

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.И. ПИРОГОВА»**
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

СОГЛАСОВАНО

Декан факультета подготовки
кадров высшей квалификации
ФГАОУ ВО РНИМУ
им. Н.И. Пирогова Минздрава России

_____ М.В. Хорева

«23» июня 2022 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Специальность

31.08.43 Нефрология

Направленность (профиль) программы

Нефрология

Уровень высшего образования

подготовка кадров высшей квалификации

Москва, 2022 г.

Программа государственной итоговой аттестации разработана в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.43 «Нефрология» (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утверждённым приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 02.02.2022 № 102, педагогическими работниками межкафедрального объединения кафедр госпитальной педиатрии им. академика В.А. Таболина педиатрического факультета и кафедры педиатрии им. академика М.Я. Студеникина лечебного факультета

№	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность в Университете, кафедра
1	Паунова Светлана Стояновна	Д.м.н, профессор	Заведующий кафедрой педиатрии им. академика М.Я. Студеникина ЛФ
2	Петросян Эдита Константиновна	Д.м.н, профессор	Профессор кафедры госпитальной педиатрии им. академика ВА Таболина ПФ
3	Манджиева Элеонора Тавановна		Доцент кафедры педиатрии им. академика М.Я. Студеникина ЛФ
4	Молчанова Мария Сергеевна	К.м.н., доцент	Доцент кафедры госпитальной педиатрии им. академика ВА Таболина ПФ
5	Биногерова Зухра Хызыровна		Ассистент кафедры педиатрии им. академика М.Я. Студеникина ЛФ

Программа государственной итоговой аттестации рассмотрена и одобрена на заседании межкафедрального объединения по специальности 31.08.43 Нефрология.

протокол № 2 от «25» мая 2022 г.

Руководитель межкафедрального объединения _____/Паунова С.С./

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. Цель и задачи государственной итоговой аттестации	4
2. Объем государственной итоговой аттестации, ее структура и содержание.....	8
3. Описание критериев и шкал оценивания компетенций.....	95
4. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственной итоговой аттестации	96

1. Цель и задачи государственной итоговой аттестации

Цель государственной итоговой аттестации

Проведение оценки качества подготовки обучающихся посредством оценки готовности выпускника к решению задач профессиональной деятельности в областях и сферах деятельности, заявленных в программе ординатуры по специальности 31.08.43 «Нефрология».

Задачи государственной итоговой аттестации

1. Оценка уровня сформированности универсальных и общепрофессиональных компетенций, определенных федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (далее – ФГОС ВО), а также профессиональных компетенций, установленных Университетом самостоятельно на основе требований профессионального стандарта Врач-нефролог и требований к профессиональным компетенциям, предъявляемых к выпускникам на рынке труда, обобщения отечественного и зарубежного опыта, проведения консультаций с ведущими работодателями, объединениями работодателей отрасли, в которой востребованы выпускники, иных источников.

2. Принятие решения о выдаче обучающемуся диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации Врач-нефролог – в случае успешного прохождения государственной итоговой аттестации или об отчислении обучающегося из Университета с выдачей справки об обучении как не выполнившего обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы и выполнению учебного плана – в случае неявки или получении неудовлетворительной оценки.

Результаты освоения программы ординатуры (компетенции и индикаторы их достижения), проверяемые в ходе государственной итоговой аттестации

В ходе государственной итоговой аттестации обучающийся должен продемонстрировать сформированность следующих, установленных в программе ординатуры универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций:

Универсальные компетенции и индикаторы их достижения

Таблица 1

Наименование категории (группы) универсальных компетенций	Код и наименование универсальной компетенции выпускника	Код и наименование индикатора достижения универсальной компетенции
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	УК-1.1 Анализирует достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте
		УК-1.2 Оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте
Разработка и	УК-2. Способен разрабатывать,	УК-2.1 Участвует в разработке и управлении

реализация проектов	реализовывать проект и управлять им	проектом
		УК-2.2 Выполняет задачи в зоне своей ответственности в соответствии с запланированными результатами и точками контроля, при необходимости корректирует способы реализации задач
Командная работа и лидерство	УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	УК-3.1 Разрабатывает командную стратегию для достижения целей организации
		УК-3.2 Организует и руководит работой команды для достижения поставленной цели
		УК-3.3 Демонстрирует лидерские качества в процессе управления командным взаимодействием в решении поставленных целей
Коммуникация	УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	УК-4.1 Выбирает стиль профессионального общения при взаимодействии с коллегами, пациентами и их родственниками
		УК-4.2 Осуществляет ведение документации, деловой переписки с учетом особенностей стилистики официальных и неофициальных писем и социокультурных различий в формате корреспонденции
		УК-4.3 Представляет свою точку зрения при деловом общении и в публичных выступлениях
Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение)	УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	УК-5.1 Определяет приоритеты собственной деятельности, личностного развития и профессионального роста
		УК-5.2 Намечает цели собственного профессионального и личностного развития
		УК-5.3 Осознанно выбирает направление собственного профессионального и личностного развития и минимизирует возможные риски при изменении карьерной траектории

Общепрофессиональные компетенции и индикаторы их достижения

Таблица 2

Наименование категории (группы) общепрофессиональных компетенций	Код и наименование общепрофессиональной компетенции выпускника	Код и наименование индикатора достижения общепрофессиональной компетенции
--	--	---

Деятельность в сфере информационных технологий	ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности	ОПК-1.1 Выбирает источники информации, включая национальные и международные базы данных, электронные библиотечные системы, специализированные пакеты прикладных программ для решения профессиональных задач ОПК-1.2 Создает, поддерживает, сохраняет информационную базу исследований и нормативно-методическую базу по выбранной теме и соблюдает правила информационной безопасности
Организационно-управленческая деятельность	ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	ОПК-2.1 Использует основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан ОПК-2.2 Проводит анализ и оценку качества медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
Педагогическая деятельность	ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность	ОПК-3.1 Планирует и подготавливает необходимые условия образовательного взаимодействия ОПК-3.2 Осуществляет учебную деятельность обучающихся
Медицинская деятельность	ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	ОПК-4.1 Проводит клиническую диагностику и обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями ОПК-4.2 Направляет пациентов с заболеваниями и (или) состояниями на лабораторные и инструментальные обследования
	ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	ОПК-5.1 Назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях ОПК-5.2 Контролирует эффективность и безопасность назначенного лечения
	ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	ОПК-6.1 Проводит мероприятия по медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями и их последствиями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов ОПК-6.2 Контролирует эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
	ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	ОПК-7.1 Направляет пациентов на медицинскую экспертизу ОПК-7.2 Организует, контролирует и проводит

		медицинскую экспертизу
	ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	ОПК-8.1 Проводит разъяснительную работу по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения ОПК-8.2 Оценивает и контролирует эффективность профилактической работы с населением
	ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	ОПК-9.1 Проводит анализ медико-статистической информации ОПК-9.2 Ведет медицинскую документацию и организует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала
	ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	ОПК-10.1 Оценивает состояния пациентов ОПК-10.2 Оказывает неотложную медицинскую помощь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

Профессиональные компетенции и индикаторы их достижения

Таблица 3

Наименование категории (группы) профессиональных компетенций	Код и наименование профессиональной компетенции	Код и наименование индикатора достижения профессиональной компетенции	Основание
Медицинская деятельность	ПК-1. Способен к оказанию медицинской помощи пациентам по профилю "нефрология", в том числе реципиентам трансплантированной почки	ПК-1.1 Проводит обследование пациентов, в том числе реципиентов трансплантированной почки, в целях выявления заболеваний и (или) нарушений функции почек и постановки диагноза ПК-1.2 Назначает лечение и контролирует его эффективность и безопасность у пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями функции почек, в том числе реципиентов трансплантированной почки ПК-1.3 Проводит заместительную почечную терапии (гемодиализ, перитонеальный диализ) у пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями функции почек, в том числе реципиентов трансплантированной почки, контролирует ее эффективность и безопасность ПК-1.4 Проводит медицинские экспертизы в отношении пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями функции почек, в том числе реципиентов трансплантированной	02.041 Профессиональный стандарт - Врач-нефролог

		<p>почки</p> <p>ПК-1.5 Проводит и контролирует эффективность медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями функции почек, в том числе реципиентов трансплантированной почки, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов</p> <p>ПК-1.6 Проводит и контролирует эффективность мероприятий по формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения с целью профилактики заболеваний и нарушений функции почек</p> <p>ПК-1.7 Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме</p>	
Организационно-управленческая деятельность	ПК-2. Способен к проведению анализа медико-статистической информации, ведению медицинской документации, организации деятельности медицинского персонала	<p>ПК-2.1 Поводит анализ медико-статистической информации, составляет план работы и отчеты в профессиональной деятельности врача</p> <p>ПК-2.2 Осуществляет ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа</p> <p>ПК-2.3 Организует и контролирует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала</p>	02.041 Профессиональный стандарт - Врач-нефролог
Педагогическая и научно-исследовательская деятельность	ПК-3. Способен к участию в научно-исследовательской и педагогической деятельности на основе полученных научных знаний	<p>ПК-3.1 Планирует научно-исследовательскую деятельность</p> <p>ПК-3.2 Осуществляет научно-исследовательскую деятельность</p> <p>ПК-3.3 Осуществляет педагогическую деятельность на основе полученных научных знаний</p>	Анализ отечественного и зарубежного опыта

2. Объем государственной итоговой аттестации, ее структура и содержание

В соответствии с требованием ФГОС ВО государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена.

Объем государственной итоговой аттестации

Объем государственной итоговой аттестации составляет 3 зачетные единицы (108 академических часов), из которых 2 зачетные единицы (72 академических часа) отводится на подготовку к государственному экзамену, 1 зачетная единица (36 академических часов) – сдачу государственного экзамена.

Продолжительность государственной итоговой аттестации в соответствии с календарным учебным графиком составляет 2 недели.

Структура государственной итоговой аттестации

Государственный экзамен проводится в три этапа

Таблица 4

1 этап - тестирование	
Предмет проверки	Определения объема и качества знаний, приобретенных обучающимся в результате освоения программы ординатуры
Особенности проведения	Тестовые вопросы охватывают содержание пройденных дисциплин (модулей) учебного плана. Обучающийся отвечает на 60 вопросов. На тестирование отводится 60 минут. Тестирование проводится в аудиториях Университета в соответствии с расписанием.
Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить, как посредством устного повторения материала пройденных дисциплин (модулей) с использованием собственных конспектов, основной и дополнительной литературы и т.д., так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен. Конспектирование целесообразно в случае, если вопросы для подготовки отличаются от тех вопросов, которые изучались в течение учебного времени, либо же ранее не были предметом тщательного изучения.
2 этап - практический	
Предмет проверки	Определения объема и качества практических навыков и умений, приобретенных обучающимся в результате освоения программы ординатуры
Особенности проведения	Обучающему предлагается дать ответ на практические вопросы. В процессе ответов на вопросы обучающийся должен продемонстрировать навыки в соответствии с критериями качества оказания медицинской помощи по профилю «Нефрология»: методику сбора анамнеза, осмотра, анализ результатов лабораторных и (или) инструментальных исследований, и прочее, и, сделать заключение об изменениях. На проверку практических навыков и умений отводится 45 минут. Проверка практических навыков проводится на клинических базах Университета – местах прохождения практической подготовки.
Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить посредством повторения материала пройденных дисциплин (модулей) в части практических умений и навыков, полученных на семинарских (практических) занятиях и прохождения практической подготовки (в виде решения ситуационных задач)
3 этап - собеседование	
Предмет проверки	Определения объема и качества профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать решения
Особенности проведения	Собеседование включает в себя ответ на два теоретических вопроса и решение одной ситуационной задачи междисциплинарного характера. В процессе собеседования обучающемуся задаются уточняющие или дополнительные (не включённые в билет) вопросы по программе государственного экзамена. На собеседование отводится 45 минут. Собеседование может проводиться как в аудиториях Университета, так и на клинических базах Университета – местах прохождения практической подготовки.
Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить посредством повторения пройденного материала в период изучения дисциплин (модулей) и прохождения практической подготовки (в виде решения профессиональных задач в реальных условиях, выполняемых под руководством руководителя практической подготовки, повторение зафиксированного материала в дневнике и отчете о прохождении практики)

Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена (далее – предэкзаменационная консультация).

Консультации предназначены для обсуждения вопросов, выносимых на государственный экзамен, которые вызвали затруднение при подготовке. В силу этого на консультацию рекомендуется приходить, изучив материал в полном объеме и сформулировав вопросы преподавателю.

Содержание государственной итоговой аттестации

Перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен

Тестовые задания (1 этап)

1	1	1	Вопросы с одиночным выбором
1			В норме ворота почек расположены:
			на уровне X1-X1F грудных позвонков
			на уровне 1-11 поясничного позвонка
	*		на уровне III-IV поясничного позвонка
			у женщин выше, чем у мужчин
2			По отношению к позвоночнику почки расположены:
			параллельно
			симметрично под углом 30
	*		асимметрично под углом 30
			симметрично под углом 45
			асимметрично под углом 45
3			Мальпигиевы пирамиды состоят из:
			коркового вещества
			коркового вещества и наружного мозгового слоя
			коркового вещества и внутреннего мозгового слоя
	*		наружного мозгового и внутреннего мозгового слоев
4			Вершина пирамиды почек называется
			основные чашечки.
			незначительные чашечки
	*		почечный сосочек
			почечная лоханка.
			мочеточник
			основные чашечки
5			Основными чашечек почек сливаются в увеличенный канал, который называется
			почечная фасция.
	*		почечная лоханка.

			почечные пирамиды.
			почечные сосочки.
			почечный синус.
6			Почечную ножку образуют:
			мочеточник и почечная артерия
			почечная артерия и вена
			почечная вена и мочеточник
	*		мочеточник, почечные артерия и вена
7			Почечная артерия, войдя в ворота почки, непосредственно делится на:
			дугообразные артерии
			приносящие артериолы
			междольковые артерии
			междольковые артерии
8			Выносящая артериола кортикальных нефронов, выйдя из капсулы клубочка делится на капилляры:
	*		оплетающие проксимальные и дистальные каналцы
			оплетающие собирательные трубки
			оплетающие петлю Генле
			не делится на капилляры, образуя прямые артерии почек
9			Выносящая артериола юкстамедуллярных нефронов, выйдя из капсулы из капсулы, делится на капилляры:
			оплетающие проксимальные и дистальные каналцы
			оплетающие собирательные трубки
			оплетающие тонкий сегмент петли Генле
	*		не делится на капилляры, образуя прямые артерии почек
10			Прямые артерии и вены залегают:
			в Бертининовых столбах
			в Мальпигиевых пирамидах
	*		между корковым и мозговым веществом
			между наружным и внутренним мозговым веществом
35			Лимфатическая система почки функционально подчинена:
			клубочковой фильтрации
	*		реабсорбционной работе канальцев
			секреторной работе канальцев
			всем указанным процессам

11		В иннервации канальцевого аппарата почек участвуют нервы:
		адренергические
		холинергические
	*	адренергические и холинергические
		ауторегулируются
12		Источником иннервации клеток ЮГА является нервное сплетение:
		аортальное
		ренальное
	*	аорторенальное
		аортальное и ренальное
		ренальное и аорторенальное
		аортальное, ренальное и аорторенальное
13		Главными морфологическими элементами ЮГА являются клетки:
		эпителиоидные (гранулярные) и мезангиальные
		эпителиоидные и плотного пятна (Macula densa)
		плотного пятна и Гурмагтига
	*	эпителиоидные, плотного пятна, мезангиальные и Гурмагтига
14		Эпителиоидные клетки локализованы главным образом в:
		клубочке
	*	стенке vasa afferens
		стенке vasa efferens
		треугольнике между vv. afferens et efferens
		всех указанных образованиях
15		Ренин секретируется клетками:
	*	эпителиоидными (гранулярными)
		эпителиоидными и плотного пятна (Macula densa)
		плотного пятна и Гурмагтига
		эпителиоидными, плотного пятна, мезангиальными и Гурмагтига
16		Основное функциональное значение клеток плотного пятна заключается в регуляции синтеза:
		простагландинов
	*	ренина
		калликреин-кинина
		простагландинов, ренина, калликреина
17		Простагландины вызывают:
		вазодилатацию и стимуляцию секреции вазопрессина
		депрессорный эффект и стимуляцию секреции ренина
		вазодилатацию и стимуляцию синтеза урокиназы

		депрессорный эффект и стимуляцию секреции АДГ
18		Фильтром для форменных элементов крови являются:
	*	поры эндотелиального слоя
		поры базальной мембраны
		щелевые мембраны
		ножки подоцитов
		щеточная кайма
19		Часть нефрона между капсулы Боумена и петли Генле является:
		собирательные канальцы
		дистальные канальцы
		юктагомерулярный аппарат
		макула Денса.
	*	проксимальные канальцы
20		Клетки петли Генле:
		богаты митохондриями
	*	митохондрии отсутствуют
		митохондрии только в кортикальных нефронах
		митохондрии только в юкстамедуллярных нефронах
		митохондрии только в восходящем отделе петли Генле
21		Понятие «дистальный нефрон» включает:
		дистальный извитой каналец
		собирательные трубки и Беллиниевы протоки
		весь участок нефрона, начиная с тонкого отдела петли Генле
	*	весь участок нефрона, начиная с толстого восходящего отдела петли Генле
		весь участок нефрона, начиная с дистального извитого канальца
22		Почечную ножку образуют:
		мочеточник и почечная артерия
	*	почечная артерия и вена
		почечная вена и мочеточник
		почечная артерия и мочеточник
23		Почки принимают участие в обмене:
		белковом
		углеводном
		минеральном
	*	всех перечисленных
24		Процесс ультрафильтрации является:

		активным
	*	пассивным
		активным и пассивным
		активным или пассивным под влиянием различных гуморальных факторов
25		Ультрафильтрация в клубочках осуществляется за счет давления:
		онкотического белков плазмы
		гидростатического крови
		осмотического провизорной мочи
	*	всех перечисленных
26		Механизмы ауторегуляции клубочковой фильтрации локализованы в:
		А) Боуменовской двустенной капсуле
		Б) капиллярах клубочка
	*	приносящей и выносящей артериолах
		проксимальных канальцах
27		В практической нефрологии скорость клубочковой фильтрации обычно определяют по клиренсу:
		мочевины
		глюкозы
		электролитов
	*	креатинина
		альбумина
28		Заряд базальной мембраны клубочка:
		положительный
	*	отрицательный
		нейтральный
		положительный только в кортикальных нефронах
		положительный только в юкстамедуллярных нефронах
29		В почках мочевины и мочевая кислота:
		фильтруются, реабсорбируются и секретируются
		фильтруются и реабсорбируются, секретируется только мочевая кислота
	*	фильтруются и реабсорбируются
		фильтруется мочевины, секретируется мочевая кислота
30		Под действием ренина происходит:
	*	сужение приносящей артериолы
		расширение приносящей артериолы

		уменьшение размеров пор базальной мембраны
		гипертрофия сосудистых петель клубочка
		уменьшение реабсорбции белка
31		Из ингредиентов первичной мочи в почечных канальцах пассивно реабсорбируется:
	*	натрий
		глюкоза
		вода
		уробилиноген
		калий
32		Реабсорбция воды отсутствует:
		в проксимальном канальце
		в нисходящем отделе петли Генле
	*	в восходящем отделе петли Генле
		в собирательной трубке
		походу всего нефрона
33		Под действием паратгормона реабсорбции фосфатов:
		увеличивается
	*	уменьшается
		увеличивается только в кортикальных нефронах
		уменьшается только в кортикальных нефронах
		не изменяется
34		Из нижеперечисленных веществ активной реабсорбции в канальцах подвержены:
		вода
		калий
	*	натрий
		мочевина.
		фосфаты
35		Между секрецией ионов калия и водорода в нефроне имеется:
	*	прямая зависимость
		обратная зависимость
		зависимость отсутствует
		секреция калия зависит от реабсорбции кальция
		секреция водорода обратно пропорциональна реабсорбции натрия
36		Действие АДГ осуществляется:
		в проксимальном канальце
		в петле Генле

		в дистальном канальце
	*	в собирательной трубке
		походу всего нефрона
37		Метаболический ацидоз в здоровых почках вызывает:
		повышение аммонийного коэффициента
	*	снижение аммонийного коэффициента
		увеличение клиренса мочевины
		увеличение секреции калия
38		Эритропоэтин вызывает:
		анаболический эффект
		эритропоэтическую порфирию
		восстановление эритропоэза и анаболический эффект
	*	увеличение жизни эритроцита
		все указанные процессы
		<i>Выберите правильный ответ по схеме:</i>
39		Витамин D ₃ стимулирует резорбцию кальция в
		канальцах
		кишечнике
		собирательных трубках
	*	канальцах и кишечнике
		собирательных трубках и канальцах
40		Усиление секреции ренина происходит при:
	*	гиповолемии
		снижении перфузионного давления в афферентных артериолах
		сниженном поступлении натрия в организм
		всех перечисленных состояниях
		перечисленных состояниях не происходит
41		Для смешанной формы нефротического синдрома характерно все, за исключением:
		стойкая протеинурия и гематурия
		стойкие отеки
		стойкая артериальная гипертензия
	*	циклическое течение
		снижение функции почек
42		Заболевание почек:
		всегда имеют очерченный дебют
		никогда не имеют очерченного дебюта

	*		имеют очерченный дебют в зависимости от характера заболевания
			имеют очерченный дебют только в пожилом возрасте
			имеют очерченный дебют только в молодом возрасте
43			Для оценки эффективности медикаментозной терапии заболеваний почек необходимо учитывать:
			дозу препарата
			продолжительность приема лекарств
			наличие сопутствующих заболеваний
			число и тяжесть осложнений терапии
	*		продолжительность ремиссии
44			Наличие наследственного фактора играет наименьшую роль при:
			синдроме Альпорта
			поликистозе почек,
			реноваскулярной гипертонии
	*		вторичном амилоидозе
			медуллярной кистозной болезни
45			Наличие дизурических явлений может иметь место при:
			остром и хроническом гломерулонефрите
	*		остром и хроническом пиелонефрите
			«губчатой почке»
			всех указанных заболеваний
46			Олигурия (анурия) может иметь место при
			остром гломерулонефрите
			острой почечной недостаточности
			хронической почечной недостаточности
			гиповолемии
	*		всех указанных состояниях
47			Изменение цвета мочи может быть обусловлено:
			характером употребляемой пищи
			приемом некоторых лекарств
			заболеванием почек
			заболеваниями печени и желчных путей
	*		всеми указанными факторами
48			Критериями нефротического синдрома являются:
			Протеинурия 1,0 г/сутки, отеки, гиперхолестеринемия
	*		протеинурия 3,5 г/сутки, гипо- и диспротеинемия, гиперхолестеринемия

		отеки, гематурия, артериальная гипертония
		гипопротеинемия, отеки, артериальная гипертония
		отеки, гипопротеинемия, гиперхолестеринемия
49		Наиболее часто нефротический синдром развивается при:
		амилоидозе почек
		люпус-нефрите
		сахарном диабете
	*	хроническом гломерулонефрите
		миеломной болезни
50		К понятию нефротического криза относят:
	*	боли в животе
		повышения температуры тела
		рожеподобной эритемы кожи
		резкого ухудшения общего состояния больного
		все вышеперечисленное
51		Ортостатическая протеинурия связана:
	*	с повышением почечного кровотока
		с ротацией печени и сдавлением нижней полой вены
		с понижением реабсорбции белка
		с повышением клубочковой фильтрации
		со всеми указанными факторами
52		О почечном происхождении эритроцитов свидетельствует:
	*	обнаружение выщелоченных эритроцитов
		одновременное обнаружение эритроцитов и гиалиновых цилиндров
		обнаружение эритроцитарных цилиндров
		нарастание микрогематурии во 2 и 3 порциях мочи при трёх-стаканной пробе
		одновременное обнаружение эритроцитов и восковидных цилиндров
53		Обнаружение гиалиновых цилиндров в моче свидетельствует о:
		хроническом гломерулонефрите
		хроническом пиелонефрите
		амилоидозе почек
	*	патологии почек без дифференциации заболевания
		не имеет диагностической ценности
54		На количество микроорганизмов, обнаруженных в 1 мл мочи, влияют:

		частота мочеиспускания
		величина диуреза
		реакция мочи
		скорость размножения микроорганизмов
	*	все перечисленные факторы
55		Для выявления и оценки бактериурии наиболее ценен:
	*	бактериоскопический метод
		бактериологический метод
		калориметрический метод
		ценность указанных методов одинаково значима
		ценность указанных методов одинаково не значима
56		Определение чувствительности флоры к антибактериальным препаратам:
	*	имеет большое клиническое значение
		не имеет клинического значения
		имеет большое клиническое значение только при пиелонефрите
		имеет большое клиническое значение только при интерстициальном нефрите
		имеет большое клиническое значение только при гломерулонефрите
57		Общий анализ крови способствует установлению
		хронического гломерулонефрита
		хронического пиелонефрита
		амилоидоза почек
		люпус-нефрита
	*	не имеет самостоятельного дифференциально-диагностического значения
58		Снижение уровня сывороточного комплемента обнаруживается
		при остром прострептококковом гломерулонефрите
		при люпус-нефрите
		при мезангиокапиллярном гломерулонефрите
		при гломерулонефрите при криоглобелинемии
	*	при всех указанных заболеваниях
59		Функциональные исследования почек
		имеют самостоятельное диагностическое значение
	*	не имеют самостоятельного диагностического значения
		имеют самостоятельное диагностическое значение в зависимости от характера функционального исследования
		имеют самостоятельное диагностическое значение в зависимости

		от природы заболевания
		имеют самостоятельное диагностическое значение только у детей
60		Животный белок и поваренная соль в диете:
	*	повышают клубочковую фильтрацию
		понижают клубочковую фильтрацию
		не изменяют клубочковой фильтрации
		влияние зависит от уровня артериального давления
		влияние зависит от природы основного заболевания
61		В пожилом возрасте происходит:
		повышение клубочковой фильтрации
	*	понижение клубочковой фильтрации
		сохранение клубочковой фильтрации на прежнем уровне
		понижение клубочковой фильтрации только у мужчин
		вопрос не исследован
62		Во время беременности происходит:
	*	повышение клубочковой фильтрации в конце 1 триместра
		повышение клубочковой фильтрации в конце беременности
		понижение клубочковой фильтрации в конце 1 триместра
		понижение клубочковой фильтрации в конце беременности
		клубочковая фильтрация не меняется
63		Укажите уровень креатинина крови, который является верхней границей нормы у беременных:
		160 мкмоль/л
		140 мкмоль/л
		120 мкмоль/л
		100 мкмоль/л
	*	80 мкмоль/л
64		О состоянии клубочковой фильтрации можно косвенно судить по величине:
		мочевины плазмы
	*	креатина плазмы
		остаточного азота
		азота мочевины
		всех указанных параметров
65		На осмолярность мочи оказывают влияние все перечисленные вещества, кроме:
		мочевины
		натрия

	*	оксалатов
		альбуминов
		контрастных веществ, используемых для внутривенной урографии
66		Наиболее ранним нарушением при заболеваниях почек является процесс:
		разведения мочи
	*	концентрирования мочи
		разведение и концентрирование нарушаются одновременно
		в зависимости от уровня артериального давления
		в зависимости от характера заболевания
67		Причиной дистального канальцевого ацидоза является:
	*	невозможность создания ионо-водородного градиента между канальцевой жидкостью и кровью
		нарушение реабсорбции аминокислот
		идиопатическая гиперкальциурия
		повышенное ЦАМФ и экскреция ренина
		нарушение образования 1,25(OH)2D3
68		Повышение мочевины плазмы крови может следствием:
		обезвоживания
		повышенного катаболизма
		почечной недостаточности
		чрезмерного использования диуретиков
	*	при всех указанных состояниях
69		С помощью обзорной рентгенографии почек нельзя оценить:
		размеров почек
		местоположения почек
		рентгенопозитивных конкрементов
	*	аномалии развития сосудов почек
70		Использование ретроградной пиелографии целесообразно для диагностики:
		хронического гломерулонефрита
		хронического пиелонефрита
	*	туберкулеза почек
		реноваскулярной гипертонии
		диабетического нефроангиосклероза
71		Антеградную пиелографию используют:
		при отсутствии функции на экскреторной урографии
		при малой емкости мочевого пузыря

		при обструкции мочеточника
	*	при совокупности всех указанных факторов
		ни при одном из указанных факторов
72		Среди изотопных методов исследования почек наибольшей информативностью обладает:
		радиоизотопная ренография
	*	динамическая сцинтиграфия
		статическая сцинтиграфия
		ценность методов равнозначна
		методы ценны только при наличии почечной недостаточности
73		Преимущество радиоизотопных методов исследования по сравнению с рентгенологическими обусловлено:
		возможностью проведения исследований при азотемии
		возможностью проведения исследований при непереносимости рентгеноконтрастных препаратов
		отсутствием специальной подготовки
		меньшей лучевой нагрузкой
	*	всеми указанными факторами
74		Высокорениновая неконтролируемая почечная гипертония характерна для:
	*	стенозирующего атеросклероза почечной артерии
		подагрической нефропатии
		истинной склеродермической почки
		узелковом полиартериите
		синдроме Киммельстиля-Вильсона
75		Что относится к функциональной протеинурии:
	*	ортостатическая протеинурия
		лихорадочная протеинурия
		протеинурия напряжения
		протеинурия переполнения
		микроальбуминурия
76		Протеинурия переполнения наблюдается при:
	*	миеломной болезни
		рабдомиолизе
		внутрисосудистом гемолизе
		нефротическом синдроме
		макрогематурии
77		Выявление микроальбуминурии важно в диагностике:

	*	диабетического гломерулосклероза
		нефроангиосклероза при гипертонической болезни, атеросклерозе
		криза отторжения почечной трансплантата
		нефропатии беременных
		миеломной болезни
78		Отберите методы, отличающие гематурию при нефропатиях от гематурии, сопровождающей урологические заболевания:
		трехстаканная проба
	*	фазовоконтрастная микроскопия осадка мочи
		цистоскопия
		УЗИ почек и мочевого пузыря
		радиоизотопная ренография
79		Выделите причины нефункционирующей почки с отсутствием нефрограмм при внутривенной урографии:
		вторично сморщенная почка
		врожденная медуллярная гипоплазия почки
		стенозирующий атеросклероз почечной артерии
		обострение обструктивного пиелонефрита
	*	острый тромбоз почечных артерий
80		Выделите причины нефункционирующей почки при наличии нефрограммы при внутривенной урографии:
		Острая окклюзия мочеточника
	*	Острый тромбоз почечных вен
		Апостематозный нефрит
		Аденокарцинома почки
		Гидронефроз
81		Причины одностороннего запаздывания экскреторной функции:
	*	хронический пиелонефрит
		реноваскулярная гипертония
		рефлюкс-нефропатия
		амилоидоз почек
		гранулематоз Вегенера
82		Острый гломерулонефрит чаще развивается вследствие:
		стафилококковой инфекции
		вирусной инфекции
	*	стрептококковой инфекции
		инфицирования кишечной палочкой
		инфицирования другими бактериями
83		При остром гломерулонефрите стрептококковой этиологии

		повреждение клубочков происходит под влиянием:
	*	комплекса антиген - антитело
		антитела, направленного против мембраны стрептококка
		токсинов стрептококка
		всех перечисленных факторов
84		При остром гломерулонефрите в период олигурии наблюдается:
	*	гиперстенурия
		изостенурия
		гипостенурия
		гипостенурия при высокой протеинурии
		гипостенурия при низкой протеинурии
85		Наиболее характерной картиной при биопсии почки в случае острого гломерулонефрита является:
		мезангиопролиферативный гломерулонефрит
		интерстициальный отек
		фибро-целлюлярные изменения
		очаговая пролиферация эндотелиальных клеток
	*	эндокапиллярный пролиферативный гломерулонефрит
86		Больному острым гломерулонефритом при суточном диурезе 250 мл и нормальной температуре тела допустимо выпивать в течение суток
		250 мл жидкости
		500 мл
		750 мл
		1500 мл
		жидкость можно не ограничивать
87		Патогенетическая терапия при остром гломерулонефрите
		показана
		не показана
		показана в зависимости от дебюта заболевания
		показана в зависимости от выраженности протеинурии
	*	показана при повышении креатинина плазмы
88		О тенденции перехода острого нефрита в хронический свидетельствует:
		сохранение мочевого синдрома
		снижение функции почек
		формирование нефротического синдрома
	*	любой из перечисленных симптомов
		ни один из перечисленных симптомов

89			При проведении диспансерного осмотра необходимо исследование следующих лабораторных показателей:
			анализа мочи общего
			анализа крови общего
			общего белка сыворотки, холестерина
			креатинина
	*		всех перечисленных показателей
90			У больных, получающих лечение цитостатическими препаратами при диспансерном наблюдении, необходим контроль:
			за креатином
	*		за форменными элементами крови
			за ЭКГ
			за состоянием прозрачных сред глаза
91			Для подострого гломерулонефрита гематурия:
	*		характерна
			нехарактерна
			зависит от уровня артериального давления
			зависит от уровня протеинурии
			наблюдается только при гиперхолестеринемии
92			В клинической классификации гломерулонефрита понятию «смешанный нефрит» соответствует сочетание:
			гематурии и отеков
	*		гипертензии и нефротического синдрома
			гематурии и артериальной гипертензии
			нефротического синдрома и гематурии
			любых двух синдромов
93			Этиологически хронический гломерулонефрит – это заболевание:
			исключительно постстрептококковое
			исключительно аллергической природы
			исключительно воспалительного характера
	*		полиэтиологическое
94			Общим морфологическим признаком мезангиальных нефритов является:
			расширение мезангия
			пролиферация мезангия
			интерпозиция мезангия
	*		все перечисленное

95		Морфологическая форма «минимальные изменения» наиболее часто клинически проявляется
		артериальной гипертензией
	*	нефротическим синдромом
		минимальным мочевым синдромом
		нефротическим синдромом с гипертензией
		микрогематурией
96		В патогенезе гломерулонефрита принимают участие:
		иммунологически измененная базальная мембрана
		отложение комплексов антиген - антитело на базальной мембране
		образование капиллярных микротромбов
		ни один из перечисленных факторов
	*	все перечисленные факторы
97		Иммунологический механизм ренальных повреждений имеет место:
		при синдроме Альпорта
		при поликистозе почек
		при остром пиелонефрите
	*	при липоидном. нефрозе Д
		при подагрической почке
98		Артериальная гипертензия наиболее характерна:
		Для липоидного нефрита
		для мембранозной нефропатии
		для болезни Берже
		для мезангиопролиферативного нефрита
	*	для мезангиокапиллярного нефрита
99		Наибольший полиморфизм клиники имеет место:
		при нефрите с минимальными изменениями
	*	при мезангиопролиферативном гломерулонефрите
		при мембранозном нефрите
		при фибропластическом нефрите
		при мезангиокапиллярном нефрите
100		Наиболее быстро прогрессирование нефрита характерно:
		для латентного нефрита
		для нефротической формы нефрита
	*	для смешанной формы нефрита
		для гипертонической формы нефрита
101		Патогенетическое лечение хронического гломерулонефрита

		сводится к воздействию:
		на иммунологические звенья патогенеза
		на воспалительный процесс
		на внутрисосудистую коагуляцию
	*	на все перечисленные механизмы
102		Кортикостероиды при лечении хронического нефрита могут воздействовать на все следующие звенья патогенеза, за исключением:
		подавления синтеза антител
		противовоспалительного действия
		блокады активации комплемента
		уменьшения проницаемости базальной клубочковой мембраны
	*	уменьшения гиперкоагуляции
103		При гематурической форме гломерулонефрита, проявляющейся эпизодами изолированной макрогематурии, следует:
	*	воздержаться от терапии
		назначить индометацин
		назначить преднизолон
		назначить цитостатики
		назначить 4-компонентную схему
104		Основным показанием к лечению 4-компонентной схемой является:
		изолированный нефротический синдром
		злокачественная артериальная гипертония
	*	выраженная активность гломерулонефрита
		длительное течение нефрита
		выраженная гематурия
105		Терапия гепарином при хроническом гломерулонефрите требует постоянного наблюдения:
		за временем кровотечения
	*	за временем свертывания
		за уровнем протромбина
		за скоростью фибринолиза
		за уровнем тромбоцитов
106		При лечении цитостатиками необходимо постоянное наблюдение за уровнем:
	*	лейкоцитов крови
		свертываемости крови
		гемоглобина
		натрия сыворотки

		всего перечисленного
107		Цитостатические препараты применяются:
		при узелковом периартериите с поражением почек
		при активном люпус-нефрите
		при хроническом гломерулонефрите нефротического типа
		при быстро прогрессирующем нефрите
	*	при всех вышеназванных состояниях
108		Показания для проведения «пульс»-терапии метипредом являются:
		высокая степень активности почечного процесса
		быстро прогрессирующий нефрит
		криз отторжения трансплантата
	*	все перечисленные состояния
109		Терапия стероидами наиболее эффективна:
		при хроническом нефрите гипертонического типа
		при хроническом нефрите латентного течения
		при амилоидозе с поражением почек
	*	при активном волчаночном нефрите
		при терминальном нефрите
110		Назначение стероидов абсолютно противопоказано
		при нефрите с минимальными изменениями
		при активном волчаночном нефрите
	*	при истинной склеродермической почке
		при поражении почек при синдроме Вегенера
		при мезангиопролиферативном нефрите
111		Острый пиелонефрит наиболее часто вызывается:
	*	кишечной палочкой
		протеем
		синегнойной палочкой
		стафилококком
		энтерококком
112		Возникновению острого пиелонефрита чаще всего способствует
		охлаждение
		перегревание
	*	нарушение пассажа мочи
		острый цистит
		все указанные факторы
113		Бактеримический шок при остром пиелонефрите характеризуется:

		резким падением артериального давления
		уменьшением диуреза
		метаболическим ацидозом
	*	всеми указанными симптомами
		ни одним из указанных симптомов
114		Наиболее частой причиной развития пиелонефрита у беременных является:
		сдавление мочеточников увеличенной маткой
		понижение реактивности организма
	*	дилатация мочеточников за счет гормональной перестройки
		анемия беременных
		все указанные изменения
115		Некроз почечных сосочков у больных острым пиелонефритом наиболее часто развивается при одновременном наличии:
		артериальной гипертензии
		хронического пиелонефрита
	*	сахарного диабета
		беременности
		реноваскулярной гипертонии
116		Возникновение апостематозного нефрита является чаще следствием:
		невылеченного острого пиелонефрита
		хронического сепсиса различной этиологии
	*	острого пиелонефрита при нарушенном оттоке мочи
		имеющегося какого-либо заболевания почек
		любого из указанных состояний
117		Лечение апостематозного нефрита требует как правило:
		массивной антибактериальной терапии
		массивной антибиотикотерапии в сочетании с сульфаниламидами
		оперативного лечения
	*	оперативного лечения с массивной антибактериальной терапией
118		Морфологическим проявлением карбункула почки является:
		выбухание на поверхности почки
		некротизированная ткань, клиновидно уходящая в паренхиму почки
		инфильтрация капсулы, спаянность ее с паренхимой почки
		частое вовлечение с паранефральной клетчаткой
	*	все указанные проявления

119		Хронический пиелонефрит чаще вызывается:
		кишечной палочкой
	*	L-формами бактерий
		микоплазмой
		протеем
		синегнойной палочкой
120		В этиологии хронического пиелонефрита ведущая роль принадлежит:
		наследственному генетическому фактору
		вирулентности микроорганизмов
	*	уростазу
		нерациональной терапии острого пиелонефрита
		аутоагрессии
121		При хроническом пиелонефрите патологоанатомическое исследование постоянно выявляет:
		атрофию эпителия канальцев
	*	лимфогистоцитарную инфильтрацию интерстиция
		поражение сосудов почек
		инвазивный гломерулит
		перигломерулярный склероз
122		Для выявления бактериурии целесообразно исследование:
	*	ночной мочи
		утренней мочи после предварительного опорожнения мочевого пузыря
		мочи, взятой в любое время суток
		мочи, взятой катетером
		мочи, полученной после подмывания антисептиком
123		У беременной имеет место значимая бактериурия. В этом случае следует назначить
	*	антибактериальную терапию
		антибактериальную терапию только при наличии дизурии
		антибактериальную терапию только при наличии лейкоцитурии
		фитотерапию
		при отсутствии клиники воздерживаться от терапии
124		Для латентного пиелонефрита обязательным являются:
		боли в пояснице
		повышение температуры тела
		ознобы
		все указанные симптомы

	*		ни один из указанных симптомов
125			Стабильное повышение артериального давления у больного хроническим пиелонефритом:
	*		может иметь место
			не встречается
			встречается только при нарушении функции почек
			только при длительности заболевания свыше 3 лет
			только при длительности заболевания свыше 5 лет
126			Лечение хронического пиелонефрита должно базироваться:
			на данных посева мочи
			на данных о состоянии уродинамики
			на оценке функции почек
	*		на всех перечисленных данных
			для лечения эти данные не нужны
127			Для лечения пиелонефрита, вызванного синегнойной палочкой, лучше применить:
			кефзол
	*		карбенициллин
			Эритромицин
			левомицетин
			оксациллин
128			Тетрациклиновые препараты могут вызвать у беременных женщин нефропатию беременных
	*		поражение печени и дентальную дисплазию плода
			преждевременные роды
			все перечисленное
			ничего из перечисленного
129			При лечении пиелонефрита беременных предпочтительней назначение:
			антибиотиков тетрациклинового ряда
			аминогликозидов
			цефалоспоринов
	*		полусинтетических пенициллинов
			любого из указанных препаратов
130			У больного, страдающего хроническим пиелонефритом и простатитом наиболее целесообразна терапия:
			5-НОК
			бисептолом

		невиграмоном
	*	ампициллином
		любым из указанных препаратов
131		Для острого интерстициального нефрита в общем анализе мочи наиболее характерны:
	*	лейкоцитурия
		протеинурия
		гематурия
		бактериурия
		все указанные симптомы
132		К развитию острого интерстициального нефрита наиболее часто приводят:
	*	антибиотики
		гипотензивные средства
		диуретики
		сердечные гликозиды
		ганглиоблокаторы
133		Острый интерстициальный нефрит чаще вызывается применением:
		тетрациклина
	*	кефзола
		5-НОК
		левомицетина
134		Первым клиническим признаком острого интерстициального нефрита после успешного лечения инфекции антибиотиками является:
		появление отеков голеней
		появление болей в пояснице
	*	повторная волна лихорадки
		повышение артериального давления
		все указанные симптомы
135		Кортикостероидная терапия при остром интерстициальном нефрите проводится при:
		выявления его после назначения ампициллина
		выявления его после назначения рифампицина
	*	идиопатическом интерстициальном нефрите с передним увеитом
		выявлении его после назначения НПВП
		во всех перечисленных случаях
136		Абсолютным показанием к проведению гемодиализа при остром

		интерстициальном нефрите является:
		анурия в течение 1 суток
		олигурия в течение 1 недели
		повышение креатинина плазмы до 700 мкмоль/л
	*	повышение калия плазмы до 7 мэкв/л
		все перечисленное
137		Анальгетическая нефропатия лекарственной этиологии чаще всего вызывается длительным приемом:
	*	анальгетиков
		гипотензивных средств
		ферментных препаратов
		седативных средств
		диуретиков
138		Наиболее характерными изменениями при морфологическом исследовании почек у больных хроническим интерстициальным нефритом является
		инвазивный гломерулит
		перигломерулярный фиброз
		обнаружение иммунных комплексов в интерстиции
	*	наличие инфильтратов в интерстиции из лимфоцитов и плазматических клеток
		атрофия канальцев
139		Наиболее характерными признаками хронического интерстициального нефрита являются:
		умеренная протеинурия, гематурия
		отеки, артериальная гипертония, гипоизостенурия
	*	полиурия, полидипсия, анемия
		полиурия, полидипсия, субфебрильная температура тела, значимая бактериурия
		полиурия, полидипсия, протеинурия более 3 г в сутки
140		Лечение хронического интерстициального нефрита осуществляется:
		отказом от нефротоксических препаратов
		предотвращением дегидратации
	*	всеми указанными мероприятиями
		ни одним из указанных мероприятий
141		У больного с продолжительным анамнезом заболевания на фоне массивной протеинурии и высокого артериального давления выявляется быстрое прогрессирование почечной недостаточности.

		Это наиболее характерно для:
		туберкулеза почек
		опухоли почек
		поликистоза почек
	*	подострого гломерулонефрита
		пиелонефрита
142		Степень вовлечения в патологический процесс артериол почек при доброкачественном артериолонефросклерозе коррелирует с таковой артериол:
	*	глазного дна
		поджелудочной железы
		слюнных желез
		всех указанных органов
		ни одного из указанных органов
143		Морфологические изменения клубочков при артериальной гипертензии являются:
		первичными и независимыми
	*	вторичными по отношению к поражению сосудов
		как первичными, так и вторичными
		клубочки не поражаются
144		Более подвержены действию ишемии и поражаются при артериальной гипертензии в первую очередь:
	*	клубочки
		канальцы
		проксимальный отдел канальцев
		приоритетности в поражении нет
		все перечисленные отделы поражаются одновременно
145		Все следующие симптомы начальной стадии артериальной гипертензии имеют психическую основу, за исключением
		слабости и усталости
		болей в области сердца
		тошноты
		головной боли
	*	гипертрофии левого желудочка
146		Одним из характерных симптомов злокачественной артериальной гипертензии являются:
		абдоминальные боли
	*	необъяснимое похудание

		артралгии
		геморрагическая сыпь
		все перечисленное
147		При доброкачественном артериолонефросклерозе в мочевом осадке:
		в подавляющем большинстве случаев изменений нет
	*	наблюдается изолированная протеинурия до 1,5 г/л
		мидсрогематурия
		макрогематурия
		выраженная лейкоитурия и цилиндрурия
148		При злокачественном артериолонефросклерозе протеинурия:
	*	наблюдается всегда
		может отсутствовать
		никогда не наблюдается
		нехарактерна
149		Наиболее ранним функциональным проявлением поражения почек при артериальной гипертензии является:
		снижение клубочковой фильтрации
	*	снижение канальцевого максимума для парааминогипурата
		повышение плазмотока
		снижение реабсорбции фосфора
		все перечисленное
150		Определение уровня ренина в периферической крови:
		является важным диагностическим критерием при дифференциальной диагностике с реноваскулярной гипертонией
	*	не информативно в дифференциально-диагностическом плане
		является вспомогательным тестом на реноваскулярную природу артериальной гипертонии
		является диагностическим критерием феохромоцитомы
151		Показаниями к госпитализации больных с артериальной гипертензией является:
		озлокачествление течения болезни
		плохая переносимость лекарств
		появление протеинурии
	*	все перечисленные факторы
152		Неэффективность β -блокаторов может объясняться:
		усилением секреции ренина
	*	увеличением общего периферического сопротивления

		нарушением углеводного и липидного обмена
		увеличением сердечного выброса
153		Поражение почек при гипертонической болезни наблюдается:
		постоянно
		постоянно только у молодых лиц, у пожилых не встречается
		постоянно только у пожилых лиц, у молодых не встречается
	*	непостоянно
154		Морфологические изменения почек при артериальной гипертензии охватывают:
	*	исключительно сосуды
		исключительно каналы
		различные отделы почки
155		Кардиальные и церебральные симптомы более всего свойственны:
		артериальной гипертензии
		гипертонической болезни с поражениями почек
		реноваскулярной гипертензии
	*	любой форме гипертензии
		верно А и В
156		Возможными исходами поражения почек при артериальной гипертензии являются:
	*	первично-сморщенная почка
		пиелонефрит
		стеноз почечных артерий
		вторично-сморщенная почка
		все перечисленное
157		При поражении почек вследствие артериальной гипертензии показана диетотерапия с ограничением хлористого натрия и использование:
		преднизолона
		цитостатика
		курантила
		гепарина
	*	гипотензивной и диуретической терапии
158		Бактериальный эндокардит наиболее часто вызывается:
		пневмококками
		грамотрицательными бактериями
	*	стрептококками, стафилококками
		гонококками, менингококками

			вирусами
159			Поражение почек при инфекционном эндокардите обусловлено:
	*		иммунологическими факторами
			бактериальными тромбами
			нарушением свертывания крови
			непосредственным действием микробов
160			Поражение почек при инфекционном эндокардите может характеризоваться:
	*		диффузным нефритом
			очаговым нефритом
			инфарктом почки
			амилоидозом почек
			любым указанным поражением
161			Для инфаркта почки у больного инфекционным эндокардитом характерно:
			боль в области поясницы
			выраженная микро- или макрогематурия
			дизурия
			повышение артериального давления
	*		все вышеперечисленное
162			У больного инфекционным эндокардитом развился нефротический синдром. Наиболее вероятен в этом случае:
			интерстициальный нефрит
			инфаркт почки
	*		амилоидоз почек
			пиелонефрит
			вероятность любого поражения одинакова
163			При поражении почек у больных с инфекционным эндокардитом наиболее целесообразно назначение:
			пенициллина
	*		полусинтетических пенициллинов
			гентамицина или стрептомицина
			препаратов тетрациклинового ряда
			терапии только после получения результатов посева крови
164			Для профилактики поражения почек при инфекционном эндокардите необходимо назначение:
			постельного режима
			диеты с ограничением белка

		антибактериальной терапии
	*	всего вышеперечисленного
165		Поражение почек при недостаточности кровообращения возникает преимущественно при недостаточности:
		левого желудочка
	*	правого желудочка
		обеих желудочков
		аортального клапана
		митрального клапана
166		Умеренная недостаточность кровообращения наиболее часто характеризуется:
	*	снижением экскреции и концентрации натрия в моче
		наличием протеинурии
		наличием гематурии
		повышением артериального давления
		всеми указанными проявлениями
167		Стойкая выраженная недостаточность кровообращения характеризуется:
		протеинурией
		микрогематурией
		задержкой экскреции натрия
		никтурией
	*	всеми указанными проявлениями
168		Функциональное состояние почек у больных со стенозом почечных артерий зависит:
		от степени стенозирования
		от давности заболевания
		от одно- или двустороннего процесса
		от присутствия инфекции мочевых путей
	*	от всех указанных факторов
169		Артериальная гипертензия вследствие атеросклероза почечных артерий характеризуется главным образом:
		выраженной протеинурией
		выраженной гематурией
		сочетанием протеинурии и гематурии
		выраженной лейкоцитурией
	*	ни одним из указанных симптомов
170		Для тромбоза почечных вен характерно:

		лейкоцитурия, гематурия
		протеинурия до нефротического уровня
		боли в пояснице
		олигурия
	*	все указанные проявления
171		Системная красная волчанка возникает в основном:
		у мужчин
	*	у девушек, молодых женщин
		у женщин в пожилом возрасте
		заболевание не связано с полом
172		В патогенезе системной красной волчанки основное значение имеет:
		непосредственное воздействие инфекции на ткани
		токсическое влияние лекарств
		антительный механизм
	*	иммунокомплексное воспаление
		сочетание механизмов
173		Наиболее частым морфологическим типом поражения почек при системной красной волчанке является:
	*	диффузный волчаночный гломерулонефрит
		очаговый волчаночный гломерулонефрит
		мембранозно-пролиферативный гломерулонефрит
		мембранозный гломерулонефрит
		интерстициальный нефрит
174		Для быстро прогрессирующего волчаночного нефрита наименее характерно:
	*	протеинурия до 1 г/л
		нефротический синдром
		гипертония
		быстрое снижение функции почек
175		Наиболее достоверным лабораторным признаком волчаночной природы нефрита является обнаружение:
		повышение СОЭ
		анемии
	*	антител к нативной ДНК
		LE-клеток
		лейкопении
176		Дифференциальный диагноз системной красной волчанки с

			поражением почек приходится проводить:
			с острым гломерулонефритом
			с хроническим нефритом
			с экстракапиллярным нефритом
			с бактериальным эндокардитом
	*		со всеми перечисленными заболеваниями
177			Для лечения активного волчаночного нефрита применяются в основном:
			антибиотики
			иммуностимуляторы
	*		стероиды и цитостатики
			аминоинолиновые препараты
			нестероидные противовоспалительные препараты
178			Пульс-терапия при системной красной волчанке позволяет:
			получить быстрый эффект
			улучшить функцию почек при активности
			уменьшить поддерживающую дозу кортикостероидов
	*		уменьшить количество осложнений стероидной терапии
			все перечисленное
179			Для клинической картины системной склеродермии, помимо поражения почек, наиболее характерно:
			синдром Рейно
			поражение сердца
			фиброз легких
			поражение нервной системы
	*		поражение всех указанных органов
180			В развитии системной склеродермии наименьшее значение придают:
			охлаждению
			травмам
			эндокринным нарушениям
	*		стрептококковой инфекции
			химическому воздействию
181			В патогенезе системной склеродермии наиболее вероятным является
			непосредственное воздействие инфекции
			антительный механизм
	*		иммунокомплексное повреждение
			химическое воздействие на кожу

			механическое воздействие на кожу
182			Наиболее тяжелым типом поражения почек при системной склеродермии является поражение по типу:
			хронического гломерулонефрита гипертонической формы
			хронического нефрита нефротической формы
	*		истинной склеродермической почки
			хронического нефрита латентной формы
183			При истинной склеродермической почке наиболее редким симптомом является:
			гематурия
			артериальной гипертония
			ретинопатия
	*		сохранная функция почек
			энцефалопатия
184			Прогноз в отношении жизни больных при системной склеродермии обычно определяет поражение:
			легких
			сердца
	*		почек
			серозных оболочек
			нервной системы
185			Наиболее частым этиологическим фактором узелкового полиартериита являются:
			инфекционный
			лекарственный
			генетический
	*		НbS-антигемия
			химический
197			Наиболее частым патогенетическим механизмом развития узелкового полиартериита является:
			прямое воздействие микроорганизма на стенку сосуда
			прямое воздействие химических продуктов на стенку сосуда
			антительный механизм повреждения
	*		иммунокомплексное поражение
199			Основными клиническими проявлениями узелкового полиартериита являются:
			лихорадка и похудание
			поражение почек

		артериальная гипертония
		периферические невриты
	*	все перечисленное
200		Помимо поражения почек по типу гломерулита при узелковом полиартериите могут встречаться:
	*	инфаркты почек
		разрывы почек
		кортикальный некроз с острой почечной недостаточностью
		все перечисленные состояния
201		Артериальная гипертония при узелковом полиартериите:
	*	имеет злокачественное течение
		имеет мягкое течение
		легко поддается терапии
		трудно поддается терапии
		возникает редко
202		При морфологическом исследовании в почках при узелковом полиартериите обнаруживается:
		мембранозный гломерулонефрит
		пролиферативный гломерулонефрит
	*	поражение артерий с образованием аневризм и инфарктов в почках
		фибропластический гломерулонефрит
		мезангиопролиферативный гломерулонефрит
203		Узелковому полиартерииту наиболее свойственно:
	*	доброкачественное течение
		быстро прогрессирующее течение
		медленно прогрессирующее течение
		молниеносное течение
		рецидивирующее течение
204		Геморрагический васкулит относят в настоящее время к заболеваниям:
		соединительной ткани
		геморрагическим диатезам
		инфекционным
	*	гиперчувствительным васкулитам
205		В группе системных васкулитов наиболее часто встречаются:
		узелковый полиартериит

		гранулематоз Вегенера
	*	геморрагический васкулит
		неспецифический аортоартериит (болезнь Такаясу)
206		В патогенезе геморрагического васкулита основное значение имеет:
		непосредственное токсическое воздействие
		аллергическое воспаление
	*	иммунокомплексное повреждение
		атеросклеротическое поражение
207		Из перечисленных клинических проявлений геморрагического васкулита наиболее часто встречаются:
		лихорадка
	*	поражение кожи
		артрит(артралгия)
		поражение почек (гломерулонефрит)
		абдоминалгии
208		Поражение почек при геморрагическом васкулите может иметь все перечисленные варианты, за исключением:
		минимальные (умеренная протеинурия и микрогематурия)
		по типу острого гломерулонефрита с развитием нефротического синдрома
	*	по типу острого или хронического пиелонефрита
		хронический гломерулонефрит нефротического типа
		хронический гломерулонефрит гипертонического типа
209		Гломерулонефрит при геморрагическом васкулите наиболее часто приходится дифференцировать:
		от нефрита Берже
	*	от острого гломерулонефрита
		от хронического гломерулонефрита нефротической формы
		от хронического гломерулонефрита гипертонической формы
210		Медикаментозная терапия активного гломерулонефрита с нефротическим синдромом при геморрагическом васкулите заключается в преимущественном назначении
		глюкокортикоидов в больших дозах
		нестероидных противовоспалительных препаратов
	*	цитостатиков и глюкокортикоидов
		антикоагулянтов
		симптоматической терапии

211		В настоящее время принято считать, что гранулематоз Вегенера этиологически связан
		с вирусом
		с гнойной инфекцией
		с туберкулезом
		с инфекцией и нарушенным иммунным ответом
	*	возможно со всеми перечисленными причинами
212		В патогенезе гранулематоза Вегенера основную роль играет:
		аллергическое воспаление
		токсическое поражение
	*	иммунные нарушения
		циркулирующие иммунные комплексы
		инфекция
213		Основным клиническим признаком, позволяющим предположить гранулематоз Вегенера является:
		поражение почек
		поражение легких
	*	поражение верхних дыхательных путей
		поражение суставов
		поражение кожи
214		Морфологическими признаками нефропатии при гранулематозе Вегенера являются
	*	некротизирующий васкулит мелких и средних артериол
		фибриноидный некроз
		полиморфно-клеточная инфильтрация
		гигантские клетки
		все указанные признаки
215		Клинически поражение почек при гранулематозе Вегенера может проявляться следующими симптомами:
		протеинурией
		микрогематурией
		почечной недостаточностью
		артериальной гипертонией
	*	всеми перечисленными
216		Гранулематозу Вегенера свойственны различные варианты течения, за исключением:
		острого
		рецидивирующего
	*	доброкачественного

			хронического
			латентного
217			Наименее типичными лабораторными симптомами нефропатии при гранулематозе Вегенера является:
			протеинурии
			микрогематурии
			цилиндрурии
			макрогематурии
	*		лейкоцитурия
218			Диагноз гранулематоза Вегенера устанавливается на основании:
			язвенно-некротического ринита и отита
			инфильтратов в легких
			артрита
			быстро прогрессирующего нефрита
	*		сочетания нескольких из перечисленных признаков
219			Прогноз больных гранулематозом Вегенера и их выживаемость зависит:
			от своевременно начатого лечения
			от выбора препаратов
			от длительности проводимого лечения
			от переносимости препаратов и возникших осложнений
	*		от всех названных причин
220			Основным при лечении гранулематоза Вегенера является:
			кортикостероиды
	*		цитостатики и кортикостероиды
			антимикробные препараты
			плазмаферез
			гемосорбция
221			Более быстрое прогрессирование развившейся нефропатии наблюдается чаще:
			при сахарном диабете 1 типа
			при сахарном диабете 2 типа
			тип диабета значения не имеет
	*		одинаково часто
222			Играют ли роль иммунные механизмы в развитии диабетического гломерулосклероза:
			при диабете 1 типа
			при диабете 2 типа

	*		не играют роли вообще
			при обоих типах диабета
223			Профилактика развития и прогрессирования диабетической нефропатии сводится:
	*		к контролю уровня гликемии
			к коррекции гипертонии
			к назначению инсулина
			к назначению малобелковой диеты
			ко всему перечисленному
224			У больных диабетической нефропатией с хронической почечной недостаточностью лучшие результаты дает применение:
			хронического гемодиализа
	*		перитонеального диализа
			трансплантации почки
			все методы равнозначны
225			При диабетическом гломерулосклерозе наблюдаются:
			гиалиноз эфферентных артериол
			гиалиноз афферентных артериол
			склероз почечных артерий и гиалиноз эфферентных артериол
	*		склероз почечных артерий и гиалиноз афферентных артериол
226			Максимальная канальцевая реабсорбция глюкозы в ранней стадии диабетической нефропатии
			снижена
			нормальная
	*		повышена
			резко повышена
227			При диабетической нефропатии чаще наблюдаются:
	*		неселективная протеинурия
			селективная протеинурия
			селективная протеинурия с преобладанием иммуноглобулина
			селективная протеинурия с преобладанием альбумина
228			При сахарном диабете течение пиелонефрита
			всегда сопровождается яркими клиническими проявлениями
	*		может носить бессимптомный характер
			всегда приводит к развитию артериальной гипертонии
			всегда носит циклический характер
229			При диабетической нефропатии адекватная инсулино-терапия:

		уменьшает тяжесть нефротического синдрома
		уменьшает выраженность артериальной гипертонии
		отдаляет наступление почечной недостаточности
	*	не влияет на течение нефропатии
230		Для диабетического гломерулосклероза не характерно:
		массивная протеинурия
	*	гематурия
		артериальная гипертония
		снижение потребности в инсулине
		развитие отечного синдрома
231		Для профилактики развития диабетической микроангиопатии и гломерулосклероза предпочтительно:
		введение пролонгированного инсулина
	*	дробное введение инсулина
		сочетание пролонгированного инсулина с дробным его введением
232		Первым клиническим признаком диабетической нефропатии является:
		артериальная гипертония
		протеинурия до 0,5 г/л
	*	микроальбуминурия
		снижение удельного веса мочи
		отеки голеней
233		Развитие диабетической нефропатии связано:
		с метаболическими нарушениями
		с генетическим дефектом
		с нарушениями клубочкового кровотока
	*	со всеми перечисленными факторами
		ни с одним из перечисленных факторов
232		К особенностям нефротического синдрома при диабетической нефропатии относится:
		отсутствие гиперхолестеринемии
	*	умеренная выраженность отеков
		резистентность к мочегонным и другим препаратам
		гипер-альфа2-глобулинемия
248		Диабетическая нефропатия 1 стадии может быть диагностирована при наличии:
		протеинурии
		ретинопатии

	*		артериальной гипертензии
			триады перечисленных признаков
			перечисленных признаков недостаточно
233			Наилучшим методом исследования костей для выявления характерных изменений при первичном гиперпаратиреозе является:
	*		сканирование скелета
			денситометрия
			высоко детальная контактная рентгенография кистей
			рентгенография позвоночника и черепа
234			Полиурия при первичном гиперпаратиреозе обусловлена секретией:
			адренокортикотропного гормона
			антидиуретического гормона
			паратгормона
			тиреотропного гормона
			соматотропного гормона
	*		снижением чувствительности к АДГ
235			Противопоказаниями к хирургическому лечению первичного гиперпаратиреоза является:
			преклонный возраст
	*		нормальный уровень фосфора
			отсутствие достоверных данных о локализации аденомы
			противопоказаний нет
236			После перенесенной эклампсии увеличивается риск развития:
	*		заболеваний почек
			сахарного диабета
			сердечно-сосудистых заболеваний
			неврологических заболеваний
			всего перечисленного
237			Повторная беременность женщины, перенесшей нефропатию беременной с последующим исчезновением всех симптомов в послеродовом периоде:
			противопоказана
	*		не противопоказана
			возможна, но не желательно
			нежелательна
238			При нефропатии беременных наибольшую угрозу для плода

		представляет:
		повышенный уровень мочевины крови
		повышенный уровень мочевой кислоты крови
	*	гипопротеинемия
		анемия
		все перечисленное
239		Лейкоцитурия у беременных в отсутствии признаков инфекционно-воспалительного поражения почек наблюдается:
		всегда
		никогда
	*	у части пациенток (10%)
		у большинства пациенток
240		Обнаружение грибков в моче свидетельствует о тяжести повреждения почек при сахарном диабете:
	*	да
		нет
		только при сопутствующем пиелонефрите
		только при диабете 2 типа
241		Механизм влияния альдостерона на объем внеклеточной жидкости сводится:
	*	к влиянию на транспорт натрия в канальцах
		к влиянию на секрецию АДГ
		к увеличению экскреции калия
		куменьшению экскреции калия
242		При излечении синдрома первичного Иценко-Кушинга поражение почек:
		как правило сохраняется
		сохраняется в отдельных случаях
	*	как правило излечивается
		излечивается в отдельных случаях
243		Для поражения почек при болезни Иценко-Кушинга характерны все следующие морфологические изменения:
	*	артериосклероза почечных сосудов
		нефрокальциноза
		амилоидоза клубочков
		гломерулосклероза
244		Характерным морфологическим субстратом поражения почек при гиперпаратериозе является:

		склероз интерстиция и гиалиноз клубочков
		пролиферация мезангия
		некроз канальцев
		артериолосклероз
	*	кальциноз
245		При первичном гиперпаратиреозе в сыворотке крови:
	*	кальций повышен, фосфор снижен
		кальций повышен, фосфор повышен
		кальций снижен, фосфор повышен
		кальций снижен, фосфор снижен
246		Для дифференциального диагноза остеопороза при первичном гиперпаратиреозе и неэндокринном остеопорозе наиболее ценным является определение:
		уровня кальция сыворотки
	*	уровня фосфата сыворотки
		активности кислой фосфатазы
		активности щелочной фосфатазы
		активности кареатинфосфокиназы
247		У беременной женщины возник острый гломерулонефрит. Нормальное течение беременности, родов, рождение здорового ребенка в этом случае:
		возможно
		невозможно
		невозможно при наличии пиелонефрита
	*	невозможно при наличии злокачественной артериальной гипертензии
248		Для прогноза течения преэклампсии наибольшее значение имеет:
		наличие отеков
	*	наличие артериальной гипертензии
		Наличие лейкоцитурии
		все перечисленное
249		Наиболее неблагоприятно для плода назначение терапии при нефропатии беременных:
		постельным режимом и диетой
	*	фуросемидом
		гипотиазидом
		плазмозаменителями
250		При первичном гиперальдостеронизме ограничение жидкости:

			уменьшает полиурию
			не влияет на полиурию
			увеличивает полиурию
	*		вначале уменьшает, а затем нормализует диурез
251			При каком морфологическом типе хронического гломерулонефрита не обнаруживают изменения структур при светооптическом исследовании?
			мезангиопролиферативном
			мезангиокапиллярном
			мембранозном
	*		минимальных изменений клубочков
			фибропластическом
252			При поликистозной болезни почек взрослых кисты могут содержать:
			бесцветную, или желтую жидкость
			свежую, или старую кровь
			продукты распада различных клеток
			кристаллы холестерина
	*		все перечисленное
253			При медуллярной губчатой почке кисты образуются:
			из проксимальных канальцев
			из дистальных канальцев
			из клубочков
	*		из собирательных трубок
			из различных участков нефрона
254			Простые (солитарные) кисты чаще образуются
			из клубочков
			из проксимальных канальцев
	*		из дистальных канальцев и собирательных трубок
			из осумкованных отделов интерстиция
			из всего перечисленного
255			Поликистозной болезни взрослых могут сопутствовать
			калькулез почек
			хронический пиелонефрит
			артериальная гипертония
			подагрический артрит
	*		все перечисленное
256			При поликистозной болезни у детей могут иметь место:

		врожденный печеночный фиброз
		пролиферация желчных протоков
		нарушения функции печени
	*	все указанные изменения
		ни одно из указанных изменений
257		При медуллярной губчатой почке как правило:
		поражается печень
		имеются органические изменения в сердце
		имеются органические изменения в надпочечниках
		имеется поражение различных органов
	*	повреждения других органов нет
258		При поликистозной болезни взрослых боли могут быть обусловлены:
		разрывом кисты
		растяжением полости кисты и капсулы почек
		сдавлением кистой собирательной системы
		калькулезом почек
	*	любой из указанных причин
259		При медуллярной губчатой почке наиболее часто первым клиническим признаком болезни является:
		острый пиелонефрит
	*	почечная колика
		ренальная остеодистрофия
		артериальная гипертензия
		ренальный тубулярный ацидоз
260		Протеинурия при поликистозной болезни взрослых обусловлена:
		нарушением проницаемости клубочкового фильтра
	*	нарушением реабсорбции белка
		тем и другим одинаково
		гематурией
261		При медуллярной кистозной болезни протеинурия в общем анализе мочи:
	*	отсутствует, или минимальна
		чаще представляет собой десятые доли промилле
		чаще представляет собой целые промилле
		может быть значительной при высоком артериальном давлении
		может колебаться у разных больных
262		При поликистозной болезни взрослых имеет место:

	*		повышенная чувствительность почек к инфекции
			пониженная чувствительность почек к инфекции
			повышенная чувствительность почек к инфекции при развитии ХПН
			повышенная чувствительность почек к инфекции при высоком артериальном давлении
263			При лечении препаратами витамина D может развиваться:
			гипокалиемия
			гиперкалиемия
			гипокальциемия
	*		гиперкальциемия
264			Причиной нарушения баланса калия при почечном канальцевом ацидозе является:
			повышение секреции калия в нефроне
			переход калия из вне- во внутриклеточное пространство
	*		снижение реабсорбции калия в нефроне
			нарушение реабсорбции калия в кишечнике
265			Развитие хронической почечной недостаточности при медуллярной кистозной болезни почек:
			зависит от длительности и выраженности калькулеза почек
			не зависит от длительности и выраженности калькулеза почек
			зависит от длительности и выраженности пиелонефрита
	*		не зависит от выраженности пиелонефрита и калькулеза почек
266			Особенностью артериальной гипертензии при медуллярной кистозной болезни является:
	*		большая частота, чем в общей популяции
			меньшая частота, чем в общей популяции
			зависимость ее от наличия ренального тубулярного ацидоза
			зависимость ее от уровня калия плазмы
			высокая солезависимость
267			Повышение артериального давления при солитарных кистах почек связано:
			с большим количеством натрия в диете
			с наличием высокого содержания ренина в кистах
			с наличием нефроангиосклероза
	*		с уменьшением почечного кровотока из-за сдавления кистой и повышением выброса ренина
			с наличием пиелонефрита

268			Имеющийся эритроцитоз при поликистозной болезни взрослых связан:
			с относительной гиповолемией
			с повышением уровня железа плазмы
			с нормальным артериальным давлением
	*		с повышенной продукцией эритропоэтина клетками кист
			окончательного мнения по этому вопросу нет
269			При поликистозе почек у взрослых имеет место:
		*	нарушение концентрирования мочи
			нарушение концентрирования мочи только при присоединении пиелонефрита
			нарушение концентрирования мочи в сочетании с нарушением разведения мочи
			нарушение концентрирования мочи только при снижении клиренса креатинина
			нарушение концентрирования мочи только при высоком артериальном давлении
270			Наиболее выражено повреждение функции почек по осмотическому концентрированию мочи:
			при поликистозе почек
			при медуллярной губчатой почке
			при медуллярной кистозной болезни почек
			при солитарных кистах почек
	*		нарушение функции концентрирования выражено одинаково при всех указанных состояниях
271			У больного хронической почечной недостаточностью наиболее медленное повышение концентрации креатинина плазмы наблюдается:
			при хроническом гломерулонефрите
			при хроническом пиелонефрите
			при поликистозе почек
			при люпус-нефрите
	*		при медуллярной кистозной болезни почек
272			К нарушениям проксимальных канальцев относятся:
			почечная глюкозурия
			фосфат-диабет
	*		аминоацидурия
			проксимальный канальцевый ацидоз
			все перечисленное

273		К нарушениям дистальных канальцев относят:
		дистальный канальцевый ацидоз
		почечный несахарный диабет
	*	и то, и другое
		ни одно из перечисленных
274		Почечный канальцевый ацидоз характеризуется:
		гиперхлоремическим ацидозом
		щелочной реакцией мочи
		повышением экскреции бикарбонатов
		снижение экскреции ионов аммония
	*	всем перечисленным
275		Развитие дистального ренального тубулярного ацидоза возможно:
		при хроническом активном гепатите
		при первичном билиарном циррозе печени
		при фиброзирующем альвеолите
		при системной красной волчанке
	*	при всех перечисленных заболеваниях
276		Почечный несахарный диабет развивается при недостаточности:
		альдостерона
		АДГ
		ангиотензина
		ренина
	*	чувствительности рецепторов к АДГ
277		Наиболее важным критерием при дифференциальном диагнозе фосфат-диабета от рахита является:
	*	неэффективность витамина D в обычных дозах
		рентгенологические изменения костей
		деформация скелета
		все перечисленное
278		При кальциевом нефролитиазе следует назначать диету с ограничением
		пуринов
		кальция
		фосфата
	*	оксалатов
279		Наследственное рахитоподобное заболевание, обусловленное нарушением реабсорбции фосфатов в проксимальных почечных канальцах с развитием гипофосфатемии и нарушением всасывания

		кальция в кишечнике, называется:
		почечным рахитом
		врожденным гипофосфатемическим рахитом
	*	фосфат-диабетом
		синдромом Фанкони
		первичным гиперпаратиреозом
280		Почечный синдром в виде гематурии, симметричная геморрагическая сыпь в области суставов, абдоминальный, суставной синдромы, гиперкоагуляция характерны для:
	*	геморрагического васкулита
		системной красной волчанки
		системной склеродермии
		дерматомиозита
281		Боли при камне интрамурального отдела мочеточника, нарушающем уродинамику, локализуются:
		в поясничной области без иррадиации
		в подреберье с иррадиацией под лопатку
		в боковых отделах живота с иррадиацией в поясничную область
		в паховой области с иррадиацией в бедро
	*	в поясничной области с иррадиацией в паховую и половые органы
282		Первым проявлением опухоли паренхимы почек является:
		боль в пояснице
		прощупываемая увеличенная почка
		гематурия
		анемия
	*	все выше перечисленное
283		Компьютерная томография целесообразна:
		при коралловидном камне почки
	*	при камнях чашечек обеих почек
		при уратном камне почечной лоханки
		при оксалатном камне лоханки
		ни в одном из перечисленных случаев
284		Посев мочи целесообразно исследовать:
		при остром гнойном пиелонефрите
		при хроническом активном пиелонефрите
		при хроническом латентном пиелонефрите
	*	во всех перечисленных случаях
		ни в одном из перечисленных случаев

285		Основным путем попадания микобактерий туберкулеза в почку является
		гематогенный
		контактный с соседних органов
		восходящий
	*	лимфогенный
		все пути попадания одинаково часты
286		При туберкулезе почки возникает прежде всего:
		папиллит
		изъязвление слизистой оболочки чашечек и лоханки
	*	милиарные бугорки в паренхиме почек
		специфические воспалительные инфильтраты
		каверны
287		Рентгеноконтрастная пиелография показана при туберкулезе почек в случае:
		немой почки, стриктуры уретры
	*	отшнурованной каверны
		расширения чашечной системы
		при всех указанных состояниях
		ни при одном из указанных состояний
288		Осложнением туберкулеза мочевого пузыря является:
		пузырно-мочеточниковый рефлюкс
		сморщивание мочевого пузыря
		пиелонефрит
	*	все указанные осложнения
		ни одно из указанных осложнений
289		У беременной в 1 триместре отмечено увеличение диуреза, что указывает:
		на развитие полиурической ОПН
		на развитие острого пиелонефрита
	*	на развитие нефропатии беременных
		на физиологическое увеличение диуреза в этот период беременности
290		Цистоскопия в диагностике опухоли паренхимы почки помогает установить:
		сторону поражения
		функцию пораженной почки
	*	функцию здоровой почки
		строение опухоли

			наличие метастазов
291			Если нет возможности остановить гематурию консервативным путем при неоперабельном раке почки, то следует:
			продолжать консервативное и симптоматическое лечение
	*		производить частые переливания крови
			произвести эмболизацию почки
			произвести нефрэктомию
			наложить нефростому
292			При опухоли лоханки почки из перечисленных признаков чаще наблюдается:
			боль
			пальпируется почка
	*		гематурия
			протеинурия
			субфебрилитет
293			Для уточнения источника макрогематурии начинать обследование следует:
			с цистоскопии
			с экскреторной урографии
	*		с УЗИ почек и мочевого пузыря
			с общего анализа мочи
			с радиоизотопной ренографии
294			При подозрении на опухоль мочевого пузыря исследование следует начинать:
			с обзорной рентгенографии мочевых путей
			с компьютерной томографии
	*		с УЗИ мочевого пузыря
			с экскреторной урографии
			с цистоскопии
295			Причиной хронической почечной недостаточности при раке предстательной железы является:
			перенесенный гломерулонефрит
			острый пиелонефрит
			хронический пиелонефрит
	*		уретерогидронефроз
			метастазы в почках
296			При травме живота и поясничной области, боль и макрогематурия являются признаками

		сотрясения (ушиба) почки
	*	субкапсулярного разрыва почки
		посттравматического гломерулонефрита
		всех перечисленных признаков
		ни одного из перечисленных признаков
297		Для нефроптоза 3 степени характерно
		сужение мочеточника
		расширение чашечно-лоханочной системы
		фиксированный перегиб мочеточника
	*	расширение чашечно-лоханочной системы и фиксированный перегиб мочеточника
		сужение мочеточника и расширение чашечно-лоханочной системы
298		В возникновении цистита основное значение придается:
	*	местным расстройствам кровообращения
		физическим факторам
		инфекции
		химическим факторам
		иммунным факторам
299		При остром цистите показаны следующие виды инструментального обследования:
		цистоскопия
		цистоскопия
		катетеризация мочевого пузыря
		уретроскопия
	*	УЗИ мочевого пузыря
300		После травмы почки возможно развитие всего перечисленного, за исключением:
		нефролитиаза
		гидронефроза
		нефроптоза
		опухоли почки
	*	гнояного пиелонефрита
301		Признаками развития острого пиелонефрита после травмы почки являются:
	*	пиурия
		длительная пирексия
		ознобы
		все перечисленное
		ничего из перечисленного

302		Противопоказаниями к проведению радиоизотопной ренографии являются
	*	индивидуальная непереносимость йодсодержащих контрастных веществ
		почечная недостаточность
		печеночная недостаточность
		гиперпаратиреодизм
		практически противопоказаний нет
303		Укажите главную причину смерти больных на гемодиализе:
		острый вирусный гепатит
		острая бактериальная пневмония
	*	сердечно-сосудистые заболевания
		онкологические заболевания
		диализный амилоидоз
304		Для цисталгии характерно сочетание:
		с пиурией
		с гематурией
		с субфебрилитетом
	*	с дизурией
		с поллакиурией
305		Основными этиологическими факторами мочекаменной болезни являются:
		нарушения фосфорно-кальциевого обмена
		нарушение обмена щавелевой кислоты
		нарушение пуринового обмена
		хронический пиелонефрит
	*	все указанные факторы
306		Гиперкальциемия и гиперкальциурия способствуют образованию:
		цистиновых камней
		уратных камней
	*	оксалатных камней
		ни одного из указанных видов камней
		любого из перечисленных видов
307		Патогномоничным признаком синдрома Гудпасчера, выявляемом при иммунофлюоресцентном исследовании биоптата почки, является обнаружение иммунных депозитов на БМК:
		с гранулярным отложением
	*	с линейным отложением

			с включением в них IgM
308			Укажите возможные причины смерти больных с НС и сохранной функцией почек:
			Гиповолемический шок
	*		Тромбозы и эмболии
			Инфекционные осложнения
			Острая сердечная недостаточность
			Все перечисленные причины
309			Рентгенонегативными камнями являются:
			фосфатные
			уратные
			оксалатные
	*		цистиновые
			ксантиновые
310			Вторичный амилоидоз может развиваться
			при ревматоидном артрите
			при псориатическом артрите
			при опухолевых заболеваниях
			при бронхоэктатической болезни
	*		у всех перечисленных больных
311			Бета-2-микроглобулин является сывороточным предшественником:
	*		амилоидоза при гемодиализе
			амилоидоза при миеломе
			старческого амилоидоза
			локального амилоидоза
312			При вторичном амилоидозе прогноз в основном определяет поражением:
	*		почек
			надпочечников
			сердечно-сосудистой системы
			периферической нервной системы
313			Нефротический синдром при амилоидозе:
			легко купируется стероидами
	*		сохраняется при развитии хронической почечной недостаточности
			встречается очень редко
			исчезает при развитии хронической почечной недостаточности

314			Поражение сердца при первичном амилоидозе может проявляться:
			нарушением ритма
			пороком сердца
	*		резким увеличением размеров сердца
			инфарктоподобной кривой ЭКГ
			всеми перечисленными признаками
315			Поражение желудочно-кишечного тракта при амилоидозе проявляется:
			увеличением языка
			синдромом нарушения всасывания
			атонией кишечника
			кровотечением, образованием язв желудка
	*		всем перечисленным
316			Гипотония у больного амилоидозом свидетельствует:
			о поражении сердца
			о недостатке натрия в диете
	*		о поражении надпочечников
			о развитии почечной недостаточности
317			Диагноз амилоидоза может быть поставлен на основании:
			биохимического исследования крови
			определения иммуноглобулинов
			данных ультразвукового исследования почек
	*		биопсии пораженного органа
			рентгенологического обследования
318			Для диагностики амилоидоза наиболее информативна биопсия:
			слизистой десны
			подкожного жира
	*		слизистой прямой кишки
319			При назначении антибактериальных препаратов при инфекции мочевой системы необходимо учитывать:
			уровень АД
	*		чувствительность микробной флоры
			эритроцитурия
			значение рН мочи
			степень диспротеинемии
320			Укажите состояние, при котором назначение стероидов абсолютно противопоказано:

			нефрит с минимальными изменениями
			активный волчаночный нефрит
	*		истинная склеродермическая почка
			поражение почек при гранулематозе Вегенера
			мезангиопролиферативный нефрит
1	1	2	Вопросы со множественным выбором
1			В почечной пазухе расположены:
	*		малые и большие почечные чашки
			почечные пирамиды
	*		кровеносные и лимфатические сосуды
			почечная лоханка
	*		жировая клетчатка
2			В состав нефрона входят:
	*		почечное тельце
	*		извитой проксимальный каналец
			собирательные трубочки
	*		дистальный каналец
3			Кровоток в почке характеризуется:
	*		через капиллярный клубочек протекает артериальная кровь
			в перитубулярную капиллярную сеть поступает венозная кровь
	*		в корковых нефронах приносящие артериолы имеют больший диаметр, чем выносящие артериолы
	*		капилляры клубочка относятся к фенестрированному типу
	*		во вторичную капиллярную сеть поступает артериальная кровь
4			Основными функциями почек являются:
	*		поддержание гомеостаза организма
			синтез белков и углеводов
	*		водовыделительная функция
	*		регуляция эритропоэза
5			Из перечисленных показателей характеризуют нарушения функций канальцев следующие:
	*		аминоацидурия
			наличие в моче выщелоченных эритроцитов
			снижение клиренса креатинина
	*		изостенурия
	*		неселективная протеинурия
	*		понижение секреции ионов H^+ и аммония
6			В состав околочлужбчкового комплекса (ЮГА) входят:

	*	эндотелиальные клетки приносящей артериолы
	*	эндотелиальные клетки выносящей артериолы
		гладкомышечные клетки выносящей артериолы
	*	клетки <i>Гормастига</i>
7		В создании эффективного фильтрационного давления участвуют:
		колебание системного АД от 80 до 200 мм Hg
	*	гидродинамическое и гидростатическое давление крови
	*	онкотическое давление крови
		осмотическое давление крови
	*	гидростатическое давление ультрафильтрата в капсуле
8		Причинами, способствующими снижению клубочковой фильтрации, являются:
		снижение системного артериального давления до 90 мм рт. ст.
	*	уменьшение онкотического давления крови
		препятствие оттоку мочи
	*	спазм приносящих артериол клубочка
		спазм отводящих артериол клубочка
		повышенное выделение ренина
9		Основные структурные элементы стенки клубочка:
		мезангиум
		интерстициальная ткань
	*	эндотелий
	*	базальная мембрана
	*	подоциты
10		К развитию пиелонефрита предрасполагают
	*	мочекаменная болезнь
	*	сахарный диабет
	*	беременность
		гипотиреоз
		сердечная недостаточность
11		В зависимости от варианта поражения почек при бактериемическом эндокардите может быть назначена терапия:
		противогрибковыми препаратами
	*	преднизолоном
		иммуномодуляторами
	*	антибиотиками
		ничего из перечисленного
12		Укажите причины преренальной ОПН:

		увеличение сердечного выброса
	*	дегидратация
		гиперволемя
	*	сосудистый коллапс
		гипертонический криз
13		Выделите формы ОПН с необратимым течением:
	*	острый канальцевый некроз
		миоглобинурийный нефроз
	*	кортикальный некроз
	*	некротизирующий ангиит сосудов почек
		гемолитико-уремический синдром
14		Наиболее частыми причинами тромботической микроангиопатии у взрослых наиболее часто является:
	*	тромботическая тромбоцитопеническая пурпура
		атипичный ГУС
	*	СКВ
		типичный ГУС
15		Этиологическими факторами развития ТТП являются:
	*	недостаток ADAMTS-13
	*	антитела к ADAMTS-13
		антитела к Н-фактору
		недостаток Н-фактора
16		Тяжелая артериальная гипертония характерна для:
		Типичный ГУС
		А-ГУС
	*	ТТП
	*	узелковый периартериит
17		Признаками отличающие почечную эклампсию от гипертонического криза являются:
	*	Наличие судорожного синдрома
	*	Отек головного мозга
		Отсутствие судорожного синдрома
		Сильные головные боли
		Ухудшение зрения
18		Укажите наиболее частые причины анемии при ХПН:
	*	железодефицит
	*	дефицит вит. в-12 и фолиевой кислоты
		хронический гемолиз
	*	уменьшение синтеза эритропоэтина
		хроническая интоксикация алюминием
19		Выберите препараты эффективные при ЭПО-дефицитной анемии:
		феррумлек

		андрогены
	*	рекормон
		вит. в-12
	*	эпрекс
20		Выделите противопоказания к лечению эритропоэтином:
	*	абсолютный дефицит железа
		выраженная гипотония
		гемохроматоз
	*	трудноконтролируемая гипертензия
		хр. интоксикация алюминием
21		Отберите осложнения ЭПО терапии диализных больных:
		острая сосудистая недостаточность
		острая энцефалолагия
		гиперкальциемия
	*	усугубление гипертензии
	*	гиперкалиемия
22		Отберите наиболее характерные для ХПН формы поражения костной ткани:
	*	гиперпаратиреоидная остеодистрофия
	*	остеопороз
	*	алюминиевая остеодистрофия
		асептический некроз головок бедренных костей
		апластическая остеодистрофия
23		Укажите методы профилактики уремического гиперпаратиреоза:
		обогащение диеты фосфором
	*	обогащение диеты кальцием
	*	применение фосфор-связывающих препаратов
	*	применение оксидевиата, кальцитриола
		применение тиреокальцитонина
24		Выделите методы лечения алюминиевой остеодистрофии:
		прием альмагеля, фосфолюгеля
	*	применение десферала
		резекция паращитовидных желез
		применение кальцитриола
	*	применение гемофильтрации
25		Укажите препараты, усугубляющие почечную гипертензию:
		десфераль
	*	сандиммун
		ловастатин
	*	рекормон
	*	кальцитриол
26		В пользу острого гломерулонефрита свидетельствуют:
	*	отеки

	*		эритроцитурия
	*		артериальная гипертензия
			дизурия
			гиперлипидемия
			высокая плотность мочи
27			Отберите формы контролируемой гемодиализом гипертензии:
	*		объем-натрий зависимая гипертензия
			при медикаментозном синдроме Кушинга
			ренин зависимая
	*		при синдроме жесткой воды
			при сандиммуновой нефропатии
28			Укажите противопоказания к назначению каптоприла при консервативной стадии ХПН:
			гипокалиемия
			объем-натрий зависимая гипертензия
	*		стенозирующий атеросклероз почечной артерии
			ренин-зависимая гипертензия
	*		гиперкалиемия
29			Применение ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента (каптоприла) у больных диабетической нефропатией приводит:
			к снижению артериального давления
	*		к уменьшению гиперфльтрации
			к снижению гликемии
	*		к повышению калия плазмы
			к периферической вазодилатации
30			Инкреторная функция почек обеспечивает:
			регуляцию артериального давления и объема циркулирующей крови
	*		уровень эритропоэза и свертывание крови
	*		секрецию минералокортикоидов корой надпочечников и метаболизм кальция и фосфора
			секрецию антидиуретического гормона
			секрецию натрийуретических гормонов
31			Простагландины обладают свойством:
			сосудорасширяющим со снижением артериального давления
	*		стимулировать секрецию альдостерона
			стимулировать секрецию ренина
	*		сосудосуживающим с повышением АД
			повышать секрецию эндотелина
32			Укажите отеки характерные для почечного генеза:
	*		на лице
	*		на ногах
			изолированно на руках
	*		на всех конечностях и туловище

33		Выделите нефропатии, характеризующиеся тяжелым легочно-почечным синдром с почечно-легочной недостаточностью:
	*	ВИЧ-нефропатия с пневмоцистной интерстициальной пневмонией
	*	гранулематоз Вегенера
	*	синдром Гудпасчера
		волчаночный нефрит
		алкогольный IgA-нефрит
34		Клинически системная красная волчанка характеризуется:
	*	эритемой в виде «бабочки»
	*	артралгиями и лихорадкой
	*	поражением сердца, легких, почек
		гиперкератозом
		деформациями мелких суставов кистей и стоп.
35		Для поражения почек при системной склеродермии характерно:
	*	повышения артериального давления
		гематурия
	*	снижение СКФ
		лейкоцитурия
	*	умеренная протеинурия
36		Диагноз узелкового полиартериита ставится на основании:
	*	длительной лихорадки
	*	симметричного полиневрита
	*	тяжелой гипертонии
		резкого похудения и эозинофилии в крови
		мягких отёков
37		При амилоидозе почек справедливы следующие утверждения:
		болезнь чаще всего развивается в молодом возрасте и у детей;
	*	редкое выявление гематурии и лейкоцитурии;
		частое и раннее развитие артериальной гипертонии;
	*	характерно неуклонно прогрессирующее течение с неизбежным развитием ХПН;
		показано лечение колхицином при всех типах заболевания.
38		Для амилоидоза почек характерно:
	*	при первичном AL-типе амилоидоза ХПН протекает более доброкачественно, в отличие от вторичного AA-типа амилоидоза;
	*	тяжесть вторичного AA-типа амилоидоза зависит от основного заболевания;
		связь возникновения и прогрессирования заболевания с простудными заболеваниями;
		отёчный синдром хорошо поддается лечению мочегонными препаратами;
		возможно обратное развитие процесса.
39		Следующие утверждения справедливы в случае нефротического синдрома при амилоидозе почек:
		нефротический синдром развивается редко

	*	в большинстве случаев выявляются большие размеры почек
		легко купируется приемом цитостатиков;
	*	сохраняется при развитии ХПН
		как правило, сопровождается артериальной гипертензией
40		Для ХПН при амилоидозе почек справедливы утверждения:
		является наиболее частой причиной смерти при всех типах амилоидоза
	*	сохраняется выраженная протеинурия
	*	артериальная гипертензия часто отсутствует
		цитостатики оказывают быстрый положительный эффект
	*	терапия колхицином существенно улучшает прогноз.
41		Показанием к проведению хронического гемодиализа являются:
	*	клубочковая фильтрация менее 10 мл/мин;
		выраженная анемия;
		повышение концентрации креатинина крови до 700-880 мкмоль/л;
	*	гиперкалиемия (более 6,5 мэкв/л), не поддающаяся консервативной
		высокая, плохо поддающаяся артериальная гипертензия.
42		Нефротический синдром может быть обусловлен:
	*	приемом некоторых медикаментов
	*	наличием злокачественного образования
	*	амилоидозом
		хроническим прогрессирующим процессом;
		длительным приемом мочегонных препаратов.
43		В общем анализе мочи для нефротического синдрома характерны:
	*	массивная протеинурия
		наличие активных лейкоцитов в моче;
	*	цилиндрурия
		большое количество эпителиальных клеток в осадке мочи
		уратурия.
44		Абсолютными противопоказаниями к проведению биопсии почек являются:
		артериальная гипертония
	*	единственная почка
	*	геморрагический диатез
	*	сморщивание почек
		выраженная протеинурия.
45		При лечении уратной нефропатии показаны:
	*	диета с ограничением жиров и белков
	*	обильное питье
	*	уриколитические препараты;
		тиазидовые мочегонные
		уросептики.
46		Противопоказаниями для лечения ингибиторами АПФ служат:

	*		двусторонний стеноз почечной артерии;
			бронхообструктивный синдром;
	*		выраженная гиперкалиемия;
	*		креатинин более 700 мкмоль/л
			метаболический ацидоз
47			Лекарственное поражение почек наиболее часто вызывают:
	*		аминогликозиды
			сердечные гликозиды
	*		рентгеноконтрастные вещества
			амиодарон
	*		НПВП
48			Для уратной нефропатии характерны следующие варианты поражения почек:
			нефротический синдром
	*		интерстициальный нефрит
			амилоидоз
	*		острая уратная блокада
			гематурический нефрит
49			Факторы, предрасполагающие к развитию уратного нефролитиаза:
	*		Стойкое закисление мочи
			Защелачивание мочи
	*		Гиперурикозурия
			Вторичная почечная гиперурикемия
	*		уменьшение диуреза
50			Лечение анемии при ХПН включает:
			борьбу с кровопотерями
	*		назначение препаратов эритропоэтина;
			обязательное переливание крови и ее компонентов
	*		назначение препаратов железа
	*		назначение цианкобаламина (витамина В ₁₂).
			уросептики

Перечень практических заданий (2 этап)

1. Оцените общий анализ мочи больного хр. Пиелонефритом.
2. Оцените общий анализ мочи с отечным синдромом.
3. Оцените общий анализ мочи больного с дизурией.
4. Оцените общий анализ мочи: эритроциты-покрывают все поля зрения.
5. Оцените общий анализ мочи: белок- 1,65г/л, эр-ты- 120в п/зр
6. Оцените общий анализ мочи больного с болями в животе.
7. Оцените общий анализ мочи больного с полиурией.
8. Оцените общий анализ мочи больного с кишечным синдромом.
9. Оцените клинический анализ крови больного с лейкоцитурией.
10. Оцените клинический анализ крови больного с нефротическим синдромом.
11. Оцените клинический анализ крови больного с анурией.

12. Оцените клинический анализ крови больного с почечной недостаточностью.
13. Оцените клинический анализ крови больного с геморрагическим синдромом и олигурией.
14. Оцените пр. Зимницкого у больного хр.пиелонефритом.
15. Оцените пр. Зимницкого у больного с гипокалиемией.
16. Оцените пр. Зимницкого у больного с полиурией.
17. Оцените пр. Зимницкого у ребенка 3 лет.
18. Оцените пр. Зимницкого у ребенка 9 лет.
19. Оцените пр. Зимницкого у больного с почечнокаменной болезнью.
20. Оцените б/х крови больного с анурией.
21. Оцените б/х крови больного с варусной деформацией ног.
22. Оцените б/х крови больного с отечным синдромом.
23. Оцените б/х крови ребенка 3 лет полиурией.
24. Оцените Rg-графия почек у ребенка 1-го года (уретерогидронефроз)
25. Оцените Rg-графия почек у ребенка 5-ти лет (гиподисплазия пр. почки)
26. Оцените микционную цистографию ребенка 6-ти лет (ПМР 2ст.)
27. Оцените Rg-графия почек у больнос почечной недостаточностью.
28. Оцените ангиографию больного с макрогематурией.
29. Оцените ангиографию у больной 65 лет с гипертонической болезнью.
30. Оцените ангиографию у ребенка 1 –го года с гипертонией.

Перечень заданий к собеседованию (3 этап)

Теоретические вопросы

1. Этапы развития почки: пронефрос, мезанефрос, метанефрос. Аномалии развития почки.
2. Понятие о наследственных (генетических) и врожденных заболеваниях человека.
3. Доминантный и рецессивный тип наследования патологии. Поликистоз почек аутосомно-рецессивный и аутосомно-доминантный. Клинические, лабораторные, рентгенологические, ультразвуковые признаки поликистоза.
4. Простые кисты. Дифференциальная диагностика поликистоза и простых кист почек.
5. Болезнь Nippel-Lindau, бугорковый склероз, медуллярный кистоз. Ювенильные кистозные нефропатии. Генетика, диагностика и дифференциальная диагностика кистозных заболеваний почек.
6. Понятие о тубулопатиях. Рахитоподобные тубулопатии. Витамин Д – зависимый и резистентный рахит, фосфат-диабет.
7. Понятие о тубулопатиях. Тубулопатии с синдромом полиурии и полидипсии: болезнь Де Тони-Дебре-Фанкони, почечный тубулярный ацидоз, псевдогипо- и псевдогиперальдостеронизм, почечная глюкозурия, синдром Лиддла, синдром Барттера.
8. Понятие о гломерулярных заболеваниях почек. Клиническая и морфологическая классификация гломерулонефритов.

9. Иммунные механизмы развития различных морфологических форм гломерулонефритов.
10. Понятие о врожденном нефротическом синдроме. Классификация врожденного нефротического синдрома. Тактика ведения.
11. Понятие о наследственном нефрите. Классификация наследственного нефрита. Понятие о коллагенопатиях. Генетическая диагностика наследственного нефрита. Морфологическая диагностика. Диф. Диагностика с-ма Альпорта и ТБМ
12. Понятие о пролиферативных и не пролиферативных гломерулонефритах, Иммунные и неиммунные механизмы их развития.
13. Болезнь минимальных изменений. Патогенез, иммунные и неиммунные механизмы развития. Клинические особенности. Тактика ведения прогноз.
14. Фокально-сегментарный гломерулосклероз. Патогенез, иммунные и неиммунные механизмы развития. Клинические особенности. Тактика ведения прогноз.
15. Мембранозная нефропатия. Патогенез, иммунные механизмы развития. Клинические особенности. Тактика ведения прогноз.
16. Мезангиопролиферативный гломерулонефрит, его клинические формы и иммуногистохимические формы. IgA-нефропатия. Гистологическая классификация. Патогенез. Клиника. Тактика Ведения. Прогноз.
17. IgM-нефропатия. Патогенез. Клиника. Тактика Ведения. Прогноз.
18. Мембрано-пролиферативный гломерулонефрит. Морфологическая классификация. Понятие о С3-гломерулопатиях. Патогенетические особенности.
19. Болезнь плотных депозитов как вариант С3-гломерулопатии. Иммунные и неиммунные механизмы, лежащие в основе патогенеза болезни плотных депозитов. Тактика ведения. Прогноз.
20. Быстро прогрессирующий ГН. Этиология. Дифференциальная диагностика острого постинфекционного и злокачественного гломерулонефритов. Причины развития острой почечной недостаточности (ОПН), диффузного нефроангиосклероза и факторы, способствующие прогрессированию почечной недостаточности. Роль морфологических методов диагностики в течение фибропластических гломерулонефритов.
21. Лекарственные и экстракорпоральные методы лечения быстро прогрессирующих гломерулонефритов. Показания для диализотерапии при злокачественных гломерулонефритах.
22. Острый постинфекционный гломерулонефрит, этиология, патогенез, диагностика и лечение. Определение клинико-морфологических особенностей острого постинфекционного ГН.
23. Современных сведений о классификации системных васкулитах и особенностях поражения почек. Изучение морфологической, лабораторной и клинической диагностики вторичных гломерулопатий при системных васкулитах, освоение методов коррекции артериальной гипертензии, водно-электролитных и метаболических расстройств. Международная классификации и рекомендации общества нефрологов по системным васкулитам.
24. Поражение почек при васкулитах крупных и средних артерий: артериит Такаясу, б-нь Кавасаки, узелковый полиартериит. Определение клинико-морфологических и лабораторных и инструментальных признаков васкулитов. Симптоматическое и патогенетического лечения системных васкулитов при развитии нефропатии.

25. Поражение почек при васкулитах средних и мелких артерий: гранулематоз Вегенера, геморрагический васкулит, синдром Churg-Strauss, криоглобулинемические васкулиты, микроскопический полиартериит. Определение клинико-морфологических и лабораторных и инструментальных признаков васкулитов. Симптоматическое и патогенетическое лечение системных васкулитов при развитии нефропатии.

26. Системная красная волчанка. Эпидемиология и частота люпус-нефропатии. Этиология, патогенез, клиника и диагностика поражений почек при волчанке. Причины развития антифосфолипидного синдрома, его диагностика и лечение. Симптоматическое и патогенетическое лечение. Понятие о биологической терапии.

27. Поражение почек при ревматоидном артрите, системном склерозе, болезни Шегрена, заболеваний соединительной ткани при сохранной и нарушенной функции почек. Профилактика обострений нефропатии. Вопросы диспансеризации, методы профилактики острого и хронического поражения почек. Протоколы лечения болезней соединительной ткани при различном функциональном состоянии почек.

28. Диабетическая нефропатия. Эпидемиология. Основные механизмы морфологических и структурных изменений в почках при гипергликемии. Роль генетических, метаболических, гемодинамических факторов. Классификация диабетической нефропатии по С. Mogensen.

29. Ранняя диагностика поражения почек при сахарном диабете, возможности определения микроальбуминурии в терапевтической практике. Понятие о микроальбуминурии и функциональном почечном резерве при диабетической нефропатии. Этапная ренопротекция при сахарном диабете. Дифференциальная диагностика поражения почек при двух типах сахарного диабета. Диетическая и симптоматическая лекарственная терапия больных с диабетическим нефроангиосклерозом. Критерии начала почечно-заместительной терапии при сахарном диабете.

30. Основные механизмы нарушения метаболизма щавелевой и мочевой кислоты и значение в нефрологической практике. Ранние и выраженные проявления оксалатного и уратного литиаза, методы профилактики формирования конкрементов в полостной системе. Нехирургическое лечение оксалатных и уратных конкрементов.

31. Классификация амилоидоза. Понятие об амилоиде как фибриллярном белке, историческая справка. Виды амилоидоза внутренних органов, классификация, основные типы, встречаемые в нефрологической практике. Этиология и патогенез системного амилоидоза и частота поражения органов-мишеней. Диагностика системного амилоидоза (клиническая, лабораторная, иммунологическая и морфологическая), различия его форм и подходов к лечению.

32. Поражение почек при первичном амилоидозе. Теория о легких цепях белка и источниках образования. Этиология и патогенез первичного амилоидоза. Частота поражения органов – мишеней. Клинические и лабораторные проявления первичного амилоидоза, дифференциальная диагностика с миеломной нефропатией. Морфология и прогноз при первичной амилоидной нефропатии. Протоколы лечения в зависимости от функционального состояния почек.

33. Поражение почек при вторичном амилоидозе. Острофазовые белки – источник образования вторичного амилоида. Заболевания, при которых наиболее часто образуется амилоид с поражением внутренних органов. Клинические и лабораторные признаки вторичного амилоидоза почек. Дифференциальная диагностика с первичным

амилоидозом. Профилактика, симптоматическое и патогенетическое лечение амилоидной нефропатии. Современные методы лечения вторичного амилоидоза.

34. β 2-микроглобулиновый амилоидоз. Природа β 2-микроглобулина и особенности его метаболизма при хронической болезни почек. Депозиция β 2-микроглобулина в тканях организма и клиничко-лабораторная симптоматика. Синдром карпального канала, его клиника, диагностика и лечение. Возможности диализотерапии при β 2-микроглобулиновой интоксикации. Оценка эффективности режимов гемодиализа, симптоматической терапии и хирургической тактики. Метод локального введения кортикостероидов в синовиальное влагалище лучезапястного сустава.

35. Онкологическая патология и поражение почек в виде минимального нефритического и нефротического синдромов. Ранняя диагностика паранеопластической нефропатии. Тактика лечения основного заболевания при наличии нефропатии. Возможности методов заместительной почечной терапии в продлении жизни больных с паранеопластическими нефропатиями.

36. Поражение почек при геморрагической лихорадке. Этиология. Патогенез. Морфологические особенности поражения почек. Особенности клинической картины геморрагической лихорадки. Лечение. Исход.

37. Поражение почек при малярии, лептоспирозе, шистосомозе, лептоспирозе. Этиопатогенез этих заболеваний. Клинические особенности заболеваний. Этиотерапия.

38. Интерстициальный нефрит. Эпидемиологические данные, методы ранней диагностики, особенности оценки парциальных тубулярных дисфункций. Этиология. Классификация необструктивных тубулоинтерстициальных заболеваний почек. Роль морфологических исследований.

39. Острый и хронический первичный пиелонефрит как тубулоинтерстициальное бактериальное воспаление. Этиология, патогенез, диагностика, комплексное этиотропное, патогенетическое и симптоматическое лечение.

40. Острый тубулоинтерстициальный нефрит. Понятие об острой аллергической реакции в почках. Роль лекарственных препаратов. Патогенез, клиника, диагностика, профилактика, лечение.

41. Особенности острой почечной недостаточности при остром интерстициальном нефрите. Показания к диализотерапии.

42. Хронический тубулоинтерстициальный нефрит. Этиология и патогенез, роль лекарственных препаратов и токсинов в развитии хронического интерстициального процесса в почках. Дифференциальная диагностика тубулоинтерстициального нефрита и гломерулонефрита. Роль концентрационных индексов. Профессиональные и бытовые интерстициальные нефриты.

43. Профилактика, лечение и диспансеризация лиц с хроническим интерстициальным нефритом.

44. Особенности острой почечной недостаточности и хронической почечной недостаточности при тубулоинтерстициальном нефрите. Показания и противопоказания к почечно-заместительной терапии и трансплантации почек при интерстициальных заболеваниях.

45. Определение понятие о бактериальном воспалении почечной ткани. Частота, этиология и патогенез необструктивного пиелонефрита. Пути проникновения инфекции в органы мочевыводящей системы.

46. Методы диагностики и дифференциальной диагностики бактериального и неспецифического интерстициального нефрита.

47. Лекарственные средства для патогенетической терапии пиелонефрита при различном функциональном состоянии почек.

48. Современные сведения о тубулоинтерстициальных заболеваниях почек и их роли в развитии почечной недостаточности. Особенности острого и хронического бактериального воспаления почек как формы тубулоинтерстициального поражения, особенно с развитием острой почечной недостаточности и хронической почечной недостаточности.

49. Патофизиология почечных расстройств при обструктивной нефропатии. Физиологические основы уродинамики верхних мочевых путей в норме и патологии. Классификация нарушений оттока мочи из почек. Роль повышенного гидростатического давления в полостной системе почек в развитии интерстициального нефрита и нефросклероза.

50. Клиническая, лабораторная, ультразвуковая, рентгенологическая и радиоизотопная диагностика пузырно-мочеточникового и пузырно-почечного рефлюкса, стриктур мочеточников, мочеиспускательного канала.

51. Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря с синдромом задержки мочи. Инфравезикальная обструкция.

52. Рефлюксная нефропатия. Значение замыкательного аппарата соустьев мочеточников в развитии нефропатии. Классификация рефлюксной нефропатии. Механизмы нефросклероза при повышении гидростатического давления в полостной системе почек.

53. Болезнь Ормонда и гидронефротическая трансформация. Врожденный и приобретенный уретерогидронефроз. Нейромышечная дисплазия (ахалазия) мочеточника, забрюшинный фиброз (болезнь Ормонда).

54. Интерстициальный фиброз при гидронефротической трансформации почек. Изотопная и рентгеновская диагностика нарушения оттока мочи из верхних мочевых путей. Клинические и лабораторные признаки осложнений гидронефротической трансформации. Консервативное и хирургическое лечение. Методы дренирования верхних мочевых путей и реконструктивных операций на лоханочно-мочеточниковом сегменте. Принципы консервативного послеоперационного лечения больных с уретерогидронефрозом.

55. Изменения почек при нормальной беременности: физиология уродинамики и почечной гемодинамики при нормальной беременности. Гормональные и физические факторы нарушения оттока мочи из верхних мочевых путей.

56. Осложнения у беременных, связанные с ухудшением уродинамики. Методы диагностики, профилактики и лечения гидронефротической трансформации и других осложнений при беременности.

57. Беременность при болезнях почек: влияние гломерулярных и тубулоинтерстициальных заболеваний почек на течение беременности. Причины осложненного течения беременности при гломерулонефрите, диабетической и гипертонической нефропатии.

58. Острый и хронический пиелонефрит беременных, методы его диагностики, профилактики и лечения. Показания к прерыванию беременности и досрочному

родоразрешению. Ведение беременности при заболеваниях почек. Исходы беременности при патологии почек.

59. Перечень лекарственных препаратов, противопоказанных при беременности. Методы профилактики и лечения нефропатии беременных. Диспансеризация женщин, перенесших гестоз. Перспективы выздоровления после перенесенной нефропатии беременных.

60. Классификация артериальной гипертензии. Критерии нормального и повышенного артериального давления. Исторические аспекты синдрома артериальной гипертензии. Классификации Н.Д.Стражеско, А.Л.Мясникова и современная трактовка причин и патогенеза подъема артериального давления.

61. Роль нервной и гормональных систем в регуляции артериального давления. Почки, натрий и вода в подъеме артериального давления. Натрийурез и его роль в подъеме артериального давления.

62. Поражение почек при эссенциальной артериальной гипертензии. Механизмы регуляции эссенциальной артериальной гипертензии. Роль центральной и почечной гемодинамики в функционировании нефронов. Понятие об ишемической нефропатии и первичном нефроангиосклерозе. Возможности регуляции почечного кровотока и профилактике ишемической нефропатии.

63. Группы лекарственных препаратов для лечения эссенциальной артериальной гипертензии и их фармакодинамика. Немедикаментозная регуляция повышенного артериального давления. Фармакокинетика антигипертензивных лекарственных средств.

64. Поражение почек при эндокринной гипертензии: альдостероме и феохромоцитоме надпочечников, опухолями гипофиза и щитовидной железы. Роль эндокринных органов в регуляции тонуса сосудов, задержке натрия и воды.

65. Гормональные механизмы поддержания артериального давления. Заболевания гипофиза, надпочечников, щитовидной железы и половых желез, сопровождающиеся подъемом артериального давления.

66. Методы лабораторной и клинической диагностики эндокринных причин артериальной гипертензии. Медикаментозное и хирургическое лечение эндокринных болезней с синдромом артериальной гипертензии.

67. Вазоренальная артериальная гипертензия. Заболевания сосудов, приводящих к нарушению почечного кровотока. Классификация системных васкулитов и атеросклеротического поражения почечных сосудов.

68. Система ренин-ангиотензин-альдостерон при вазоренальной артериальной гипертензии. Понятие о критическом и некритическом стенозировании почечных артерий. Методы диагностики, дифференциальной диагностики причин вазоренальной артериальной гипертензии. Ангиографические и сцинтиграфические методы диагностики вазоренальной артериальной гипертензии. Каптоприловая ренография. Открытое хирургическое и эндоваскулярное лечение вазоренальной артериальной гипертензии. Принципы транслюминальной ангиопластики и стентирования почечных артерий.

69. Нефрогенная артериальная гипертензия. Характеристика поражений паренхимы почек и нарушений почечного кровотока. Понятие о прессорных и депрессорных механизмах поддержания артериальной гипертензии. Диагностика и дифференциальная диагностика вазоренальной гипертензии и иных видов стойкого

повышения АД. Показания для консервативного и хирургического лечения вазоренальной гипертензии.

70. Классификация односторонних и двусторонних заболеваний почек гломерулярного и тубулоинтерстициального характера, сопровождающихся синдромом артериальной гипертензии. Роль очагового и диффузного нефросклероза в поддержании артериального давления. Использование определения ренина, альдостерона, простагландинов и кининов в диагностике нефрогенных артериальных гипертензий и определении тактики лечения. Оптимальные схемы гипотензивной терапии. Показания к хирургическому лечению.

71. Ишемическая болезнь почек. Общие сведения. Частота заболевания. Этиология. Патогенез. Морфологи. Классификация. Клинико-морфологические формы. Стенозирующий атеросклероз почечных артерий. Панартериит аорты и её ветвей. Фибромускулярная гиперплазия почечных артерий

72. Аномалии развития почечных артерий. Клинические проявления и течение. Особенности клинического течения. Лабораторные показатели. Функциональное состояние почек. Специальные методы исследования. Диагноз, дифференциальный диагноз. Прогноз, исход. Лечение. Режим. Диета. Медикаментозная терапия. Хирургическое лечение. Диспансеризация. Экспертиза трудоспособности.

73. Поражение почек при инфекционном эндокардите. Общие сведения. Частота заболевания в разных группах населения. Этиология. Патогенез. Морфология. Классификация. Клиническое проявление и течение. Особенности клиники при иммунодефиците, наркомании, на ЗПП. Лабораторные показатели. Функциональное состояние почек. Специальные методы обследования. Диагноз, дифференциальный диагноз. Прогноз, исход. Лечение и профилактика.

74. Поражение почек при инфекционном эндокардите. Профилактика поражения почек при подостром септическом эндокардите. Режим. Диета. Медикаментозная терапия. Показания к хирургическому лечению. Диспансеризация. Экспертиза трудоспособности.

75. Изменения почек при тромботических микроангиопатиях:

76. гемолитико-уремическом синдроме (ГУС) и тромботической тромбоцитопенической пурпуре (ТТП) Общие сведения. Частота поражения у детей, у взрослых. Патогенез, классификация Морфология. Клинико-лабораторные изменения. Гипертензия. Изменения в анализах мочи. Функциональное состояние почек. Диагноз, дифференциальный диагноз. Течение, исход. Лечение и профилактика.

77. Атипичный ГУС. Патогенетические механизмы развития. Роль генетических факторов в патогенезе аГУС. Аутоиммунные механизмы как причина развития аГУС. Современные методы лечения. Таргентная терапия.

78. Тромботической тромбоцитопенической пурпуре (ТТП). Патогенез, классификация. Клинико-лабораторные изменения. Особенности поражение почек при ТТП. Диагноз, дифференциальный диагноз. Течение, исход. Лечение и профилактика.

79. Поражение почек при гемодинамических (циркуляторных)

80. Нарушениях. Нарушение венозного кровообращения почек. Этиология и патогенез. Нефротический синдром при тромбозе почечных вен. Морфология. Клиника и течение. Лабораторные проявления. Функциональное состояние почек. Диагноз, дифференциальный диагноз Прогноз, исход. Лечение, профилактика.

81. Поражение почек при хронической сердечной недостаточности. Патогенез. Морфология Клиника и течение. Лечение, профилактика.

82. Понятие о синдроме «острая почечная недостаточность» и «острое почечное повреждение». Основные классификации RIFLE и AKIN. Экскреторная функция почек. Классификация острой почечной недостаточности. Ренальный тип острого почечного повреждения. Микроциркуляция в клубочковых капиллярах.

83. Быстро прогрессирующий гломерулонефрит, формирование «полулуний» в боуменовской капсуле. Морфология злокачественного гломерулонефрита. Клинико-лабораторные проявления острой почечной недостаточности при гломерулонефрите, дифференциальная диагностика с преренальными и постренальными типами острой почечной недостаточности. Концентрационные индексы натрия и мочевины. Профилактика и лечение острой почечной недостаточности при гломерулонефрите.

84. Быстро прогрессирующий гломерулонефрит. Пульс-терапия кортикостероидами и цитостатиками. Показания к плазмаферезу и острому гемодиализу. Период реконвалесценции и диспансеризация лиц, перенесших острую почечную недостаточность. Коррекция водно-электролитных и метаболических сдвигов при острой почечной недостаточности. Диспансеризация больных, перенесших токсическую острую почечную недостаточность.

85. Острая почечная недостаточность при остром тубулоинтерстициальном нефрите. Этиологические факторы острого тубулоинтерстициального нефрита. Варианты тубулярных дисфункций при лекарственной нефропатии. Диагностика и дифференциальная диагностика тубулярных и гломерулярных поражений почек.

86. Острая почечная недостаточность. Основные причины токсического поражения почек и развития синдрома острой почечной недостаточности. Меры профилактики и консервативного лечения острого тубулоинтерстициального нефрита. Коррекция водно-электролитных и метаболических расстройств при остром тубулоинтерстициальном нефрите. Показания и противопоказания к пункционной нефробиопсии. Показания для диализотерапии. Диспансеризация лиц после острого тубулоинтерстициального нефрита.

87. Токсическая и постренальная острая почечная недостаточность. Патофизиология поражения почек при отравлениях. Функциональные, метаболические и водно-электролитные расстройства при токсической острой почечной недостаточности. Морфология, диагностика и дифференциальная диагностика острой почечной недостаточности при отравлениях. Профилактика, превентивный гемодиализ: показания, методика.

88. Консервативная терапия острой почечной недостаточности при отравлениях. Методика определения основных токсинов и других этиологических факторов, вызывающих острую почечную недостаточность. Показания к форсированному диурезу, плазмаферезу, гемосорбции и гемодиализу при острой почечной недостаточности. Другие консервативные методы лечения отравлений с развитием острой почечной недостаточности.

89. Факторы, предрасполагающие к развитию острой почечной недостаточности при хирургических вмешательствах, применении рентгеноконтрастных веществ и нефротоксичных лекарственных препаратов. Методы профилактики развития острой почечной недостаточности при наличии факторов риска. Контроль за функциональным состоянием почек при действии факторов риска.

90. Лекарственные средства, способные восстановить функцию почек при острой почечной недостаточности: гемокорректоры, кортикостероиды, мембранопротекторы и др. Сроки проведения консервативной терапии при острой почечной недостаточности, выявление показаний для начала заместительной почечной терапии.

91. Диализотерапия при острой почечной недостаточности (гемо- и перитонеальный диализ). Принципы экстракорпорального очищения крови при острой почечной недостаточности различного генеза. Преимущества и недостатки гемодиализа, гемофильтрации и перитонеального диализа. Показания для дифференцированного применения методов экстракорпоральной детоксикации.

92. Методы длительной непрерывной заместительной терапии, их режимы, особенности и перспективы применения. Интрадиализные осложнения, их профилактика и лечение. Переход острой почечной недостаточности в хроническую, критерии и тактика ведения пациентов.

93. Преимущества и недостатки прерывистых и непрерывных методов очищения крови, допустимые режимы. Принцип опережающего диализа при острых отравлениях. Использование антикоагулянтов и антиагрегантов при диализотерапии, сосудистые и брюшные доступы для гемо- и перитонеального диализа. Лечение осложнений во время диализотерапии.

94. Понятие о «хронической почечной недостаточности» и «хронической болезни почек» (ХБП), общее и различия. Сведения о хроническом нарушении функции почек. Суммарные и парциальные функции почек. Эпидемиология хронической болезни почек, этиология и патогенез. Частота развития ХБП по данным литературы и сведениям Минздрава РФ.

95. Уремические токсины с «малой» и «средней» молекулярной массой. Пептидная интоксикация. Методики расчета и оценки суммарных и парциальных функций почек. Этиологические факторы хронической почечной недостаточности (ХПН) при первичных и вторичных заболеваниях почек. Патогенез ХПН: теории «интактных нефронов», «гетерогенности функций нефронов», «гемодинамическая теория», «теория нефротоксичности белка».

96. Новые направления воздействия на патогенетические механизмы прогрессирования заболеваний почек. Понятие о нефропротекторных лекарственных средствах.

97. Классификация ХПН. Доклинические стадии ХПН, оценка лабораторных признаков нарушения парциальных функций. Расчет скорости клубочковой фильтрации по различным формулам. Определение концентрационной способности почек.

98. Нефрогенная анемия, диагностика, профилактика и лечение. Почка как эндокринный орган. Этапы эритропоэза и роль эритропоэтина в созревании эритроцитов. Причины и патогенез нефрогенной анемии. Нормативные показатели, характеризующие синдром анемии у диализных больных. Роль запасов железа в нормализации гемоглобина крови. Целевой уровень гемоглобина и пути его достижения. Показания к заместительной терапии эритропоэтином, дозировки в индукционный период, поддерживающие дозы. Причины неэффективности терапии эритропоэтином, осложнения и их лечение.

99. Изучение лекарственных форм эритропоэтина (Еро) и особенностей их фармакологического действия. Показания для начала терапии Еро, дозы и достижение

целевого уровня. Препараты железа, предпочтительнее для коррекции нефрогенной анемии. Контроль достаточности дозы Е_{po} при длительном лечении.

100. Нарушения фосфорно-кальциевого обмена при болезнях почек. Роль кальция и фосфора в жизнедеятельности человека. Причины нарушения минерального обмена при острой и хронической почечной недостаточности. Классификация почечной остеодистрофии: понятие о быстром и медленном обмене в костных структурах. Роль витамина Д и его активных форм в нарушениях минерального обмена при ХБП.

101. Участие парашитовидных желез в тяжелом проявлении нарушений обмена кальция и фосфора. Клинические проявления вторичного гиперпаратиреоза при болезнях почек. Профилактика, консервативное и хирургическое лечение гиперпаратиреоза. Методика расчета «кальций-фосфорного продукта» для оценки степени нарушений минерального обмена. Рентгенологическая и денситометрическая оценка костных изменений. Градация уровня паратгормона у лиц с различными стадиями ХБП. Показания и противопоказания для назначения фосфат биндеров и витамина Д₃.

102. Поздние проявления ХПН: изменения сердечно-сосудистой системы, органов желудочно-кишечного тракта, дыхания, костной системы.

103. Особенности лечения основного заболевания при снижении азотывделительной функции почек. Основные принципы консервативного лечения ХБП. Ренопротекторные средства. Особенности диетического питания в зависимости от стадии ХБП. Ингибция эндогенного протеолиза. Гипотензивная и липолитическая терапия. Противоазотемические препараты. Средства, стимулирующие функции викарных органов выделения. Показания и границы применения инфузионной детоксикационной терапии.

104. Перечень лекарственных препаратов, вызывающих падение СКФ и нарастание азотемии. Границы патогенетической терапии при появлении ХБП. Четыре основных принципа консервативной терапии ХБП: оптимизация белкового обмена, улучшение почечной гемодинамики, стимуляция викарных органов выведения, воздействие на уремические токсины. Диеты с различным содержанием белка и соли: их роль в замедлении нефросклероза.

105. Современные представления и понятие о ренопротекции. Естественное течение заболеваний почек и их исход. Нефросклероз и темпы при различной патологии. Смысл ренопротекции, ее методы (диетические, физиологические, фармакологические) и сроки ее начала. Методы профилактики и индукции ренопротективной терапии. Методы и способы ренопротекции и их влияние на течение заболеваний почек.

106. Ренопротекция при артериальной гипертензии. Механизмы развития первичного нефроангиосклероза при стойкой артериальной гипертензии. Современные антигипертензивные лекарственные средства и их возможности для защиты почек от склеротических и гипоксических изменений. Роль тонуса сосудов, питающих почечный клубочек и канальцевые структуры в развитии ишемической нефропатии. Место приложения антигипертензивных препаратов на уровне нефрона.

Ситуационные задачи

Ситуационная задача №1

У армянина 27 лет, 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.

Вопросы:

Какой наиболее вероятный диагноз у больного?

Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?

Какое лечение необходимо назначит больному?

Ситуационная задача №2

У больного 45 лет обнаружены гипертрофия околоушных слюнных желёз, контрактура Дююитрена, протеинурия 2,5 г/л, гематурия (50–60 эритроцитов в поле зрения). Концентрация IgA в крови повышена.

Вопросы:

Наиболее вероятный диагноз

Какие биохимические маркеры крови позволят заподозрить диагноз?

Какой клинический симптом является патогномоничным для данной патологии?

Ситуационная задача №3

Больная 40 лет, парикмахер. Длительное время страдает хроническим пиелонефритом. При очередном обострении, проявляющемся болями в поясничной области, дизурией, познабливанием, субфебрилитетом, выявлены протеинурия 0,066 г/л., лейкоцитурия 40–50 в поле зрения, бактериурия. В общем ан. крови- Hb-104г/л, Эр-ты $2,8 \times 10^{12}/л$ Лейк-ты- $11 \times 10^9 /л$. При осмотре отмечается повышение АД до 155/95мм.рт.ст.

Вопросы:

Сформулируйте диагноз.

Какое осложнение основного заболевания наблюдается у больной?

Объясните генез анемии у больной.

Ситуационная задача №4

У больного 35 лет на следующий день после перенесённой ангины отёки, макрогематурия, повысилось артериальное давление. Наиболее вероятный диагноз:

Вопросы:

Наиболее вероятный диагноз

Перечислите необходимый спектр обследования

Какова этиология заболевания?

Ситуационная задача №5

Больная П., 58 лет, химик, работает в контакте с органическими растворителями в лабораторных условиях, стаж работы 25 лет. В клинику поступила с жалобами на слабость, пониженную работоспособность, жажду, большое количество выделяемой мочи за сутки (более 2,5 л, особенно ночью). Из анамнеза известно, что с 18-летнего возраста страдает мигренью, по поводу которой постоянно принимала цитрамон. В последние 5–7 лет из-за постоянной мигрени принимает в сутки 2–3 таблетки цитрамона. При осмотре: бледность кожных покровов со слегка желтушным оттенком. В лёгких без особенностей. На верхушке сердца — систолический шум, пульс 80 в мин, ритмичный, артериальное давление 130/80 мм.рт.ст. Печень и селезёнка не пальпируются, размеры

их не увеличены, отёков нет. При лабораторном обследовании: анализ мочи — относительная плотность 1007, реакция щелочная, белок 0,66 г/л, лейкоцитов 10–15 в поле зрения, эритроцитов 10–12 в поле зрения. Общий анализ крови: гемоглобин 100 г/л, лейкоциты 4×10^9 /л, СОЭ 25 мм/час.

Вопросы:

Предположите диагноз

Что послужило причиной развития заболевания

Какова ваша лечебная тактика

Ситуационная задача №6

Больная Ч., 41 год. В детстве перенесла закрытую черепно-мозговую травму, в связи с чем, по рекомендации невропатолога длительно (годами) принимала анальгетические препараты и фуросемид до 80 мг/сут, работала в букинистическом магазине со старинными книгами. В 24-летнем возрасте имела избыточный вес (+30–35 кг), лечилась самостоятельно голоданием. 10 лет назад весной впервые перенесла артрит первого плюснефалангового сустава правой стопы. Диагностировано рожистое воспаление, реактивный артрит. Концентрация креатинина в сыворотке крови в тот период составляла 230 мкмоль/л, мочевиная кислота 780 ммоль/л. В последующие годы по поводу суставных болей принимала нестероидные противовоспалительные средства (НПВС). Мать больной страдала полиартритом, диагноз не был установлен. Поступила в клинику с жалобами на частые артриты плюснефаланговых, голеностопных, коленных суставов, протекающих с повышением температуры тела до 40°C с ознобами, тошнотой, периодические ноющего тупого характера боли в поясничной области, больше слева, дизурические явления.

Вопросы:

Предположите диагноз

Какие биохимические маркеры вам необходимы для постановки точного диагноза?

Каков генез заболевания?

Обоснована ли была терапия артритов НПВС?

Ситуационная задача №7

У больного 45-ти лет, инженера на авиационном заводе, в период госпитализации по месту жительства по поводу пневмонии был выявлен мочевого синдром (протеинурия 0,6–1,2 г/сут, эритроцитурия до 15–20 в поле зрения, лейкоцитурия 5–6 в поле зрения) и АД 150/100 мм рт.ст., расцененные как проявление острого гломерулонефрита (ОГН), хотя и ранее отмечались минимальные изменения в моче. Проведено было лечение гепарином, преднизолоном 40 мг/сут без эффекта на мочевого синдром. Далее больной в течение последующих 3-х лет наблюдался с диагнозом хронический гломерулонефрит (ХГН) и получал терапию азатиоприном (150–100 мг/сут) в сочетании с поддерживающими дозами преднизолона (10–5 мг/сут). Направлен на консультацию в клинику в связи с тем, что наряду с сохраняющимся мочевым синдромом стала нарастать креатининемия. В представленных анализах мочи — относительная плотность мочи 1003–1010, белок 1,75–2,0 г/л, эритроциты 10–16, лейкоциты 3–5, ураты — немного. Креатинин крови 3,2 мг/дл, мочевиная кислота 658 мкмоль/л, СКФ — 25 мл/мин. Множественные тофусы на пальцах кистей рук. АД 170/100 мм рт.ст. Выясняется, что в

предыдущие 7–8 лет возникали рецидивирующие артриты первого плюснефалангового сустава правой стопы, купирует приемом Бутадиона.

Вопросы:

Верно ли был выставлен диагноз при первом обращении больного в стационар?

Какой диагноз вы предполагаете?

Почему терапия преднизолоном не имела эффекта?

Какие рекомендации вы дадите больному

Ситуационная задача №8

35-летнему больному с рецидивирующими почечными коликами и неоднократным отхождением конкрементов, состоящих из оксалата кальция, было рекомендовано ограничение приёма жидкости до 1 л/сут, диета с низким содержанием оксалатов, резкое ограничение кальция (отказ от молочных продуктов) и продуктов, содержащих клетчатку. Уровень кальция сыворотки крови 10,0 мг/дл(2.5ммоль/л)

Вопросы:

Какая наиболее частая причина рецидивирования камней, состоящих из оксалата кальция?

Какая ошибка была допущена в ведении больного?

Дайте рекомендации.

Ситуационная задача №9

У больной 61 года после длительного (около 4-х лет) приёма препаратов кальция и витамина Д появились слабость, утомляемость, полиурия (диурез свыше 6 л/сут), никтурия. Экскреция кальция в суточной моче составила 12600мг.

Вопросы:

Ваш предположительный диагноз.

Какие исследования необходимо провести больной для подтверждения вашего диагноза?

Какова лечебная тактика?

Ситуационная задача №10

Женщина 22 лет поступила с жалобами на лихорадку, слабость, отёки, боли в грудной клетке при дыхании, боли в мелких суставах рук и ног. Заболела 4 мес назад после родов. При обследовании: температура тела 38,4 °С, пульс 100 в минуту, АД 140/90 мм рт.ст., суставы отёчные, болезненные. Шум трения плевры, отёки голеней и стоп, диурез 500 мл в сутки. Лабораторные данные: гемоглобин 102 г/л, лейкоциты $3,6 \times 10^9$ /л, тромбоциты 118×10^9 /л, СОЭ 45 мм/ч. В анализах мочи: относительная плотность 1014, белок 5 г/л, эритроциты 60–80 в поле зрения, лейкоциты 6–8 в поле зрения.

Вопросы:

Предварительный диагноз.

Необходимый комплекс исследования

Назовите основной препарат для лечения.

Ответы:

Ситуационная задача №11

Больная 28 лет, воспитатель детского сада. 4 года назад, во второй половине беременности, впервые были выявлены протеинурия, лейкоцитурия, эритроцитурия. После родов анализы мочи нормализовались. Около 2 нед назад, после перенесённого гриппа, появились сильные боли в поясничной области справа, иррадиирующие в пах, учащённое болезненное мочеиспускание, ознобы, лихорадка до 39 °С. При амбулаторном обследовании выявлена протеинурия 0,125 г/л, лейкоцитурия 25–30 в поле зрения, эритроцитурия 8–10 в поле зрения, удельный вес мочи 1016. В крови лейкоциты 13,6x10⁹/л, СОЭ 30 мм/ч. Назначенная терапия эритромицином в дозе 1 г в сутки существенного эффекта не дала, хотя температура снизилась до субфебрильных цифр. Неэффективна оказалась также терапия спазмолитиками.

Вопросы:

Предположите диагноз.

В чём причина неэффективности терапии?

Какое исследование необходимо провести для подбора эффективного лекарства?

Ситуационная задача №12

Юноша 16 лет поступил по поводу массивных отёков, которые сохраняются в течение 4 мес. Бледность, анасарка, пульс 76 в минуту, АД 120/80 мм рт.ст. В анализе крови — гемоглобин 130 г/л, тромбоциты 240x10⁹/л, СОЭ — 36 мм/ч. В анализе мочи: относительная плотность 1023, белок 16 г в сутки, лейкоциты 2–4 в поле зрения, эритроциты — нет, гиалиновые цилиндры. Общий белок крови 43 г/л, альбумин 17 г/л, креатинин 106 мкмоль/л, холестерин 14,56 ммоль/л.

Вопросы:

Поставьте диагноз

Какую картину можно скорее всего ожидать при биопсии почки?

Будете ли вы проводить биопсию почки перед назначением лечения?

Ситуационная задача №13

У больной 23 лет с активным волчаночным нефритом внезапно появились синяки на коже, носовые кровотечения, затем макрогематурия и олигурия.

Вопросы:

Предположите какой синдром развился у больного?

Какие исследования необходимо срочно выполнить для подтверждения развития этого синдрома?

Какой препарат является обязательным при лечении таких состояний?

Ситуационная задача №14

Больная С., 21 год, педагог. У больной через 6 мес после родов появились слабость, артралгия, трофические расстройства (отметила выпадение волос), развился нефротический синдром. Диагностировали острый гломерулонефрит. Терапия преднизолоном в дозе 50 мг в сутки в течение месяца с эффектом. Однако после быстрой отмены последнего отмечен рецидив нефротического синдрома. При обследовании: выраженные отёки до степени анасарки. Протеинурия 12 г в сутки, альбумины сыворотки крови 23 г/л, функция почек сохранна. АД 140/80 мм рт.ст. В крови — гемоглобин 67 г/л, лейкоциты — 3,2x10⁹/л, СОЭ — 60 мм/ч.

Вопросы:

Укажите наиболее вероятный диагноз.

На основании каких клинических и лабораторных симптомов вы предположили диагноз.

Какая ошибка была допущена врачом?

Ситуационная задача №15

Больной Е., 20 лет, учащийся техникума. В возрасте 17 лет заболел острым ревматоидным артритом, лечился повторными курсами преднизолона (максимально 15 мг в сутки). Через 2 года от начала заболевания обнаружена нарастающая протеинурия с формированием в течение года нефротического синдрома: суточная протеинурия 10 г, общий белок — 46 г/л, альбумин — 12 г/л, холестерин — 9,88 ммоль/л, СОЭ — 60 мм/ч.

Вопросы:

Какой характер нефропатии вы можете предположить?

Какой метод диагностики вы предпочтете?

Какова лечебная тактика?

Ситуационная задача №16

У больного 22 лет, страдающего ХГН нефротического типа, на коже левого бокового отдела живота появился чётко отграниченный участок яркой эритемы с плотным отёком кожи, подкожной клетчатки, валиком по периметру. Температура тела повышена до фебрильных цифр. Титры антистрептолизина и антигиалуронидазы повышены. Концентрация альбуминов сыворотки 28 г/л.

Вопросы:

Наиболее вероятная причина описанных изменений кожи.

Каковы причины развития данной патологии?

Тактика лечения.

Ситуационная задача №17

У больного 23 лет, 4 года страдающего остеомиелитом костей таза, появились отёки, асцит, гидроторакс. При обследовании обнаружены нефротический синдром, гепатоспленомегалия. В крови тромбоцитоз 868×10^9 /л, резко повышено содержание фибриногена.

Вопросы:

Наиболее вероятный диагноз.

Какой метод диагностики вы предпочтете?

Какова лечебная тактика?

Ситуационная задача №18

У больного 19 лет после гриппа появились стойкая макрогематурия, одышка, кровохарканье. На рентгенограммах грудной клетки — признаки двустороннего симметричного диссеминированного поражения лёгких. В течение 2 нед состояние пациента ухудшилось, содержание креатинина крови повысилось до 326 мкмоль/л.:

Вопросы:

Наиболее вероятный диагноз.

Каков патогенез данного заболевания.

С какими заболеваниями следует проводить диф.диагностику.

Тактика ведения.

Ситуационная задача №19

У больного 49 лет, страдающего псориазом в течение 2 лет, наблюдается прогрессирующее поражение крупных суставов. Лечение индометацином оказалось неэффективным. Госпитализирован с жалобами на отёки ног, которые появились месяц назад и не поддавались терапии мочегонными средствами. При обследовании выявлена картина нефротического синдрома, увеличение печени.

Вопросы:

Какие препараты могут быть использованы для лечения больного?

Объясните причину гепатомегалии.

Каков прогноз заболевания.

Ситуационная задача №20

Мужчина 40 лет обратился к терапевту с жалобами на боли в области сердца, усиливающиеся в положении лежа, общую слабость, головные боли, плохой аппетит, пастозность лица, дискомфорт в области предстательной железы. Из анамнеза: при поступлении в институт в возрасте 17 лет выявлены изменения в анализах мочи (какие — не помнит), в последующем не обследовался. Последние 4–5 лет периодически отмечает повышение АД, терапия не проводилась. 2–3 года регулярно встает в туалет по ночам. При осмотре: кожные покровы бледные с землистым оттенком, пастозность лица, АД 170/100 мм рт.ст., грубый пансистолический шум, наиболее выраженный в 1-й и 5-й точках аускультации, ослабление тонов сердца. Пульс 60 в мин, ритмичный. На электрокардиограмме (ЭКГ): подъём расширенного сегмента ST, высокие T. Предварительный диагноз: ишемическая болезнь сердца, стенокардия функциональный класс 2, порок сердца (?), гипертоническая болезнь 3 стадии, хронический гастрит, хронический простатит (?). Назначены нитросорбид 40 мг/сут, каптоприл 25 мг 2 раза в сутки, консультация уролога, эзофагогастродуоденоскопия.

Вопросы:

Предположите диагноз.

Какие диагностические и лечебные ошибки, с Вашей точки зрения, были допущены.

Какова тактика ведения.

Ситуационная задача №21

Больная 16-ти лет обратилась к врачу по поводу болей в поясничной области ноющего характера. При анализе мочи выявлены гексагональные кристаллы. На обзорной рентгенограмме в проекции живота определяются множественные, слегка контрастные гомогенные конкременты. На экскреторной урограмме камни визуализируются как дефекты наполнения.

Вопросы:

О каком виде нефролитиаза может идти речь

Какой анализ нужно выполнить для подтверждения диагноза

Ваши рекомендации по лечению

Ситуационная задача №22

У больного 47-ми лет, страдающего ожирением 3-й степени (масса тела 115 кг, рост 178 см), артериальной гипертензией (АД 180/100 мм рт.ст.) и имеющего гиперлипидемию и нарушенную толерантность к глюкозе, на фоне резкого снижения веса (лечение самостоятельно голоданием) появились боли в коленных суставах, развился артрит правого голеностопного сустава. При обращении к врачу диагностирован полиартрит, назначен диклофенак с эффектом. Какой синдром может обсуждаться у данного больного:

Вопросы:

Какой синдром может обсуждаться у данного больного

Какие факторы риска у больного, для развития суставного синдрома:

Ваш план обследования

Ситуационная задача №23

Больной 64-х лет, инвалид 2-й группы. Ранее работал паркетчиком. В 1996 г после экстракции зуба развился гнойный периостит, сепсис. Длительно получал лечение антибиотиками (диагностирован подострый инфекционный эндокардит), диуретиками (фуросемид) в связи с сердечной недостаточностью. С этого периода стал отмечать внезапно появляющиеся боли с покраснением и припуханием кожи в области пальцев стоп, свода стопы с повышением температуры до 39 °С. Боли сохранялись в течение нескольких дней, а затем внезапно исчезали в начале с перерывом до месяца, а в настоящее время — до недели. Принимает диклофенак и местно обезболивающие мази, гель. В области пяток сформировались огромные (более кулака) натёчники, после вскрытия кожи над их областью отходит до 200–250 мг мелоподобной пастообразной массы. В области ушных раковин, околоуставных тканей пальцев кистей рук — многочисленные тофусы величиной от просяного зернышка до земляного ореха. Неоднократно безболезненно с мочой отходили конкременты желтовато-бурового цвета размером до 3–4 мм. По поводу артериальной гипертензии принимает фуросемид 80 мг 3 раза в неделю. Наследственность — у родной сестры и брата отмечались боли в суставах, артериальная гипертензия, тофусы на пальцах кистей рук. Причины смерти не знает. При обследовании: АД до 180/100 мм рт.ст., креатинин крови 180 мкмоль/л, СКФ 26 мл/мин, мочева кислота 780 ммоль/л, холестерин свыше 5 ммоль/л, экскреция мочевои кислоты 488 мг/сут.

Вопросы:

Сформулируйте диагноз.

Какие необходимы методы дообследования.

Тактика ведения.

Ситуационная задача №24

Больной, 38 лет, доставлен машиной «скорой помощи» с подозрением на пищевое отравление. При поступлении жалуется на постоянную тошноту, рвоту после каждого приема пищи, сухость во рту. Ухудшение самочувствия возникло в последние дни без видимой причины. В течение последнего года заметил повышенную утомляемость, часто стали беспокоить общая слабость, головокружение. Последние 3 года находится под наблюдением в связи с повышением АД. В прошлом часто болел ангиной. 12 лет назад была проведена тонзилэктомия, после чего ангины прекратились. 10 лет назад в моче случайно был обнаружен белок, но больше по этому поводу не обследовался,

При осмотре: Кожные покровы бледные, пониженного питания. Небольшая одутловатость лица. Отмечаются отдельные подергивания мышцы туловища и верхних конечностей. Левая граница сердца расширена влево на 2 см. 1 тон ослаблен над верхушкой, акцент 2 тона над аортой. ЧСС 88 в мин., АД 170/15 мм рт.ст. В задненижних отделах легких жесткое дыхание. Живот мягкий, слегка чувствительный при пальпации по ходу кишечника. Анализ крови: эр. 2,1 x 10⁹, Нв 92 г/л, лк. 7,2 x 10⁹л, СОЭ 24 мм/л. Анализ мочи: относительная плотность 1,006, белок 0,65 г/л, лк. 12 в поле зрения, эр. измененные 10-12 в поле зрения, цилиндры гиалиновые и зернистые 5-6 в поле зрения. Креатинин крови: 356 мкмоль/л.

Вопросы:

Предположите диагноз.

Что являлось этиологическим фактором заболевания.

Тактика ведения больного.

Ситуационная задача №25

Больная С., 29 лет, поступила с жалобами на слабость, головную боль, головокружение. В детстве часто болела ангинами. В 17 летнем возрасте при обследовании впервые в моче обнаружили белок. Через год стало повышаться артериальное давление, появились головные боли, головокружение. С этого времени принимала дибазол, резерпин. При поступлении состояние относительно удовлетворительное. Небольшой цианоз губ. Отеков нет. Питание снижено. В легких дыхание везикулярное. Границы сердца увеличены влево на 1-1,5 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца звучные, ясные. Акцент 2 тона на аорте. Пульс напряжен, ритмичен, 88 уд. в мин. АД 190/110 мм рт.ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, б/болезненный. Печень у края реберной дуги. Ан. мочи: уд. вес 1010, белок 3,3%, гиалиновые цилиндры 2-3 в п/зр., эритроциты 80-100 в п/зр. АН. Крови: Нв 90 г/л, СОЭ 30 мм/ч, креатинин 90 мкм/л. Проба Реберга (по эндогенному креатинину) - КФ 49,9 мл/мин., КР 99%. При рентгеноскопии гр. клетки сердце аортальной конфигурации, увеличен левый желудочек. Легкие без патологии. ЭКГ: признаки гипертрофии левого желудочка. Глазное дно: артерии сужены, неравномерного калибра. Диски зрительных нервов без особенностей. В центральных отделах сетчатки левого глаза единичные кровоизлияния. Радиоренография: клиренс крови нормальный. Поглощение и выделение гиппурана равномерно снижено обеими почками.

Вопросы:

Предположите диагноз.

Что являлось этиологическим фактором заболевания.

Тактика ведения больного.

Ситуационная задача №26

Больной П., 18 лет, слесарь, жалуется на головную боль в теменной и затылочной областях, тупую боль в поясничной области, появляющуюся при поворотах туловища наклонах. Кроме того, заметил, что стал реже мочиться, при каждом мочеиспускании выделяется мало мочи. После охлаждения 3 недели назад стало болеть горло. По совету врача начал принимать сульфадиметоксин, полоскать горло раствором фурацилина. Самочувствие вскоре улучшилось, приступил к работе. Ухудшение наступило вчера днем: появились тяжесть в теменной и затылочной области головы, недомогание.

Обратился и поликлинику. Были сданы анализы крови и мочи. На следующий день, поскольку самочувствие не улучшилось, направлен в стационар для обследования и лечения. При осмотре: пульс 70 в 1 мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, напряжен. АД 160/105 мм рт.ст. 1 тон над верхушкой ослабленной звучности, 2 тон усилен над аортой. Других изменений со стороны внутренних органов.

Анализ крови: эр. $4,3 \times 10^{12}$ /л, НЬ 140 г/л, л. Лейк. 11×10^9 /л, СОЭ 22 мм/ч. Анализ мочи; относительная плотность 1028, белок 1,65 г/л, л-ты. 5-6 в поле зрения, эр-ты. выщелоченные 10-15 в поле зрения, цилиндры гиалиновые и зернистые 5-6 в поле зрения.

Вопросы:

Предположите диагноз.

Какие дополнительные исследования необходимо провести больному.

Назначьте лечение.

Ситуационная задача №27

Больной 55 лет доставлен в больницу в коматозном состоянии. Со слов родственников, он болен много лет; в последнее время потерял аппетит, часто появлялась тошнота, рвота, сонливость. В день госпитализации потерял сознание.

Объективно: Истощение, бледность. Язык сухой запах мочевины изо рта. В лёгких сухие хрипы. Сердце – систолический шум на верхушке, акцент П тона на аорте, шум трения перикарда. АД 170/90 мм рт.ст. В анализе крови: Нв 80 г/л, лейкоц 16×10^9 , в анализе мочи: относительная плотность 1007, белок 0,66 г/л, в осадке единичные эритроциты.

Вопросы:

1. Укажите ведущий синдром.
2. Назначьте план обследования больного.
3. Назовите лечебные мероприятия.

Ситуационная задача №28

Больная 25 лет поступила в кардиореанимационное отделение с диагнозом «отёк лёгких». Из анамнеза: в марте этого года перенесла фолликулярную ангину, примерно через две недели проснулась утром с сильной головной болью, выраженным отёком лица. Вызванный участковый врач зафиксировал повышение АД до 170/100 мм рт.ст, был поставлен диагноз «Гипертонический криз», назначена гипотензивная терапия. Состояние больной не улучшалось, и только через месяц была направлена на госпитализацию.

В стационаре был диагностирован острый гломерулонефрит, назначены мочегонные, гипотензивные средства, преднизолон. Самочувствие и состояние больной несколько улучшилось, снизилось АД до 140/90, уменьшились отёки, улучшились (но не нормализовались) анализы мочи. По просьбе больной через месяц выписана с рекомендацией амбулаторного приёма преднизолона. По совету экстрасенса, к которому больная обратилась в связи с плохим самочувствием, отёками, повышенным АД, был отменён преднизолон, что вызвало резкое ухудшение состояния больной: уменьшилось количество мочи, резко усилились отёки, стала нарастать одышка, и в связи с развившимся приступом удушья больная была госпитализирована.

При осмотре – выраженная бледность кожи и слизистых, одутловатость лица, анасарка. В лёгких масса влажных разнокалиберных хрипов, тоны сердца приглушены, ЧСС 80 уд/мин, АД 180/110 мм рт.ст. Анализ крови: Нв 94 г/л, лейкоциты $5,6 \cdot 10^{12}/л$, п/я 1%, сегм 73%, лимф 19%, мон 7%, СОЭ 70 мм/час. Анализ мочи: относительная плотность 1018, белок 33г/л, лейкоциты 15-20 в п/зр, эр 10-15 в п/зр, гиалиновые цилиндры 6-8 в п/зр, восковидные цилиндры 5-7 в п/зр.

Суточная протеинурия 41 г. В биохимическом анализе крови: общий белок 42 г/л, альбумины 13г/л, глобулины: $\alpha 1$ 5,6%, $\alpha 2$ 35,15, γ 10,6%. Холестерин 15,2 ммоль/л (N до 5,6), β -липопротеиды 110 ммоль/л (N - 55), мочевины 8,2 ммоль/л (N 1,7-8,3), креатинин 86 мкмоль/л (N 48-98). При УЗИ выявлено увеличение размеров печени, почек. Рентгенография легких: застойные явления, корни недостаточно структурны, отмечено наличие выпота в плевральных полостях. Сердце расширено в поперечнике, увеличен левый желудочек.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо назначить больной?
3. Какие врачебные ошибки Вы можете отметить в данном случае?
4. Назначьте лечение больной?
5. Каков прогноз?

Ситуационная задача №29

Больной 27 лет перенёс ОРВИ, осложнившуюся бактериальным фарингитом. Специфического лечения не получал. Через две недели появилось недомогание, головная боль, вялость. Стал отмечать небольшие отёки по утрам на лице, к вечеру – отёки стоп и голеней. Обратился к участковому врачу, выявлено повышенное АД, назначен анаприлин. Улучшений не было. Через несколько дней в анализе мочи была обнаружена протеинурия, эритроциты 30-40 в п/зр.

Вопросы:

Ваш предварительный диагноз.

Ваша тактика

Назначьте план обследования больного.

Назначьте лечение.

Ситуационная задача №30

Больной 43 лет заболел 7 месяцев назад. После перенесённой ангины появились отёки, артериальная гипертензия, моча цвета «мясных помоев». Лечился в стационаре, получал фуросемид, ампициллин, гипотензивные препараты. Было некоторое улучшение, но все симптомы не исчезли. Месяц назад состояние больного вновь ухудшилось: усилилась головная боль, тупые боли в поясничной области, слабость, ухудшение зрения. Госпитализирован.

При осмотре: бледен, лицо одутловато. Выраженные отёки голеней, стоп, поясничной области. Границы сердца расширены влево, тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке, ЧСС 64 уд/мин, АД 180/120 мм рт. ст. В нижних отделах лёгких незвонкие влажные хрипы. Печень у рёберного края. ЭКГ – признаки перегрузки левого желудочка. Глазное дно – гипертоническая ангиоретинопатия.

Вопросы:

Предварительный диагноз.

О каком синдроме Вы должны подумать прежде всего?

План обследования больного.

Какой препарат является препаратом выбора при подтверждении Вашего предположения о ведущем синдроме?

Ситуационная задача №31

61-летняя женщина в течение 12 лет страдает ревматоидным артритом. Явилась на диспансерный осмотр. В настоящее время беспокоят боли в коленных и плечевых суставах и мелких суставах кистей, утренняя скованность в течение 1,5 часов, появились отёки на нижних конечностях. Больная получает индометацин 150 мг/сутки, метатрексат 7,5 мг/сутки.

Объективно: ульнарная девиация кистей, ограничение движений в коленных, лучезапястных, плечевых суставах. Отёки век, отёки голеней (остаётся ямка после надавливания). В лёгких дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичны, 72 уд/мин, АД 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не увеличены. Анализ крови: Нв 100 г\л, лейкоц 7,8*10⁹/л, СОЭ 42 мм/час. Анализ мочи: относительная плотность 1010, белок 1,2‰, лейкоц 15-20 в п/зр, эритроц 25 в п/зр. РФ 1:160. Креатинин сыворотки крови 100 мкмоль/л.

Вопросы:

Сформулируйте клинический диагноз.

С чем связаны, по Вашему мнению, отёки у больного?

Какие дополнительные методы исследования необходимо назначить?

Нуждается ли больная в коррекции лечения?

Ситуационная задача №32

Больной 22 лет жалуется на резкую слабость, одышку, головную боль, тошноту, повышенную жажду. Частые простудные заболевания. Кожа сухая, бледная. АД 145/90 – 165/110 мм рт.ст. Пульс 75 уд/мин. Левая граница сердца смещена влево на 1 см, тоны умеренно приглушены, акцент 2 тона над аортой. В анализе крови Нв 42 г/л, лейкоц 10*10⁹/л, СОЭ 38 мм/час, мочевины 14,5 ммоль/л (N 2,5-8,3), креатинин 240 мкмоль/л (N 48-98). Суточное количество мочи 2800 мл.

В анализе мочи относительная плотность 1011, белок 0,099‰, лейкоц 1-2 в п/зр, эритроц 8-10 изменённых в п/зр, гиалиновые цилиндры 1-2 в п/зр.

Вопросы:

О каком заболевании можно думать?

Какие исследования должны подтвердить диагноз?

Ответы:

О ХБП 5ст.

Б/х крови с определением клиренса креатинина, УЗИ почек, биопсия почки

Ситуационная задача №33

Больная 25 лет жалуется на тупую боль в поясничной области, отдающую в нижние отделы живота, частое болезненное мочеиспускание. Заболела 2 года назад после родов. В анамнезе частые ангины. Состояние больной удовлетворительное, температура субфебрильная. Симптом поколачивания слабopоложительный. В анализе крови: эритроц 4*10¹²/л, лейкоц 6*10⁹/л, лейкоцитарная формула без изменений. Анализ мочи:

относительная плотность 1004-1010, белок 0,033 г/л, лейкоциты до 100 в п/зр, выщелоченных эритроцитов 10-15 в п /зр, цилиндры гиалиновые 1-2 в п/зр. Уровень креатинина крови 82 мкмоль/л.

Вопросы:

О каком заболевании следует думать?

Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Ваш примерный план лечения.

Ситуационная задача №34

У больной 27 лет после ангины появились отеки стоп, АД 150/100 мм рт.ст., протеинурия до 1,65%, микрогематурия. Диагностирован острый гломерулонефрит. Проведено лечение пенициллином, гипотензивными и мочегонными средствами неэффективно. В течение 2 месяцев держатся выраженные отеки лица, голеней, стоп, стойкая протеинурия (до 6,6%), АД 130/90 – 150/100 мм рт.ст.

Вопросы:

Какие особенности течения ОГН имеют место в данном случае?

Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить?

Коррекция лечения.

Ситуационная задача №35

Больной 26 лет через неделю после купания в холодной воде появилась одутловатость лица, отметил покраснение мочи, тяжесть голове. При осмотре выявлено повышение АД до 180/100 мм рт. ст., в анализах мочи – протеинурия 6,6% и гематурия.

С детства страдает хроническим гнойным бронхитом, подозревали наличие бронхоэктазов, но специальных исследований не проводилось. Анализ крови без отклонений от нормальных показателей, СОЭ 16 мм/час. Уровень креатинина сыворотки крови нормальный.

Вопросы:

С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

Какие исследования необходимо назначить больному?

Показана ли этому больному пункционная биопсия почек?

Программа лечения больного в зависимости от выявленной патологии.

Ситуационная задача №36

Больной 49 лет поступил в терапевтическое отделение с жалобами на пастозность лица и ног, одышку при небольшой физической нагрузке, нарушение зрения, носовое кровотечение. В анамнезе повторные госпитализации с подобными жалобами. При обследовании выявлено смещение левой границы сердца влево на 1 см кнаружи от среднеключичной линии, глухость тонов, систолический шум на верхушке, акцент 2 тона на аорте. АД 160/100 мм рт.ст. Пульс 88 уд/мин. В анализе крови умеренная анемия, креатинин 300 мкмоль/л. В анализе мочи небольшая протеинурия, гематурия (10-20 выщелоченных эритроцитов в п/зр), цилиндрурия, относительная плотность 1010-1013. Глазное дно: границы сосочков завуалированы, мелкоточечные кровоизлияния и белые очаги дегенерации равномерно распределены по всему главному дну.

Вопросы:

Поставьте предварительный диагноз.

Какие исследования необходимо назначить больному?

Назначьте лечение.

Каков прогноз?

Ситуационная задача №37

У 21-летнего студента на фоне хорошего самочувствия и занятий с полной нагрузкой появилось болезненное опухание большого пальца на стопе, прошедшего от ультрафиолетового облучения. Через некоторое время развилась слабость, головокружение, носовые кровотечения, анемия (70 г/л). В анализе мочи белок 0,99%, эритроциты 10-20 в п/зр, лейкоциты 5-8 в п/зр, относительная плотность 1006. В анализе крови Hb 62 г/л, эритроциты $1,94 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты $12 \cdot 10^9/л$, СОЭ 72 мм/час. В сыворотке крови креатинин 1570 мкмоль/л. Глазное дно: сужение артерий и расширение вен сетчатки. Диагностирована фолликулярная ангина, температура 38,50, вскоре снизившаяся до нормальных цифр. Рвота, судороги, спутанное сознание, шум трения перикарда. Через две недели после поступления в клинику больной умер.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Назовите основные синдромы.

Ситуационная задача №38

Больная 65 лет заболела остро, после переохлаждения появились ноющие боли в поясничной области, болезненное учащенное мочеиспускание, мутная моча, повышение температуры – 38,0.

Объективно: Кожные покровы и слизистые бледные. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичны 82 уд/мин, АД 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Симптом «поколачивания» положительный в правой половине поясничной области. В анализе крови: Hb 110 г/л, лейкоциты $12,2 \cdot 10^9/л$, СОЭ 26 мм/час. Анализ мочи по Нечипоренко: эритроциты $0,9 \cdot 10^3/мл$, лейкоциты $80 \cdot 10^3/мл$.

Вопросы:

Предварительный диагноз.

Назначьте план обследования больной.

Какие лекарственные препараты необходимо назначить?

Ситуационная задача №39

Больной 40 лет обратился к врачу с жалобами на изменение цвета мочи («мясные помои») в течение нескольких дней. Аналогичные эпизоды отмечал три месяца назад, к врачу не обращался. Температура тела не повышена, самочувствие вполне удовлетворительное.

Вопросы:

1. Какие дополнительные сведения нужно получить из анамнеза настоящего заболевания и анамнеза жизни?
2. Перечислите заболевания, о которых нужно думать в первую очередь?
3. Назначьте план обследования больного.

Ситуационная задача №40

Больная 50 лет поступила в клинику с жалобами на одышку, головную боль, массивные отёки ног, поясничной области, передней брюшной стенки. Из анамнеза известно, что больная в течение 15 лет страдает сахарным диабетом. Последние два года получает инсулин. Диабет в настоящее время в стадии компенсации. Год назад больная перенесла инфаркт миокарда, артериальная гипертензия с 40-летнего возраста.

Вопросы:

Какие вопросы необходимо задать больной для уточнения диагноза?

Ведущий синдром у больной.

Чем может быть обусловлен данный синдром в данном случае?

Какие изменения Вы можете обнаружить в анализе мочи?

Какие Ваши дальнейшие действия в зависимости от результатов анализа мочи?

Ситуационная задача №41

Больной 18 лет, военнослужащий срочной службы, направлен по скорой в неврологическое отделение с диагнозом «эписиндром неясного генеза». Заболел около трёх недель назад: появился кашель, недомогание, повышение температуры тела до 38,0. На один день получил освобождение от службы, самочувствие не улучшилось и примерно через две недели появились отёки лица, голеней, головная боль. При повторном обращении в санчасть у больного отмечено повышение АД до 150/100 мм рт. ст., выслушивались влажные хрипы в лёгких. Пациент направлен в терапевтическое отделение госпиталя с подозрением на пневмонию. В приёмном отделении у больного возник приступ судорог с потерей сознания.

При осмотре: температура нормальная, бледен. Лицо одутловато, выраженные отёки голеней. В нижних отделах лёгких выслушивались не звонкие влажные хрипы, тоны сердца приглушены, ритм правильный, 64 удара в минуту, АД 160/105 мм рт.ст. Живот мягкий безболезненный. Печень не увеличена. В анализе крови НВ – 110 г/л, лейкоциты – $6,9 \cdot 10^9$ / л, п/я 2%, с-68%, э-1%, лимф-21%, м-8%, СОЭ 28 мм/час. В анализе мочи: относительная плотность 1020, белок – 1,32% , эритроциты 60-70 в п/зр, лейкоциты 8-10 в п/зр. Рентгенологически: в лёгких признаки застоя, несколько увеличен левый желудочек сердца.

Вопросы:

Какие клинические синдромы выявлены у больного?

Сформулируйте диагноз.

Назначьте лечение.

Каждый билет состоит из двух теоретических вопросов и одной ситуационной задачи.

Полный перечень вопросов по каждому этапу государственного экзамена приведен в Автоматизированной системе подготовки кадров высшей квалификации (далее – АСПКВК).

В ходе проведения собеседования обучающемуся задаются дополнительные (уточняющие) вопросы. Перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов государственной экзаменационной комиссии о выявленном в ходе государственного экзамена уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося фиксируется в протоколе заседания

государственной экзаменационной комиссии по приему государственного аттестационного испытания.

3. Описание критериев и шкал оценивания компетенций

Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

Тестирование (1 этап)

Перевод результатов тестирования в четырехбалльную шкалу осуществляется по схеме:

Оценка «Отлично» – 90-100% правильных ответов;

Оценка «Хорошо» – 80-89% правильных ответов;

Оценка «Удовлетворительно» – 71-79% правильных ответов;

Оценка «Неудовлетворительно» – 70% и менее правильных ответов.

Результаты тестирования объявляются обучающемуся сразу по окончании тестирования.

Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение 1 этапа государственного экзамена.

Окончательное решение о допуске ко 2 этапу государственного экзамена обучающегося, получившего оценку «неудовлетворительно» на 1 этапе, в каждом отдельном случае принимается членами государственной экзаменационной комиссией.

Практические навыки и умения (2 этап)

Результаты 2 этапа оцениваются по двухбалльной шкале: «зачтено» / «не зачтено».

Оценка «зачтено» – выставляется ординатору, если он продемонстрировал знания программного материала: справился с выполнением заданий и (или) ситуационных задач, демонстрирует освоенные навыки и умения.

Оценка «не зачтено» – выставляется ординатору, если он имеет пробелы в знаниях программного материала: допускает грубые, принципиальные ошибки в выполнении заданий и (или) ситуационных задач, не способен продемонстрировать освоенные навыки и умения.

Обучающиеся, получивший оценку «не зачтено» к 3 этапу государственного экзамена не допускается, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

Собеседование (3 этап)

Результаты 3 этапа оцениваются по четырёхбалльной шкале: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол.

Оценка «отлично» – выставляется ординатору, если он глубоко усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами и вопросами, не затрудняется с ответами при видоизменении заданий, умеет принять правильное решение и грамотно его обосновывать, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «хорошо» – выставляется ординатору, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей

в ответе на вопрос, но недостаточно полно раскрывает междисциплинарные связи, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «удовлетворительно» – выставляется ординатору, если он имеет поверхностные знания программного материала, не усвоил его деталей, допускает неточности, оперирует недостаточно правильными формулировками, нарушает логическую последовательность в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических задач, испытывает затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации, не полностью отвечает на вопросы, при помощи наводящих вопросов преподавателя, выбор тактики действий возможен в соответствии с ситуацией при помощи наводящих вопросов.

Оценка «неудовлетворительно» – выставляется ординатору, который не знает значительной части программного материала, допускает грубые ошибки, неуверенно, с большими затруднениями решает практические задачи или не справляется с ними самостоятельно, не владеет комплексной оценкой ситуации, неверно выбирает тактику действий, приводящую к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента.

4. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственной итоговой аттестации

Таблица 5

№ п/п	Автор, наименование, место издания, издательство, год издания	Количество экземпляров
1.	Нефрология [Электронный ресурс] : нац. рук. / гл. ред. Н. А. Мухин ; отв. ред. В. В. Фомин. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 720 с. : ил. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ
2.	Нефрология [Электронный ресурс] / под ред. Е. М. Шилова. – 2-е изд., испр. и доп.– Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 696 с. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ
3.	Нефрология [Текст] : учебное пособие для послевуз. образования / И. М. Балкаров и др. ; под ред. Е. М. Шилова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 684 с., 11 л. ил. : ил. + CD. - (Библиотека непрерывного образования врача).	12
4.	Диагностика и лечение болезней почек [Текст]: руководство для врачей / Н. А. Мухин, И. Е. Тареева, Е. М. Шилов, Л. В. Козловская. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2008.	9
5.	Детская нефрология [Текст] : руководство для врачей / [Т. Ю. Абасеева, Е. Г. Агапов, Н. Н. Бабенко и др.] ; под ред. М. С. Игнатовой. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : МИА, 2011. - 692 с.	3
6.	Хроническая болезнь почек [Электронный ресурс] : учебное пособие / РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. госпит. терапии № 2 лечеб. фак. ; [сост. : И. Г. Никитин, Е. В. Резник, М. В. Зайвая и др.]. - Электрон. текст. дан. - Москва, 2019. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ
7.	Клиническая онкология [Электронный ресурс] : избр. лекции : [учеб. пособие для мед. вузов] / Л. З. Вельшер, Б. И. Поляков, С. Б. Петерсон. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 496 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ
8.	Онкоурология [Электронный ресурс] : нац. рук. / [Б. Я. Алексеев и др.] ; под ред. В. И. Чиссова и [др.]. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 688 с. : ил. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ
9.	Наследственные болезни [Электронный ресурс] : нац. рук. / [Алексеев Л. П. и др.] ; гл. ред. Н. П. Бочков [и др.]. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 964 с. : ил. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ
10.	Введение в нефрологию [Текст] / Ю. В. Наточин, Н. А. Мухин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 149 с. - (Библиотека непрерывного медицинского	7

	образования).	
11.	Избранные лекции [Текст] / Сторожаков Г. И. - Б. м. : Изд-во ОССН, 2009. - 135 с.	1
12.	Лечение почечной недостаточности [Текст] : руководство для врачей / Николаев А. Ю. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : МИА, 2011. - 589 с. : ил.	2
13.	Нефрология и водно-электролитный обмен [Электронный ресурс] : пер. с англ. / В. Оу, Ж.-П. Гиняр, Ш. Баумгарт ; под ред. Р. Полина. – Москва : Логосфера, 2015.– 344 с. – (Проблемы и противоречия в неонатологии). - Режим доступа: http://books-up.ru .	Удаленный доступ
14.	Очерки клинической трансплантологии [Текст] / [С. В. Готье, В. Ю. Абрамов, Л. В. Белецкая и др.] ; под ред. С. В. Готье. - Москва : Триада, 2009. - 357 с.	1
15.	О чем говорят анализы? Клинико-лабораторная диагностика в нефрологии [Текст] : параметры, нормы, расшифровка : [справочное пособие] / Л. М. Пустовалова. - Ростов-на-Дону : Феникс, 2016. - 78 с. : табл. - (Медицина). - Библиогр. : С. 78.	5
16.	Воспалительные заболевания органов мочевой системы [Текст] : актуальные вопросы : учебное пособие для врачей / Лоран О. Б. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : МИА, 2011. - 91 с.	1
17.	Неотложная урология [Текст] : руководство для врачей / Белый Л. Е. - Москва : МИА, 2011. - 468 с.	1
18.	Плановая хирургия, урология [Текст] : учеб.-метод. пособие / Рос. гос. мед. ун-т, Каф. дет. хирургии ; [Л. Б. Меновщикова, С. Л. Коварский, С. Г. Врублевский и др. ; под ред. А. В. Гераськина, Т. Н. Кобзевой]. - М. : РГМУ, 2010.	5
19.	Лазерная терапия в урологии [Текст] / М. Л. Муфагед, Л. П. Иванченко, С. В. Москвин и др. - Москва ; Тверь : Триада, 2007.	2
20.	Лазерная терапия в урологии [Текст] / Л. П. Иванченко, А. С. Коздоба, С. В. Москвин. - Москва : Триада, 2009.	5
21.	Детская хирургия. Диагностика и интенсивная терапия неотложных состояний детского возраста [Текст] : [учеб.-метод. пособие для лечеб. фак.] / Российский гос. мед. ун-т, Каф. дет. хирургии ; [С. Л. Коварский, Л. Б. Меновщикова, С. Г. Врублевский и др. ; под ред. А. В. Гераськина, Т. Н. Кобзевой]. - Москва : РГМУ, 2010.	5
22.	Атлас по детской урологии [Электронный ресурс] / Т. Н. Куликова, П. В. Глыбочко, Д. А. Морозов [и др.]. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 160 с. : ил. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ
23.	Клиническая генетика [Текст]: геномика и протеомика наследственной патологии : [учеб. пособие для вузов] / Г. Р. Мутовин. - 3-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010.	10
24.	Клиническая генетика [Электронный ресурс] : геномика и протеомика наследств. патологии : учеб. пособие / Г. Р. Мутовин. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 832 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ
25.	Амбулаторная хирургия детского возраста [Электронный ресурс] / В. В. Леванович, Н. Г. Жила, И. А. Комиссаров. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 144 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ
26.	Эндоскопические методы в общехирургической практике [Текст] : учебное пособие / РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. общ. хирургии и лучев. диагностики лечеб. фак. ; [Г. В. Родоман, А. А. Соколов, Л. А. Лаберко и др.]. - Москва : РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2019. - 107 с. : ил. - Библиогр. : С. 107.	10
27.	Эндоскопические методы в общехирургической практике [Электронный ресурс] : учебное пособие / РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. общ. хирургии и лучев. диагностики лечеб. фак. ; [Г. В. Родоман, А. А. Соколов, Л. А. Лаберко и др.]. - Электрон. текст. дан. - Москва, 2019. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ
28.	Научно-исследовательская работа студента [Текст] : учебно-практическое пособие / Н. М. Розанова. - Москва : Кнорус, 2018. - 255 с. -	2
29.	Биотехнология : учебник [Электронный ресурс] / под ред. Колодязной В. А. , Самотруевой М. А. , 2020. - 384 с.- Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ

30.	Биоинформатика : учебник / Н. Ю. Часовских. - [Электронный ресурс] .-2020 - 352 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ
31.	Основы персонализированной медицины: медицина XXI века: омикс-технологии, новые знания, компетенции и инновации [Электронный ресурс] / Джайн К.К., Шарипов К.О. - М. : Литтерра, 2020. - 576 с. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ
32.	Основы персонализированной и прецизионной медицины: учебник / под ред. С. В. Сучков. - 624 с. -2020.- [Электронный ресурс] .-Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ
33.	Персональная телемедицина Телемедицинские и информационные технологии реабилитации и управления здоровьем [Электронный ресурс]. / О. Ю. Атьков, Ю. Ю. Кудряшов. – Москва : Практика, 2015. – 248 с. - Режим доступа: http://books-up.ru .	Удаленный доступ
34.	Инновационная экономика : [Электронный ресурс] учебное пособие / А. А. Якушев, А. В. Дубынина. – Москва : Финансы и статистика, 2017. – Режим доступа: http://ibooks.ru .	Удаленный доступ
35.	Нанобиотехнологии в медицине : нанодиагностика и нанолечения : актовая речь / Арчаков Александр Иванович ; А. И. Арчаков ; Российский государственный медицинский университет. [Электронный ресурс] -- Москва, 2009. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ
36.	Нанобиотехнологии [Текст] : практикум / [А. М. Абатурова, Д. В. Багров, А. А. Байжуманов и др.] ; под ред. А. Б. Рубина. - Москва : БИНОМ. Лаб. знаний, 2012. - 384 с. : [8] л. ил., ил. - (Нанотехнологии).	10
37.	Нанобиотехнологии : практикум / под ред. А. Б. Рубина. – 4-е изд. – Москва : Лаб. знаний, 2020. – 403 с. - - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ
38.	Компьютерное моделирование для решения задач фармакокинетики. Компьютерная реализация одно- и двухкамерных фармакокинетических моделей [Электронный ресурс] : методические разработки для преподавателей к практическим занятиям по курсу "Медицинская информатика" / С. П. Олимпиева, В. В. Кирикович, Е. С. Муравьева ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, Мед.-биол. фак., каф. мед. кибернетики и информатики. . - Москва, 2018. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ
39.	Биофармация, или основы фармацевтической разработки, производства и обоснования дизайна лекарственных форм : [учеб. пособие] [Электронный ресурс]. / И. И. Краснок, Н. Б. Демина, М.Н. Анурова, Н. Л. Соловьева. – Москва : Гэотар-Медиа, 2020. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ
40.	Наноструктуры в биомедицине [Электронный ресурс] : пер. с англ. / под ред. К. Гонсалвес [и др.]. – 2-е изд. (эл.). – Москва : БИНОМ. Лаб. знаний, 2013. – 536 с.Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ
41.	Математические модели в иммунологии и эпидемиологии инфекционных заболеваний [Электронный ресурс] / под ред. Г. И. Марчука. – Москва : БИНОМ. Лаб. знаний, 2012. – 296 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ
42.	Биомедицинские нанотехнологии, [Электронный ресурс] / Будкевич Е.В., Будкевич Р.О. - Издательство "Лань" ЭБС ЛАНЬ, 2020. – Режим доступа: http://e.lanbook.com .	Удаленный доступ
43.	Медицинская нанобиотехнология [Электронный ресурс] : учебник / П. Б. Курапов, Е. Ю. Бахтенко ; П. Б. Курапов, Е. Ю. Бахтенко ; под ред. В. П. Чехонина ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова. - Электрон. текст. дан. - Москва, 2021. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ
44.	Культура животных клеток [Электронный ресурс] / Р.Я. Фрешни - М. : Лаборатория знаний, 2018. – 791 с. - Режим доступа : http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp	Удаленный доступ
45.	Клиническая генетика [Электронный ресурс] : геномика и протеомика наследств. патологии : учеб. пособие / Г. Р. Мутовин. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 832 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ

46.	Молекулярное моделирование [Электронный ресурс] : теория и практика : пер. с англ. / Х.-Д. Хельтье [и др.]. – 3-е изд. (эл.). – Москва : БИНОМ. Лаб. знаний, 2015. – 322 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ
47.	Фармакогеномика [Электронный ресурс] : [учебное пособие медико биологических факультетов медицинских вузов] / Н. Л. Шимановский ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. молекул. фармакологии и радиобиологии мед.-биол. фак. - Электрон. дан. - Москва : Изд-во РАМН, 2017. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа : http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101	Удаленный доступ
48.	Критический анализ медицинских публикаций с позиций доказательной медицины [Электронный ресурс] : [учебное пособие для медицинских вузов] / О. Ю. Реброва ; О. Ю. Реброва ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. мед. кибернетики и информатики мед.-биол. фак. -- Москва, 2021. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ
49.	Контроль качества и стандартизация лекарственных средств [Электронный ресурс] : учебно-методическое пособие по производственной практике / под ред. Г. В. Раменской, С. К. Ордабаевой– М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 352 с. Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ
50.	Нанoeлектроника [Электронный ресурс]. Состояние и перспективы развития : учеб. пособие / А. Н. Игнатов. – Москва : ФЛИНТА, 2012. – 360 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ
51.	Гены по Льюину / Дж. Кребс, Э. Голдштейн, С. Килпатрик : [Электронный ресурс]. пер. 10-го англ. изд. –Москва : Лаб. знаний, 2021. – 919 с. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ
52.	Клетки по Льюину : пер. 2-го англ. изд. [Электронный ресурс]. / Л. Кассимерис [и др.] – Москва : Лаб. знаний, 2018. – 1056 с. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ
53.	Молекулярная биология : рибосомы и биосинтез белка : [Электронный ресурс]. [учеб. для высш. учеб. заведений] / А. С. Спирин. – Москва : Лаб. Знаний, 2019. – 576 с. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ
54.	Нанoeлектроника : [Электронный ресурс]. учеб. пособие / А. А. Щука. – Москва : Лаб. знаний, 2020. – 344 с. – Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ
55.	Нанoeлектроника : теория и практика : [Электронный ресурс]. учебник / В. Е. Борисенко [и др.] – Москва: Лаб. знаний, 2020. – 366 с. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ
56.	Практикум по объектно-ориентированному программированию / И. А. Бабушкина, С. М. Окулов. [Электронный ресурс]. – 5-е изд. – Москва : Лаб. знаний, 2020. – 369 с. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ
57.	Принципы и методы биохимии и молекулярной биологии : [Электронный ресурс]. пер. с англ. / ред. : К. Уилсон, Дж. Уолкер. – 3-е изд. – Москва : Лаб. знаний, 2020. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ
58.	Программирование : [Электронный ресурс]. учеб. пособие / Н. А. Давыдова, Е. В. Боровская. – 4-е изд. Москва : Лаб. знаний, 2020. – 241 с. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ
59.	Трансплантология и искусственные органы : [Электронный ресурс]. учебник / под ред. С. В. Готье. – Москва : Лаб. знаний, 2022. – 320 с. – Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ
60.	Фармацевтическая химия : [Электронный ресурс]. учебник / Э. Н. Аксенова, О. П. Андрианова ; под ред. Г. В. Раменской. – Москва : Лаб. знаний, 2021. – 472 с. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа:	Удаленный доступ

	http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101.	
61.	Фармацевтическое информирование : [Электронный ресурс]. учебник / под ред. А. А. Свистунова, В. В. Тарасова. – Москва : Лаб. знаний, 2020. – 320 с.- Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101.	Удаленный доступ
62.	Численные методы [Электронный ресурс]. / Н. С. Бахвалов, Н. П. Жидков, Г. М. Кобельков. – 9-е изд. – Москва : Лаб. знаний, 2020. – 636 с. : ил. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101.	Удаленный доступ
63.	Математические методы в биологии: анализ биологических данных в системе Statistica: [Электронный ресурс]. учеб. пособие для вузов / С. Н. Гашев, Ф. Х. Бегляева, М. Ю. Лупинос. [Электронный ресурс] – Москва : Юрайт, 2020. – (Высшее образование).- Режим доступа : http:// urait.ru	Удаленный доступ
64.	Критический анализ медицинских публикаций с позиций доказательной медицины [Электронный ресурс] : [учебное пособие для медицинских вузов] / О. Ю. Реброва ; О. Ю. Реброва ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. мед. кибернетики и информатики мед.-биол. фак. - Электрон. текст. дан. - Москва, 2021. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101.	Удаленный доступ
65.	Реконструктивная и репродуктивная хирургия в гинекологии : [Электронный ресурс]. учеб. пособие для мед. вузов / [А. Аббати и др.] ; ред. : В. Гмел, Э. И. Брилл ; пер. с англ. А. Е. Лю-бовой. – Москва : Лаб. знаний, 2021. – 440 с. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101.	Удаленный доступ