

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

УТВЕРЖДАЮ

Руководитель ООП
по программе ординатуры
31.08.43 Нефрология
д.м.н., профессор Батюшин М.М.
« 27 » 08 20 18.

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ
высшего образования
подготовки кадров высшей квалификации
по программе ординатуры 31.08.43 Нефрология
(квалификация врач-нефролог)**

**Ростов-на-Дону
2018**

Рабочая программа ординатуры по специальности 31.08.43 Нефрология
рассмотрена на заседании кафедры внутренних болезней № 2

Протокол № 15 от «18» июня 2018г

Зав. кафедрой, д.м.н., профессор  А.А. Кастанаян

ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВЫПУСКНИКОВ, ОСВОИВШИХ ПРОГРАММУ ОРДИНАТУРЫ

3.1 Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путем обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

3.2 Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

- ✓ Физические лица (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее – подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее – взрослые);
- ✓ Население;
- ✓ Совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

3.3 Виды профессиональной деятельности, к которым готовятся выпускники, освоившие программу ординатуры:

- ✓ профилактическая;
- ✓ диагностическая;
- ✓ лечебная;
- ✓ реабилитационная;
- ✓ психолого-педагогическая;
- ✓ организационно-управленческая

3.4 Выпускник, освоивший программу ординатуры, готов решать следующие профессиональные задачи:

профилактическая деятельность:

- ✓ предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;
- ✓ проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;

- ✓ проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения различных возрастно-половых групп, характеризующих состояние их здоровья;

диагностическая деятельность:

- ✓ диагностика заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования;
- ✓ диагностика неотложных состояний;
- ✓ диагностика беременности;
- ✓ проведение медицинской экспертизы;

лечебная деятельность:

- ✓ оказание специализированной медицинской помощи;
- ✓ участие в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;
- ✓ оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;

реабилитационная деятельность:

- ✓ проведение медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения;

психолого-педагогическая деятельность:

- ✓ формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

организационно-управленческая деятельность:

- ✓ применение основных принципов организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях;
- ✓ организация и управление деятельностью медицинских организаций, и их структурных подразделений;
- ✓ организация проведения медицинской экспертизы;
- ✓ организация оценки качества оказания медицинской помощи пациентам;
- ✓ ведение учетно-отчетной документации в медицинской организации;

- ✓ создание в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны труда;
- ✓ соблюдение основных требований информационной безопасности.

ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Универсальные компетенции:

- ✓ готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- ✓ готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- ✓ готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Профессиональные компетенции (далее – ПК):

профилактическая деятельность:

- ✓ готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- ✓ готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
- ✓ готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);

- ✓ готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослого населения и подростков (ПК-4);

диагностическая деятельность:

- ✓ готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) (ПК-5);

лечебная деятельность:

- ✓ готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании нефрологической медицинской помощи (ПК-6);
- ✓ готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

- ✓ готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

психолого-педагогическая деятельность:

- ✓ готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

организационно-управленческая деятельность:

- ✓ готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);
- ✓ готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);
- ✓ готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Цель: установление уровня профессиональной подготовки выпускников требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры 31.08.43 Нефрология.

Задачи: Проверка уровня сформированности компетенций, определённых ФГОС ВО, принятие решения о присвоении квалификации по результатам ГИА и выдаче документа об образовании.

ПРОЦЕДУРА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

1. Государственная итоговая аттестация по основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры 31.08.43 Нефрология осуществляется посредством проведения государственного экзамена и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-нефролога в соответствии с содержанием основной образовательной программы и требованиями ФГОС ВО.

Целью ГИА является установление уровня подготовки ординатора к выполнению профессиональных задач и соответствия его подготовки требованиям ФГОС ВО.

Задачи ГИА: проверка уровня сформированности компетенций, определённых ФГОС ВО, принятие решения о присвоении квалификации по результатам ГИА и выдаче документа об образовании.

Государственные аттестационные испытания ординаторов по специальности 31.08.43 Нефрология проходят в форме государственного экзамена (оценка умения решать конкретные профессиональные задачи в ходе собеседования (по разделам дисциплин входящих в РУП)).

2. Обучающийся допускается к государственной итоговой аттестации после изучения дисциплин в объеме, предусмотренном учебным планом программы ординатуры 31.08.43 Нефрология.

3. Обучающимся, успешно прошедшим государственную итоговую аттестацию, выдается диплом об окончании ординатуры, подтверждающий получение высшего образования подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры 31.08.43 Нефрология.

4. Обучающимся, не прошедшим государственную итоговую аттестацию или получившим на государственной итоговой аттестации неудовлетворительные результаты, а также обучающимся, освоившим часть программы ординатуры и (или) отчисленным из университета, выдается справка об обучении или о периоде обучения по образцу, самостоятельной установленному университетом.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

1. История развития нефрологии. Вклад академика Тареева Е.М., проф. Ратнер М.Я., проф. Ярошевского А.Я., Рябова С.И. и др.
2. Нефрология как наука. Предмет. Задачи. Содержание.
3. Структура нефрологической службы. Показатели, отражающие состояние нефрологической службы.
4. Организация нефрологического центра, нефрологического отделения, нефрологического приема, диализного центра, центра трансплантации почки.
5. Анатомия почки.
6. Гистология почки.
7. Противоточно-множительный механизм, клубочковая фильтрация.
8. Объективные методы обследования органов мочевого выделения.
9. Функции почки.
10. Фильтрационная и водовыделительная функция, методы оценки.
11. Элиминационная функция и методы ее оценки.
12. Регуляция гемопоза, артериального давления, фосфорно-кальциевого обмена, методы оценки.
13. Методы визуализации: компьютерная и магнитно-резонансная томография, их роль в диагностике заболеваний почек.
14. УЗИ, сцинтиграфия, рентгенография, их роль в нефрологии.
15. Пункционная нефробиопсия. Показания и противопоказания к проведению, техника. Морфологический анализ нефробиоптата.
16. Функциональные пробы в нефрологии. Ангиография почечных артерий.
1. Нефритический синдром. Синдром артериальной гипертензии. Определение, критерии.
17. Нефротический синдром. Отечный синдром. Определение, критерии.
18. Мочевой синдром. Определение, критерии.
19. Синдром почечной недостаточности. Определение, критерии.
20. Хроническая болезнь почек. Популяционная стратегия. Распространенность. Риск для жизни.
21. Хроническая болезнь почек. Современная классификация.
22. Хроническая болезнь почек. Принципы динамического наблюдения и лечения больных с ХБП 3А и 3Б стадиями.
23. Хроническая болезнь почек. Принципы динамического наблюдения и лечения больных с ХБП 4 и 5 стадиями.

24. Острый гломерулонефрит. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение, Реабилитация.
25. Хронический гломерулонефрит. Клинико-морфологическая Классификация.
26. Хронический гломерулонефрит (болезнь минимальных изменений). Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение, Реабилитация.
27. Хронический гломерулонефрит (фокально-сегментарный гломерулосклероз). Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение, Реабилитация.
28. Хронический гломерулонефрит (IgA-нефропатия). Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение, Реабилитация.
29. Хронический гломерулонефрит (мембранозный гломерулонефрит). Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение, Реабилитация.
30. Хронический гломерулонефрит (мембрано-пролиферативный гломерулонефрит). Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение, Реабилитация.
31. Быстропрогрессирующий гломерулонефрит. Классификация. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение, Реабилитация.
32. Тубулоинтерстициальные поражение почек. Понятие, патогенез, классификация.
33. Острый тубулоинтерстициальный нефрит. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение, Реабилитация.
34. Хронический тубулоинтерстициальный нефрит. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение, Реабилитация.
35. Пиелонефрит. Рефлюкс-нефропатия. Обструктивные уронефропатии. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение, Реабилитация. Тубулоинтерстициальные поражения почек
36. Диабетическая нефропатия. Понятие. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Реабилитация.
37. Поражение почки при подагре. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Реабилитация.
38. Амилоидоз с поражением почек. Понятие. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Реабилитация.
39. Болезнь Фабри и другие гликогенозы. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Реабилитация.
40. Механизмы развития почечно-ассоциированных артериальных гипертензий.
41. Подходы к дифференциальной диагностике почечно-ассоциированных и первичных артериальных гипертензий.
42. Лечение артериальной гипертензии на фоне ХБП 1-4 ст.
43. Лечение артериальной гипертензии на фоне ХБП 5 ст.
44. Ишемическая болезнь почек. Реноваскулярная гипертензия. Этиология. Патогенез.
45. Ишемическая болезнь почек. Реноваскулярная гипертензия. Диагностика.

46. Ишемическая болезнь почек. Реноваскулярная гипертензия. Лечение. Реабилитация.
47. Поражение почечных артерий при васкулитах, тромботических микроангиопатиях. Патогенез. Диагностика. Принципы терапии.
48. Синдром Альпорта. Болезнь тонких мембран. Этиопатогенез. Диагностика. Клиника. Лечение. Медико-генетическое консультирование.
49. Врожденный нефротический синдром. Этиопатогенез. Диагностика. Клиника. Лечение. Медико-генетическое консультирование.
50. Врожденные тубулопатии. Синдром Фанкони и др. Этиопатогенез. Диагностика. Клиника. Лечение. Медико-генетическое консультирование.
51. Основы медико-генетического консультирования в нефрологической практике.
52. Поражение почки при миеломной болезни. Патогенез. Диагностика. Клиника. Лечение.
53. Поражение почки болезни Вальденстрема. Патогенез. Диагностика. Клиника. Лечение.
54. Поражение почки при лимфопролиферативных заболеваниях. Патогенез. Диагностика. Клиника. Лечение.
55. Поражение почки при пересадке стволовых клеток. Патогенез. Диагностика. Клиника. Лечение.
56. AL-амилоидоз. Патогенез. Диагностика. Клиника. Лечение.
57. Острое почечное повреждение (ОПП). Эпидемиология. Классификация. Этиология.
58. Острое почечное повреждение (ОПП). Этапы дифференциальной диагностики.
59. Острое почечное повреждение (ОПП). Подходы к консервативной терапии.
60. Острое почечное повреждение (ОПП). Показания к заместительной почечной терапии. Виды, методы ЗПТ.
61. Острое почечное повреждение (ОПП). Формирование сосудистого доступа. Антикоагулянтное сопровождение процедуры диализа.
62. Хроническая почечная недостаточность (ХПН). Этиология. Эпидемиология. Течение ХПН.
63. Хроническая почечная недостаточность (ХПН). Диагностика. Клиническая картина.
64. Нарушения фосфорно-кальциевого обмена, минерально-костные нарушения при ХПН. Патогенез. Диагностика. Клиника. Лечение.
65. Анемия при ХПН. Этиопатогенез. Диагностика. Клиника. Лечение.
66. Белково-энергетическая недостаточность при ХПН. Принципы рационального питания.
67. Показания к заместительной почечной терапии при ХПН. Гемодиализ. Гемодильтрация. Методы. Процедура.
68. Показания к заместительной почечной терапии при ХПН. Перитонеальный диализ. Методы. Процедура.
69. Показания к заместительной почечной терапии при ХПН. Трансплантация почки. Виды. Показания. Процедура.

70. Лекарственное сопровождение трансплантации почки. Принципы и подходы к иммунодепрессивной терапии.
71. Понятие криза отторжения трансплантата. Виды. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
72. Дозирование лекарственных препаратов при ХБП разной стадии.
73. Вопросы отбора пациентов на трансплантацию почки. Организация нефрологического сопровождения.
74. Морфологические изменения в почке при ХПН.
75. Формирование сосудистого доступа. Виды, показания, процедуры.
76. Осложнения со стороны фистулы. Профилактика. Диагностика. Лечение.
77. Организация работы диализного отделения. Показатели, критерии эффективности.

ПЕРЕЧЕНЬ ЗАДАНИЙ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

Задача 1. Является ли самостоятельным показанием к проведению острого диализа уровень калия крови у больного с острым почечным повреждением, 7,5 ммоль/л. Перечислите другие самостоятельные показания для проведения острого гемодиализа.

Задача 2. При проведении гемодиализа аппарат выдает «Тревога» и прекращается вращение насоса, резко упало давление в артериальной магистрали и повысилось в венозной. Как вы квалифицируете эту ситуацию и каковы будут ваши действия?

Задача 3. Больной, получающий лечение программным гемодиализом, отмечает повышение артериального давления до 180/100 мм рт ст, несмотря на проводимую антигипертензивную терапию, в течение последних двух недель. Объем ультрафильтрации возрос с привычных 2,5 л до 4,0 л. С чем это связано и какие меры необходимо предпринять?

Задача 4. Больной жалуется на появившиеся тупые ноющие боли в области артерио-венозной фистулы. Она увеличилась в размере. При пальпации отсутствует пульсация фистулы. О каком осложнении следует думать и какова тактика ведения больного?

Задача 5. При терапии эпоэтином-альфа у больного с ХПН на диализе отмечается повышение уровня гемоглобина до 115 г/л. Каковы ваши действия в отношении антианемической терапии?

Задача 6. У пациента с ХПН, получающего перитонеальный диализ, отмечаются болезненные ощущения в области живота, общая слабость,

познабливание, повышение температуры тела до 38°C. При эвакуации перитонеальная жидкость мутная. Ваш диагноз и тактика ведения больного.

Задача 7. У больного с почечным трансплантатом, ранее страдавшего фокально-сегментарным гломерулосклерозом, появилась и стала нарастать протеинурия (до 4 г/сут), постепенно стало отмечаться повышение креатинина до 140 мкмоль/л. О каком осложнении может идти речь и какова ваша тактика?

Задача 8. У больного с почечным трансплантатом часто рецидивирует инфекция мочевых путей, при этом антибактериальная терапия оказывает кратковременный эффект. В течение года стало отмечаться постепенное снижение СКФ с 65 до 48 мл/мин. О каком осложнении можно думать и какова тактика ведения больного?

Задача 9. У пациента в течение суток отсутствует выделение мочи, уровень креатинина составил 400 мкмоль/л, тогда как накануне он был 160 мкмоль/л. О какой стадии острого почечного повреждения идет речь?

Задача 10. Пациент с ХБП 5стадии, страдающий сахарным диабетом и перенесший инфаркт миокарда, планируется к заместительной почечной терапии. Какой метод ЗПТ будет наиболее предпочтителен в отношении данного больного?

Задача 11. Больной Г. 47 лет поступил в отделение нефрологии с лёгкими отёками нижних конечностей, с жалобами на лихорадку до 38°C с подъёмами в вечернее время, отсутствие аппетита. Заболел 6 мес назад, когда без видимых причин стал пропадать аппетит, в вечерние часы повышалась температура до 37-37,2°C, стал худеть. При обследовании участковым терапевтом высказалось предположение о хроническом пиелонефрите вследствие наличия в 3 ОАМ эритроцитурии до 10 в п.зр. Больной принимал антибиотики: цефазолин, цефобид, нолицин, гентамицин, каждый по 3 нед без особого эффекта.

При объективном обследовании: АД 160/90 мм рт ст, пульс 90 уд/мин. Тоны сердца ритмичные, чистые, приглушены. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. При пальпации живота без признаков патологии. Диурез 900 мл/сут. Частые запоры.

При лабораторном обследовании: в ОАМ – белок 0,99 г/л, уд вес 1015, эритроциты – 20-25 в п.зр., лейкоциты – 2-3 в п.зр., пл эпителий – 1-2 в п.зр. В ОАК – Нв – 110 г/л, эритроциты – $3,8 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты – $6 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 26 мм/час. Биохимия крови – о. билирубин – 15,5 мкмоль/л, неконъюгированный – 15 мкмоль/л, конъюгированный – 0,5 мкмоль/л, глюкоза – 3,5 ммоль/л, холестерин – 6,1 ммоль/л, АлАТ – 0,4 ед, креатинин – 100 мкмоль/л. При УЗИ органов брюшной полости и почек патологии не выявлено. Поставьте предварительный диагноз

Задача 12. Больной С. 23 лет поступил в отделение кардиологии с отёками нижних конечностей, одышкой, жалобами на периодические боли в области сердца, перебои в его работе. Заболел 2 мес назад, когда после перенесённой ангины появились отёки, головные боли и боли в области сердца давящего характера, лихорадка до 39. За медицинской помощью не обращался. Принимал ампициллин без особого эффекта. Неделю назад появились боли в суставах, лихорадка исчезла, усилились отёки.

При объективном обследовании: АД 120/50 мм рт ст, пульс 90 уд/мин, аритмичный. Тоны сердца ритмичные, систолический шум над аортой. Притупление перкуторного звука ниже 4 ребра слева, там же ослабление везикулярного дыхания, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. При перкуссии живота – признаки асцита. Диурез 850 мл/сут.

При лабораторном обследовании: в ОАМ – белок 0,66 г/л, уд вес 1000, эритроциты – 1-3 в п.зр., лейкоциты – 2-3 в п.зр., пл эпителий – 1-2 в п.зр. В ОАК – Нв – 100 г/л, эритроциты – $3,9 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты – $26 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 56 мм/час, эозинофилы – 1, палочкоядерные – 8, сегментоядерные – 80, лимфоциты – 10, моноциты – 1. Биохимия крови – о. билирубин – 15,5 мкмоль/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, холестерин – 8,9 ммоль/л, АЛАТ – 0,4 ед, креатинин – 234 мкмоль/л. Поставьте предварительный диагноз

Задача 13. Больной В. 25 лет поступил в отделение кардиологии с выраженными отёками нижних конечностей, одышкой, жалобами на тяжесть в области сердца. Заболел 2 мес назад, когда без видимых причин появились отёки, головные боли и боли в области сердца давящего характера.

При объективном обследовании: АД 190/100 мм рт ст, пульс 90 уд/мин. Тоны сердца ритмичные, чистые, акцент 2 тона над аортой. Притупление перкуторного звука ниже 4 ребра слева, там же ослабление везикулярного дыхания, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. При перкуссии живота – признаки асцита. Диурез 350 мл/сут.

При лабораторном обследовании: в ОАМ – белок 6,6 г/л, уд вес 1000, эритроциты – 1-3 в п.зр., лейкоциты – 2-3 в п.зр., пл эпителий – 1-2 в п.зр. В ОАК – Нв – 110 г/л, эритроциты – $4,5 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты – $6 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 56 мм/час. Биохимия крови – о. билирубин – 15,5 мкмоль/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, холестерин – 8,9 ммоль/л, АЛАТ – 0,4 ед, креатинин – 234 мкмоль/л. Поставьте предварительный диагноз

Задача 14. Больной Г. 87 лет поступил в отд. нефрологии с выраженными отёками нижних конечностей, с жалобами на лихорадку до 38°C с подъёмами в вечернее время, снижение веса тела на 24 кг в течение последних 2 мес, отсутствие аппетита. Заболел 6 мес назад, когда без видимых причин стал пропадать аппетит, в вечерние часы повышалась температура до 37-37,2°C, стал худеть. При обследовании - предположение о хр. пиелонефрите

вследствие наличия в 3 ОАМ лейкоцитурии до 10 в п.зр. Больной принимал антибиотики: цефазолин, гентамицин, каждый по 3 нед без особого эффекта.

При объективном обследовании: АД 110/80 мм рт ст, пульс 90 уд/мин. Тоны сердца ритмичные, чистые, приглушены. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. При пальпации живота без признаков патологии. Диурез 900 мл/сут. Частые запоры.

При лаб. обследовании: в ОАМ – белок 9,9 г/л, уд вес 1015, эритроциты – 7-10 в п.зр., лейкоциты – 2-3 в п.зр., пл эпителий – 1-2 в п.зр. В ОАК – Нв – 90 г/л, эритр. – $3,1 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоц. – $3 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 76 мм/час. Биохимия крови – о. билирубин – 65,5 мкмоль/л, неконъюг. – 17,1 мкмоль/л, конъюг. – 48,4 мкмоль/л, глю. – 3,5 ммоль/л, холестерин – 8,1 ммоль/л, АлАТ – 0,4 ед, креатинин – 100 мкмоль/л. При УЗИ органов бр. полости - кистозное образование правой почки 4 на 5 см. При рентгенографии костей таза выявлены очаговые тени в подвздошных костях до 3 см в диаметре. Поставьте предварительный диагноз

Задача 15. Больной В. 25 лет поступил в отделение нефрологии с выраженными отёками нижних конечностей, одышкой. Заболел 2 мес назад, когда без видимых причин появились отёки, головные боли и зарегистрировано повышение АД до 180/100 мм рт ст.

При объективном обследовании: АД 190/100 мм рт ст, пульс 90 уд/мин. Тоны сердца ритмичные, чистые, акцент 2 тона над аортой. Притупление перкуторного звука ниже 4 ребра слева, там же ослабление везикулярного дыхания, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. При перкуссии живота – признаки асцита. Диурез 550 мл/сут.

При лабораторном обследовании: в ОАМ – белок 6,6 г/л, уд вес 1000, эритроциты – 1-3 в п.зр., лейкоциты – 2-3 в п.зр., пл эпителий – 1-2 в п.зр. В ОАК – Нв – 110 г/л, эритроциты – $4,5 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты – $6 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 56 мм/час. Биохимия крови – о. билирубин – 15,5 мкмоль/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, холестерин – 8,9 ммоль/л, АлАТ – 0,4 ед, креатинин – 234 мкмоль/л.

При проведении нефробиопсии наблюдается сегментарное фиброзирование 3 из 12 клубочков, признаки тубуло-интерстициального фиброза, скудная лимфо-гистиоцитарная инфильтрация интерстиция, отсутствие выпадения иммуноглобулинов при иммуногистохимическом исследовании. Поставьте окончательный диагноз

Задача 16. Больной Т. 67 лет поступил в отд. терапии с выраженными отёками нижних конечностей, с жалобами на лихорадку до $37,9^{\circ}\text{C}$ с подъёмами в вечернее время, снижение веса тела на 24 кг в течение последних 2 мес, отсутствие аппетита. Заболел 6 мес назад, когда без видимых причин стал пропадать аппетит, в вечерние часы повышалась температура до $37-37,2^{\circ}\text{C}$. В 3

ОАМ лейкоцитурии до 10 в п.зр. Больной принимал антибиотики: цефазолин, цефобид, нолицин, гентамицин, каждый по 3 нед без особого эффекта.

При объективном обследовании: АД 110/80 мм рт ст, пульс 90 уд/мин. Тоны сердца ритмичные, чистые, приглушены. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. При пальпации живота без признаков патологии. Диурез 900 мл/сут. Частые запоры.

При лабораторном обследовании: в ОАМ – белок 9,9 г/л, уд вес 1015, эритроциты – 7-10 в п.зр., лейкоциты – 2-3 в п.зр., пл эпителий – 1-2 в п.зр. В ОАК – Нв – 90 г/л, эритроциты – $3,1 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты – $3 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 76 мм/час. Биохимия крови – о. билирубин – 65,5 мкмоль/л, неконъюгированный – 17,1 мкмоль/л, конъюгированный – 48,4 мкмоль/л, глюкоза – 3,5 ммоль/л, холестерин – 8,1 ммоль/л, АлАТ – 0,4 ед, креатинин – 100 мкмоль/л. При УЗИ органов брюшной полости выявлено кистозное образование правой почки 4 на 5 см. При рентгенографии костей таза выявлены очаговые тени в подвздошных костях до 3 см в диаметре. Поставьте предварительный диагноз

Задача 17. Больной Л. 21 лет поступил в отделение терапии с выраженными отёками нижних конечностей, туловища, одышкой. Заболел 2 года назад, когда без видимых причин появились отёки, головные боли. Поскольку отёки были невыраженными, то за медицинской помощью не обращался. Принимал корвалол и анальгин без особого эффекта. За последние 5-7 дней состояние ухудшилось, отёки увеличились. 1 день назад диурез резко уменьшился.

При объективном обследовании: АД 190/100 мм рт ст, пульс 90 уд/мин. Тоны сердца ритмичные, чистые, акцент 2 тона над аортой. Притупление перкуторного звука ниже 4 ребра слева, там же ослабление везикулярного дыхания, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. При перкуссии живота – признаки асцита. Диурез 250 мл/сут.

При лабораторном обследовании: в ОАМ – белок 6,6 г/л, уд вес 1000, эритроциты – 1-3 в п.зр., лейкоциты – 2-3 в п.зр., пл эпителий – 1-2 в п.зр. В ОАК – Нв – 110 г/л, эритроциты – $4,5 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты – $6 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 56 мм/час. Биохимия крови – о. билирубин – 15,5 мкмоль/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, холестерин – 8,9 ммоль/л, АлАТ – 0,4 ед, креатинин – 234 мкмоль/л. Поставьте предварительный диагноз

Задача 18. Больной Д. 17 лет поступил в отделение нефрологии с выраженными отёками нижних конечностей, с жалобами на отсутствие аппетита. Заболел 1 мес назад, когда после сильного стресса стал пропадать аппетит, появились отёки, уменьшился объём мочи. При обследовании участковым терапевтом высказалось предположение о хроническом пиелонефрите. Больной принимал антибиотики: цефазолин, гентамицин без эффекта.

При объективном обследовании: АД 120/60 мм рт ст, пульс 90 уд/мин. Тоны сердца ритмичные, чистые, приглушены. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. При пальпации живота без признаков патологии. Диурез 650 мл/сут.

При лабораторном обследовании: в ОАМ – белок 6,6 г/л, уд вес 1005, эритроциты – 1-3 в п.зр., лейкоциты – 7-8 в п.зр., пл эпителий – 1-2 в п.зр. В ОАК – Нв – 110 г/л, эритроциты – $4,5 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты – $3 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 46 мм/час. Биохимия крови – о. билирубин – 15,5 мкмоль/л, неконъюгированный – 10,5 мкмоль/л, конъюгированный – 5,0 мкмоль/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, холестерин – 10,7 ммоль/л, АлАТ – 0,3 ед, креатинин – 120 мкмоль/л. При УЗИ органов брюшной полости выявлены признаки асцита. При УЗИ почек: правая почка – 145*65 мм, паренхима 20 мм, левая почка – 150-*67 мм, паренхима 21 мм. Поставьте предварительный диагноз

Задача 19. Больная В. 24 лет обратилась за медицинской помощью к врачу терапевту с выраженной общей слабостью, лихорадкой до 39 в вечерние часы, появлением десневых и носовых кровотечений, похуданием на 15 кг за 1 мес. Всегда была худощавой, однако выраженная слабость появилась в последние 2 мес. Около 2 нед – лихорадка, кровотечения.

При объективном обследовании: АД 120/70 мм рт ст, пульс 90 уд/мин. Тоны сердца ритмичные, чистые, приглушены. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. При пальпации живота без признаков патологии. Диурез 1000 мл/сут.

При лабораторном обследовании: в ОАМ – белок 0,33 г/л, уд вес 1015, эритроциты – 1-3 в п.зр., лейкоциты – 4-5 в п.зр., пл эпителий – 1-2 в п.зр. В ОАК – Нв – 60 г/л, эритроциты – $2,0 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты – $3 \cdot 10^9$ /л, эозинофилы – 1, палочки – 8, сегментоядерные – 75, моноциты – 6, лимфоциты – 2, бластн клетки - 8. СОЭ – 50 мм/час. Биохимия крови – о. билирубин – 15,0 мкмоль/л, неконъюгированный – 10,0 мкмоль/л, конъюгированный – 5,0 мкмоль/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, холестерин – 4,7 ммоль/л, АлАТ – 0,3 ед, креатинин – 120 мкмоль/л. При УЗИ органов брюшной полости выявлены признаки асцита. При УЗИ почек: правая почка – 145*65 мм, паренхима 20 мм, левая почка – 150-*67 мм, паренхима 21 мм. Поставьте предварительный диагноз

Задача 20. Больной С. 23 лет обратился к нефрологу в связи с обнаружением в моче эритроцитурии при прохождении планового медицинского обследования. Ранее эритроциты в моче регистрировались в детском возрасте и при анализе амбулаторной карты они выявлялись с 2-х летнего возраста в количестве 4-8 в п.зр. При обследовании в возрасте 3-х лет был диагностирован острый гломерулонефрит, по поводу которого находился на обследовании с лечения в областной детской больнице. В дальнейшем чувствовал себя хорошо и за медицинской помощью не обращался.

При объективном обследовании: АД 120/80 мм рт ст, пульс 80 уд/мин, ритмичный. Тоны сердца ритмичные, чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. При перкуссии живота – без патологии. Диурез 2000 мл/сут.

При лабораторном обследовании: в ОАМ – белок 0,033 г/л, уд вес 1006, эритроциты – 7-8 в п.зр., лейкоциты – 2-3 в п.зр., пл эпителий – 1-2 в п.зр. В ОАК – Нв – 100 г/л, эритроциты – $3,9 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты – $7 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 6 мм/час, эозинофилы – 1, палочкоядерные – 2, сегментоядерные – 75, лимфоциты – 25, моноциты – 1. Биохимия крови – о. билирубин – 15,5 мкмоль/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, холестерин – 5,9 ммоль/л, АЛАТ – 0,4 ед, креатинин – 255 мкмоль/л. Поставьте предварительный диагноз

Задача 21. Больной В. 25 лет поступил в отделение кардиологии с выраженными отёками нижних конечностей, одышкой, жалобами на тяжесть в области сердца. Заболел 2 мес назад, когда без видимых причин появились отёки, головные боли и боли в области сердца давящего характера.

При объективном обследовании: АД 190/100 мм рт ст, пульс 90 уд/мин. Тоны сердца ритмичные, чистые, акцент 2 тона над аортой. Притупление перкуторного звука ниже 4 ребра слева, там же ослабление везикулярного дыхания, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. При перкуссии живота – признаки асцита. Диурез 350 мл/сут.

При лабораторном обследовании: в ОАМ – белок 6,6 г/л, уд вес 1000, эритроциты – 1-3 в п.зр., лейкоциты – 2-3 в п.зр., пл эпителий – 1-2 в п.зр. В ОАК – Нв – 110 г/л, эритроциты – $4,5 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты – $6 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 56 мм/час. Биохимия крови – о. билирубин – 15,5 мкмоль/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, холестерин – 8,9 ммоль/л, АЛАТ – 0,4 ед, креатинин – 234 мкмоль/л.

1. Поставьте предварительный диагноз
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Какова дальнейшая диагностическая и лечебная тактика?

Задача 22. Больной Г. 87 лет поступил в отд. нефрологии с выраженными отёками нижних конечностей, с жалобами на лихорадку до 38°C с подъёмами в вечернее время, снижение веса тела на 24 кг в течение последних 2 мес, отсутствие аппетита. Заболел 6 мес назад, когда без видимых причин стал пропадать аппетит, в вечерние часы повышалась температура до $37-37,2^{\circ}\text{C}$, стал худеть. При обследовании - предположение о хр. пиелонефрите вследствие наличия в 3 ОАМ лейкоцитурии до 10 в п.зр. Больной принимал антибиотики: цефазолин, гентамицин, каждый по 3 нед без особого эффекта.

При объективном обследовании: АД 110/80 мм рт ст, пульс 90 уд/мин. Тоны сердца ритмичные, чистые, приглушены. В лёгких дыхание

везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. При пальпации живота без признаков патологии. Диурез 900 мл/сут. Частые запоры.

При лаб. обследовании: в ОАМ – белок 9,9 г/л, уд вес 1015, эритроциты – 7-10 в п.зр., лейкоциты – 2-3 в п.зр., пл эпителий – 1-2 в п.зр. В ОАК – Нв – 90 г/л, эритроц. – $3,1 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоц. – $3 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 76 мм/час. Биохимия крови – о. билирубин – 65,5 мкмоль/л, неконъюг. – 17,1 мкмоль/л, конъюг. – 48,4 мкмоль/л, глю. – 3,5 ммоль/л, холестерин – 8,1 ммоль/л, АлАТ – 0,4 ед, креатинин – 100 мкмоль/л. При УЗИ органов бр. полости - кистозное образование правой почки 4 на 5 см. При рентгенографии костей таза выявлены очаговые тени в подвздошных костях до 3 см в диаметре.

1. Поставьте предварительный диагноз
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Какова дальнейшая диагностическая и лечебная тактика?

Задача 23. Больной Д. 17 лет поступил в отделение нефрологии с выраженными отёками нижних конечностей, с жалобами на отсутствие аппетита. Заболел 1 мес назад, когда после сильного стресса стал пропадать аппетит, появились отёки, уменьшился объём мочи. При обследовании участковым терапевтом высказалось предположение о хроническом пиелонефрите. Больной принимал антибиотики: цефазолин, гентамицин без эффекта.

При объективном обследовании: АД 120/60 мм рт ст, пульс 90 уд/мин. Тоны сердца ритмичные, чистые, приглушены. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. При пальпации живота без признаков патологии. Диурез 650 мл/сут.

При лабораторном обследовании: в ОАМ – белок 6,6 г/л, уд вес 1005, эритроциты – 1-3 в п.зр., лейкоциты – 7-8 в п.зр., пл эпителий – 1-2 в п.зр. В ОАК – Нв – 110 г/л, эритроциты – $4,5 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты – $3 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 46 мм/час. Биохимия крови – о. билирубин – 15,5 мкмоль/л, неконъюгированный – 10,5 мкмоль/л, конъюгированный – 5,0 мкмоль/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, холестерин – 10,7 ммоль/л, АлАТ – 0,3 ед, креатинин – 120 мкмоль/л. При УЗИ органов брюшной полости выявлены признаки асцита. При УЗИ почек: правая почка – 145*65 мм, паренхима 20 мм, левая почка – 150-*67 мм, паренхима 21 мм.

1. Поставьте предварительный диагноз
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Какова дальнейшая диагностическая и лечебная тактика?

Задача 24. Больной М. 20 лет поступил в отд. нефрологии с выраженными отёками ниж. конечностей, с жалобами на головную боль. Заболел 2 мес назад, когда после переохлаждения пропал аппетит, появились отёки, головная боль. зарегистрировано трижды повышение АД до 180/100 мм рт ст. В качестве гипотенз. терапии назначен адельфан по 1 таб при кризе.

При объективном обследовании: АД 160/95 мм рт ст, пульс 80 уд/мин. Тоны сердца ритмичные, чистые, приглушены. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Живот в объёме увеличен, при перкуссии притупление звука ниже пупка в вертикальном положении. Диурез 850 мл/сут.

При лабораторном обследовании: в ОАМ – белок 6,6 г/л, уд вес 1000, эр. – 10-15 в п.зр., лейкоц. – 5-6 в п.зр., пл эпит. – 1-2 в п.зр. В ОАК – Нв – 110 г/л, эр. – $4,5 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоц. – $3 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 40 мм/час. Биохимия крови – глюкоза – 4,5 ммоль/л, холестерин – 10,7 ммоль/л, АлАТ – 0,3 ед, креатинин – 120 мкмоль/л. При УЗИ органов бр. полости - признаки асцита. При УЗИ почек: правая почка – 145*65 мм, паренхима 20 мм, левая почка – 150-*67 мм, паренхима 21 мм.

1. Поставьте предварительный диагноз
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Какова дальнейшая диагностическая и лечебная тактика?
4. В чём ошибки участкового терапевта?

Задача 25. Больной Т. 67 лет поступил в отд. терапии с выраженными отёками нижних конечностей, с жалобами на лихорадку до 37,9°C с подъёмами в вечернее время, снижение веса тела на 24 кг в течение последних 2 мес, отсутствие аппетита. Заболел 6 мес назад, когда без видимых причин стал пропадать аппетит, в вечерние часы повышалась температура до 37-37,2°C. В 3 ОАМ лейкоцитурии до 10 в п.зр. Больной принимал антибиотики: цефазолин, цефобид, нолицин, гентамицин, каждый по 3 нед без особого эффекта.

При объективном обследовании: АД 110/80 мм рт ст, пульс 90 уд/мин. Тоны сердца ритмичные, чистые, приглушены. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. При пальпации живота без признаков патологии. Диурез 900 мл/сут. Частые запоры.

При лабораторном обследовании: в ОАМ – белок 9,9 г/л, уд вес 1015, эритроциты – 7-10 в п.зр., лейкоциты – 2-3 в п.зр., пл эпителий – 1-2 в п.зр. В ОАК – Нв – 90 г/л, эритроциты – $3,1 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты – $3 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 76 мм/час. Биохимия крови – о. билирубин – 65,5 мкмоль/л, неконъюгированный – 17,1 мкмоль/л, конъюгированный – 48,4 мкмоль/л, глюкоза – 3,5 ммоль/л, холестерин – 8,1 ммоль/л, АлАТ – 0,4 ед, креатинин – 100 мкмоль/л. При УЗИ органов брюшной полости выявлено кистозное образование правой почки 4 на

5 см. При рентгенографии костей таза выявлены очаговые тени в подвздошных костях до 3 см в диаметре.

1. Поставьте предварительный диагноз
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Какова дальнейшая диагностическая и лечебная тактика?

Задача 26. Больной Г. 47 лет поступил в отделение нефрологии с лёгкими отёками нижних конечностей, с жалобами на лихорадку до 38°C с подъёмами в вечернее время, отсутствие аппетита. Заболел 6 мес назад, когда без видимых причин стал пропадать аппетит, в вечерние часы повышалась температура до 37-37,2°C, стал худеть. При обследовании участковым терапевтом высказалось предположение о хроническом пиелонефрите вследствие наличия в 3 ОАМ эритроцитурии до 10 в п.зр. Больной принимал антибиотики: цефазолин, цефобид, нолицин, гентамицин, каждый по 3 нед без особого эффекта.

При объективном обследовании: АД 160/90 мм рт ст, пульс 90 уд/мин. Тоны сердца ритмичные, чистые, приглушены. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. При пальпации живота без признаков патологии. Диурез 900 мл/сут. Частые запоры.

При лабораторном обследовании: в ОАМ – белок 0,99 г/л, уд вес 1015, эритроциты – 20-25 в п.зр., лейкоциты – 2-3 в п.зр., пл эпителий – 1-2 в п.зр. В ОАК – Нв – 110 г/л, эритроциты – $3,8 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты – $6 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 26 мм/час. Биохимия крови – о. билирубин – 15,5 мкмоль/л, неконъюгированный – 15 мкмоль/л, конъюгированный – 0,5 мкмоль/л, глюкоза – 3,5 ммоль/л, холестерин – 6,1 ммоль/л, АлАТ – 0,4 ед, креатинин – 100 мкмоль/л. При УЗИ органов брюшной полости и почек патологии не выявлено.

1. Поставьте предварительный диагноз
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Какова дальнейшая диагностическая и лечебная тактика?

Задача 27. Больной Г. 57 лет поступил в отделение нефрологии с лёгкими отёками нижних конечностей, с жалобами на общую слабость. Заболел 6 мес назад, когда при очередном медицинском обследовании в моче был обнаружен белок (0,99 г/л) и эритроциты (4-7 в п.зр.). При обследовании участковым терапевтом высказалось предположение о хроническом гломерулонефрите вследствие наличия в 2 ОАМ эритроцитурии до 10 в п.зр и протеинурии до 1 г/сут. Больной обследовался в отделении терапии, где проводилась антибиотикотерапия, терапия преднизолоном в дозе 20 мг/сут без видимого эффекта.

При объективном обследовании: АД 150/90 мм рт ст, пульс 80 уд/мин. Тоны сердца ритмичные, чистые, приглушены. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. При пальпации живота без признаков патологии. Диурез 1000 мл/сут. Частые запоры.

При лабораторном обследовании: в ОАМ – белок 0,99 г/л, уд вес 1005, эритроциты – 10-15 в п.зр., лейкоциты – 2-3 в п.зр., пл эпителий – 1-2 в п.зр. В ОАК – Нв – 112 г/л, эритроциты – $3,9 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты – $5 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 16 мм/час. Биохимия крови – о. билирубин – 15,5 мкмоль/л, неконъюгированный – 15 мкмоль/л, конъюгированный – 0,5 мкмоль/л, глюкоза – 3,5 ммоль/л, холестерин – 6,1 ммоль/л, АлАТ – 0,4 ед, креатинин – 106 мкмоль/л. При УЗИ органов брюшной полости и почек патологии не выявлено.

1. Поставьте предварительный диагноз. Определите ошибки на этапе до оказания специализированной медицинской помощи.
2. Определите тактику ведения больного.

Задача 28. Больной С. 22 лет обратился к нефрологу в связи с обнаружением в моче эритроцитурии при прохождении планового медицинского обследования. Ранее эритроциты в моче регистрировались в детском возрасте и при анализе амбулаторной карты они выявлялись с 2-х летнего возраста в количестве 4-8 в п.зр. При обследовании в возрасте 3-х лет был диагностирован острый гломерулонефрит, по поводу которого находился на обследовании с лечения в областной детской больнице. В дальнейшем чувствовал себя хорошо и за медицинской помощью не обращался.

При объективном обследовании: АД 120/80 мм рт ст, пульс 80 уд/мин, ритмичный. Тоны сердца ритмичные, чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. При перкуссии живота – без патологии. Диурез 2000 мл/сут.

При лабораторном обследовании: в ОАМ – белок 0,033 г/л, уд вес 1006, эритроциты – 7-8 в п.зр., лейкоциты – 2-3 в п.зр., пл эпителий – 1-2 в п.зр. В ОАК – Нв – 100 г/л, эритроциты – $3,9 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты – $7 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 6 мм/час, эозинофилы – 1, палочкоядерные – 2, сегментоядерные – 75, лимфоциты – 25, моноциты – 1. Биохимия крови – о. билирубин – 15,5 мкмоль/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, холестерин – 5,9 ммоль/л, АлАТ – 0,4 ед, креатинин – 255 мкмоль/л.

1. Поставьте предварительный диагноз
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Какова дальнейшая диагностическая и лечебная тактика?

Задача 29. Больная С. 18 лет поступила в отделение нефрологии с выраженными отёками нижних конечностей, с жалобами на лихорадку до 37°C с подъёмами в вечернее время, отсутствие аппетита, боли в суставах кистей. Заболела 2 мес назад, когда без видимых причин появились отёки, субфебрильная температура, на лице и руках появились покраснения. Месяц назад при отдыхе на морском курорте присоединились боли и припухания суставов кистей, одышка.

При обследовании участковым терапевтом выявлено повышение СОЭ до 30 мм/час, лейкопения – $3 \cdot 10^9$ /л, тромбоцитопения – $50 \cdot 10^9$ /л, протеинурия до 3,3 г/л, эритроцитурия – 3-7 в п.зр. Уровень мочевины составил 10,9 ммоль/л. Высказалось предположение о гломерулонефрите, сепсисе.

При объективном обследовании: на коже лица, кистях и предплечьях разлитая эритема. АД 160/90 мм рт ст, пульс 80 уд/мин. Тоны сердца ритмичные, чистые, приглушены. В лёгких дыхание везикулярное, несколько ослаблено в нижних отделах с 2-х ст, хрипов нет. При перкуссии притупление звука в н/отд с 2-х ст. ЧДД 22 в мин. При пальпации живота без признаков патологии. Диурез 900 мл/сут.

При лабораторном обследовании: в ОАМ – белок 6,6 г/л, уд вес 10100, эритроциты – 15-20 в п.зр., лейкоциты – 12-13 в п.зр., пл эпителий – 1-2 в п.зр. В ОАК – Нв – 90 г/л, эритроциты – $2,8 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты – $3 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 18 мм/час. Биохимия крови – о. билирубин – 15,2 мкмоль/л, неконъюгированный – 14,5 мкмоль/л, конъюгированный – 0,5 мкмоль/л, глюкоза – 3,5 ммоль/л, холестерин – 6,1 ммоль/л, АлАТ – 0,4 ед, креатинин – 104 мкмоль/л. При УЗИ органов брюшной полости и почек патологии не выявлено. Рентгенологически определяется гидроторакс с 2-х ст.

1. Поставьте предварительный диагноз, определите ошибки диагностики.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Какова дальнейшая диагностическая и лечебная тактика?

Задача 30. Больной С. 23 лет обратился к нефрологу в связи с обнаружением в моче эритроцитурии при прохождении планового медицинского обследования. Ранее эритроциты в моче регистрировались в детском возрасте и при анализе амбулаторной карты они выявлялись с 2-х летнего возраста в количестве 4-8 в п.зр. При обследовании в возрасте 3-х лет был диагностирован острый гломерулонефрит, по поводу которого находился на обследовании с лечения в областной детской больнице. В дальнейшем чувствовал себя хорошо и за медицинской помощью не обращался.

При объективном обследовании: АД 120/80 мм рт ст, пульс 80 уд/мин, ритмичный. Тоны сердца ритмичные, чистые. Дыхание везикулярное, хрипов

нет. ЧДД 18 в мин. При перкуссии живота – без патологии. Диурез 2000 мл/сут.

При лабораторном обследовании: в ОАМ – белок 0,033 г/л, уд вес 1006, эритроциты – 7-8 в п.зр., лейкоциты – 2-3 в п.зр., пл эпителий – 1-2 в п.зр. В ОАК – Нв – 100 г/л, эритроциты – $3,9 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты – $7 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 6 мм/час, эозинофилы – 1, палочкоядерные – 2, сегментоядерные – 75, лимфоциты – 25, моноциты – 1. Биохимия крови – о. билирубин – 15,5 мкмоль/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, холестерин – 5,9 ммоль/л, АЛАТ – 0,4 ед, креатинин – 255 мкмоль/л.

1. Поставьте предварительный диагноз
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Какова дальнейшая диагностическая и лечебная тактика?

Описание показателей и критериев оценивания компетенций на этапах их формирования, описание шкал оценивания

Критерии	Уровни сформированности компетенций		
	<i>пороговый</i>	<i>достаточный</i>	<i>повышенный</i>
	Компетенция сформирована. Демонстрируется достаточный уровень самостоятельности устойчивого практического навыка	Компетенция сформирована. Демонстрируется достаточный уровень самостоятельности устойчивого практического навыка	Компетенция сформирована. Демонстрируется высокий уровень самостоятельности высокая адаптивность практического навыка

Показатели оценивания компетенций и шкалы оценки

Оценка «неудовлетворительно» (не зачтено) или отсутствие сформированности компетенции	Оценка «удовлетворительно» (зачтено) или удовлетворительный уровень освоения компетенции	Оценка «хорошо» (зачтено) или повышенный уровень освоения компетенции	Оценка «отлично» (зачтено) или высокий уровень освоения компетенции
Неспособность обучающегося самостоятельно	Обучающийся демонстрирует самостоятельность в	Обучающийся демонстрирует самостоятельное	Обучаемый демонстрирует способность к

<p>продемонстрировать знания при решении заданий, отсутствие самостоятельности в применении умений.</p> <p>Отсутствие подтверждения наличия сформированности компетенции свидетельствует об отрицательных результатах освоения учебной дисциплины</p>	<p>применении знаний, умений и навыков к решению учебных заданий в полном соответствии с образцом, данным преподавателем, по заданиям, решение которых было показано преподавателем, следует считать, что компетенция сформирована на удовлетворительном уровне.</p>	<p>применение знаний, умений и навыков при решении заданий, аналогичных образцам, что подтверждает наличие сформированной компетенции на более высоком уровне. Наличие такой компетенции на повышенном уровне свидетельствует об устойчиво закрепленном практическом навыке</p>	<p>полной самостоятельности в выборе способа решения нестандартных заданий в рамках дисциплины с использованием знаний, умений и навыков, полученных как в ходе освоения данной дисциплины, так и смежных дисциплин, следует считать компетенцию сформированной на высоком уровне.</p>
---	--	---	--

Критерии оценивания форм контроля.

Критерии оценивания при зачёте:

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность ответа
зачтено	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	логичность и последовательность ответа
не зачтено	недостаточное знание изучаемой предметной области, неудовлетворительное раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа	слабые навыки анализа явлений, процессов, событий, неумение давать аргументированные ответы, приводимые примеры ошибочны	отсутствие логичности и последовательности ответа

Собеседования:

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность ответа
отлично	прочность знаний, знание основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом; логичностью и последовательностью ответа	высокое умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	высокая логичность и последовательность ответа
хорошо	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; свободное владение монологической речью, однако допускается одна - две неточности в ответе	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; однако допускается одна - две неточности в ответе	логичность и последовательность ответа
удовлетворительно	удовлетворительные знания процессов изучаемой предметной области, ответ, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительное умение давать аргументированные ответы и приводить примеры; удовлетворительно сформированные навыки анализа явлений, процессов. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительная логичность и последовательность ответа
неудовлетворительно	слабое знание изучаемой предметной области, неглубокое раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, слабые навыки анализа явлений, процессов. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа	неумение давать аргументированные ответы	отсутствие логичности и последовательности ответа

Шкала оценивания тестового контроля:

процент правильных ответов	Отметки
91-100	отлично
81-90	хорошо
71-80	удовлетворительно
Менее 71	неудовлетворительно

Ситуационных задач:

Отметка	Дескрипторы			
	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения ситуации	профессиональное мышление
отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	высокий уровень профессионального мышления
хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна-две неточности в ответе
удовлетворительно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	Удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы	Удовлетворительные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе
неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	Низкая способность анализировать ситуацию	Недостаточные навыки решения ситуации	Отсутствует