

Государственное бюджетное образовательное учреждение
Высшего профессионального образования
"Башкирский государственный медицинский университет"
Министерство Здравоохранения и Социального развития Российской Федерации
Институт последипломного образования
Кафедра терапии и общей врачебной практики с курсом гериатрии

УТВЕРЖДАЮ

Директор института последипломного
образования, профессор

М.С. Кунафин

“ 17 ” сентября 2011

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

цикла первичной переподготовки по специальности «Нефрология»

продолжительность 4 месяца (576 часов) (040122.07)

Лекции	148 часов
Семинарские занятия	74 часов
Практические занятия	348 часов
Экзамен	6 часов
ИТОГО:	576 часа (16 кредитов)

Контингент слушателей: врачи,
окончившие медицинский ВУЗ по
базовым специальностям «Лечебное
дело» и «Педиатрия»

УФА – 2011

Рабочая программа цикла первичная специализация по "Нефрологии» (040122.07) составлена на основе государственного стандарта послевузовской профессиональной подготовки специалистов по специальности «Нефрология» (Москва, 2001 г.) и унифицированной программы последипломного образования врачей по специальности «Нефрология» (Москва, 1999 г.)

Составитель: проф. Никуличева В.И., доц. Лехмус Т.Ю.

Рабочая программа обсуждена на заседании кафедры терапии и общей врачебной практики с курсом гериатрии ИПО БГМУ 7.10. 2011 года (протокол № 47)

Зав. кафедрой терапии и ОВП,
профессор



В. И. Никуличева

Рабочая программа одобрена Методическим Советом специальностей ИПО БГМУ протокол № 7 от 12 октября 2011 г.

Председатель МСС,

профессор



В. И. Никуличева

Секретарь МСС,

доцент



Т. Ю. Лехмус

Рабочая программа утверждена Координационным научно - методическим советом Института Последипломного образования БГМУ, протокол № 11 от 17 октября 2011 года.

Председатель КМНС ИПО БГМУ,

Профессор



М. С. Кунафин

Секретарь КМНС ИПО БГМУ,

Профессор, д.м.н.



Л. П. Фаизова

Рабочая программа утверждена на Ученом совете Института Последипломного образования БГМУ, протокол № 2 от 20 октября 2011 года.

Председатель Ученого совета ИПО БГМУ,

Профессор



М. С. Кунафин

Секретарь Ученого Совета ИПО БГМУ,

профессор, д.м.н.



Г. П. Ширяева

Рабочая программа цикла первичная переподготовка по "Нефрологии» (040122.07) составлена на основе государственного стандарта послевузовской профессиональной подготовки специалистов по специальности «Нефрология» (Москва, 2001 г.) и унифицированной программы последипломного образования врачей по специальности «Нефрология» (Москва, 1999 г.)

Составитель: проф. Никуличева В.И., доц. Лехмус Т.Ю.

Рабочая программа обсуждена на заседании кафедры терапии и общей врачебной практики с курсом гериатрии ИПО БГМУ 7.10. 2011 года (протокол № 47)

Зав. кафедрой терапии и ОВП,
профессор

В. И. Никуличева

Рабочая программа одобрена Методическим Советом специальностей ИПО БГМУ протокол № 7 от 12 октября 2011 г.

Председатель МСС,
профессор
Секретарь МСС,
доцент

В. И. Никуличева

Т. Ю. Лехмус

Рабочая программа утверждена Координационным научно - методическим советом Института Последипломного образования БГМУ, протокол № 11 от 17 октября 2011 года.

Председатель КМНС ИПО БГМУ,
Профессор

М. С. Кунафин

Секретарь КМНС ИПО БГМУ,
Профессор, д.м.н.

Л. П. Фаизова

Рабочая программа утверждена на Ученом совете Института Последипломного образования БГМУ, протокол № 2 от 20 октября 2011 года.

Председатель Ученого совета ИПО БГМУ,
Профессор

М. С. Кунафин

Секретарь Ученого Совета ИПО БГМУ,
профессор, д.м.н.

Г. П. Ширяева

Выписка из протокола № 11

от 17 октября 2011 г.

заседания Координационного научно-методического совета ИПО БГМУ об одобрении рабочей программы цикла первичной переподготовки по специальности "Нефрология" (576ч.) (составители проф. Никуличева В.И., доц. Лехмус Т.Ю.)

Рабочая программа подготовлена методически правильно, отвечает требованиям Государственного образовательного стандарта послевузовской профессиональной подготовки специалистов с высшим медицинским образованием по специальности 040122.07 «Нефрология» (Москва, 2001), и унифицированной программы дополнительного профессионального образования по нефрологии (М, 1999).

Программа цикла первичной специализации по специальности «Нефрология» (576 ч.) рассмотрена на заседании кафедры терапии и общей врачебной практики с курсом гериатрии ИПО (протокол № 47 от 7.10. 2011 г), одобрена рецензентами: зав кафедрой акушерства и гинекологии ИПО профессором Кулавским В.А., зав. кафедрой традиционной медицины профессором Лепилиной Л.А.), одобрена на заседании методического совета по терапевтическим специальностям (протокол № 7 от 12.10.11).

Программа цикла первичной специализации по специальности "Нефрология» (576 ч.) одобрена Координационным научно-методическим советом ИПО БГМУ, рекомендуется для утверждения на ученом совете ИПО БГМУ

Председатель Координационного научно-методического
совета ИПО БГМУ, проф.

М. С. Кунафин

Секретарь Координационного научно-методического
совета ИПО БГМУ, проф.

Л. П. Фаизова

Выписка из протокола № 47 от 7 октября 2011 г.

заседания кафедры терапии и общей врачебной практики с курсом гериатрии ИПО БГМУ об утверждении рабочей программы цикла первичной переподготовки по специальности «Нефрология» (576 ч)

(составители проф. Никуличева В.И., доц. Лехмус Т.Ю.)

Присутствовали все сотрудники кафедры.

На основании анализа представленных материалов кафедра подтверждает:

1. Рабочая программа подготовлена удовлетворительно с методической и научной точек зрения и отвечает требованиям Государственного образовательного стандарта послевузовской профессиональной подготовки специалистов с высшим медицинским образованием по специальности 040122.07 «Нефрология» (Москва, 2001) и унифицированной программы дополнительного профессионального образования по нефрологии (М, 1999).
2. Рецензенты после устранения не принципиальных замечаний дали положительную оценку.

Зав. кафедрой терапии и ОВП с курсом гериатрии
ИПО БГМУ, проф.

В. И. Никуличева

Секретарь, доц.

Т. И. Веревкина

Выписка из протокола № 7 от 12 октября 2011 г.

заседания МСС по терапевтическим специальностям ИПО БГМУ об одобрении рабочей программы цикла первичной переподготовки по специальности "Нефрология " (576ч.)

(составители проф. Никуличева В.И., доц. Лехмус Т.Ю.).

Присутствовали члены МСС терапевтических кафедр ИПО БГМУ.

На основании анализа представленных материалов МСС подтверждает:

1. Рабочая программа подготовлена методически правильно, отвечает требованиям Государственного образовательного стандарта послевузовской профессиональной подготовки специалистов с высшим медицинским образованием по специальности 040122.07 «Нефрология» (Москва, 2001) и унифицированной программы дополнительного профессионального образования по нефрологии (М, 1999).
2. Рабочая программа утверждена на заседании кафедры
3. Рецензенты после подробного анализа рабочей программы дали положительную оценку.
4. Все замечания рецензентов учтены и устранены.

Постановили: Рекомендовать рабочую программу цикла первичной специализации по специальности «Нефрология» (576 ч), представленную кафедрой терапии и общей врачебной практики с курсом гериатрии ИПО БГМУ, для использования в учебном процессе.

Председатель методического совета по
терапевтическим специальностям, проф.

В. И. Никуличева

Секретарь методического совета по
терапевтическим специальностям, доцент

Т. Ю. Лехмус

Выписка

Из протокола № 2 от 20 октября 2011 года

Заседания ученого совета ИПО БГМУ

Слушали: утверждение рабочей программы цикла первичной переподготовки по специальности "Нефрология", продолжительность 576 ч (040122.07) составлена на основании унифицированной программы дополнительного профессионального образования (Москва, 1999 г) и государственного стандарта послевузовской профессиональной подготовки специалистов по специальности «Нефрология» (Москва, 2001 г.)

Составители: проф. Никуличева В.И., доц. Лехмус Т.Ю.

Рецензенты:

зав. кафедрой акушерства и гинекологии, профессор В. А. Кулавский

зав. кафедрой традиционной медицины, профессор Л. А. Лепилина

Получены положительные отзывы.

Решили: утвердить рабочую программу цикла первичной специализации по специальности "Нефрология", продолжительность 576 ч (040122.07)

Председатель ученого совета ИПО БГМУ,

Профессор

М.С. Кунафин

Секретарь ученого совета ИПО БГМУ,

профессор

Г.П.Ширяева

ЗАКЛЮЧЕНИЕ РЕЦЕНЗЕНТА

на рабочую программу профессиональной переподготовки "Нефрология" по специальности "Нефрология" код 040122.07, форма обучения очная, разработанную сотрудниками кафедры терапии и общей врачебной практики с курсом гериатрии Института последипломного образования ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства Здравоохранения и Социального развития Российской Федерации.

Представленная на рецензию рабочая программа соответствует требованиям Госстандарта (Москва, 2001 г.) по обучению врачей по специальности "Нефрология" - 040122.07, квалификационной характеристики врача-нефролога, типовой программы дополнительного профессионального образования врачей (Москва, 2005 г.).

Рабочая программа содержит цель и задачи преподавания дисциплины, требования к уровню усвоения содержания дисциплины: перечень практических навыков и умений. В данной рабочей программе подробно изложен объем дисциплины, виды учебных работ, тематический план. Всего на курс предусмотрено 576 часов (кредитов 16 ед), из них 148 ч лекций, 348 ч практических занятий, 80 ч семинаров.

Широко представлено информационно-методическое обеспечение лекций, практических и семинарских занятий. В рабочей программе усилено внимание к преподаванию таких разделов как "Физиология и анатомия почек", "Интенсивная терапия в нефрологии".

Региональный компонент представлен изучением состояния здоровья населения республики Башкортостан.

Рабочая программа составлена с учетом современных научно-педагогических позиций, оптимизирует организацию самостоятельной работы курсантов.

Требования, определяющие качество учебно-методических материалов	Оценка выполнения требований в баллах (1-10)	Замечания
Общие требования 1. Содержание рабочей программы соответствует типовой программе для врачей факультета.	8	
Требования к содержанию 2. Основные дидактические единицы соответствуют Типовому федеральному стандарту	9	
Требования к качеству информации 3. Приведенные сведения точны, достоверны и обоснованы. 4. Авторами использованы методы стандартизации. 5. Используются классификации и номенклатуры, принятые в последние годы (МКБ-10), международная система единиц СИ и др. 6. Методический уровень представления учебного материала высок, изложение содержания адаптировано к образовательным технологиям. 7. Соблюдены психолого-педагогические требования к трактовке излагаемого материала.	9 9 10 9 9	
Требования к стилю изложения 8. Изложение вопросов системно, последовательно, без излишних подробностей. 9. Определения четки, доступны для понимания. 10. Однозначность употребления терминов. 11. Соблюдены нормы современного русского языка.	8 9 9 9	
Требования к оформлению 12. Рабочая программа оформлена аккуратно, в едином	9	

стиле.		
Итого баллов	107	

Заключение:

Рабочая программа профессиональной переподготовки "Нефрология" по специальности "Нефрология" код - 040122.07, форма обучения очная, является важным и необходимым элементом в учебном процессе, выполнена с соблюдением основных требований, предъявляемым к учебно-методической литературе и может быть рекомендована к применению в учебном процессе на кафедре терапии и общей врачебной практики с курсом гериатрии ИПО ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства Здравоохранения и Социального развития Российской Федерации.

Заведующая кафедрой терапии факультета последипломного
дополнительного и профессионального образования ГБОУ ВПО

"Челябинская государственная медицинская
академия" Министерства Здравоохранения и
Социального развития Российской Федерации,
д.м.н., профессор

Игнатова Г. Л. Игнатова Г. Л.



МП

ЗАКЛЮЧЕНИЕ РЕЦЕНЗЕНТА

на рабочую программу профессиональной переподготовки "Нефрология" по специальности "Нефрология" код 040122.07, форма обучения очная, разработанную сотрудниками кафедры терапии и общей врачебной практики с курсом гериатрии Института последипломного образования ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства Здравоохранения и Социального развития Российской Федерации.

Представленная на рецензию рабочая программа соответствует требованиям Госстандарта (Москва, 2001 г.) по обучению врачей по специальности "Нефрология" - 040122.07, квалификационной характеристики врача-нефролога, типовой программы дополнительного профессионального образования врачей (Москва, 2005 г.).

Рабочая программа содержит цель и задачи преподавания дисциплины, требования к уровню усвоения содержания дисциплины: перечень практических навыков и умений. В данной рабочей программе подробно изложен объем дисциплины, виды учебных работ, тематический план. Всего на курс предусмотрено 576 часов (кредитов 16 ед), из них 148 ч лекций, 348 ч практических занятий, 80 ч семинаров.

Широко представлено информационно-методическое обеспечение лекций, практических и семинарских занятий. В рабочей программе усилено внимание к преподаванию таких разделов как "Физиология и анатомия почек", "Интенсивная терапия в нефрологии".

Региональный компонент представлен изучением состояния здоровья населения республики Башкортостан.

Рабочая программа составлена с учетом современных научно-педагогических позиций, оптимизирует организацию самостоятельной работы курсантов.

Требования, определяющие качество учебно-методических материалов	Оценка выполнения требований в баллах (1-10)	Замечания
Общие требования 1. Содержание рабочей программы соответствует типовой программе для врачей факультета.	8	
Требования к содержанию 2. Основные дидактические единицы соответствуют Типовому федеральному стандарту	9	
Требования к качеству информации 3. Приведенные сведения точны, достоверны и обоснованы. 4. Авторами использованы методы стандартизации. 5. Используются классификации и номенклатуры, принятые в последние годы (МКБ-10), международная система единиц СИ и др. 6. Методический уровень представления учебного материала высок, изложение содержания адаптировано к образовательным технологиям. 7. Соблюдены психолого-педагогические требования к трактовке излагаемого материала.	9 9 10 9 9	
Требования к стилю изложения 8. Изложение вопросов системно, последовательно, без излишних подробностей. 9. Определения четки, доступны для понимания. 10. Однозначность употребления терминов. 11. Соблюдены нормы современного русского языка.	8 9 9 9	
Требования к оформлению 12. Рабочая программа оформлена аккуратно, в едином	9	

стиле.		
Итого баллов	107	

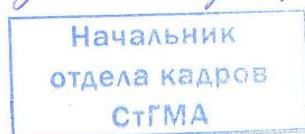
Заключение:

Рабочая программа профессиональной переподготовки "Нефрология" по специальности "Нефрология" код - 040122.07, форма обучения очная, является важным и необходимым элементом в учебном процессе, выполнена с соблюдением основных требований, предъявляемым к учебно-методической литературе и может быть рекомендована к применению в учебном процессе на кафедре терапии и общей врачебной практики с курсом гериатрии ИПО ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства Здравоохранения и Социального развития Российской Федерации.

Заведующий кафедрой терапии ИПО ГБОУ ВПО
"Ставропольская государственная медицинская
академия" Министерства Здравоохранения и
Социального развития Российской Федерации,
д.м.н., профессор

Пасечников В. Д.

Заместитель профессора Пасечников В. Д. завершено.



Пасечников В. Д.

МП

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

В учебных программах высших учебных медицинских учреждений вопросам нефрологии отводится малое количество учебных часов. Выпускники медицинских институтов недостаточно ориентированы в нефрологических проблемах. В то же время постоянно увеличивается число факторов риска развития нефропатий, к которым относят вредное воздействие вирусов, токсических веществ (в т.ч. алкоголя), лекарственных препаратов (особенно при полипрагмазии), неблагоприятных экологических условий. Четко прослеживается тенденция к нарастанию почечной патологии у больных, страдающих сахарным диабетом, системными васкулитами. Часто присоединение поражения почек у данных больных определяет их прогноз.

Больным нефрологического профиля, как правило, проводится активная иммуносупрессивная терапия, требующая постоянного контроля специалиста-нефролога. Кроме того, больные с исходом в терминальную почечную недостаточность должны быть под постоянным наблюдением врачей отделений гемодиализа, перитонеального диализа, т.к. это лечение проводится пожизненно. Таким образом, существует необходимость подготовки для нужд практического здравоохранения специалиста-нефролога.

Быстрое развитие новых медицинских технологий, необходимость их внедрения в практическое здравоохранение требует от любого специалиста, в том числе и врача-нефролога, постоянного совершенствования своих знаний и умений.

Целью обучения врача-нефролога является подготовка врачей к самостоятельной работе по оказанию специализированной нефрологической помощи. Нефрологическая патология достаточно распространена, встречается во всех возрастных группах и часто сопутствует заболеваниям других органов и систем, поэтому важнейшей задачей в воспитании врача-нефролога является не только знакомство с современными подходами в диагностике и лечении заболеваний почек, но и широкий медицинский кругозор.

Цикл рассчитан на врачей отделения нефрологии и гемодиализа, со стажем работы не менее 5 лет, а также врачей, прошедших цикл профессиональной переподготовки «Нефрология». После завершения цикла врачи имеют право сдавать экзамен для получения сертификата по специальности «нефрология».

Продолжительность обучения 4 месяца (576 часа). Форма обучения – очная. Режим занятий - 6 часов в день.

Квалификационная характеристика специалиста- нефролога

Наименование врачебной должности – врач-нефролог; наименование врачебной специальности – нефрология.

ЗНАТЬ:

- экономические аспекты деятельности больнично-поликлинических учреждений;
- вопросы страховой медицины и ее формы; цель и основные задачи медицинского страхования; объект медицинского страхования; формы страхования – обязательное, добровольное, источник финансирования здравоохранения в РФ;

- вопросы временной и стойкой нетрудоспособности при заболеваниях почек; организация медико-социальной экспертизы;
- организацию, формы и методы санитарно- просветительной работы, особенности проведения этой работы среди разных возрастных групп (пожилых больных, пациентов детского возраста).

По специальности знать:

- основы топографической анатомии органов брюшной полости и забрюшинного пространства; эмбриология мочеполовой системы; анатомические особенности мочеполовой системы в возрастном аспекте;
- основы водно-электролитного обмена; кислотно-щелочного баланса; возможные типы их нарушения и принципы терапии у взрослых пациентов;
- показатели гомеостаза в норме и патологии;
- клиническая симптоматика и патогенез основных заболеваний почек у взрослых; их профилактика и лечение;
- общие и функциональные методы исследования в нефрологии;
- специальные методы исследования в нефрологии (рентгенологические, радиологические, ультразвуковые и другие);
- основы фармакотерапии в нефрологической клинике; механизм действия основных групп лекарств; особенности действия лекарств при нарушении функции почек в различных возрастных группах;
- клиническая симптоматика пограничных состояний в нефрологии;
- внепочечные методы очищения крови (гемодиализ и другие);
- организация службы интенсивной терапии и реанимации в нефрологии;
- применение физиотерапии, климатотерапии и лечебной физкультуры в нефрологической клинике;

Владение алгоритмом постановки диагноза и проведение необходимого лечения при основных нозологических формах в нефрологии

Перечень знаний и практических навыков, необходимых в работе врача-нефролога

Наименование раздела, темы, элемента
I. Общеврачебные диагностические и лечебные манипуляции
Методы обследования больных (анамнез, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)
Ведение медицинской документации (в стационаре, поликлинике, врачебном участке)
Правила и техника переливания крови, препаратов крови и кровезаменителей
Расшифровка и оценка ЭКГ
Временная остановка наружных кровотечений
Неотложная помощь при острых отравлениях
Неотложная помощь при синдроме дегидратации (пероральный, внутривенный)

Неотложная помощь при острой задержки мочи
Неотложная помощь при эпилептическом статусе
Экстренная помощь при неотложных состояниях: - шок (кардиогенный, анафилактический, токсический, травматический).
- приступ бронхиальной астмы, астматический статус
- пневмоторакс
- острая дыхательная недостаточность, тромбоэмболия легочной артерии
- острая сердечная недостаточность, обморок, сердечная астма, отек легких
- нарушение ритма сердца
- гипертонический криз
- острые аллергические состояния
- почечная колика
- кома (диабетическая, гипогликемическая, гиперосмолярная)
- ожоги, отморожения, поражение электрическим током, тепловой и солнечный удар, утопление, внезапная смерть
- печеночная недостаточность
- острая надпочечниковая недостаточность
II. По специальности «нефрология»
Владеть методами обследования нефрологических больных (микроскопические исследования осадка мочи, определение суточной протеинурии и глюкозурии, расчет суточной протеинурии, величины скорости клубочковой фильтрации по клиренсу эндогенного креатинина)
Уметь оценить показания и противопоказания для проведения биопсии почки, почечного трансплантата
Определить срочное показание для проведения гемодиализа
Уметь рассчитать необходимые дозы лекарственных средств, в зависимости от степени хронической почечной недостаточности
Уметь оказать экстренную помощь при неотложных состояниях в нефрологии:
- краш-синдром при множественной травме
- острые водно-электролитные нарушения
- гипер- и гипокалиемия
- гипер- и гипокальциемия
- гипер- и гипофосфатемия
- почечная эклампсия
- макрогематурия
- нефротический криз

- острая мочекишечная блокада
- бактериемический шок
- декомпенсированный метаболический ацидоз
- острый ДВС-синдром
- острый криз отторжения почечного трансплантата
- острые осложнения экстракорпоральных методов лечения
- тромбоз артериовенозного шунта

В разделе: «Основы структуры и функции почки»

- уметь определять на обзорных снимках почек и урограммах:
 1. местоположение почек
 2. размеры почек
 3. состояние чашечно-лоханочной системы
 4. наличие аномалий развития мочевой системы
- рассчитывать величину скорости КФ по клиренсу эндогенного креатинина
- интерпретировать полученные данные, сопоставляя их с другими показателями азото-
выделительной функции почек
- определять относительную плотность мочи
- оценивать мочевой синдром :
 1. определять протеинурию
 2. рассчитывать суточную протеинурию
 3. проводить ортостатическую пробу
- определить сахар в моче
- клинически интерпретировать изменения осадка мочи
- определять характер солей при:
 1. осмотре осадка мочи
 2. микроскопии осадка мочи

Владеть :

микроскопическим исследованием осадка мочи

В разделе «Основные нозологические формы»

Уметь:

- получить объективную информацию о заболевании
- выявить ведущий синдром
- выявить этиологию болезни
- определить объем необходимых дополнительных методов исследования
- оценить степень активности нефропатии
- оценить функциональное состояние почек
- оценить показания для госпитализации

- выработать план ведения пациента в амбулаторных условиях, стационаре
- обосновать выбор назначенных медикаментов
- оценить трудоспособность и прогноз больного
- определить показания и противопоказания для проведения биопсии почки
- определить наличие показаний и противопоказаний для проведения аортографии

Уметь:

- обосновать показания к назначению различных модификаций малобелковой диеты
- рассчитать необходимую суточную квоту белка, фосфора, калия, общего калоража
- рассчитать дозы различных лекарств, в зависимости от степени хронической почечной недостаточности
- рассчитать дозы бикарбоната натрия для коррекции метаболического ацидоза
- определить срочные показания к проведению гемодиализа
- определить клинические и лабораторные тесты оценки состояния почечного трансплантата
- определить показания для биопсии почечного трансплантата

В разделе «Неотложные состояния»

Неотложные состояния у нефрологических больных: гипергидратация, дегидратация, гиповолемический шок, бактериемический шок, эклампсия, гиперкалиемия, гиперкальциемия, ДВС-синдром, дистресс-синдром, острый тромбоз почечных вен, острый криз отторжения трансплантата, макрогематурия., почечная колика.

Уметь оказывать помощь при следующих неотложных состояниях:

- краш-синдром и множественная травма
- гиперкальциемия, гипокальциемия
- гиперкалиемия, гипокалиемия
- гипертонический криз и почечная эклампсия
- почечная колика
- макрогематурия
- гиповолемический шок
- бактериемический шок
- острая почечная недостаточность
- криз отторжения трансплантата
- острая дыхательная недостаточность
- респираторный дистресс-синдром
- острая сердечная недостаточность
- декомпенсированный метаболический ацидоз
- гипергидратация, соледефицитные состояния
- острый ДВС-синдром

Навыки социальной деятельности

Уметь в своей практической работе учитывать особенности течения различных болезней, в том числе и почек; у пациентов пожилого и старческого возраста; особенности фармакотерапии, реабилитации данных пациентов (геронтологические аспекты).

Кроме того, необходимо иметь навыки общения с детьми, особенности лечения в разных возрастных группах (педиатрические аспекты).

Владеть деонтологическими навыками при работе с пациентами и их родственниками; коллегами по профессии.

Перечень наглядных и других пособий, методических указаний по проведению конкретных видов учебных занятий, а также методических материалов к используемым в учебном процессе техническим средствам.

1.	Методические рекомендации, информационные письма, приказы МЗ РФ, МЗ РБ
2.	Методические разработки к лекциям
3.	Методические разработки к практическим занятиям и семинарам
4.	Наборы анализов крови, мочи
5.	Наборы рентгенограмм, урограмм при заболеваниях мочевыделительной системы электрокардиограмм
6.	Таблицы
7.	Слайды
8.	Тесты программированного контроля

СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИН

№	Наименование разделов и дисциплин	Число учебных часов			
		Лекции	Практ. занятия	Семинары	Всего
1.	Социальная гигиена, организация здравоохранения и организация нефрологической службы	7	3	-	10
2.	Общая нефрология	10	19	3	32
3.	Частная нефрология	123	304	63	490
4.	Смежные дисциплины	8	22	8	38
	ЭКЗАМЕН				6
	ИТОГО:				576

Форма контроля:

1. Опрос
2. Разбор на практических занятиях
3. Разбор на семинарах

4. Текущий, итоговый тестовый контроль
5. Экзамен.

УЧЕБНЫЙ ПЛАН

№	Наименование курсов и разделов	Число учебных часов			
		ЛК	ПЗ	С	всего
1.	Основы социальной гигиены и организация терапевтической помощи нефрологическим больным	7	3	-	10
2.	Профессиональная подготовка	141	345	74	560
2.1	ОБЩАЯ НЕФРОЛОГИЯ	10	19	3	32
2.1.1	Анатомия и гистология почек и верхних мочевых путей. Физиология почек	4	3	3	10
2.1.2	Методы обследования нефрологических больных. Основные клинико- лабораторные признаки заболеваний почек	6	16	-	22
2.2.	ЧАСТНАЯ НЕФРОЛОГИЯ	123	304	63	490
2.2.1	Первичные заболевания почек	19	48	11	78
2.2.2	Вторичные заболевания почек	12	52	10	74
2.2.3	Поражения почек при системных заболеваниях	12	30	6	48
2.2.4	Поражения почек при эндокринных заболеваниях. Нефропатия беременных	8	26	6	40
2.2.5	Наследственные и врожденные заболевания почек	16	24	13	53
2.2.6	Урологические заболевания	8	16	6	30
2.2.7	Обменные и парапротеинемические нефропатии	10	12	2	24
2.2.8	Острая почечная недостаточность	10	40	4	54
2.2.9	Хроническая почечная недостаточность	12	31	2	45
2.2.10	Активные методы терапии ОПН и ХПН	16	25	3	44
2.3	СМЕЖНЫЕ ДИСЦИПЛИНЫ	8	22	8	38
2.3.1	Трансфузиология и ее осложнения	2	2	2	6
2.3.2	Вирусные инфекции	2	6	2	10
2.3.3	Иммунная система	2	8	2	12
2.3.4	ВИЧ-инфекция, поражения почек при иммунодефицитных состояниях	2	6	2	10
	ЭКЗАМЕН				6
	ИТОГО:				576

УЧЕБНАЯ ПРОГРАММА

№	Наименование курсов и разделов	Все-го часов	В том числе			Форма контроля
			ЛК	ПЗ	С	
1	2	3	4	5	6	7
1.	Социальная гигиена, организация здравоохранения и организация нефрологической службы	10	7	3	-	зачет
1.1	Организация нефрологической службы	2	2	-	-	
1.2.	Вопросы управления, экономики и планирования	1	1	-	-	
1.3	Санитарно – гигиеническое воспитание и вопросы профилактики	1	-	1	-	
1.4	МСЭ при заболеваниях почек	2	2	-	-	
1.5	Медицинская этика и деонтология	2	-	2	-	
1.6	Правовые основы российского здравоохранения	2	2	-	-	
2.	Анатомия и гистология почек и верхних мочевых путей. Физиология почек	10	4	3	3	тест
2.1.	Эмбриогенез, анатомия и гистология почек и верхних мочевых путей	5	2	3	-	
2.2	Физиология почек	5	2	-	3	
3.	Методы обследования нефрологических больных. Основные клиничко- лабораторные признаки заболеваний почек	22	6	16	-	тест
3.1.	Клинические методы обследования больных с заболеваниями почек	6	2	4	-	
3.2.	Методы исследования функционального состояния почек и клиническая оценка результатов	8	2	6	-	
3.3.	Рентгенологические и инструментальные методы исследования	8	2	6	-	
4.	Первичные заболевания почек	78	19	48	11	зачет
4.1.	Общие вопросы патогенеза нефритов	4	2	-	2	
4.2.	Острый гломерулонефрит	10	2	7	1	
4.3.	Быстро прогрессирующий (экстракапиллярный) гломерулонефрит	6	2	4	-	
4.4.	Хронический гломерулонефрит	18	4	12	2	
4.5.	Острый пиелонефрит	10	2	6	2	
4.6.	Апостематозный нефрит	2	1	1	-	
4.7	Абсцесс и карбункул почки	4	2	2	-	
4.8	Хронический пиелонефрит	12	2	8	2	
4.9	Интерстициальный нефрит	12	2	8	2	
5.	Вторичные заболевания почек	74	12	52	10	зачет
5.1.	Поражения почек при гипертонической болезни	18	2	14	2	
5.2.	Реноваскулярная гипертензия	6	2	4	-	
5.3.	Поражения почек при бактериальном эндокардите	14	2	10	2	

5.4.	Изменения почек при недостаточности кровообращения	10	2	8	-	
5.5.	Поражения почек при гемодинамических (циркуляторных) нарушениях	6	2	4	-	
5.6	Поражения почек при других патологических нарушениях	20	2	12	6	
6.	Поражения почек при системных заболеваниях	48	12	30	6	зачет
6.1.	Поражения почек при системной красной волчанке	18	2	14	2	
6.2.	Поражения почек при системной склеродермии	6	2	2	2	
6.3.	Поражения почек при узелковом периартериите	6	2	4	-	
6.4.	Поражения почек при геморрагическом васкулите	6	2	2	2	
6.5	Поражения почек при гранулематозе Вегенера	6	2	4	-	
6.6	Поражения почек при синдроме Рейтера	6	2	4	-	
7.	Поражения почек при эндокринных заболеваниях. Нефропатия беременных	40	8	26	6	зачет
7.1.	Поражения почек при сахарном диабете	18	2	12	4	
7.2.	Поражения почек при гипо- и гиперальдостеронизме	6	2	4	-	
7.3.	Поражение почек при первичном гиперпаратиреодизме	8	2	6	-	
7.4.	Нефропатия беременных	8	2	4	2	
8.	Наследственные и врожденные заболевания почек	53	16	24	13	тест
8.1.	Общие сведения о врожденных и наследственных заболеваниях почек	2	2	-	-	
8.2.	Поликистоз почек	5	2	3	-	
8.3	Наследственный нефрит с глухотой (синдром Альпорта)	6	2	2	2	
8.4	Поражения почек при периодической болезни	5	2	3	-	
8.5	Уратурия при наследственных нарушениях обмена мочевой кислоты (синдром Леша – Найена)	2	2	-	-	
8.6	Цистинурия	2	-	2	-	
8.7	Индолацидурия (болезнь Хартнупа)	2	-	2	-	
8.8	Глицинурия	2	-	2	-	
8.9	Почечная глюкозурия	2	-	-	2	
8.10	Фосфат – диабет	6	2	2	2	
8.11	Почечный канальцевый ацидоз	5	-	3	2	
8.12	Синдром Фанкони	5	-	3	2	
8.13	Синдром Лидлла (псевдогиперальдостеронизм)	3	-	1	2	
8.14	Псевдогипоальдостеронизм (почечный солевой диабет)	3	2	-	1	
8.15	Синдром Бартера	3	2	1	-	
9	Урологические заболевания	30	8	16	6	тест
9.1	Аномалии развития почек	6	2	4	-	
9.2	Мочекаменная болезнь	6	2	2	2	
9.3	Гидронефротическая трансформация	3	-	1	2	
9.4	Нефроптоз	6	2	4	-	
9.5	Туберкулез почек	4	2	2	-	
9.6	Опухоли почек	5	-	3	2	
10	Обменные и парапротеинемические нефропатии	24	10	12	2	тест
10.1	Амилоидоз почек	8	4	4	-	

10.2	Поражение почек при парапротеинозах	8	2	4	2	
10.3	Поражения почек при подагре	4	2	2	-	
10.4	Поражения почек при электролитных нарушениях	4	2	2	-	
11	Острая почечная недостаточность (ОПН)	54	10	40	4	зачет
11.1	Этиология, патогенез и общая клиническая характеристика ОПН	20	4	12	4	
11.2	Отдельные формы ОПН	34	6	28	-	
12	Хроническая почечная недостаточность (ХПН)	45	12	31	2	зачет
12.1	Этиология, патогенез, общая клиническая характеристика ХПН	30	6	22	2	
12.2	Лечение ХПН	15	6	9	-	
13	Активные методы терапии ОПН и ХПН	44	16	25	3	зачет
13.1	Методы внепочечного очищения крови	20	8	12	-	
13.2	Общие принципы ведения диализных больных	12	6	6	-	
13.3	Трансплантация почки	12	2	17	3	
	Всего	532	140	326	66	
	По дополнительным программам	38				
	ЭКЗАМЕН	6				
	ИТОГО	576				

УЧЕБНАЯ ПРОГРАММА ПО НЕФРОЛОГИИ

МОДУЛЬ I. ОБЩИЙ РАЗДЕЛ

При составлении данной программы использован образовательный стандарт послевузовской профессиональной подготовки специалистов по нефрологии (2001 г) унифицированная программа по нефрологии (ЦИУ, 1989 г.)

В данном разделе будут разобраны общие вопросы клинической нефрологии, касающиеся анатомии и морфологии почек, физиологии почек, значения эндокринной функции почек, рассмотрены ведущие нефрологические синдромы, параметры оценки функционального состояния почек.

В этом разделе используются классические положения и современные достижения фундаментальных исследований в области клинической патанатомии, патофизиологии, биохимии, клинической иммунологии.

Анатомия почек

Морфофункциональная единица почек - нефрон. Строение нефрона, разновидность нефронов и их предназначение.

Кровоснабжение почки, его особенности. Клиническое значение. Процесс мочеобразования (роль почечного клубочка, канальцев, петли Генле).

Изменения в структуре почки при развитии хронической почечной недостаточности.

МОДУЛЬ 2. Физиология и патофизиология почки.

Процесс фильтрации (роль системного АД, онкотического давления, давления в капсуле Боумена; расчет давления ультрафильтрации).

Механизм развития внутригломерулярной гипертензии и гиперфильтрации.

Клинические методы диагностики внутригломерулярной гипертензии-величина фильтрационной фракции, почечный функциональный резерв. Роль внутригломерулярной гипертензии и гиперфильтрации в прогрессировании хронических заболеваний почек.

Протеинурия, ее виды, механизмы. Роль протеинурии в повреждении канальцевого аппарата и интерстиция. Значение протеинурии в прогрессировании хронических заболеваний почек.

МОДУЛЬ 3. Биохимические изменения при хронических заболеваний почек.

Значение определения креатинина – показателя первостепенной значимости функционального состояния почек (скорости клубочковой фильтрации), темпа прогрессирования заболевания почек.

Мочевина; механизм ее образования; показатель функции почек.

Генез почечного и внепочечного повышения мочевины крови.

Мочевая кислота, механизм «почечной обработки» мочевой кислоты в нефроне. Причины и значимость гиперурикемии. Нарушение липидного обмена. Отложение липидов в почечных структурах, влияние «липиделизации» почечной ткани на прогрессирование почечной патологии.

МОДУЛЬ 4. Эндокринная функция почек.

Гормональная почечная регуляция АД – констрикторные гормоны (ренин, ренин- ангиотензиновая система, эндотелины) и депрессорные гормоны

(калликреин- кининовая система, почечные простагландины).

Почечная регуляция фосфорно- кальциевого обмена. Роль витамина Д₃ в кальциевом гомеостазе. Механизм развития остеопороза. Нарушение фосфорно-кальциевого обмена при хронической почечной недостаточности.

Почечная регуляция кроветворения. Эритропоэтин, его функциональная роль. Изменение его продукции при хронической почечной недостаточности. Роль рекомбинантного эритропоэтина в нефрологии.

МОДУЛЬ 5. Основы иммунопатологии и диагностические иммунологические тесты, применяемые в нефрологии

Основы строения и функционирования иммунной системы.

Иммунная система: основные функции. Иммунный ответ: его типы и виды (гуморальный и клеточный). Антигены- их происхождение. Компоненты иммунной системы: а) Клеточно- молекулярное строение (Т и В – лимфоциты, неспецифические клеточные и гуморальные компоненты воспаления – система комплемента, кининов, свертывания, медиаторов воспаления, цитокины);

б) центральные и периферические органы иммунной системы;

в) клетки иммунной системы и эффекторные иммунные реакции (система В – клеток- выработка АТ, образование ИК, комплемент- зависимая система Т- клеток – ГЗТ и прямая Т- клеточная цитотоксичность).

Основные виды иммунопатологических реакций (антительные и клеточные).

Требования, предъявляемые к диагностическим лабораторным тестам.

Методы иммунологической диагностики в нефрологии (физиологические значения параметра, клинические значения, методы оценки): иммуноглобулины, комплемент, антинуклеарные антитела, антистрептококковые антитела, АТ к БМК, АНЦА, антифосфолипидные АТ, ревматоидные факторы, криоглобулины, маркеры вирусов гепатита В и С.

МОДУЛЬ 6. Иммуноморфология и морфогенез ГН, морфологическая диагностика.

Функциональная анатомия почечного клубочка.

Мезангий (клетки, матрикс), капиллярная стенка (эндотелий, БМК, подоцит), их функции.

Общие иммунопатологические механизмы гломерулонефритов:

а) антительные (гуморальные) иммунные реакции- образование и отложение ИК, АТ к БМК, система комплемента в повреждении клубочка, локализация депозитов ИК в разных областях ; клеточные иммунные реакции (ГЗТ, Т- клеточная цитотоксичность);

б) реакции почечных клубочков на иммунное повреждение:

пролиферация клеток (мезангиальных, подоцитов, эндотелия), выработка матрикса (склероз). Иммунные механизмы прогрессирования ГН.

Морфогенез и диагностические критерии основных морфологических форм ГН: минимальные изменения клубочков, фокально- сегментарный гломерулосклероз, мембранозная нефропатия, МПГН (Ig А- нефропатия), МКГН, острый диффузный пролиферативный ГН, экстракапиллярный ГН, фибропластический ГН.

МОДУЛЬ 7. Коагуляционный гомеостаз

Современные теории механизмов свертывания крови. Антикоагуляционная система организма. Фибринолиз. Нарушения коагуляционного гемостаза, их коррекция.

Роль наследственности в патологии. Наследственные болезни, их отличие от врожденных. Понятие о методах исследования наследственной патологии; представление о генной терапии и «генной инженерии».

- 1 Гломерулонефриты (ГН). Этиология. Классификация. Морфология. Механизмы прогрессирования болезни. Острый ГН.
Быстро прогрессирующий ГН.
Хронический ГН.
Иммунные и неиммунные методы лечения.
Геронтологические аспекты.
Исходы. Прогноз. Оценка трудоспособности.
- 2 Интерстициальные нефриты (ИН)
Этиология. Классификация. Клиника.
Особенности лекарственных ОТИН и хронического ТИН. Диагноз, дифференциальный диагноз ОПН при ИН. Лечение ИН.
- 2а Пиелонефрит.
Факторы риска развития пиелонефрита. Современные методы диагностики пиелонефрита. Антибактериальная терапия при пиелонефрите. Критерии выбора антибактериальных препаратов.
Особенности течения пиелонефрита у пожилых, беременных.
Инфекция мочевых путей.
- 3 Поражение почек при обменных заболеваниях.
Амилоидоз почек.
- 3а Общие сведения. Современная классификация амилоидоза.
Типы амилоидоза.
Этиология амилоидоза.
Современные принципы диагностики амилоидоза. Роль биопсии (почек, печени, слизистой прямой кишки, кожи, десны) в диагностике амилоидоза.
Лечение амилоидоза. Прогноз. Оценка трудоспособности.
- 3б Подагра с поражением почек. Общие сведения о подагре. Первичная и вторичная подагра. Этиология. Патогенез. Роль наследственных факторов. Различные виды поражения почек. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.

- 4 Врожденные заболевания почек.
- 4а Кистозная болезнь. Особенности поражения почек. Частота. Типы наследования. Патогенез. Классификация. Морфология. Клиника. Диагноз, дифференциальный диагноз. Осложнения. Исходы. Тактика ведения больных поликистозом почек. Консервативная и активная терапия.
- 4б Болезнь Альпорта. Классификация. Клиника. Диагностика. Тактика ведения больных.
- 5 Хроническая почечная недостаточность (ХПН). Этиология. Классификация. Клиника. Особенности артериальной гипертензии при ХПН.
- Анемия, геморрагический синдром при ХПН. Костные нарушения, полинейропатия при ХПН. Метаболические нарушения при ХПН. Консервативные методы лечения ХПН. Особенности фармакотерапии при ХПН. Активные методы лечения ХПН: гемодиализ, перитонеальный диализ, трансплантация почки.
- 6 Неотложные состояния в нефрологии:
- острая почечная недостаточность (ОПН)
 - остронефритический синдром
 - нефротический криз
 - острые нарушения электролитного обмена
 - острая сосудистая недостаточность, в том числе на гемодиализе
 - ДВС-синдром у нефрологических больных
 - острые энцефалопатии у нефрологических больных
 - острая сердечная недостаточность при лечении гемодиализом
 - острая дыхательная недостаточность у диализных больных
 - острый тромбоз почечных сосудов
 - почечная колика
 - макрогематурия
 - острая надпочечниковая недостаточность
 - острый криз отторжения почечного трансплантата
 - тромбоз артерио- венозного шунта

Кроме того, программой предусматривается изучение нефрологических аспектов смежных дисциплин - внутренних болезней, ревматологии, эндокринологии, урологии, акушерства и гинекологии.

По **внутренним болезням** будут включены следующие разделы:

Поражение почек при заболеваниях сердечно-сосудистой системы (атеросклероз, гипертоническая болезнь, первичный инфекционный эндокардит).

Поражение почек при заболеваниях легких (саркоидоз, туберкулез, хронические нагноительные заболевания) и печени (хронических диффузных заболеваниях печени вирусной этиологии, алкогольной болезни).

По **ревматологии** - поражение почек при системной красной волчанке, системных васкулитах, склеродермии, ревматоидном артрите.

По **эндокринологии** - поражение почек при сахарном диабете, гипотиреозе.

По **акушерству** - нефропатия беременных, заболевания почек и беременность.

По **урологии**- опухоли почек, рецидивирующая инфекция мочевых путей, современные принципы лечения нефролитиаза.

ТЕСТЫ ИСХОДНОГО УРОВНЯ ЗНАНИЙ

1. Клетки юкстагломерулярного аппарата вырабатывают:

- а) ренин;
- б) серотонин;
- в) простагландины;
- г) ангиотензин;
- д) альдостерон.

2. Что понимают под термином олигурия:

- а) выделение за сутки менее 15 л мочи;
- б) выделение за сутки менее 12 л мочи;
- в) выделение за сутки менее 10 л мочи;
- г) выделение за сутки менее 500 мл мочи;
- д) выделение за сутки менее 300 мл мочи.

3. Что понимается под термином гипостенурия:

- а) понижение минутного диуреза;
- б) монотонность удельной плотности мочи;
- в) снижение удельной плотности мочи;
- г) повышение удельной плотности мочи;
- д) понижение минутного диуреза при повышенной удельной плотности мочи.

4. Что понимают под термином поллакиурия:

- а) затрудненное мочеиспускание;
- б) болезненное мочеиспускание;
- в) редкое мочеиспускание;
- г) учащенное мочеиспускание;
- д) мочеиспускание в ночное время.

5. Что представляет собой анализ мочи по Нечипоренко: определение количества лейкоцитов, эритроцитов и цилиндров, выделенных с мочой:

- а) за сутки;

- б) за час;
- в) за минуту;
- г) определение количества мочи, выделенное за 1 минуту;
- д) в 1 мл мочи.

6. Что представляет собой анализ мочи по Амбурже:

- а) за сутки;
- б) за час;
- в) за минуту;
- г) определение количества мочи, выделенное за 1 мин;
- д) в 1 мл мочи.

7. Для чего назначается проба мочи по Зимницкому?

- а) для уточнения характера заболевания почек;
- б) для решения вопроса об этиологии заболевания почек;
- в) для решения вопроса о патогенезе заболевания почек;
- г) для оценки функции почек;
- д) для выявления скрытого поражения клубочков.

8. Радиоизотопная ренография позволяет определить:

- а) концентрационную функцию почек;
- б) величину канальцевой реабсорбции;
- в) васкуляризацию почек, функцию проксимальных канальцев, эвакуаторную способность мочевых путей;
- г) форму и размеры почек;
- д) форму, размеры и локализацию чашечно-лоханочной системы.

9. Какие из перечисленных методов позволяют определить форму, размеры и положение чашечно-лоханочной системы?

- а) экскреторная ренография;
- б) изотопная ренография;
- в) обзорная рентгенография органов брюшной полости;

г) определение клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции;

д) сканирование почек.

10. У здоровых людей содержание белка в суточной моче не выше:

а) 10 мг;

б) 30 мг;

в) 50 мг;

г) 100 мг;

д) 1,0 г.

11. Какой отдел мочевыделительной системы служит главной причиной протеинурии при гломерулонефрите?

а) клубочки (сосудистый клубочек);

б) канальцы (почечные канальцы);

в) петля Генле;

г) мочеточники;

д) лоханки.

12. О чем говорит наличие зернистых, восковидных цилиндров?

а) о дегидратации;

б) об органическом поражении почечных канальцев;

в) о физических перегрузках;

г) о снижении pH мочи;

д) о повышении концентрации мочи.

13. Назовите верхнюю границу нормы концентрации в крови мочевины:

а) 3 ммоль/л;

б) 6 ммоль/л;

в) 7 ммоль/л;

г) 8 ммоль/л;

д) 10 ммоль/л.

14. Каким патологическим процессам поражаются структуры пачек при гломерулонефрите?

- а) дистрофия;
- б) некроз;
- в) бактериальное воспаление;
- г) иммунное воспаление;
- д) атрофия;
- е) метаплазия.

15. При наличии терминальной гематурии (В последней порции мочи) источником кровотечения могут быть:

- а) мочевого пузыря;
- б) мочеиспускательный канал;
- в) паренхима почек, чашечно-лоханочная система или мочеточник.

16. Какие структуры и в какой последовательности поражаются при хроническом гломерулонефрите?

- а) клубочки - сосуды - интерстиций - каналы;
- б) каналы - клубочки - сосуды - интерстиций;
- в) интерстиций - лоханки - клубочки-каналы;
- г) мочеточники - лоханки - интерстиций - каналы - клубочки

17. Каков основной пусковой механизм развития артериальной гипертензии при остром гломерулонефрите?

- а) гиперреактивность нервных центров регуляции АД;
- б) гипергидратация - задержка натрия и воды;
- в) гиперреактивность симпатико-адреналовой системы;
- г) увеличение секреции прессорных аминов (активация прессорной системы);
- д) снижение активности депрессорной системы почек (калликреин-кининовой системы и простагландинов).

18. В патогенезе отеков при нефротическом синдроме играют роль следующие механизмы, кроме:

- а) повышения сосудистой проницаемости;
- б) увеличения секреции альдостерона;
- в) повышения артериального давления;

г) снижения онкотического давления сыворотки крови;

д) увеличение реабсорбции натрия.

19. Главными клиническими признаками поражения канальцев являются следующие, кроме:

а) ацидоза;

б) глюкозурии;

в) гипо-изостенурии;

г) артериальной гипертензии;

д) цилиндрурии.

20. Какой из перечисленных показателей характерен для нефротического синдрома?

а) эритроцитурия по 105-108 в литре;

б) лейкоцитурия более 106 в литре;

в) протеинурия более 100 мг в сутки;

г) бактериурия более 105 в мл;

д) протеинурия более 3,5 г в сутки.

21. Какой синдром характеризуется совокупностью следующих признаков: отеки, высокая протеинурия, гипопротейнемия, диспротеинемия, гиперлипидемия?

а) нефротический синдром;

б) мочево́й;

в) гипертензивный;

г) синдром инфекционных осложнений;

д) хроническая почечная недостаточность.

22. Развитие нефротического синдрома характерно для заболеваний почек, кроме:

а) острого гломерулонефрита;

б) мочекаменной болезни;

в) хронического гломерулонефрита;

г) системной красной волчанки;

д) диабетического гломерулосклероза.

23. Какие патологические процессы являются главной непосредственной причиной ХПН?

- а) склерозирование большей части нефронов;
- б) некроз клубочков;
- в) васкулит почечных артерий;
- г) воспаление клубочков;
- д) дистрофия канальцев;
- е) некроз канальцев.

24. Что характеризует относительную ХПН в отличие от абсолютной?

- а) ночной диурез выше дневного;
- б) изостенурия при отсутствии азотемии;
- в) азотемия при изогипостенурии;
- г) полиурия при азотемии;
- д) азотемия при гипостенурии или при олигоанурии.

25. Что характеризует острую почечную недостаточность:

- а) ночной диурез выше дневного;
- б) изостенурия при отсутствии азотемии;
- в) азотемия при изогипостенурии;
- г) полиурия при азотемии;
- д) азотемия при гипостенурии или при олигоанурии.

26. Какие изменения протеинограммы характерны для амилоидоза почек?

- а) парапротеинемия;
- б) гиперальбуминемия;
- в) гиперпротеинемия.

27. Для патогенетической терапии хронического гломерулонефрита применяются лекарства, кроме:

- а) глюкокортикоиды;
- б) цитостатики;
- в) антикоагулянты;

- г) антиагреганты;
- д) гемостатические средства.

28. Каковы абсолютные показания для гемодиализа при почечных заболеваниях?

- а) тяжелое состояние больного;
- б) нефротический синдром;
- в) относительная ХПН;
- г) абсолютная ХПН;
- д) ОПН.

29. Каковы основные свойства диеты при хроническом гломерулонефрите без ХПН?

- а) ограничение только натрия;
- б) ограничение только воды;
- в) ограничение натрия и воды; г) ограничение натрия. и белков.

30. Каковы показания к назначению антибиотиков при гломерулонефрите?

- а) лихорадка;
- б) признаки бактериальной инфекции в данное время;
- в) перенесенная ранее стрептококковая инфекция;
- г) увеличение СОЭ, лейкоцитоз;
- д) диспротеинемия.

31. Интерстициальные клетки мозгового вещества почек выделяют:

- а) простагландины;
- б) серотонин;
- в) ренин;
- г) ангиотензин;
- д) альдостерон.

32. Что понимают под термином полиурия?

- а) выделение за сутки более 800 мл мочи;
- б) выделение за сутки более 1 л мочи;

в) выделение за сутки более 1,5 л мочи;

г) выделение за сутки более 1,8 л мочи;

д) выделение за сутки более 2 л мочи.

33. Какие колебания относительной плотности мочи характерны для изостенурии?

а) 1005 - 1015;

б) 1010 - 1020;

в) 1010 - 1012;

г) 1010 - 1022;

д) 1020 - 1025. .

34. Что понимают под термином дизурия?

а) мочеиспускание в ночное время;

б) увеличение количества суточной мочи;

в) уменьшение количества суточной мочи;

г) затрудненные неприятные ощущения и болезненность при мочеиспускании, нарушение ритма мочеиспускания;

д) нарушение соотношения дневного и ночного диуреза.

35. Что представляет собой анализ мочи по Каковскому-Аддису? Определение количества лейкоцитов, эритроцитов и цилиндров, выделенных с мочой:

а) за час;

б) за минуту;

в) в 1 мл мочи;

г) определение количества мочи, выделенной за 1 минуту;

д) за 1 сутки.

36. Что представляет собой анализ мочи по Зимницкому?

а) определение количества форменных элементов в трехчасовых порциях мочи, выделенной в течение суток;

б) определение белка в трехчасовых порциях мочи, выделенной в течение суток;

в) определение количества и удельной плотности в трехчасовых порциях мочи собранной за сутки в условиях сухоедения;

- г) определение количества и удельной плотности суточной мочи;
- д) определение количества и удельной плотности в трехчасовых порциях мочи, выделенной в течение суток.

37. Нарушение какой функции почек может выявить проба по Зимницкому?

- а) секреции гемопоэтинов;
- б) секреции альдостерона;
- в) регуляции кислотно-щелочного равновесия;
- г) концентрационной функции почек.

38. Сканирование почек позволяет определить:

- а) скорость накопления радиоактивного изотопа в почках;
- б) скорость выведения радиоактивного изотопа из почек;
- в) размеры, форму и локализацию почек;
- г) размеры, форму и локализацию чашечно-лоханочной системы;
- д) скорость клубочковой фильтрации.

39. Какие из перечисленных показателей могут быть определены с помощью ультразвукового исследования почек?

- а) величина почечного кровотока;
- б) размеры, форму и локализацию почек и их чашечно-лоханочной системы;
- в) величина почечного плазмотока;
- г) функция почечных клубочков;
- д) функция почечных канальцев.

40. Протеинурия - это выделение белка с мочой в количестве, превышающем:

- а) 10 мг в сутки;
- б) 30 мг в сутки;
- в) 50 мг в сутки;
- г) 100 мг в сутки;
- д) 1,0 г в сутки

41. В каких отделах мочевыделительной системы образуются цилиндры?

- а) канальцы;
- б) клубочки;
- в) петля Генле;
- г) мочеточники;
- д) лоханки.

42. Как правильно определить степень протеинурии?

- а) определением белка в утренней моче;
- б) определением белка в суточной моче;
- в) определением белка в трехчасовых порциях мочи;
- г) определением белка в моче после водяной нагрузки;
- д) определением белка в моче после сухоедения.

43. Верхняя граница нормы концентрации креатинина в крови равна:

- а) 0,088 ммоль/л;
- б) 0,100 ммоль/л;
- в) 0,130 ммоль/л;
- г) 0,180 ммоль/л;
- д) 0,300 ммоль/л.

44. При наличии инициальной гематурии (в первой порции мочи) источником кровотечения могут быть:

- а) мочеиспускательный канал;
- б) мочевого пузырь;
- в) паренхима почек, чашечно-лоханочная система, мочеточник.

45. При наличии тотальной гематурии источником кровотечения могут быть:

- а) мочеиспускательный канал;
- б) мочевого пузырь;
- в) паренхима почек, чашечно-лоханочная система, мочеточник.

46. В патогенезе артериальной гипертензии при диффузных заболеваниях почек имеют значение следующие механизмы, кроме:

- а) задержка натрия;
- б) задержка воды;
- в) увеличение секреции прессорных аминов (активация прессорной системы);
- г) снижение функции депрессорной системы почек (простагландинов и калликреин-кининовой системы);
- д) гиперреактивность нервных центров регуляции АД.

47. Каков пусковой механизм развития артериальной гипертензии при хроническом гломерулонефрите?

- а) гиперреактивность нервных центров регуляции АД;
- б) гипергидратация (задержка натрия и воды);
- в) другие органические поражения артериол почек (гиалиноз, артериолосклероз);
- г) иммунное поражение артериол почек гиперфункция юкстагломерулярного аппарата;
- д) снижение функции депрессорной системы почек.

48. Главными клиническими признаками поражения гломерул являются следующие, кроме:

- а) артериальная гипертензия;
- б) гематурия;
- в) дизурия;
- г) протеинурия;
- д) отеки.
- в) паренхима почек, чашечно-лоханочная система, мочеточник.

49. Какой из вышеперечисленных признаков не характерен для нефротического синдрома?

- а) протеинурия более 3,5 г в сутки;
- б) лейкоцитурия более 107 в литре;
- в) гиперлипидемия;
- г) гипопроteinемия;
- д) диспротеинемия.

50. Главная причина гипопроteinемии при нефротическом синдроме:

- а) высокая протеинурия;

- б) снижение продукции белков в гепатоцитах;
- в) повышение катаболизма белков;
- г) нарушение всасывания белков в кишечнике;
- д) увеличение экскреции белков в кишечнике.

51. Развитие нефротического синдрома не характерно для:

- а) острого пиелонифрита;
- б) нефропатии беременных;
- в) амилоидоза почек;
- г) миеломной болезни;
- д) тромбоза нижней полой вены.

52. Какие патологические процессы являются непосредственной причиной острой почечной недостаточности?

- а) склерозирование большей части нефронов;
- б) некроз канальцев;
- в) некроз клубочков;
- г) васкулит почечных артерий;
- д) воспаление клубочков;
- е) дистрофия канальцев.

53. Что характеризует абсолютную ХПН (в отличие от относительной)?

- а) ночной диурез выше дневного;
- б) изостенурия при отсутствии азотемии;
- в) азотемия при изогипостенурии;
- г) полиурия при азотемии;
- д) азотемия при гипостенурии или олигоанурии.

54. Развитие вторичного амилоидоза характерно для перечисленных заболеваний, кроме:

- а) ревматоидный артрит;
- б) системная склеродермия;
- в) туберкулез;

г) бронхоэктатическая болезнь;

д) миеломная болезнь.

5.5. Наиболее надежным методом, позволяющим косвенно подтвердить диагноз вторичного амилоидоза почек, является:

а) исследование биоптата десны;

б) исследование биоптата желудка;

в) исследование биоптата селезенки;

г) исследование биоптата кожи;

д) исследование биоптата толстой кишки.

56. Четырехкомпонентная патогенетическая терапия хронического гломерулонефрита включает препараты, кроме:

а) преднизолон;

б) циклофосфамид;

в) гепарин;

г) дипиридамол;

д) антибиотики.

57. Когда при почечной гипертензии не следует добиваться нормализации или резкого снижения АД путем гипотензивной терапии?

а) при выраженной анемии;

б) при гематурии;

в) при прогрессировании нефротического синдрома;

г) при ХПН.

58. При какой этиологии нефротического синдрома противопоказаны глюкокортикоиды?

а) системная красная волчанка;

б) подострый злокачественно текущий гломерулонефрит;

в) амилоидоз почек;

г) хронический гломерулонефрит;

д) острый гломерулонефрит.

59. Какой из перечисленных препаратов обладает наибольшей нефротоксичностью?

- а) пенициллины, тетрациклины;
- б) канамицин, неомицин, мономицин, гентамицин;
- в) невиврамон, фурадонин, нитроксолин;
- г) цефалоспорины (цепорин), цефамизин, кефзол;
- д) бисептол, сульфаниламиды.

60. Каковы основные свойства диеты при хроническом гломерулонефрите?

- а) ограничение приема натрия и белков;
- б) ограничение приема натрия;
- в) ограничение приема воды;
- г) ограничение приема натрия и воды.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. а	11. а	21. а	31. а	41. а	51. а
2. г	12. б	22. б	32. д	42. б	52. б в
3. в	13. г	23. а	33. в	43. в	53. в
4. г	14. г	24. б	34. г	44. а	54. б
5. д	15. а	25. д	35. д	45. в	55. д
6. в	16. а	26. а	36. е	46. д	56. д
7. г	17. б	27. д	37. г	47. г	57. г
8. в	18. в	28. д	38. в	48. в	58. в
9. а	19. г	29. а	39. б	49. б	59. б
10. г	20. д	30. б	40. г	50. а	60. г

ИТОГОВЫЕ ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

1. В норме ворота почек расположены:
 - А. на уровне XI – XII грудных позвонков
 - Б. на уровне I – II поясничного позвонка
 - В. На уровне III – IV поясничного позвонка
 - Г. у женщин выше, чем у мужчин
2. Почечную ножку образуют:
 - А. мочеточник и почечная артерия
 - Б. почечная артерия и вена
 - В. Почечная вена и мочеточник
 - Г. мочеточник, почечная артерия и вена
3. Простогландины вызывают:
 - А. вазодилатацию и стимуляцию секреции вазопрессина
 - Б. депрессорный эффект и стимуляцию секреции ренина

- В. Вазодилатацию и стимуляцию синтеза урокиназы
- Г. депрессорный эффект и стимуляцию секреции АДГ
- 4. Почки принимают участие в обмене:
 - А. белковом
 - Б. углеводном
 - В. Минеральном
 - Г. жировом
 - Д. всех перечисленных
- 5. В практической нефрологии скорость клубочковой фильтрации обычно определяют по клиренсу:
 - А. мочевины
 - Б. глюкозы
 - В. Электролитов
 - Г. креатинина
 - Д. альбумина
- 6. Эритропоэтин вызывает:
 - А. анаболический эффект
 - Б. эритропоэтическую порфирию
 - В. Восстановление эритропоэза и анаболический эффект
 - Г. увеличение жизни эритроцита
 - Д. все указанные процессы
- 7. Наличие наследственного фактора играет наименьшую роль при:
 - А. синдроме Альпорта
 - Б. поликистозе почек
 - В. Реноваскулярной гипертензии
 - Г. вторичном амилоидозе
 - Д. медуллярной кистозной болезни
- 8. Критериями нефротического синдрома являются:
 - А. протеинурия 1 г\ сутки, отеки, гиперхолестеринемия
 - Б. протеинурия 3,5 г\ сутки, гипо- и диспротеинемия
 - В. Отеки, гематурия, артериальная гипертензия
 - Г. гипопроteinемия, отеки, артериальная гипертензия
 - Д. отеки, гипопроteinемия, гиперхолестеринемия
- 9. Наиболее часто нефротический синдром развивается при:
 - А. амилоидозе почек
 - Б. люпус – нефрите
 - В. Сахарном диабете
 - Г. хроническом гломерулонефрите
 - Д. миеломной болезни
- 10. Общий анализ крови способствует установлению:
 - А. хронического гломерулонефрита
 - Б. хронического пиелонефрита
 - В. Амилоидоза почек
 - Г. люпус – нефрита
 - Д. не имеет самостоятельного дифференциально – диагностического значения
- 11. В пожилом возрасте происходит:
 - А. повышение клубочковой фильтрации
 - Б. понижение клубочковой фильтрации
 - В. сохранение клубочковой фильтрации на прежнем уровне
 - Г. понижение клубочковой фильтрации только у мужчин
 - Д. вопрос не исследован
- 12. С помощью обзорной рентгенографии почек нельзя оценить:
 - А. размеров почек
 - Б. местоположения почек

- В. рентгенопозитивных конкрементов
 - Г. аномалии развития сосудов почек
13. Отберите функциональные протеинурии:
- А. ортостатическая протеинурия
 - Б. лихорадочная протеинурия
 - В. протеинурия напряжения
 - Г. протеинурия переполнения
 - Д. микроальбуминурия
14. Выделите нефропатии, характеризующиеся тяжелым легочно – почечным синдромом с почечно – легочной недостаточностью
- А. ВИЧ – нефропатия с пневмоцистной интерстициальной пневмонией
 - Б. гранулематоз Вегенера
 - В. синдром Гудпасчера
 - Г. волчаночный нефрит
 - Д. алкогольный Ig A – нефрит
15. Острый гломерулонефрит чаще развивается вследствие:
- А. стафилококковой инфекции
 - Б. вирусной инфекции
 - В. стрептококковой инфекции
 - Г. инфицирования кишечной палочкой
 - Д. инфицирования другими бактериями
16. При остром гломерулонефрите в период олигурии наблюдается:
- А. гиперстенурия
 - Б. изостенурия
 - В. гипостенурия
 - Г. гипостенурия при высокой протеинурии
 - Д. гипостенурия при низкой протеинурии
17. У больных, получающих лечение цитостатическими препаратами при диспансерном наблюдении, необходим контроль:
- А. за креатинином
 - Б. за форменными элементами крови
 - В. за холестерином
 - Г. за ЭКГ
 - Д. за состоянием прозрачных сред глаза
18. Для подострого гломерулонефрита гематурия:
- А. характерна
 - Б. не характерна
 - В. зависит от уровня артериального давления
 - Г. зависит от уровня протеинурии
 - Д. наблюдается только при гиперхолестеринемии
19. В клинической классификации гломерулонефрита понятию «смешанный нефрит» соответствует сочетание:
- А. гематурии и отеков
 - Б. гипертензии и нефротического синдрома
 - В. гематурии и артериальной гипертензии
 - Г. нефротического синдрома и гематурии
 - Д. любых двух синдромов
20. Артериальная гипертензия наиболее характерна:
- А. для липоидного нефрита
 - Б. для мембранозной нефропатии
 - В. для болезни Берже
 - Г. для мезангиопролиферативного нефрита
 - Д. для мезангиокапиллярного нефрита
21. Наиболее быстрое прогрессирование нефрита характерно:

- А. для латентного нефрита
 - Б. для нефротической формы нефрита
 - В. для смешанной формы нефрита
 - Г. для гипертонической формы нефрита
22. При гематурической форме гломерулонефрита, проявляющейся эпизодами изолированной макрогематурии, следует:
- А. воздержаться от терапии
 - Б. назначить индометацин
 - В. назначить преднизолон
 - Г. назначить цитостатики
 - Д. назначить 4- компонентную схему
23. Основным показанием к лечению 4- компонентной схемой является:
- А. изолированный нефротический синдром
 - Б. злокачественная артериальная гипертензия
 - В. выраженная активность гломерулонефрита
 - Г. длительное течение нефрита
 - Д. выраженная гематурия
24. Терапия гепарином при хроническом гломерулонефрите требует постоянного наблюдения:
- А. за временем кровотечения
 - Б. за временем свертывания
 - В. за уровнем протромбина
 - Г. за скоростью фибринолиза
 - Д. за уровнем тромбоцитов
25. Показания для проведения «пульс – терапии» метипредом являются:
- А. высокая степень активности почечного процесса
 - Б. быстро прогрессирующий нефрит
 - В. криз отторжения трансплантата
 - Г. все перечисленные состояния
26. Терапия стероидами наиболее эффективна:
- А. при хроническом нефрите гипертонического типа
 - Б. при хроническом нефрите латентного течения
 - В. при амилоидозе с поражением почек
 - Г. при активном волчаночном нефрите
 - Д. при терминальном нефрите
27. Острый пиелонефрит наиболее часто вызывается:
- А. кишечной палочкой
 - Б. протеем
 - В. синегнойной палочкой
 - Г. стафилококком
 - Д. энтерококком
28. Наиболее частой причиной развития пиелонефрита у беременных является:
- А. сдавление мочеточников увеличенной маткой
 - Б. понижение реактивности организма
 - В. дилатация мочеточников за счет гормональной перестройки
 - Г. анемия беременных
 - Д. все указанные изменения
29. Хронический пиелонефрит чаще вызывается:
- А. кишечной палочкой
 - Б. L – формами бактерий
 - В. микоплазмой
 - Г. протеем
 - Д. синегнойной палочкой
30. В этиологии хронического пиелонефрита ведущая роль принадлежит:

- А. наследственному генетическому фактору
 - Б. вирулентности микроорганизмов
 - В. уростазу
 - Г. нерациональной терапии острого пиелонефрита
 - Д. аутоагрессии
31. Для выявления бактериурии целесообразно исследование:
- А. ночной мочи
 - Б. утренней мочи после предварительного опорожнения мочевого пузыря
 - В. мочи, взятой в любое время суток
 - Г. мочи, взятой катетером
 - Д. мочи, полученной после промывания антисептиком
32. Для латентного пиелонефрита обязательным являются:
- А. боли в пояснице
 - Б. повышение температуры тела
 - В. ознобы
 - Г. все указанные симптомы
 - Д. ни один из указанных симптомов
33. Стабильное повышение артериального давления у больного хроническим пиелонефритом:
- А. может иметь место
 - Б. не встречается
 - В. встречается только при нарушении функции почек
 - Г. только при длительности заболевания свыше 3 лет
 - Д. только при длительности заболевания свыше 5 лет
33. Для установления диагноза пиелонефита наиболее важным является:
- А. лейкоцитурия
 - Б. значимая бактериурия
 - В. нефроптоз
 - Г. наличие выраженного гидрокаликоза
 - Д. все перечисленное
34. При лечении пиелонефрита беременных предпочтительней назначение:
- А. антибиотиков тетрациклинового ряда
 - Б. аминогликозидов
 - В. цефалоспоринов
 - Г. полусинтетических пенициллинов
 - Д. любого из указанных препаратов
35. У больного, страдающего хроническим пиелонефритом и простатитом наиболее целесообразна терапия:
- А. 5-НОК
 - Б. бисептолом
 - В. невидграмоном
 - Г. ампицилином
 - Д. любым из указанных препаратов
36. К развитию интерстициального нефрита наиболее часто приводят:
- А. антибиотики
 - Б. гипотензивные средства
 - В. диуретики
 - Г. сердечные гликозиды
 - Д. ганглиоблокаторы
37. Анальгетическая нефропатия лекарственной этиологии чаще всего вызывается длительным приемом:
- А. анальгетиков
 - Б. гипотензивных средств
 - В. ферментных препаратов
 - Г. седативных средств

Д. диуретиков

38. В патогенезе хронического интерстициального нефрита ведущую роль играет:

А. инфекция

Б. отложение иммунных комплексов

В. нарушение кровообращения в сосудах почек

Г. ожирение

Д. наличие гломерулонефрита

39. Наиболее характерными признаками хронического интерстициального нефрита являются:

А. умеренная протеинурия, гематурия

Б. отеки, артериальная гипертензия, гипоизостенурия

В. полиурия, полидипсия, анемия

Г. полиурия, полидипсия, субфебрильная температура тела, значимая бактериурия

Д. полиурия, полидипсия, протеинурия более 3 г в сутки

40. Поражения почек при гипертонической болезни наблюдается:

А. постоянно

Б. постоянно только у молодых лиц, у пожилых не встречается

В. постоянно только у пожилых лиц, у молодых не встречается

Г. непостоянно

41. Возможными исходами поражения почек при артериальной гипертензии являются:

А. первично- сморщенная почка

Б. пиелонефрит

В. стеноз почечных артерий

Г. вторично- сморщенная почка

Д. все перечисленное

42. Поражение почек при бактериальном эндокардите может характеризоваться:

А. диффузным нефритом

Б. очаговым нефритом

В. инфарктом почки

Г. амилоидозом почек

Д. любым указанным поражением

43. Поражение почек при бактериальном эндокардите обусловлено:

А. иммунологическими факторами

Б. бактериальными тромбами

В. нарушением свертывания крови

Г. непосредственным действием микробов

44. Для тромбоза почечных вен характерно:

А. лейкоцитурия, гематурия

Б. протеинурия до нефротического уровня

В. боли в пояснице

Г. олигурия

Д. все указанные проявления

45. Наиболее частым морфологическим типом поражения почек при системной красной волчанке является:

А. диффузный волчаночный гломерулонефрит

Б. очаговый волчаночный гломерулонефрит

В. мембранозно – пролиферативный гломерулонефрит

Г. мембранозный гломерулонефрит

Д. интерстициальный нефрит

46. Для быстро прогрессирующего волчаночного нефрита наименее характерно:

А. протеинурия до 1 г/л

Б. нефротический синдром

В. гипертензия

Г. быстрое снижение функции почек

47. Дифференциальный диагноз системной красной волчанки с поражением почек проводится:
- А. с острым гломерулонефритом
 - Б. с хроническим нефритом
 - В. с экстракапиллярным нефритом
 - Г. с бактериальным эндокардитом
 - Д. со всеми перечисленными заболеваниями
48. Для лечения активного волчаночного нефрита применяются в основном:
- А. антибиотики
 - Б. иммуностимуляторы
 - В. стероиды и цитостатики
 - Г. аминокислотные препараты
 - Д. нестероидные противовоспалительные препараты
49. Для клинической картины системной склеродермии, помимо поражения почек, наиболее характерно:
- А. синдром Рейно
 - Б. поражение сердца
 - В. фиброз легких
 - Г. поражение нервной системы
 - Д. поражение всех указанных органов
50. При истинной склеродермической почке наиболее редким симптомом является:
- А. гематурия
 - Б. артериальная гипертония
 - В. ретинопатия
 - Г. сохранение функции почек
 - Д. энцефалопатия
51. Помимо поражения почек по типу гломерулита при узелковом периартериите могут встречаться:
- А. инфаркты почек
 - Б. разрывы почек
 - В. кортикальный некроз с острой почечной недостаточностью
 - Г. все перечисленные состояния
 - Д. верно а и Б
52. Гломерулонефрит при геморрагическом васкулите наиболее часто приходится дифференцировать:
- А. от нефрита Бурже
 - Б. от острого гломерулонефрита
 - В. от хронического гломерулонефрита нефротической формы
 - Г. от хронического гломерулонефрита гипертонической формы
53. При диабетической нефропатии чаще наблюдается:
- А. неселективная протеинурия
 - Б. селективная протеинурия
 - В. селективная протеинурия с преобладанием иммуноглобулина
 - Г. селективная протеинурия с преобладанием альбумина
54. При сахарном диабете течение пиелонефрита:
- А. всегда сопровождается яркими клиническими проявлениями
 - Б. может носить бессимптомный характер
 - В. всегда приводит к развитию артериальной гипертонии
 - Г. всегда носит циклический характер
55. Первым клиническим признаком диабетической нефропатии является:
- А. артериальная гипертония
 - Б. протеинурия до 0,5 г/л
 - В. микроальбуминурия
 - Г. снижение удельного веса мочи

Д. отеки голеней

56. Простые (солитарные) кисты чаще образуются:

А. из клубочков

Б. из проксимальных канальцев

В. из дистальных канальцев

Г. из осумкованных отделов интерстиция

Д. из всего перечисленного

57. Поликистозной болезни взрослых могут сопутствовать:

А. калькулез почек

Б. хронический пиелонефрит

В. артериальная гипертензия

Г. подагрический артрит

Д. все перечисленное

58. При поликистозной болезни взрослых боли могут быть обусловлены:

А. разрывом кисты

Б. растяжением полости кисты и капсулы почки

В. сдавлением кистой собирательной системы

Г. калькулезом почек

Д. любой из указанных причин

59. У больного хронической почечной недостаточностью наиболее медленное повышение концентрации креатинина плазмы наблюдается:

А. при хроническом гломерулонефрите

Б. при хроническом пиелонефрите

В. при поликистозе почек

Г. при люпус – нефрите

Д. при медуллярной кистозной болезни почек

60. Почечный канальцевый ацидоз характеризуется:

А. гиперхлоремическим ацидозом

Б. щелочной реакцией мочи

В. повышением экскреции бикарбонатов

Г. снижением экскреции ионов аммония

Д. всем перечисленным

61. При кальциевом нефролитиазе следует назначать диету с ограничением:

А. пуринов

Б. кальция

В. фосфата

Г. оксалатов

62. Вторичный амилоидоз может развиваться:

А. при ревматоидном артрите

Б. при псориатическом артрите

В. при опухолевых заболеваниях

Г. при бронхоэктатической болезни

Д. у всех перечисленных больных

63. Бета- 2 – микроглобулин является сывороточным предшественником:

А. амилоидоза при гемодиализе

Б. амилоидоза при миеломе

В. старческого амилоидоза

Г. локального амилоидоза

64. Нефротический синдром при амилоидозе:

А. легко купируется стероидами

Б. сохраняется при развитии хронической почечной недостаточности

В. встречается редко

Г. исчезает при развитии хронической почечной недостаточности

65. Поражение желудочно- кишечного тракта при амилоидозе проявляется:

- А. увеличением языка
 - Б. синдромом нарушения всасывания
 - В. атонией кишечника
 - Г. кровотечение, образованием язв желудка
 - Д. всем перечисленным
66. Для диагностики амилоидоза наиболее информативна биопсия:
- А. слизистой десны
 - Б. подкожного жира
 - В. слизистой прямой кишки
 - Г. почки
67. Для подтверждения диагноза миеломы с поражением почек наиболее целесообразно проведение:
- А. биопсии почки
 - Б. ангиографии почки
 - В. компьютерной томографии
 - Г. ультразвукового исследования почек
 - Д. иммуноэлектрофореза белков сыворотки
68. Под понятием «миеломная почка» подразумевается
- А. гиперкальциемия с нефрокальцинозом
 - Б. амилоидоз клубочков
 - В. нефросклероз
 - Г. обструкция канальцев белковыми цилиндрами
 - Д. инфильтрация почки плазматическими клетками
69. При амилоидозе почек кортикостероиды
- А. замедляют течение амилоидоза
 - Б. потенцируют процесс
 - В. ускоряют течение амилоидоза
 - Г. не влияют на скорость течения процесса
70. Причиной преренальной острой почечной недостаточности является
- А. влияние нефротоксических веществ
 - Б. острая урогенная инфекция
 - В. обструкция канальцев кристаллами
 - Г. внезапное падение почечного кровотока
 - Д. все перечисленные факторы
71. Ренальная острая почечная недостаточность развивается
- А. при травматическом шоке
 - Б. при действии нефротоксических веществ
 - В. при поражении сосудов почек
 - Г. при обструкции мочевых путей
72. Постренальная острая почечная недостаточность развивается
- А. при травматическом шоке
 - Б. при действии нефротоксических веществ
 - В. при поражении сосудов почек
 - Г. при обструкции мочевых путей
73. Наиболее частой причиной острой почечной недостаточности являются
- А. гломерулонефрит
 - Б. папиллярный некроз
 - В. тубулярный некроз
 - Г. поражение интерстиция
74. Острая почечная недостаточность без желтухи возникает
- А. при отравлении грибами
 - Б. при вливании несовместимой по группе крови
 - В. при лептоспирозе
 - Г. при остром гломерулонефрите

75. Гемолитико- уремический синдром вызывается
- А. массивным гемолизом
 - Б. внутрисосудисым свертыванием крови
 - В. шоком
 - Г. отравлением бледной поганкой
 - Д. отравлением нитратами
76. Острая почечная недостаточность чаще развивается при применении
- А. пенициллинов
 - Б. макролидов
 - В. тетрациклинов
 - Г. аминогликозидов
 - Д. цефалоспоринов
77. Возможная продолжительность олигурии при отрой почечной недостаточности составляет
- А. 1-2 недели
 - Б. несколько часов
 - В. от нескольких часов до нескольких недель
 - Г. все перечисленное
78. Период восстановления диуреза при острой почечной недостаточности характеризуется
- А. увеличение удельного веса мочи
 - Б. полиурией
 - В. изостенурией
 - Г. всем перечисленным
79. В стадии восстановления диуреза при острой почечной недостаточности больному угрожает
- А. отек легких
 - Б. гипокалиемия
 - В. гипергидратация
 - Г. уремический перикардит
 - Д. все вышеперечисленное
80. В стадии снижения диуреза при острой почечной недостаточности больному угрожает
- А. отек легких
 - Б. гипокалиемия
 - В. дегидратация
 - Г. все перечисленное
81. Критерием наличия умеренной гиперкалиемии является
- А. калий плазмы 5,5- 6,5 при отсутствии изменений ЭКГ
 - Б. калий плазмы 5,5 – 6,5 и наличие высокоамплитудного заостренного зубца Т на ЭКГ
 - В. калий плазмы 6,5 – 7,5 и наличие высокоамплитудного заостренного зубца Т и расширения комплекса QР на ЭКГ
 - Г. исчезновение зубца Р и появление признаков нарушения проводимости на ЭКГ
82. Непосредственной угрозой для жизни при острой почечной недостаточности, требующей немедленной коррекции, является
- А. повышение концентрации мочевины крови
 - Б.повышение содержания креатинина в крови
 - В. гиперфосфатемия
 - Г. гиперкалиемия
 - Д. гиперурикемия
83. Причиной мышечной слабости при острой почечной недостаточности является
- А. увеличение внутриклеточного натрия
 - Б. гипокальциемия
 - В. гиперкалиемия и метаболический ацидоз
 - Г. увеличение внутриклеточной воды и внутриклеточного кальция
 - Д. все перечисленное

84. Причиной дыхательной недостаточности в раннем периоде ОПН становится
- А. снижение сердечного выброса
 - Б. избыток жидкости и артериальная гипертензия
 - В. нарушение газового обмена, увеличение проницаемости капилляров легких, «дисстресс-синдром»
85. На 1-ом месте в этиологии хронической почечной недостаточности стоит
- А. хронический пиелонефрит
 - Б. хронический гломерулонефрит
 - В. гипертоническая болезнь
 - Г. системные заболевания
 - Д. сахарный диабет
86. «Уремическим токсином» не является
- А. мочевины
 - Б. креатинин
 - В. бета- 2- микроглобулин
 - Г. холестерин
 - Д. билирубин
87. Развитию сердечной недостаточности при хронической почечной недостаточности способствует
- А. артериальная гипертензия
 - Б. анемия
 - В. перегрузка жидкостью и натрием
 - Г. высокий уровень липидов плазмы
 - Д. все указанные факторы
88. Содержание ренина плазмы у больных с тяжелой ХПН и неконтролируемой гипертензией
- А. понижено
 - Б. повышено
 - В. не изменено
 - Г. закономерности не отмечается
89. Стойкая гипертензия при ХПН может быть обусловлена
- А. полинейропатией
 - Б. наличием «солетеряющей» почки
 - В. перикардитом
 - Г. всеми перечисленными факторами
 - Д. ни одним из перечисленных факторов
90. Причиной уменьшения длительности жизни эритроцитов при ХПН является
- А. продукция измененных эритроцитов
 - Б. Уремическое окружение
 - В. понижение образования эритропоэтина
 - Г. все указанные факторы
 - Д. верно А и В
91. Костные изменения при ХПН включают
- А. остеопороз
 - Б. остеофиброз
 - В. остеомаляцию
 - Г. все указанные изменения
92. Наиболее ранним клиническим признаком ХПН является
- А. гиперкалиемия
 - Б. тошнота, рвота
 - В. повышение артериального давления
 - Г. никтурия
 - Д. гипокальциемия
93. Общее количество калия в организме при ХПН

- А. повышается
 - Б. понижается
 - В. не меняется
 - Г. меняется в зависимости от артериального давления
 - Д. не закономерно
94. Уровень паратгормона при ХПН как правило
- А. повышен
 - Б. понижен
 - В. нормален
 - Г. зависит от рН
 - Д. зависит от артериального давления
95. Критериями обострения заболевания у больных с ХПН являются
- А. утяжеление гипертензии
 - Б. появление отеков
 - В. быстрое повышение уровня креатинина
 - Г. ни один из указанных симптомов
 - Д. все указанные симптомы
96. Абсолютным показанием к срочному проведению гемодиализа при ОПН является
- А. анурия
 - Б. высокая гипертензия
 - В. повышение уровня калия сыворотки до 7 мэкв\л
 - Г. повышение уровня калия сыворотки до 800 мкмоль\л
 - Д. развитие перикардита
97. При гемодиализе возможны следующие осложнения
- А. гипотония или аритмии
 - Б. дизэквилибриум- синдром
 - В. острое кровотечение, активация комплемента
 - Г. технические сложности
 - Д. все перечисленное
98. Умеренную гиперкалиемию при ОПН возможно корригировать введением растворов
- А. солей кальция
 - Б. гидрокарбоната натрия
 - В. концентрированного раствора глюкозы с инсулином
 - Г. любым из перечисленных средств
99. При консервативном лечении острой почечной недостаточности применяется диета
- А. богатая белками
 - Б. фруктово- овощная
 - В. обезжиренная
 - Г. углеводно- жировая
 - Д. малобелковая
100. Больные с пересаженной почкой и отсутствием признаков отторжения трансплантата, сохранной его функцией и отсутствием осложнений терапии признаются
- А. инвалидами 1-й группы
 - Б. инвалидами 2-й группы
 - В. инвалидами 3-й группы
 - Г. полностью трудоспособными

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1 в	11 б	21 в	31 а	41 а	51 г	61 б	71 б	81 б	91 г
2 г	12 г	22 а	32 д	42 д	52 а	62 д	72 г	82 г	92 г
3 а	13 а	23 в	33 а	43 а	53 а	63 а	73 в	83 д	93 а

4 б	14 а	24 б	34 г	44 д	54 б	64 б	74 г	84 в	94 а
5 г	15 в	25 г	35 г	45 а	55 в	65 д	75 а	85 б	95 д
6 г	16 а	26 г	36 а	46 а	56 в	66 г	76 г	86 д	96 в
7 г	17 б	27 а	37 а	47 д	57 д	67 д	77 в	87 а	97 д
8 б	18 д	28 в	38 в	48 в	58 д	68 г	78 б	88 б	98 а
9 а	19 б	29 а	39 в	49 д	59 а	69 б	79 б	89 г	99 г
10 д	20 д	30 в	40 г	50 г	60 д	70 г	80 а	90 б	100 в

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ ПО НЕФРОЛОГИИ, НАХОДЯЩЕЙСЯ В НАЛИЧИИ БИБЛИОТЕКИ БГМУ

К рабочей программе «Первичная специализация по нефрологии»

ОСНОВНАЯ

1. Нефрология: учебное пособие для послевузовского образования/ ред. Е. М. Шилов. – 2007, 7 экз.
2. Наточин Ю. В. Введение в нефрологию: научное издание/ Ю. В. Наточин. – 2007, 7 экз.
3. Диагностика и лечение болезней почек: научное издание/ Н. А. Мухин, И. Е. Тареева, Е. М. Шилов. – 2008, 7 экз.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ

1. Шулутко, Борис Ильич.
Артериальная гипертензия 2000 / монография / Б. И. Шулутко. - СПб. : РЕНКОР, 2001. - 382 с.
Имеются экземпляры в отделах: всего 2 : ЧИТ(1), АБ(1)
Свободны: ЧИТ(1), АБ(1)
2. Сигидин Яков Александрович Диффузные болезни соединительной ткани (систем. Ревматические заболевания): руководство для врачей /Я.А. Сигидин, Н.Г. Гусева, М.М. Иванова. – изд. 2-е перераб. И доп. . – М.: Медицина, 2004. – 638 с.
3. Новый терапевтический справочник 2005-2006 клинические рекомендации : симптомы и синдромы; заболевания; неотложные состояния; лабораторно-инструментальные показатели; справочник лекарственных средств / под ред. И. Н. Денисова, Н. А. Мухина, А. Г. Чучалина. - М. : ГЭОТАР-МЕДИА, 2005. - 587 с. - (Клинические рекомендации).
Имеются экземпляры в отделах: всего 2 : ЧИТ(1), АБ(1)
Свободны: ЧИТ(1), АБ(1)
4. Барсуков, А. В.
Артериальная гипертензия. Клиническое профилирование и выбор терапии [Текст] : научное издание / А. В. Барсуков, С. Б. Шустов. - СПб. : ЭЛБИ-СПб, 2004. - 249 с. : рис., табл.
Имеются экземпляры в отделах: всего 3 : ЧИТ(1), АБ(2)
Свободны: ЧИТ(1), АБ(2)
5. Шулутко, Борис Ильич.
Стандарты диагностики и лечения внутренних болезней /стандарт / Б. И. Шулутко, С. В. Макаренко. - 3-е изд., перераб. и доп. - СПб. : ЭЛБИ-СПб, 2005. - 800 с.
Имеются экземпляры в отделах: всего 2 : ЧИТ(1), АБ(1)
Свободны: ЧИТ(1), АБ(1)
6. Планы ведения больных. Диагностика, лечение, предупреждение осложнений: научное издание /ред. О.Ю. Атьков. - 2007, 7 экз.
7. Барсуков А.В. Артериальная гипертензия. Клиническое профилирование и выбор терапии: научное издание /А.В. Барсуков, С.Б. Шустов. – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2004. – 249 с.: экземпляры: всего 3 – ЧИТ (1), АБ (2).

Нормативные документы:

- Приказ МЗ РФ от 20.09.93 г. № 222 «О мерах по реализации основ законодательства РФ об охране здоровья граждан».
- Постановление Правительства РФ от 26.06.95 г. № 610 «Об утверждении типового положения об образовательном учреждении дополнительного профессионального образования (повышения квалификации) специалистов».
- Постановление Госкомвуза РФ от 27.12.95 г. № 13 «Об утверждении форм документов государственного образца о повышении квалификации и профессиональной переподготовке специалистов и требования к документам».
- Требования к содержанию дополнительных профессиональных образовательных программ. Утверждены приказом Министерства общего и профессионального образования РФ от 18.06.97 г. № 1221.
- Государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования. Специальность 040100 – Лечебное дело. Квалификация – Врач. Утверждены Министерством образования РФ 10.03.00 г. Государственная регистрация № 130 (медицинские специальности).
- квалификационная характеристика «Врача-нефролога». Приказ МЗ РФ № 131 от 05.05.92 г. Приказ МЗ РФ № 286 от 19.12.94 г.
- образовательный стандарт послевузовской профессиональной подготовки специалистов. Специальность 040122.08. – Нефрология. Москва. 2001 г.