) тубулярного отдела нефрона
- 3) проксимального отдела нефрона
- 4) петли Генле
- 5) дистального отдела нефрона

88. СРЕДИ ФАКТОРОВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ РАЗВИТИЕ ПИЕЛОНЕФРИТА, ВЕДУЩУЮ РОЛЬ ИГРАЮТ

- 1) генетическая предрасположенность*
- 2) нарушение уродинамики*
- 3) вирулентность микроба*
- 4) метаболические нарушения*
- 5) уровень антистрептококковых антител

89. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

- 1) общий анализ крови*
- 2) анализ мочи на бактериурию*
- 3) количественный анализ мочи*
- 4) определение мочевины в крови
- 5) двухстаканная проба мочи*

90. ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ЦИСТИТА ТРЕБУЕТСЯ

- 1) внутривенная урография
- 2) цистография
- 3) цистоскопия*
- 4) пункционная биопсия

91. ПРИ ЦИСТИТЕ ОТМЕЧАЮТСЯ ВСЕ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ

- 1) частые и болезненные мочеиспускания
- 2) признаки местного воспаления в области наружных половых органов*
- 3) мутная моча
- 4) лейкоцитурия
- 5) значительное нарушение общего состояния*

92. ПРИ ОСТРОМ ЦИСТИТЕ ТИПИЧНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

- 1) болевой синдром
- 2) дизурия

- 3) лейкоцитурия
- 4) эритроцитурия
- 5) артериальная гипертензия*

93. КОМПЛЕКС ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ОСТРОМ ЦИСТИТЕ ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) антибактериальная терапия
- 2) нитрофураны
- 3) фитотерапия
- 4) электрофорез на область мочевого пузыря
- 5) глюкокортикоиды*

94. ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО С НЕЙРОГЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) регистрацию ритма мочеиспускания*
- 2) урофлоуметрию*
- 3) ретроградную цистометрию*
- 4) УЗИ мочевого пузыря*
- 5) биопсия почки

95. ДОПУСТИМОЕ КОЛИЧЕСТВО ОСТАТОЧНОЙ МОЧИ В МОЧЕВОМ ПУЗЫРЕ У РЕБЕНКА 10 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 20-30 мл*
- 2) 100 мл
- 3) 80 мл
- 4) 120 мл
- 5) 40-60 мл

96. ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ ЦИСТОГРАФИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ ВЕРОГРАФИН

- 1) 65%
- 2) 80%
- 3) 10%*
- 4) 15%
- 5) 20%

97. КОЛИЧЕСТВО ВВОДИМОГО КОНТРАСТНОГО ВЕЩЕСТВА ПРИ ЦИСТОГРАФИИ У РЕБЕНКА 5 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 200-300 мл
- 2) 50-90 мл
- 3) 100-150 мл*
- 4) 300-400 мл
- 5) 30-50 мл

98. ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА ТРЕБУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- 1) УЗИ почек
- 2) цистоскопия
- 3) цистография*
- 4) внутривенная урография
- 5) общий анализ мочи

99. МИНИМАЛЬНЫЙ КУРС ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ЦИСТИТА АНТИБИОТИКАМИ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 10 дней
- 2) 7 дней*
- 3) 5 дней
- 4) 2 дня
- 5) 15 дней

100. ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА ХРОНИЧЕСКОГО ЦИСТИТА ТРЕБУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- 1) цистоскопия*
- 2) цистография
- 3) внутривенная урография
- 4) проба по Нечипоренко
- 5) ретроградная цистография

Тесты по теме: «Нейрогенные дисфункции мочевого пузыря»

101. ДО КАКОГО ВОЗРАСТА НОЧНОЕ НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ ФИЗИОЛОГИЧНО

- 1) 2-3 лет
- 2) 4-5 лет*
- 3) 7-8 лет
- 4) 10-12 лет

102. К НЕЙРОГЕННЫМ ДИСФУНКЦИЯМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ОТНОСЯТСЯ

- 1) Гипорефлексия мочевого пузыря*
- 2) Энурез*
- 3) Гиперрефлексия мочевого пузыря*
- 4) Гипоспадия

103. УКАЖИТЕ МЕТОДЫ ФИЗИОТЕРАПИИ ПРИ НЕЙРОГЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПО ГИПЕРРЕФЛЕКТОРНОМУ ТИПУ

- 1) электрофорез с прозеринем
- 2) электрофорез с атропином*
- 3) ультразвук на область мочевого пузыря*
- 4) парафин*
- 5) УФО

104. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) гиперактивный мочевой пузырь*
- 2) гипорефлекторный мочевой пузырь
- 3) дискоординантное мочеиспускания
- 4) детрузорно-сфинктерная диссинергия

105. ПАЦИЕНТУ С ЖАЛОБАМИ НА НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

- 1) Снимок пояснично-крестцового отдела позвоночника*
- 2) Регистрация ритма спонтанных мочеиспусканий*
- 3) Экскреторная урография, цистография*
- 4) Ирригография

106. КОЛИЧЕСТВО МОЧИ, ВЫДЕЛЯЕМОЕ В СУТКИ ЗДОРОВЫМ РЕБЕНКОМ

- 1) 75% принятой за сутки жидкости*
- 2) 85% принятой за сутки жидкости

- 3) 95% принятой за сутки жидкости
- 4) 55% принятой за сутки жидкости

107. УКАЖИТЕ МЕТОДЫ ФИЗИОТЕРАПИИ ПРИ НЕЙРОГЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПО ГИПОРЕФЛЕКТОРНОМУ ТИПУ

- 1) электрофорез с прозеринум*
- 2) ультразвук на область мочевого пузыря*
- 3) электрофорез с атропином
- 4) УФО на область мочевого пузыря
- 5) СМТ*

108. ЕМКОСТЬ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У НОВОРОЖДЕННОГО

- 1) 50-80 мл*
- 2) 100-120 мл
- 3) 120-150 мл
- 4) 30 мл

109. ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ АТОНИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Отсутствие остаточной мочи
- 2) Наличие остаточной мочи*
- 3) Резко учащенное, болезненное мочеиспускание малыми порциями
- 4) Ярко выраженные позывы к мочеиспусканию

110. ДЛЯ ГИПЕРАКТИВНОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ХАРАКТЕРНО

- 1) Наличие высоких показателей внутрипузырного давления*
- 2) Резко учащенное, болезненное мочеиспускание малыми порциями
- 3) Остаточная моча выявляется редко*
- 4) Пузырно-мочеточниковый рефлюкс*

111. КОМБИНИРОВАННОЕ УРОДИНАМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НЕЙРОГЕННЫХ ФОРМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1) Урофлоуметрия*
- 2) Цистоманометрия*
- 3) Профилометрия*
- 4) Антеградная пиелоуретерография

112. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ ЦИСТОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Острые воспалительные заболевания мочеиспускательного канала*
- 2) Острые воспалительные заболевания половых органов*
- 3) Непроходимость мочеиспускательного канала*
- 4) Пузырно-мочеточниковый рефлюкс

113. МЕТОД ПРОФИЛОМЕТРИИ УРЕТРЫ ОПРЕДЕЛЯЕТ

- 1) Проподимости пузырно-уретрального сегмента*
- 2) Проподимости уретры*
- 3) Сократительную способность детрузора
- 4) Резервуарную функцию

114. УРОФЛОУМЕТРИЯ ЭТО

- 1) Определение состояния сократительной способности детрузора и сопротивления пузырно-уретрального сегмента на основании прямой графической регистрации изменений объемной скорости тока мочи во время мочеиспускания*

- 2) Определение состояния замыкательного аппарата мочевого пузыря
- 3) Определение внутрипузырного давления как по мере заполнения, так и во время мочеиспускания
- 4) Осмотр слизистой оболочки мочеиспускательного канала на всем его протяжении

115. ЦИСТОМАНОМЕТРИЯ ЭТО

- 1) Определение состояния сократительной способности детрузора и сопротивления пузырно-уретрального сегмента на основании прямой графической регистрации изменений объемной скорости тока мочи во время мочеиспускания
- 2) Определение состояния замыкательного аппарата мочевого пузыря
- 3) Определение внутрипузырного давления как по мере заполнения, так и во время мочеиспускания*
- 4) Осмотр слизистой оболочки мочеиспускательного канала на всем его протяжении

116. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОФИЛЯ ВНУТРИУРЕТРАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

- 1) Определение состояния сократительной способности детрузора и сопротивления пузырно-уретрального сегмента на основании прямой графической регистрации изменений объемной скорости тока мочи во время мочеиспускания
- 2) Определение состояния замыкательного аппарата мочевого пузыря*
- 3) Определение внутрипузырного давления как по мере заполнения, так и во время мочеиспускания
- 4) Осмотр слизистой оболочки мочеиспускательного канала на всем его протяжении

117. МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ УРГЕНТНОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) Антагонисты мускариновых рецепторов (оксибутинин)*
- 2) Аналоги вазопрессина
- 3) Эстрогены
- 4) Антибиотики

118. ЛЕЧЕНИЕ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) Оперативное лечение*
- 2) Проведение курса специальной гимнастики*
- 3) Физиотерапия*
- 4) Интермиттирующая катетеризация мочевого пузыря

119. ЛЕЧЕНИЕ ГИПОТОНИЧНОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) Антагонисты мускариновых рецепторов
- 2) Интермиттирующую катетеризацию мочевого пузыря*
- 3) Устранение инфравезикальной обструкции и мочевого инфекции*
- 4) В ряде случаев, необходимость деривации мочи*

120. ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРРЕФЛЕКТОРНОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) Симптоматическая терапия*
- 2) Интермиттирующую катетеризацию мочевого пузыря
- 3) Устранение инфравезикальной обструкции и мочевого инфекции*
- 4) В ряде случаев, необходимость деривации мочи*

Тесты по теме: «Гемолитико-уремический синдром»

121. ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ НА ФОНЕ

- 1) вирусной инфекции
- 2) кишечной инфекции*

- 3) пневмонии
- 4) гломерулонефрита

122. ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ВКЛЮЧАЕТ ТРИАДУ

- 1) неиммунная гемолитическая анемия*
- 2) иммунная гемолитическая анемия
- 3) тромбоцитопения*
- 4) тромбоцитоз
- 5) острое почечное повреждение*

123. ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ У ДЕТЕЙ

- 1) периода новорожденности
- 2) грудного и младшего возраста *
- 3) младшего школьного возраста
- 4) подростков
- 5) во всех возрастах

124. ЭТИОЛОГИЯ ТИПИЧНОГО ГУС

- 1) Веротоксин-продуцирующая кишечная палочка (VTEC)*
- 2) Str. Pneumoniae, продуцирующим нейраминидазу*
- 3) дефицит ADAMTS-13
- 4) анти CFH - антитела

125. ЭТИОЛОГИЯ АТИПИЧНОГО ГУС

- 1) Веротоксин-продуцирующая кишечная палочка (VTEC)
- 2) Str. Pneumoniae, продуцирующим нейраминидазу
- 3) дефицит ADAMTS-13
- 4) анти CFH – антитела*

126. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ STEC-ГУС СОСТАВЛЯЕТ СРЕДИ ДЕТЕЙ ДО 18 ЛЕТ

- 1) 0,1:100000
- 2) 2,1:100000*
- 3) 6:100000
- 4) 12:100000
- 5) 21:100000

127. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ STEC-ГУС СОСТАВЛЯЕТ СРЕДИ ДЕТЕЙ ДО 6 ЛЕТ

- 1) 0,2:100000
- 2) 2,1:100000
- 3) 6:100000*
- 4) 12:100000
- 5) 21:100000

128. КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ STEC-ГУС

- 1) Развивается на 2-5-й день острой кишечной инфекции *
- 2) Острое начало, быстрое развитие анурии*
- 3) Артериальная гипертензия*
- 4) Поражение ЦНС: судороги, нарушение сознания*
- 5) Волнообразное течение

129. ЛАБОРАТОРНЫЕ СИМПТОМЫ STEC-ГУС

- 1) Снижение уровня гемоглобина*

- 2) Тромбоцитопения*
- 3) тромбоцитоз
- 4) повышение ЛДГ*
- 5) снижение содержания С3 компонента комплемента*
- 6) повышение содержания С3 компонента комплемента

130. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АГУС СОСТАВЛЯЕТ СРЕДИ ДЕТЕЙ ДО 6 ЛЕТ

- 1) 0,2:100000*
- 2) 2,1:100000
- 3) 6:100000
- 4) 12:100000
- 5) 21:100000

131. ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ АГУС

- 1) семейный
- 2) спорадический*

132. ТЕРАПИЯ ВЫБОРА ПРИ ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

- 1) азатиоприн
- 2) преднизолон
- 3) свежезамороженная плазма*
- 4) каптоприл

133. РЕАКЦИЯ КУМБСА ПРИ ТИПИЧНОМ ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

- 1) отрицательная*
- 2) положительная

134. НАЗОВИТЕ ГЕНЕЗ АНЕМИИ ПРИ ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

- 1) иммунный гемолиз
- 2) механический гемолиз*
- 3) осмотический гемолиз

135. ЭТИОЛОГИЯ ТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ

- 1) Веротоксин-продуцирующая кишечная палочка (VTEC)
- 2) Str. Pneumoniae, продуцирующим нейраминидазу
- 3) дефицит ADAMTS-13 *
- 4) анти CFH - антитела

136. АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ГЕМОКОЛИТА, ВЫЗВАННОГО ВЕРОТОКСИН-ПРОДУЦИРУЮЩЕЙ КИШЕЧНОЙ ПАЛОЧКОЙ

- 1) увеличивает риск ГУС*
- 2) уменьшает риск ГУС
- 3) не влияет на риск развития ГУС

137. ТРОМБОЦИТЕМИЯ ПРИ ГУС ДИАГНОСТИРУЕТСЯ

- 1) при уровне тромбоцитов менее 150 тыс в 1 мл*
- 2) при снижении количества тромбоцитов >25% от базального уровня*
- 3) при снижении количества тромбоцитов >50% от базального уровня
- 4) при уровне тромбоцитов менее 50 тыс в 1 мл

138. АКТИВНОСТЬ ADAMTS-13 ПРИ ТИПИЧНОМ ГУС

- 1) более 1 %
- 2) более 5%*
- 3) более 15%
- 4) более 50%

139. ТЕРАПИЯ ВЫБОРА ПРИ АТИПИЧНОМ ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

- 1) азатиоприн
- 2) преднизолон
- 3) свежзамороженная плазма
- 4) каптоприл
- 5) экулизумаб*

140. КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ АГУС

- 1) Гастроэнтерит*
- 2) Острое начало, быстрое развитие анурии
- 3) Артериальная гипертензия*
- 4) Поражение ЦНС: судороги, нарушение сознания*
- 5) Волнообразное течение*

Ключ к тестам

№ вопроса	Ответ	№ вопроса	Ответ	№ вопроса	Ответ	№ вопроса	Ответ
1.	1,2,4,5	36.	1,3,4	71.	2	106.	1
2.	1,2,3,5	37.	1,3,4	72.	2	107.	1,2
3.	4	38.	1	73.	2	108.	1
4.	2	39.	2	74.	1,2,3,4	109.	2
5.	1,3,4,5	40.	2,3	75.	2	110.	1,3,4
6.	1,3,4	41.	5	76.	1,2,4,5	111.	1,2,3
7.	1,2,4	42.	1,2,4,5	77.	2	112.	1,2,3
8.	1,2,3,4	43.	4	78.	1,2,4	113.	1,2
9.	3	44.	1,2,4,5	79.	2	114.	1
10.	1,2,3	45.	4	80.	1,2	115.	3
11.	2,3,4,5	46.	5	81.	4,5	116.	2
12.	1	47.	3	82.	2	117.	1
13.	2,3,4	48.	1,2	83.	2	118.	1,2,3
14.	4	49.	2,4	84.	2	119.	2,3,4
15.	1,5	50.	2,3	85.	1,2,3,4,5	120.	1,3,4
16.	1,2	51.	4	86.	2,4,5	121.	2
17.	2,3	52.	4	87.	1	122.	1,3,5
18.	2	53.	2	88.	1,2,3,4	123.	2
19.	2	54.	1,2,4,5	89.	1,2,3,5	124.	1,2
20.	1,2	55.	1,4	90.	3	125.	4
21.	1,2,3,5	56.	1,3,4	91.	2	126.	2
22.	1,2,3,5	57.	1,3,4	92.	5	127.	3
23.	4	58.	1	93.	5	128.	1,2,3,4
24.	1,5	59.	2	94.	1,2,3,4	129.	1,2,4,5
25.	4	60.	2,3	95.	1	130.	1
26.	5	61.	2	96.	3	131.	2
27.	3	62.	1,2,4,5	97.	3	132.	3

28.	1,2	63.	1	98.	3	133.	1
29.	2,4	64.	2	99.	2	134.	2
30.	1	65.	4	100.	1	135.	3
31.	4	66.	1	101.	2	136.	1
32.	3	67.	2	102.	1,2,3	137.	1,2
33.	2	68.	5	103.	2,3,4	138.	2
34.	1,2,4,5	69.	2,4	104.	1	139.	5
35.	1,4	70.	1	105.	1,2,3	140.	1,3,4,5

Ситуационные задачи для студентов шестого курса педиатрического факультета по дисциплине «Нефрология» (дисциплина по выбору)

Ситуационная задача №1

	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	<p>Больной 7 лет, поступил в клинику на 3-й день болезни с жалобами на головную боль, сине-багровый оттенок лица в виде "мясных помоев".</p> <p>Ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом первой половины, первых 12 недель, длина 50 см. Оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. Раннее развитие без особенностей. Привит по возрасту. С 5 лет состоит на диспансерном учете в связи с хроническим тонзиллитом. Генеалогический анамнез не отягощен.</p> <p>Настоящее заболевание началось через 2 недели после перенесенной ангины. При поступлении в клинику отмечаются видимые слизистые обычной окраски, чистые, отмечается отечность лица, паховые лимфатические узлы гиперемированы, миндалины II-III степени, разрыхлены, без наложений. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. АД 130/85 мм рт.ст. Живот обычной формы, мягкий, доступен глубокой пальпации во все области, безболезненный в реберной дуге. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Моча красного цвета.</p> <p>Общий анализ крови: Нгб - 125 г/л, Эр - $4,3 \times 10^{12}$/л, Лейкоциты - $12,3 \times 10^9$/л, п/я - 5%, скорость оседания эритроцитов - 15 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: количество - 70,0 мл, цвет - красный, прозрачность - неполная, относительная плотность - 1023, эпителий - 1-2 в п/з, эритроциты - измененные, покрывают все поля зрения, лейкоциты зернистые 3-4 в п/з, белок - 0,99%.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок - 65 г/л, альбумины - 53%, альфа₁-глобулины - 12%, гамма-глобулины - 15%, мочевины - 17,2 ммоль/л, креатинин - 187 мкмоль/л, холестерин - 6,0 ммоль/л, бета-липопротеиды - 92,0 ед. (норма до 44 ед.).</p> <p>Биохимический анализ мочи: белок - 600 мг/сут (норма - до 200), фосфор - 21 ммоль/сут (норма - 1,5-4), креатинин - 2,5 ммоль/сут (норма - 2,5-15), аммиак - 28 ммоль/сут (норма - до 17), оксалаты - 44 мг/сут (норма - до 17).</p> <p>УЗИ ОБП и почек: печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка без изменений. Размеры не увеличены, паренхима не изменена. ЧЛС имеет обычное строение.</p>
1.	Сформулируйте развернутый клинический диагноз.
2.	Составьте план лабораторно-инструментального обследования.
3.	Следует ли у данного ребенка изучать состояние свертывающей системы крови? Если да, то какими методами и какие изменения Вы ожидаете получить?
4.	Какие методы следует использовать для уточнения функционального состояния почек?
5.	Какое исследование позволит уточнить этиологию заболевания?
6.	Объясните происхождение артериальной гипертензии.
7.	Объясните происхождение отеков.

8.	Объясните механизм гематурии.
9.	Объясните механизм протеинурии.
10.	Назначьте необходимое лечение.
11.	Длительность диспансерного наблюдения за больным?
12.	В какие сроки ребенку может быть проведена тонзиллэктомия?

Ситуационная задача №2

	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	<p>Мальчик 5 лет, поступил в отделение с жалобами на слабость, сниженный аппетит, отеки.</p> <p>Ребенок от второй беременности, протекавшей с токсикозом первой половины и угрозой прерывания на 4-м месяце. Роды в срок, со стимуляцией. Масса при рождении 3200 г, длина 52 см. На грудном вскармливании до 3 месяцев. Профилактические прививки по возрасту. Страдал ато-пическим дерматитом до 3 лет. Перенес ветрянку оспу, часто болел ОРВИ.</p> <p>Семейный анамнез: у матери - дерматит, хронический тонзиллит; у бабушки со стороны матери - бронхиальная астма.</p> <p>Ребенок заболел через 16 дней после перенесенного гриппа, обострение дерматита. Появился отечный синдром. В дальнейшем отеки нарастали, уменьшился диурез.</p> <p>При поступлении в стационар состояние тяжелое. АД 95/45 мм рт. ст. ЧСС - 82 уд/мин. Кожные покровы бледные. Выраженная отечность лица, голеней, стоп, передней брюшной стенки, поясничной области. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, левая - по левой средне-ключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень +2 см из-под реберного края. Селезенка не пальпируется. Выделил за сутки 300 мл мочи.</p> <p>Общий анализ крови: Нб - 160 г/л. Эр - $5,2 \times 10^{12}/л$, Тромбоциты - $416,0 \times 10^9/л$, Лейкоциты - $9,8 \times 10^9/л$, п/я - 3%, с - 36%, э - 7%, л - 54%, СОЭ - 37 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: относительная плотность - 1028, белок - 6,0‰, лейкоциты - 0-1 в п/з, эритроциты - 0-1 в п/з, бактерии - мало.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок - 48 г/л, альбумины - 20 г/л, СРБ - ++, серомукоид - 0,44, холестерин - 10,9 ммоль/л, общие липиды - 13,2 г/л (норма - 1,7-4,5), калий - 3,81 ммоль/л, натрий - 137,5 ммоль/л, мочевины - 5,1 ммоль/л, креатинин - 96 мкмоль/л.</p> <p>Клиренс по эндогенному креатинину: среднесуточная фильтрация 80,0 мл/мин.</p> <p>Коагулограмма: фибриноген - 4,5 г/л, протромбиновый индекс - 130%.</p> <p>УЗИ почек: почки расположены правильно, эхогенность коркового слоя умеренно диффузно повышена.</p> <p>Биохимический анализ мочи: белок - 2,5 г/сут (норма - до 200 мг/сут), оксалаты - 28 мг/сут.</p>
1.	Поставьте диагноз.
2.	Генез отечного синдрома при данном заболевании?
3.	С чем связано появление протеинурии при данном заболевании?
4.	Обоснование диагноза?
5.	План обследования?
6.	Назовите функциональные методы исследования почек.
7.	Оцените функциональное состояние почек.

8.	Показания для проведения экскреторной урографии?
9.	Проведите дифференциальный диагноз.
10.	План лечения?
11.	Диета при данном заболевании?
12.	Какова длительность диспансерного наблюдения?

Ситуационная задача №3

	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	<p>Девочка 5 лет, от второй беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре и нефропатией в третьем триместре. Роды вторые, в срок. Масса при рождении 3800 г, длина 52 см. Находилась на грудном вскармливании до 2 мес. Перенесла краснуху, гепатит А. ОРВИ - редко.</p> <p>Настоящее заболевание началось с появления рвоты, жидкого стула, субфебрильной температуры. На следующий день появилась резкая боль в поясничной области, озноб, температура тела 39°C, двукратная рвота, желтушность кожи, моча темного цвета.</p> <p>При поступлении в стационар состояние тяжелое, в сознании, вялая. Кожные покровы бледные с желтушным оттенком, общая пастозность. Над легкими перкуторный звук легочный. Аускультативно: везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, левая - по левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС - 100 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +4 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Стул жидкий, с прожилками крови. Олигоанурия. На следующий день - анурия.</p> <p>Общий анализ крови: Нв - 100 г/л, Эр - $3,5 \times 10^{12}$/л, ретикулоциты - 8%, тромбоциты - $70,0 \times 10^9$/л, Лейк - $15,7 \times 10^9$/л, п/я - 2%, с - 70%, л - 19%, м - 9%, СОЭ - 25 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: количество - 20,0 мл, цвет - темно-коричневый, относительная плотность - 1008, белок - 0,66%, лейкоциты - 4-6 в п/з, эритроциты - до 100 в п/з.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок - 68 г/л, СРБ - ++, общий билирубин - 40 мкмоль/л (прямой - 3,5 мкмоль/л, непрямой - 36,5 мкмоль/л), холестерин - 4,7 ммоль/л, глюкоза - 4,5 ммоль/л, мочевины - 38,6 ммоль/л, креатинин - 673 мкмоль/л, калий - 6,19 ммоль/л, натрий - 140 ммоль/л.</p> <p>Клиренс по эндогенному креатинину: среднесуточная фильтрация 18 мл/мин.</p> <p>УЗИ почек: почки расположены правильно, увеличены в размерах, отмечается повышение эхогенности паренхимы с обеих сторон, ЧЛС не изменена.</p>
1.	Поставьте предварительный диагноз.
2.	Перечислите причины, приводящие к развитию данного состояния и его патогенез.
3.	Какова причина желтушного синдрома?
4.	Объясните механизм макрогематурии.
5.	Объясните механизм почечной недостаточности.
6.	Чем обусловлены изменения в общем анализе крови?
7.	Проведите дифференциальный диагноз.
8.	Составьте план дальнейшего обследования ребенка.
9.	Оцените функциональное состояние почек.
10.	Ваши терапевтические мероприятия?

11.	Перечислите исходы данного заболевания.
12.	Какова длительность диспансерного наблюдения?

Ситуационная задача №4

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ ВПРОСЫ	
	<p>Девочка 8 лет, поступила в клинику с жалобами на головные боли, слабость, тошноту и рвоту, бурое окрашивание мочи.</p> <p>Из анамнеза жизни известно, что девочка от первой беременности, протекавшей с токсикозом второй половины (нефропатия), первых срочных родов. Масса при рождении 3250 г, длина 51 см. Раннее развитие без особенностей. С рождения находилась на искусственном вскармливании. Привита по возрасту, на III АКДС - аллергическая реакция в виде крапивницы. С 5 лет частые ОРВИ, хронический тонзиллит.</p> <p>В возрасте 7 лет девочка перенесла скарлатину, после которой в анализах мочи появились протеинурия до 0,2‰, гематурия до 30-40 в поле зрения, что было расценено как последствия перенесенного заболевания. В дальнейшем изменения в анализах мочи сохранялись, периодически у ребенка отмечались эпизоды макрогематурии, протеинурия и гематурия носили упорный характер.</p> <p>При поступлении в стационар состояние довольно тяжелое. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые. Отмечается пастозность лица, голеней, стоп. Костно-мышечная система без патологии. ЧСС -72 уд/мин. Над всей поверхностью сердца выслушивается негрубый систолический шум. АД 140/100 мм рт.ст. Живот обычной формы, мягкий, доступен пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Диурез 300-400 мл/сут, моча бурого цвета.</p> <p>Общий анализ крови: Нв - 90 г/л, Эр $-3,1 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $6,6 \times 10^9/л$. п/я - 2%, с - 56%, э - 9%, л - 31%, м - 2%, СОЭ - 25 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: количество - 50 мл, цвет - бурый, прозрачность - неполная, реакция - щелочная, относительная плотность - 1009, белок -0,3‰, эпителий - 2-3 в п/з, лейкоциты - 4-5 в п/з, эритроциты - измененные сплошь все поля зрения, зернистые цилиндры - 10-12 в п/з.</p> <p>Биохимический анализ мочи: белок - 1,2 г/сут (норма - до 200 мг/сут), фосфор - 21 ммоль/сут (норма - 19-32), углеводы - 9,76 ммоль/сут (норма - до 1,11), аммиак - 26,7 ммоль/сут (норма - 30-65), титруемая кислотность - 40 ммоль/сут (норма - 48-62), оксалаты - 42 мг/сут .</p> <p>Клиренс по эндогенному креатинину: среднесуточная фильтрация 45 мл/мин (норма - 80-120).</p>
1.	Сформулируйте полный клинический диагноз с указанием функционального состояния почек.
2.	Дополните план обследования ребенка необходимыми исследованиями.
3.	Какие изменения следует ожидать в биохимическом анализе крови?
4.	Следует ли ожидать нарушения концентрационной функции почек?
5.	Назовите методы исследования функционального состояния почек.
6.	Объясните механизм протеинурии.
7.	Объясните механизм гематурии.
8.	Каков генез гипертензии?
9.	Объясните происхождение оксалурии.
10.	Каков генез систолического шума?
11.	Какие изменения КОС могут быть у этого ребенка и каков механизм их

	развития?
12.	Назначьте необходимое лечение.

Ситуационная задача №5

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ	
	<p>Ребенок 7 лет, поступил в больницу с жалобами на отеки, редкое мочеиспускание. Ребенок от третьей беременности, протекавшей с токсикозом первой половины, третьих срочных родов. Масса тела при рождении 3800 г, длина 53 см. Раннее развитие без особенностей. Отмечались частые респираторные заболевания. Детскими инфекциями не болел. Наследственность не отягощена.</p> <p>Заболел в 2-летнем возрасте, когда после перенесенного ОРВИ появились распространенные отеки на лице, конечностях, туловище. Был госпитализирован по месту жительства, лечение преднизолоном было эффективным. Дважды после ОРВИ отмечалось обострение заболевания. В связи с недостаточным эффектом от проводимой терапии госпитализирован в нефрологическое отделение РДКБ.</p> <p>При поступлении: состояние тяжелое. Отмечаются распространенные отеки на лице, туловище, конечностях, свободная жидкость в брюшной полости, в полости перикарда. Выражены признаки экзогенного гиперкортицизма. Аускультативно: дыхание проводится во все отделы, ослаблено в задне-нижних отделах, рассеянные разнокалиберные влажные хрипы. Границы сердца: правая - на 1 см кнаружи от правого края грудины, левая - на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоны приглушены. ЧСС -128 уд/мин, АД - 100/60 мм рт.ст. Живот резко увеличен в объеме, выражены симптомы асцита. Печень +5 см из-под реберной дуги. Диурез -120-150 мл/сут.</p> <p>Общий анализ крови: Нb - 111 г/л, Эр - $4,2 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $13,1 \times 10^9/л$, п/я - 5%, с - 53%, э - 2%, л - 38%, м - 2%, СОЭ - 32 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: реакция - кислая, белок - 3,3‰, лейкоциты -3-5 в п/з, цилиндры: гиалиновые - 5-6 в п/з, зернистые - 3-4 в п/з.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок - 35 г/л, альбумины -45%, глобулины: альфа₁ - 5%, альфа₂ -15%, бета - 10%, гамма - 25%, креатинин - 60 мкмоль/л, мочевины - 6,2 ммоль/л, калий - 4,5 ммоль/л, кальций -1,8 ммоль/л.</p> <p>Биохимический анализ мочи: белок - 6700 мг/сут (норма - до 200), оксалаты - 55 мг/сут .</p> <p>В отделении проводилась диетотерапия, медикаментозная терапия, в остром периоде - инфузионная терапия. На фоне проводимой терапии состояние постепенно улучшилось.</p>
1.	Полный клинический диагноз?
2.	Обоснование диагноза?
3.	Каковы этиологические факторы данного заболевания?
4.	Расскажите о патогенезе отеков при данной форме заболевания.
5.	Какие исследования необходимы больному для уточнения функции почек?
6.	Каков патогенез оксалурии в данном случае?
7.	Назначьте лечение.
8.	Опишите диету, необходимую данному больному.
9.	Расскажите о механизме лечебного действия преднизолона.
10.	Какие Вы знаете клинические симптомы экзогенного гиперкортицизма?
11.	В консультации каких специалистов нуждается больной?
12.	Какова длительность диспансерного наблюдения?

Ситуационная задача №6

	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	<p>Ребенок 8 лет, поступил в больницу с жалобами на головную боль, отеки, изменение цвета мочи (цвет "мясных помоев").</p> <p>Ребенок от первой беременности, протекавшей физиологически. Родился в срок, масса тела при рождении 3200 г, длина тела 50 см. Перенесенные заболевания: ветряная оспа, ОРВИ - 3-4 раза в год; отмечается лекарственная аллергия на пенициллин (крапивница).</p> <p>Болен с 6 лет. Заболевание возникло через 2 недели после ОРВИ: появились отеки, олигурия, протеинурия, эритроцитурия, анемия, АД 150/90 мм рт. ст.. Лечился в стационаре по месту жительства. После проведенной терапии состояние улучшилось, анализы мочи и крови нормализовались.</p> <p>Настоящее обострение началось после перенесенной ОРВИ. Ребенок поступил в стационар в тяжелом состоянии.</p> <p>При осмотре: отеки в области век, поясницы и передней брюшной стенки, голеней. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД - 28 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке. ЧСС - 92 уд/мин. АД - 150/100 мм рт.ст. Диурез - 250,0 мл/сут. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень +3 см из-под реберной дуги. Селезенка не пальпируется.</p> <p>Общий анализ крови: Нв - 96 г/л, Эр $-3,2 \times 10^{12}/л$, Ц.п. - 0,9, лейкоциты $-6,5 \times 10^9/л$, п/я - 8%, с - 66%, э - 1%, б - 1%, л - 19%, м - 5%, СОЭ -40 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: цвет - бурый, реакция - щелочная, относительная плотность - 1003, белок - 1,6‰, лейкоциты - 3-5 в п/з, эритроциты - все поле зрения.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок - 50 г/л, альбумины -50,1%, глобулины: альфа₁ - 3,7%, альфа₂ - 12%, бета - 9,9%, гамма -24,3%, холестерин - 12,37 ммоль/л, калий - 7,23 ммоль/л, натрий - 144 ммоль/л, мочевины - 10,4 ммоль/л, креатинин - 260 мкмоль/л.</p> <p>Биохимический анализ мочи: белок - 2800 мг/сут (норма - до 200), аммиак - 22 ммоль/сут (норма - 30-65), титруемая кислотность -40 ммоль/сут (норма - 48-62), фосфор - 21 ммоль/сут (норма - 19-21), углеводы - 9,76 ммоль/сут (норма - до 1,11), оксалаты - 204 мг/сут .</p> <p>Клиренс по эндогенному креатинину: среднесуточная фильтрация 28 мл/мин.</p>
1.	Ваш диагноз?
2.	Обоснование клинического диагноза?
3.	Дополнительные исследования, необходимые для уточнения функции почек?
4.	Опишите этиологию заболевания.
5.	Патогенез отеков?
6.	Патогенез гипертензии?
7.	Патогенез протеинурии и гематурии?
8.	Назначьте лечение.
9.	Какая необходимая диета при обострении данного заболевания?
10.	Показано ли назначение глюкокортикоидов данному больному?
11.	Какие Вы знаете осложнения глюкокортикоидной терапии?
12.	Каков прогноз данного заболевания?

Ситуационная задача №7

	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА
--	---

ВОПРОСЫ	
	<p>Мальчик 9 лет, поступил в отделение с жалобами на изменения в анализах мочи, понижение слуха.</p> <p>Ребенок от второй беременности, протекавшей с токсикозом, вторых родов (первый ребенок, мальчик, умер в возрасте 11 лет от почечной недостаточности, страдал снижением слуха с 3 лет). Настоящие роды в срок. Масса при рождении 2800 г, длина 50 см. Закричал сразу. Период новорожденности протекал без особенностей. Болел ОРВИ редко (2-3 раза в год).</p> <p>В 3 года, после перенесенного ОРВИ, в анализе мочи были выявлены: гематурия, незначительная лейкоцитурия, протеинурия до 600 мг/сут.</p> <p>С диагнозом "хронический нефрит, гематурическая форма" мальчик неоднократно лечился по месту жительства, эффекта не было. Стал отставать в физическом развитии.</p> <p>При поступлении в нефрологическое отделение состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Масса тела 20 кг. Подкожно-жировой слой развит плохо. Отеков, пастозности нет. АД 105/55 мм рт.ст. Отмечаются стигмы дизэмбриогенеза: гипертелоризм, эпикант, высокое небо, аномальная форма ушных раковин, искривление мизинца. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС -88 уд/мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень у края реберной дуги.</p> <p>Общий анализ крови: Нб - 110 г/л., Эр – $3,5 \times 10^{12}/л$, Лейк - $8,5 \times 10^9/л$, п/я - 2%, с - 66%, э - 1%, л - 23%, м - 8%, СОЭ - 10 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: белок - 0,9‰, лейкоциты - 6-7 в п/з, эритроциты - покрывают все поле зрения, относительная плотность - 1007.</p> <p>Проба по Зимницкому: колебания относительной плотности от 1,002 до 1,008; дневной диурез- 250 мл, ночной диурез - 500 мл.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок - 70 г/л, холестерин- 5,3 ммоль/л, мочевины – 4,3 ммоль/л, калий - 4,1 ммоль/л, натрий- 135 ммоль/л, глюкоза - 4,3 ммоль/л.</p> <p>Клиренс по эндогенному креатинину: среднесуточная фильтрация 75 мл/мин.</p> <p>Внутривенная урография: правосторонняя пиелоэктазия, нерезко выраженная дилатация чашечек, асимметрия размеров почек.</p> <p>Аудиометрия: выявлено снижение слуха на высоких частотах.</p> <p>Консультация окулиста: диагностированы катаракта I степени, миопия.</p>
1.	Ваш диагноз?
2.	Дополнительные исследования для уточнения диагноза?
3.	К какой группе заболевания относится данная патология?
4.	Современное представление о патогенезе данного заболевания?
5.	Оцените функцию почек.
6.	С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
7.	Назначьте лечение.
8.	Показано ли назначение глюкокортикоидов?
9.	Прогноз?
10.	Какова длительность диспансерного наблюдения?

Ситуационная задача №8

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ	
	<p>Ребенок 2 месяцев, от первой беременности, протекавшей с тяжелым токсикозом. Роды на</p>

	<p>37-й неделе беременности. Масса тела при рождении 3500 г, длина 48 см, плацента большая.</p> <p>С первых дней жизни ребенок редко мочился, отмечались отеки на конечностях, лице, передней брюшной стенке.</p> <p>Генеалогический анамнез: у родственников больного отмечалась ранняя детская смертность.</p> <p>Ребенок поступил на обследование в нефрологическое отделение. Масса тела 5900 г. Состояние тяжелое. Выражены стигмы дизэмбриогенеза: синдактилия, укороченные и искривленные мизинцы на руках, гипертелоризм, неправильная форма ушных раковин. Кожные покровы бледные, выражены отеки на лице, конечностях, асцит. Тоны сердца приглушены. ЧСС -132 уд/мин. Печень выступает из-под реберного края на 4-5 см.</p> <p>Несмотря на проводимую терапию, состояние больного оставалось тяжелым. В лечение были включены глюкокортикоиды (в стандартной дозировке), которые не оказали позитивного эффекта.</p> <p>Общий анализ крови: Нв - 100 г/л, Эр – $3,0 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $12,0 \times 10^9/л$, п/я - 3%, с - 28%, э - 7%, л - 52%, м -10%, СОЭ - 20 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: белок - 3,6 ‰, эритроциты - 1-2 в п/з, лейкоциты -1-2 в п/з, гиалиновые цилиндры - 6-9 в п/з.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок - 50 г/л, альбумины -38%, альфа₁-глобулины - 4%, альфа₂-глобулины - 14%, бета-глобулины -18%, гамма-глобулины - 24%, мочевины – 3,0 ммоль/л, холестерин -8,0 ммоль/л.</p> <p>Свободная мочева проба: относительная плотность - 1002-1005, дневной диурез - 50,0 мл, ночной диурез – 120,0 мл.</p> <p>Клиренс по эндогенному креатинину: среднесуточная фильтрация 20 мл/мин.</p> <p>Гистологическое исследование почек (биопсия): микрокистоз, пролиферация мезенхимальных клеток, фиброзные изменения в обеих почках.</p>
1.	Ваш диагноз?
2.	Обоснование диагноза?
3.	Дополнительные исследования для уточнения диагноза?
4.	В каких районах России чаще всего встречается данное заболевание?
5.	Тип наследования?
6.	С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
7.	Патогенез отеков у больного?
8.	Механизм развития анемии у данного больного?
9.	Назначьте лечение.
10.	Прогноз?
11.	Какова длительность диспансерного наблюдения?

Ситуационная задача №9

	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	<p>Мальчик 6,5 лет, родился от беременности, протекавшей с токсикозом в течение всей беременности, угрозой прерывания в третьем триместре. На сроке 5 недель мать переболела гриппом. Роды срочные, протекали физиологично. Масса при рождении 2900 г, длина 49 см. Раннее развитие ребенка без особенностей. Перенесенные заболевания: ОРВИ 3-4 раза в год, ветряная оспа. Генеалогический анамнез не отягощен. Профессиональные вредности: мать ребенка до и во время беременности имела контакт с химическими реактивами. В возрасте 3 лет, при обследовании по поводу очередной ОРВИ, у ребенка выявлено изменение в</p>

	<p>анализах мочи: относительная плотность -1,002-1,008, протеинурия. Для уточнения диагноза ребенок был направлен в стационар. При поступлении состояние довольно тяжелое. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. При осмотре обнаружены: эпикант, "готическое" небо, аномальная форма ушных раковин. ЧСС - 90 уд/мин. АД -100/55 мм рт.ст. Живот обычной формы, мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены, пальпируется нижний полюс правой почки.</p> <p>Общий анализ крови: Нь - 102 г/л, Эр – $3,4 \times 10^{12}$/л, лейкоциты - $6,5 \times 10^9$/л, п/я - 3%, с - 64%, э - 4%, л - 23%, м - 6%, СОЭ - 20 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: количество - 200 мл, цвет - желтый, реакция -щелочная, относительная плотность -1004, белок - 0,02‰.</p> <p>Анализ мочи по Зимницкому: колебания относительной плотности 1003-1009, дневной диурез 500 мл, ночной диурез 700 мл.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок - 60 г/л, альбумины -59%, альфа₁-глобулины - 5%, альфа₂-глобулины - 8%, бета-глобулины -13%, гамма-глобулины - 15%, мочевины – 17,9 ммоль/л, креатинин - 123 мкмоль/л, калий - 5,16 ммоль/л, натрий - 142,3 ммоль/л.</p> <p>КОС: рН - 7,3, ВЕ - -12 ммоль/л.</p> <p>Биохимический анализ мочи: белок - 600 мг/сут (норма - до 200), аммиак - 22 ммоль/сут (норма - 30-65), титруемая кислотность -40 ммоль/сут (норма - 48-62), углеводы - 9,76 ммоль/сут (норма - до 1,11).</p> <p>Клиренс по эндогенному креатинину: среднесуточная фильтрация 50 мл/мин (норма - 80-100).</p> <p>УЗИ почек: почки резко увеличены в размерах, паренхима неоднородна, лоцируются множественные кистозные образования в паренхиме обеих почек, ЧЛС деформирована.</p> <p>Экскреторная урография: обе почки значительно увеличены в размерах, контуры ровные, ЧЛС деформирована: паукообразная конфигурация почечной лоханки, чашечки полигональной формы, множественные кистозные образования в паренхиме обеих почек.</p>
1.	Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием функционального состояния почек.
2.	Какие еще методы лабораторно-инструментального обследования следует включить в план обследования ребенка?
3.	Имеются ли изменения в показателях относительной плотности мочи? Если да, то какого характера, каков генез их возникновения и о нарушении какой функции почек они свидетельствуют?
4.	Укажите на имеющиеся изменения в кислотно-основном состоянии. С нарушением какой функции почек связано их появление?
5.	Каков механизм происхождения анемии у больного?
6.	В консультации каких специалистов нуждается ребенок?
7.	Укажите возможные причины развития патологии почек у данного ребенка.
8.	Назовите методы функционального исследования почек.
9.	Назовите стигмы дизэмбриогенеза у данного ребенка.
10.	Назначьте лечение.
11.	Каков возможный прогноз заболевания?
12.	Укажите длительность диспансерного наблюдения.

Ситуационная задача №10

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА

ВОПРОСЫ	
	<p>Девочка 9 лет, поступила в отделение по поводу болей в поясничной области, учащенного мочеиспускания.</p> <p>Ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом первой половины. Роды на 38-й неделе. Масса при рождении 3500 г, длина 52 см. Период новорожденности протекал без особенностей. Из детских инфекций перенесла ветряную оспу, краснуху. ОРВИ - часто. Аллергоanamнез не отягощен.</p> <p>Заболеванию предшествовало переохлаждение. На следующий день появилась головная боль, адинамия, боль в животе и поясничной области слева, температура повысилась до 39°C. Катаральных явлений не отмечалось. В течение последующих 4 дней продолжала высоко лихорадить, наблюдалась поллакиурия, моча была мутная.</p> <p>При поступлении в стационар состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, отеков не наблюдалось, температура тела 38°C. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон, больше слева. Пальпация левой почки болезненна. Отмечается учащенное мочеиспускание.</p> <p>Общий анализ крови: Нв - 140 г/л, Эр - $4,5 \times 10^{12}$/л, Лейк - $10,5 \times 10^9$/л, п/я - 10%, с - 60%, л - 22%, м - 8%, СОЭ - 28 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: реакция - нейтральная, белок - 0,09‰, лейкоциты - сплошь все поле зрения, эритроциты - 0-1 в п/з, соли - оксалаты, бактерии - много.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок - 72,0 г/л, СРВ - +++, серомукоид - 0,3, мочевины - 4,3 ммоль/л, креатинин 65 мкмоль/л.</p> <p>УЗИ почек: почки расположены правильно, левая - 107x42x13 мм, правая - 94x37x13 мм. Эхо-сигнал от собирательной системы изменен с обеих сторон, больше слева, расширен. Подозрение на удвоение левой почки.</p> <p>Посев мочи: высеяна кишечная палочка в количестве 100 000 микробных тел/мл.</p> <p>Анализ мочи по Зимницкому: колебания относительной плотности 1003-1021, дневной диурез 900 мл, ночной диурез 350 мл.</p> <p>Клиренс по эндогенному креатинину: среднесуточная фильтрация 80 мл/мин (норма - 80-100).</p>
1.	Ваш диагноз? Обоснование диагноза?
2.	Опишите этиологию и патогенез данного заболевания.
3.	Составьте план дальнейшего обследования ребенка.
4.	Проведите дифференциальный диагноз.
5.	Укажите дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.
6.	Перечислите функциональные методы исследования почек.
7.	Каковы показания для проведения экскреторной урографии?
8.	Какова врачебная тактика ведения ребенка?
9.	Дайте характеристику лечебного питания при данном заболевании.
10.	Каким специалистам необходимо проконсультировать ребенка?
11.	Возможные исходы заболевания?
12.	Длительность диспансерного наблюдения за больной в стадии ремиссии?

Ситуационная задача №11

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ	
	<p>Мальчик 12,5 лет, поступил с жалобами на боли в поясничной области, головокружение, урежение мочеиспускания.</p> <p>Ребенок от второй беременности, протекавшей с нефропатией в третьем триместре. Роды вторые, в срок. Масса при рождении 3600 г, длина 53 см. Грудное</p>

	<p>вскармливание до 2 мес. До 1 года страдал атопическим дерматитом. Из инфекций перенес краснуху, вирусный гепатит В. Медицинский отвод от прививок.</p> <p>Болен с рождения: в анализах мочи отмечалась лейкоцитурия (до 10 лейкоцитов в поле зрения), наблюдались эпизоды повышения температуры тела до 38,8°C. Впервые был обследован в стационаре в возрасте 2 лет, диагностирован двухсторонний смешанный ПМР IV-V ст., мега-уретер. По поводу этого проведения антирефлюксная операция. В дальнейшем ребенок регулярно наблюдался нефрологом. Неоднократно выявлялась лейкоцитурия и бактериурия. С 12-летнего возраста стали отмечаться подъемы АД, в анализах мочи - нарастающая протеинурия, в биохимическом анализе крови - периодическое повышение уровня мочевины и креатинина.</p> <p>При осмотре: кожные покровы бледные, сухие, отеков нет. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке. АД 150/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон.</p> <p>Общий анализ крови: Нв - 95 г/л, Эр - $4,3 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $11,0 \times 10^9/л$, п/я - 7%, с - 71%, э - 1%, л - 16%, м - 5%, СОЭ - 25 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: белок - 0,3‰, лейкоциты - сплошь все поле зрения, эритроциты - единичные в препарате, бактерии - много.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок - 66,0 г/л, холестерин - 4,4 ммоль/л, мочевина - 15,8 ммоль/л, креатинин - 280,0 мкмоль/л, кальций ионизированный - 1,2 ммоль/л.</p> <p>УЗИ почек: контур почек неровный, больше справа. Правая почка - 82x40 мм, паренхима - 10 мм. Левая почка - 96x48 мм, паренхима - 19 мм. Паренхима почек уплотнена, мало структурна, эхогенность неравномерно значительно повышена, больше справа.</p> <p>Проба по Зимницкому: дневной диурез - 350,0, ночной диурез - 1600,0; колебания относительной плотности - 1000-1006.</p>
1.	Поставьте предварительный диагноз.
2.	Тактика дальнейшего обследования?
3.	Патогенез гипертензионного синдрома у этого больного?
4.	Патогенез протеинурии у данного больного?
5.	Патогенез гипоиозостенурии у данного больного?
6.	К какой группе заболеваний относится основное заболевание?
7.	Назовите функциональные методы исследования, необходимые для уточнения диагноза.
8.	С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
9.	Консультации каких специалистов необходимы этому больному?
10.	Исход заболевания?
11.	Назначьте лечение.
12.	Какова длительность диспансерного наблюдения?

Ситуационная задача №12

	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	<p>Девочка 8 лет, поступила в нефрологическое отделение с жалобами на повышенную утомляемость, боли в животе, частое болезненное мочеиспускание. Девочка от первой беременности, протекающей с токсикозом второй половины, родов на 39-й неделе. Масса ребенка при рождении 3300 г, длина 51 см. Роды без стимуляции, безводный промежуток 3 часа. При рождении отмечалась асфиксия,</p>

	<p>проводились реанимационные мероприятия. Выписана на 7-е сутки. Период новорожденности без особенностей. До 1 года ничем не болела. Далее развивалась хорошо. Болела 5-6 раз в год ОРВИ. За 4 дня до поступления в клинику отмечался подъем температуры до 38,5°C, однократная рвота, боли в животе. Осмотрена хирургом, хирургическая патология не обнаружена. При поступлении: состояние тяжелое, высоко лихорадит, кожные покровы чистые, слизистые сухие, лихорадочный румянец. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД - 28 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, шумов нет. ЧСС - 118 уд/мин. Живот мягкий, болезненный в околопупочной области. Печень +1 см из-под реберного края. Мочеиспускание учащено, болезненно. В период пребывания ребенка в стационаре самочувствие улучшилось, температура нормализовалась, болевой синдром исчез.</p> <p>Общий анализ крови: Нв - 118 г/л, Эр - $5,6 \times 10^{12}$/л, Лейкоциты - $10,5 \times 10^9$/л, п/я - 7%, с - 69%, л - 22%, м - 2%, СОЭ - 15 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: белок - следы, относительная плотность - 1010, лейкоциты - 22-24 в п/з, эритроциты - нет.</p> <p>Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты - 14500, эритроциты - 1000.</p> <p>Анализ мочи на стерильность: выделено <i>Escherichia coli</i> - 100000 микробных тел/мл.</p> <p>Анализ мочи по Зимницкому: дневной диурез - 250 мл, ночной диурез - 750 мл, колебания относительной плотности - 1010-1020.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок - 75,9 г/л, альбумины - 60%, глобулины: альфа₁ - 2%, альфа₂ - 15%, бета - 13%, гамма - 10%, мочевины - 6,32 ммоль/л, холестерин - 6,76 ммоль/л.</p> <p>Биохимический анализ мочи: титруемая кислотность - 74 ммоль/сут (норма - 48-62), оксалаты - 180 мкмоль/сут (норма - 90-135), мочевины - 5 ммоль/сут (норма - 0,48-6,0), фосфор - 23 ммоль/сут (норма - 19-32), кальций - 3 ммоль/сут (норма - 1,5-4).</p> <p>Экскреторная внутривенная урография: отмечена деформация чашечно-лоханочной системы. Мочеточники расширены, извиты, отмечается S-образный изгиб и сужение правого мочеточника на уровне II и III поясничных позвонков. Выделительная функция нормальная.</p> <p>Микционная цистография: пузырно-мочеточниковый рефлюкс не обнаружен.</p>
1.	Сформулируйте развернутый клинический диагноз.
2.	К какой группе заболеваний относится основное заболевание?
3.	Расскажите о значении семейного (генетического) анамнеза.
4.	Каковы этиологические факторы возникновения данного заболевания?
5.	Основные патогенетические звенья заболевания?
6.	Каков патогенез дизурических симптомов?
7.	Какие дополнительные исследования необходимо провести ребенку?
8.	Назовите функциональные методы исследования почек.
9.	Консультации каких специалистов необходимы ребенку?
10.	Обоснуйте принципы этиотропного и патогенетического лечения.
11.	Какая диета необходима больному?
12.	Какова длительность диспансерного наблюдения при этом заболевании?

Ситуационная задача №13

	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	Ребенок 2,5 лет, от второй беременности, протекавшей с токсикозом первой

	<p>половины и нефропатией во второй половине. Роды в срок. Масса при рождении 3400 г, длина 52 см. Период новорожденности протекал удовлетворительно. Сидит с 7 мес, стоит с 11 мес, ходит с 1 года 8 мес. Семейный анамнез: родители мальчика здоровы, матери 23 года, отцу 28 лет, первый ребенок здоров. Первые признаки заболевания наблюдались с 5,5 месяцев в виде деформации черепа, уплощения и облысения затылка, размягчения краев большого родничка. Имеющиеся изменения оценивались как проявления витамин D-дефицитного рахита. Ребенок получал лечение витамином D₂ в курсовой дозе 450 000 МЕ в течение 30 дней, массаж. Однако улучшения не было. В возрасте 1 года 9 месяцев появились костные варусные деформации, стала меняться походка. В 2 года 3 месяца была выражена саблевидная деформация голеней, "утиная походка".</p> <p>В стационар ребенок поступил в 2 года 6 месяцев. При поступлении обращало на себя внимание отставание в физическом развитии, варусные деформации нижних конечностей, мышечная гипотония, кариес зубов.</p> <p>Общий анализ крови: Hb - 126 г/л, Эр – $3,7 \times 10^{12}/л$, Лейкоциты – $6,0 \times 10^9/л$, п/я - 3%, с - 30%, э - 3%, л - 56%, м - 8%, СОЭ - 5 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: относительная плотность - 1012, реакция - кислая, белок - следы, лейкоциты - 2-3 в п/з, в осадке - оксалаты.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок - 52 г/л, серомукоид -0,28, СРВ - отрицат., ЩФ - 1100 ед (норма - до 600), кальций общий - 1,87 ммоль/л, кальций ионизированный - 0,9 ммоль/л, фосфор -1,02 ммоль/л.</p> <p>Биохимический анализ мочи: белок - 180 мг/сут (норма - до 200), оксалаты - 22 мг/сут, кальций - 3,8 мг/кг/сут (норма - до 5,0), фосфор - 31 мг/кг/сут (норма - до 20), аммиак - 12,0 ммоль/сут (норма - 30-65).</p> <p>КОС: рН - 7,37; SB - 22,3; BE - -4,6.</p> <p>Рентгенография трубчатых костей: системный остеопороз, метафизы расширены, контуры неровные; расслоение надкостничного слоя.</p>
1.	Ваш диагноз?
2.	Главные клинические критерии болезни?
3.	Типы заболевания и их клинические различия?
4.	Лабораторно-клинические признаки заболевания?
5.	Какие метаболиты витамина D образуются в печени и почках, их содержание при болезни?
6.	Какие метаболиты образуются в почках в зависимости от содержания кальция в крови?
7.	Уровень паратгормона в крови при данном заболевании?
8.	Общие представления о патогенезе заболевания?
9.	Характерны ли рентгенологические признаки для данного заболевания?
10.	Дифференциальная диагностика?
11.	Назначьте лечение.
12.	Прогноз?

Ситуационная задача №14

	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	<p>Мальчик 4 лет, от первой беременности, протекавшей с выраженным токсикозом первой половины. Роды в срок. Масса тела при рождении 3100 г, длина 51 см. Рос и развивался удовлетворительно. Зубы с 8 месяцев На первом году жизни получал витамин D₂ в курсовой дозе 250 000 МЕ. Ходит с 1 года 3 месяцев. Большой родничок закрыт с 1 года 6 месяцев. Часто болеет ОРВИ. Аллергоанамнез не</p>

	<p>отягощен</p> <p>Семейный анамнез: у отца с детства выражена варусная деформация нижних конечностей, низкорослость; мать здорова.</p> <p>В 1 год 3 месяца у ребенка появилась умеренная деформация голеней. По рекомендации ортопеда получал массаж, соленые ванны, препараты кальция. К концу второго года жизни походка стала "утиной", варусная деформация нарастала. На третьем году жизни проводились противорахитические мероприятия: витамин D₂ в курсовой дозе 600 000 МЕ, массаж, ЛФК, препараты кальция. В возрасте 3 лет направлен на консультацию в нефро-урологический центр.</p> <p>При поступлении жалобы на утомляемость, боли в ногах и позвоночнике при нагрузке. Походка "утиная". Рост 87 см. Выражена варусная деформация голеней и бедер, мышечная гипотония, "браслетки", реберные "четки", увеличение коленных и голеностопных суставов.</p> <p>Общий анализ крови: Нб - 132 г/л, Эр - $3,8 \times 10^{12}/л$, Лейк - $6,0 \times 10^9/л$, Тромб. - $280,0 \times 10^9/л$, п/я - 2%, с - 33%, э - 1%, л - 52%, м - 12%, СОЭ - 9 мм/час.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок - 58 г/л, ЩФ - 952 Ед (норма - до 600), кальций общий - 2,3 ммоль/л, кальций ионизированный - 1,02 ммоль/л, фосфор - 0,75 ммоль/л, мочевая кислота - 0,31 ммоль/л, мочевины - 4,6 ммоль/л, креатинин - 60 мкмоль/л</p> <p>Биохимический анализ мочи: оксалаты - 22,8 мг/сут, фосфор - 46 мг/кг/сут (норма - до 20), кальций - 3,9 мг/кг/сут (норма - 1,5-4,0).</p> <p>УЗИ почек: почки расположены правильно, левая - 80x25x10 мм, правая - 82x24x11 мм. Эхогенность паренхимы не изменена.</p> <p>КОС: рН - 7,21; BS - 20,3 ммоль/л, BE - -9.</p> <p>Рентгенография трубчатых костей: общий остеопороз, варусная деформация голеней, бедер, расширение метафизов, больше в медиальных отделах, склерозирование диафизов.</p>
1.	Ваш диагноз?
2.	Когда появляются первые симптомы заболевания?
3.	Назовите характерные клинические признаки болезни.
4.	Каковы генетические особенности заболевания?
5.	Укажите основные звенья, регулирующие внеклеточный обмен кальция в организме ребенка.
6.	Характерны ли представленные биохимические показатели для данного заболевания?
7.	Функциональное состояние паращитовидных желез.
8.	Общие представления о патогенезе заболевания.
9.	Причины ацидоза.
10.	Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания.
11.	Назовите основные принципы лечения больного.
12.	Какова суточная дозировка витамина D₃ для лечения?

Критерии оценивания результатов обучения

Для зачета (пример)

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены несущественные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
Характеристика сформированности компетенции*	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности компетенций*	Низкий	Средний/высокий

* - не предусмотрены для программ аспирантуры

Для экзамена (пример)

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительн о	удовлетворительн о	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 программе подготовки. Допущено несколько негрубых ошибок	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки, без ошибок
Наличие умений	При решении стандартных задач	Продемонстрированы основные	Продемонстрированы	Продемонстрированы все

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительн о	удовлетворительн о	хорошо	отлично
	не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки	умения. Решены типовые задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, но не в полном объеме.	все основные умения. Решены все основные задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, в полном объеме, но некоторые с недочетами	основные умения, решены все основные задачи с отдельными незначительными 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
Характеристики 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 и 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	Низкий	Ниже среднего	Средний	Высокий

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительн о	удовлетворительн о	хорошо	отлично
ости компетенций*				

** - не предусмотрены для программ аспирантуры*

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»

Полный комплект оценочных средств для дисциплины представлен на портале СДО Приволжского исследовательского медицинского университета – (<https://sdo.pimunn.net/>)