

## ПРОГРАММА ПРАКТИК

Основная профессиональная образовательная программа ординатуры по направлению подготовки «Нефрология» предусматривает прохождение обучающимися производственной практики включающую базовую и вариативную часть.

В соответствии с ФГОС по направлению подготовки «Нефрология» Блок 2 основной профессиональной образовательной программы бакалавриата «Практики» является обязательным и представляет собой вид учебных занятий, непосредственно ориентированных на профессионально-практическую подготовку обучающихся. Практики закрепляют знания и умения, приобретаемые обучающимися в результате освоения теоретических курсов, вырабатывают практические навыки и способствуют комплексному формированию общекультурных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций обучающихся.

Производственная практики проводятся на клинических базах Университета.

Вариативная часть практики включает в себя практику по получению профессиональных умений и навыков. Производственная практика включает в себя практику по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности.

Все виды практик реализуются на основе договоров, заключенных между Университетом и предприятиями, организациями и учреждениями, в соответствии с которыми организации предоставляют места для прохождения обучающимися практик.

Рабочие программы практик содержат следующие разделы:

1. Общие положения (вид практики, способы и формы проведения, место практики в структуре образовательной программы, объем практики в зачетных единицах и ее продолжительность в неделях либо в академических или астрономических часах)
2. Цели и задачи практики.
3. Планируемые результаты обучения при прохождении, соотнесенные с планируемыми результатами освоения образовательной программы
4. Базы практики.
5. Содержание практики.
6. Обязанности руководителя практики от Университета.
7. Обязанности обучающихся на практике.
8. Методические требования к порядку прохождения и формам, содержанию отчета по итогам прохождения практики.
9. Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по практике.
10. Учебная литература и ресурсы сети «Интернет», необходимые для проведения практики
11. Информационные технологии, используемые при проведении практики, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем.
12. Материально-техническая база, необходимая для проведения практики

## Рабочая программа дисциплины «Симуляционный курс»

1. Общие положения (вид практики, способы и формы проведения, место практики в структуре образовательной программы, объем практики в зачетных единицах и ее продолжительность в неделях либо в академических или астрономических часах)

Симуляционный цикл для клинических ординаторов относится к вариативной части Блока 2.

Вид учебной работы	Всего часов / зачетных единиц	Семестр
		1
Сроки проведения практики: 2 недели	108 / 3	108
Вид промежуточной аттестации	Зачет с оценкой	зачет
Общая трудоемкость	часы	108
	зачетные единицы	3

### 2. Цели и задачи практики

**Цель** практики: формирование профессиональной компетенции ординатора.

**Задачи** симуляционного курса:

1. Отработать практические навыки и овладеть методиками дренирования верхних отделов желудочно-кишечного тракта и мочевого пузыря, методикой обследования и клинической диагностики молочных желёз, методикой ухода за колостомированными больными.
2. Отработать практические навыки и овладеть методиками сердечно-лёгочной реанимации и обеспечения проходимости верхних дыхательных путей.
3. Отработать практические навыки и овладеть методикой аускультации сердца и лёгких взрослого, уметь интерпретировать выявленные аускультативные феномены.
4. Овладеть методикой осмотра шейки матки в зеркалах и родовспоможения, уметь выстраивать диагностический алгоритм при заболеваниях шейки матки.
5. Владеть методикой смены повязок и ухода за пролежнями.
6. Овладеть методиками наложения и снятия швов.
7. Отработать навыки отоскопии и офтальмоскопии.
8. Отработать навыки катетеризации центральных и периферических вен.
9. Овладеть методиками плевральной и люмбальной пункции.

### 2. Планируемые результаты обучения при прохождении, соотнесенные с планируемыми результатами освоения образовательной программы

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими универсальными компетенциями:

- ✓ готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать профессиональными компетенциями:

- профилактическая деятельность:
- ✓ готовность к проведению профилактических медицинских осмотров,

диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);

- 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 (ПК-5);
- лечебная деятельность:
  - ✓ готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации (ПК-7).

#### 4. Базы симуляционного курса

Симуляционный курс проводится на базе Центра инновационных образовательных технологий ГБОУ ВПО «ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова» МЗ РФ (корпус 53, I этаж. Ул.Л.Толстого, д. 19, г. Санкт-Петербург, 197022)

#### 5. Содержание симуляционного курса

№	Виды профессиональной деятельности (ординатора)	Место работы	Продолжительность циклов	Формируемые профессиональные компетенции
<i>Первый год обучения (семестр №1)</i>				
1.	Дренирование верхних отделов желудочно-кишечного тракта и мочевого пузыря, обследование молочных желёз, уход за колостомированными больными	Центр инновационных образовательных технологий ПСПбГМУ им акад И.П.Павлова	12 часов 0,33 ЗЕ	ПК-2 ПК-5 ПК-7 УК-1
2.	Сердечно-лёгочная реанимация. Обеспечение проходимости верхних дыхательных путей.	Центр инновационных образовательных технологий ПСПбГМУ им акад И.П.Павлова	12 часов 0,33 ЗЕ	ПК-5 ПК-7 УК-1
3.	Аускультация сердца и лёгких взрослого	Центр инновационных образовательных технологий ПСПбГМУ им акад И.П.Павлова	12 часов 0,33 ЗЕ	ПК-2 ПК-5 ПК-7 УК-1

4.	Осмотр шейки матки в зеркалах. Родовспоможение.	Центр инновационных образовательных технологий ПСПБГМУ им акад И.П.Павлова	12 часов 0,33 ЗЕ	ПК-2 ПК-5 ПК-7 УК-1
5.	Смена повязок. Уход за пролежнями.	Центр инновационных образовательных технологий ПСПБГМУ им акад И.П.Павлова	12 часов 0,33 ЗЕ	ПК-5 ПК-7 УК-1
6	Наложение и снятие швов.	Центр инновационных образовательных технологий ПСПБГМУ им акад И.П.Павлова	12 часов 0,33 ЗЕ	ПК-5 ПК-7 УК-1
7	Отоскопия. Офтальмоскопия.	Центр инновационных образовательных технологий ПСПБГМУ им акад И.П.Павлова	12 часов 0,33 ЗЕ	ПК-2 ПК-5 ПК-7 УК-1
8	Катетеризация центральных и периферических вен.	Центр инновационных образовательных технологий ПСПБГМУ им акад И.П.Павлова	12 часов 0,33 ЗЕ	ПК-5 ПК-7 УК-1

9	Плевральная пункция. Люмбальная пункция.	Центр инновационн ых образователь ных технологий ПСПБГМУ им акад И.П.Павлова	12 часов 0,33 ЗЕ	ПК-5 ПК-7 УК-1
---	---	--	---------------------	----------------

### План работы:

1. Освоение алгоритмов выполнения практических навыков под руководством преподавателя.
2. Самостоятельная отработка практических навыков.
3. Изучение литературы по соответствующим разделам и обсуждение неясных вопросов с преподавателем.

### Учебная работа:

- ✓ Посещение лекционных занятий для клинических ординаторов.
- ✓ Посещение конференций, семинаров и мастер-классов, организованных кафедрой.
- ✓ Практическая работа ординаторов - важное звено учебного процесса. А отработка практических навыков начинается на симуляционном курсе. Основная задача курса - получение будущими врачами глубоких практических знаний и навыков по специальности в условиях симуляционного центра.

Во время прохождения практики врач-ординатор овладевает умениями:

- Выполнять дренирование полых органов: мочевого пузыря и желудка;
- Выполнять уход за колостомированными больными, осуществлять смену калоприёмника;
- Выполнять осмотр и пальпацию молочных желез с построением дальнейшего диагностического алгоритма;
- Осуществлять аускультацию сердца и лёгких с выявлением имеющихся у пациента аускультативных феноменов;
- Выполнять осмотр шейки матки в зеркалах и выстраивать дальнейшие диагностические алгоритмы;
- Диагностировать и принимать физиологические роды;
- Проводить сердечно-лёгочную реанимацию;
- Осуществлять перевязки и уход за пролежнями на различных стадиях;
- Накладывать и снимать швы;
- Выполнять офтальмо- и отоскопию;
- Катетеризировать центральные и периферические вены;
- Выполнять плевральную и люмбальную пункции.

### 6. Обязанности преподавателя симуляционного курса:

- Обучить клинических ординаторов практическим навыкам
- Контролировать процесс освоения навыка и выполнения манипуляции ординарами
- Выполнять оценку степени освоения навыка

- Осуществлять зачёт по окончании симуляционного курса

#### 7. Обязанности обучающихся на практике:

- Посещение занятий без пропусков и опозданий согласно расписанию курса;
- Выполнение плана обучения, освоение манипуляций под руководством преподавателя и самостоятельное их выполнение
- Соблюдение учебной дисциплины

#### 8. Условия постановки зачёта по симуляционному курсу

- Для постановки зачёта по симуляционному курсу требуется 100% посещение, освоение всех практических навыков курса, правильный ответ на тестовые вопросы по темам занятий.

#### 9. Фонд оценочных средств для постановки зачёта по симуляционному курсу.

##### Тесты по теме «Базовая сердечно-лёгочная реанимация»:

1.1. Абсолютными признаками остановки сердца являются:

- а) отсутствие пульсации на сонных артериях
- б) паралитически расширенные зрачки, не реагирующие на свет
- в) резко выраженный цианоз кожи и видимых слизистых оболочек
- г) отсутствие сознания
- д) отсутствие дыхания

1. верно все

**2. верно а,б,в**

3. верно а,г,д

4. верно а,б,д

1.2. Какова правильная последовательность действий при проведении первичных реанимационных мероприятий:

- 1. вызвать помощь, нанесение прекардиального удара, обеспечение проходимости верхних дыхательных путей, искусственное дыхание и закрытый массаж сердца**
2. закрытый массаж сердца, искусственное дыхание.
3. прекардиальный удар, закрытый массаж сердца, искусственное дыхание
4. вызвать помощь, начать искусственное дыхание, наружный массаж сердца

1.3. Каково оптимальное соотношение искусственных вдохов и компрессий грудной клетки при проведении реанимационных мероприятий?

1. 1 : 10

2. 2 : 15

**3. 2 : 30**

4. 1 : 5

5. 1 : 30

1.4. Первой медикаментозной помощью при проведении реанимационных мероприятий является:

**1. введение 1 мг адреналина**

2. введение 10 мг адреналина

3. введение 1 мг атропина

4. инфузия 200 мл 5% р-ра бикарбоната натрия

5. введение 2 мг норадреналина

1.5. При регистрации на ЭКГ фибрилляции желудочков могут быть показаны следующие мероприятия:

- а) проведение электрической дефибрилляции
- б) продолжение наружного массажа сердца между разрядами дефибриллятора
- в) внутрисердечное введение 2 мг адреналина в разведении 1:10
- г) внутривенное введение 1 мг атропина
- д) внутривенное введение антифибрилляторных средств (кордарона, лидокаина) при неэффективности электрической дефибрилляции

- 1. верно а,б,г
- 2. верно а,б,д**
- 3. верно а,в,д
- 4. верно а,б,г,д

1.6. При развитии коллапса в условиях поликлиники показаны следующие мероприятия:

- а) уложить пациента в горизонтальное положение с подъемом ног.
- б) произвести венепункцию и ввести внутривенно 200-400 мл 0,9% хлорида натрия
- в) внутримышечное введение 2,0 мл кордиамина
- г) вдыхание паров нашатырного спирта
- д) внутривенное или внутримышечное введение 60-90 мг преднизолона.

- 1. верно все
- 2. верно а,в,г,
- 3. верно а,б,д**
- 4. верно а,в,г,д.

1.7. Интенсивная терапия при кардиогенном отеке легких включает все перечисленное, кроме:

- 1. внутривенного введения дыхательных analeптиков**
- 2. санации трахеобронхиального дерева, пеногашения
- 3. кислородотерапии, искусственной вентиляции легких
- 4. введения мочегонных и глюкокортикоидов
- 5. введения морфина и венозных дилататоров

1.8. В отношении пароксизма мерцательной аритмии (фибрилляции предсердий) выберите верные утверждения:

- а) пароксизм может быть спровоцирован внутрисосудистой инъекцией местного анестетика, содержащего адреналин в качестве адьюванта
- б) для купирования эффективны вагусные пробы.
- в) пульс аритмичный с частотой 100-200 уд. в мин, может отмечаться дефицит пульса
- г) для купирования приступа можно использовать анаприлин (обзидан), корвалол (валокордин), панангин
- д) для купирования эффективно внутривенное введение 10 мл 25% раствора сульфата магния

- 1. верно все
- 2. верно а,б,в
- 3. верно в,г,д
- 4. верно а,в,г**

1.9. Основными дифференциально-диагностическими характеристиками стенокардитической боли являются:

- а) давящие боли за грудиной, связанные с физической или эмоциональной нагрузкой
- б) длительность болей обычно составляет 2-4 часа

- в) боли стреляющего характера, связанные с изменением положения тела
- г) боли часто сопровождаются страхом смерти, бледностью кожных покровов, потливостью
- д) боли хорошо купируются приемом внутрь нестероидных противовоспалительных препаратов

- 1. верно а,г,**
- 2. верно все
- 3. верно а,б,г
- 4. верно б,в,д.

1.10. Клиника тяжелой токсической реакции на местные анестетики может включать в себя все, кроме;

- 1. нарушения сознания
- 2. урежения дыхания, апноэ
- 3. тремора, судорог
- 4. тахикардии и артериальной гипертензии**
- 5. брадикардии

1.11. При лечении тяжелого анафилактического шока показаны следующие лечебные мероприятия:

- а) быстрая внутривенная инфузия жидкости
  - б) медленное внутривенное введение 0,5 мг адреналина в 20 мл 0,9% р-ра хлорида натрия
  - в) введение высоких доз глюкокортикоидных гормонов (например 500 мг гидрокортизона)
  - г) введение фуросемида для ускорения выведения аллергена
  - д) переливание свежезамороженной плазмы
- 1. верно а,б,в,г
  - 2. верно а,б,в**
  - 3. верно а,в,г,д
  - 4. верно б,в,д

1.12. После введения местного анестетика у больного начал развиваться отек Квинке и появилось стридорозное дыхание (отек гортани). Какие неотложные мероприятия показаны, кроме:

- 1. внутривенное введение высоких доз глюкокортикоидных гормонов
- 2. ингаляции вазопрессоров для уменьшения отека слизистой оболочки гортани
- 3. внутривенное введение антигистаминных препаратов
- 4. введение фуросемида для уменьшения отека слизистой оболочки гортани**
- 5. ранняя интубация трахеи

1.13. У какого из перечисленных местных анестетиков наименьшая токсичность:

- 1. мепивакаин
- 2. артикаин
- 3. бупивакаин
- 4. цитанест**
- 5. лидокаин

1.14. При обмороке показаны все мероприятия, кроме:

- 1. уложить больного в горизонтальное положение
- 2. обеспечить проходимость верхних дыхательных путей
- 3. измерить частоту пульса и уровень артериального давления
- 4. ввести подкожно 1,0 мл 0,1% р-ра адреналина**
- 5. применить кратковременное вдыхание паров нашатырного спирта



1.15. Что следует сделать немедленно при остановке сердечной деятельности из перечисленного?

1. записать ЭКГ
- 2. начать непрямой массаж сердца и искусственное дыхание**
3. внутрисердечно ввести адреналин 1 мл 0,1% р-ра
4. выполнить интубацию трахеи
5. обеспечить венозный доступ

1.16. Где следует расположить ладони (минимальной площадкой) для проведения эффективного непрямого массажа сердца?

- 1. на границе средней и нижней трети грудины (по срединной линии)**
2. на верхней части грудины
3. на мечевидном отростке
4. в пятом межреберном промежутке слева
5. с обеих сторон грудной клетки

1.17. При проведении электрической дефибриляции рекомендована последовательность разрядов со следующими значениями энергии:

1. 100 Дж - 150 Дж - 200 Дж
2. Все разряды с энергией 200 Дж
- 3. 200 Дж – 300 Дж – 360 Дж**
4. 200 Дж - 250 Дж – 300 Дж
5. Все разряды с энергией 300 Дж

1.18. Какова оптимальная частота компрессий грудной клетки в минуту при проведении закрытого (непрямого) массажа сердца:

1. 40-60
2. 60
3. 60-80
- 4. около 100**
5. 110-120

1.19. Показаниями для общей ингаляционной анестезии являются:

- а) обширное хирургическое вмешательство
- б) непереносимость местных анестетиков для регионарной анестезии
- в) время операции свыше трех часов
- г) психическое заболевание пациента
- д) страх больного перед другими видами анестезии

- 1. верно а,б,в,г**
2. верно а,б,г
3. верно б,г
4. верно б,г,д

1.20. Обязательным компонентом премедикации является:

- 1. транквилизатор**
2. наркотический анальгетик
3. холиномиметик
4. ненаркотический анальгетик
5. холинолитик

**Тесты по теме «Аускультация сердца и лёгких»:**

01. Укажите основное место выслушивания аортального клапана

- 1) верхушка сердца
- 2) II межреберье слева у грудины
- 3) II межреберье справа у грудины**
- 4) IV межреберье слева у грудины
- 5) верно 1) и 2)

02. Укажите основное место выслушивания клапанов легочной артерии

- 1) верхушка сердца
- 2) II межреберье справа у грудины
- 3) II межреберье слева у грудины**
- 4) III межреберье слева у грудины
- 5) IV межреберье справа у грудины

03. Укажите основное место выслушивания митрального клапана

- 1) на верхушке сердца**
- 2) II межреберье справа у грудины
- 3) II межреберье слева у грудины
- 4) III межреберье слева у грудины (точка Боткина-Эрба)
- 5) IV межреберье справа у грудины

04. Укажите истинную проекцию клапанов легочной артерии

- 1) Слева за хрящом III ребра**
- 2) в области грудины на уровне III ребра
- 3) место прикрепления IV ребра к грудины слева
- 4) в области грудины на середине расстояния линии, соединяющей III ребро слева и V ребро справа

05. Укажите истинную проекцию аортального клапана

- 1) в области грудины слева на уровне III ребра**
- 2) III межреберье слева у грудины
- 3) III межреберье справа у грудины
- 4) II межреберье справа у грудины
- 5) II межреберье слева у грудины

06. Укажите основное место оценки трикуспидального клапана

- 1) верхушка сердца
- 2) точка Боткина-Эрба (III межреберье слева у грудины)
- 3) II межреберье справа у грудины
- 4) II межреберье слева у грудины
- 5) IV межреберье справа у грудины**

07. О чем свидетельствует акцент второго тона на легочной артерии?

- 1) повышение давления в малом круге кровообращения
- 2) повышение давления в большом круге кровообращения
- 3) уплотнение створок аортального клапана
- 4) уплотнение створок клапанов легочной артерии
- 5) верно 1) и 4)**

08. Какие из перечисленных ниже компонентов могут участвовать в механизме образования II тона?

- 1) открытие клапанов аорты и легочной артерии
- 2) закрытие клапанов аорты и легочной артерии**
- 3) колебание стенок аорты и легочной артерии в период изгнания крови
- 4) верно 1) и 3)
- 5) верно 2) и 3)

09. Какие из перечисленных ниже компонентов могут участвовать в механизме образования I тона?

- 1) конец систолы предсердий
- 2) смыкание створок митрального клапана
- 3) верно 1) и 2)
- 4) смыкание створок трехстворчатого клапана
- 5) верно 1), 2) и 4)**

10. Звуковые явления с клапанов аорты могут выслушиваться

- 1) во II межреберье справа у края грудины
- 2) во II межреберье слева у края грудины
- 3) в III межреберье слева у края грудины (точка Боткина)
- 4) в IV межреберье справа у края грудины
- 5) верно 1) и 3)**

11. Над полостью вскрывшегося абсцесса аускультативно определяется

1. ослабленное везикулярное дыхание
- 2. амфорическое дыхание**
3. жесткое дыхание
4. стенотическое дыхание
5. отсутствие дыхательных шумов

12. При первой стадии крупозной пневмонии аускультативно определяется дыхание

- 1. ослабленное везикулярное**
2. саккадированное
3. жесткое
4. стенотическое
5. бронхиальное

13. Для эмфиземы лёгких характерно

- 1. ослабленное везикулярное дыхание**
2. амфорическое дыхание
3. жесткое дыхание
4. бронхиальное дыхание
5. отсутствие дыхательных шумов

14. Звук разлипания альвеол на высоте вдоха ЭТО

1. мелкопузырчатые влажные хрипы
2. шум трения плевры
- 3. крепитация**
4. сухие хрипы
5. бронхофония

15. В норме бронхиальное дыхание выслушивается над

1. верхушками легких
2. нижними отделами легких
3. спереди над рукояткой грудины
4. сзади на уровне VII-VIII грудных позвонков
- 5. сзади на уровне III-IV грудных позвонков**

16. Сухие хрипы в легких образуются при

1. скопления экссудата в альвеолах
2. отложении фибрина на поверхности листков плевры
3. наличии полости в ткани легкого
- 4. сужении просвета бронхов**
5. скопления воздуха в плевральной полости

17. Основным механизмом везикулярного дыхания является

1. трение листков плевры при дыхании
2. завихрения воздуха при прохождении через бронхи
3. наличие вязкой мокроты в трахее и крупных бронхах
- 4. колебание стенки альвеол при их расправлении и спадении**
5. завихрение потока воздуха при прохождении через голосовую щель

18. Основной механизм образования жесткого дыхания

1. снижение эластичности легочной ткани
2. проведение на поверхность грудной клетки ларинго-трахеального дыхания (с изменением его тембра) при уплотнении легкого или наличии в нем полости, соединенной с бронхом
- 3. сужение бронхов (спазм, вязкая мокрота)**
4. наличие небольшого очага уплотнения легочной ткани
5. повышение эластичности легочной ткани

19. Появление влажных крупнопузырчатых хрипов обусловлено прохождением воздуха через

1. вязкую мокроту в крупных бронхах
2. вязкую мокроту в мелких бронхах и/или их спазм
- 3. жидкую мокроту в крупных бронхах или полостях, сообщающихся с бронхом**
4. жидкую мокроту в мелких бронхах при сохраненной воздушности окружающей легочной ткани
5. жидкую мокроту в мелких бронхах и воспалительных уплотнениях легочной ткани

20. Шум трения плевры связан с

1. наличием в альвеолах (пристеночно) небольшого количества экссудата или трансудата
- 2. воспалением листков плевры («сухой» плеврит)**
3. заполнением альвеол экссудатом или трансудатом
4. вязкой мокротой в крупных бронхах
5. вязкой мокротой в мелких бронхах и/или их спазм

**Тесты по теме: «Катетеризация мочевого пузыря»:**

**Выбрать один правильный ответ**

**1. Количество мочи, выделенное за определённый промежуток времени называется**

- а. водным балансом;
- б. диурезом;
- в. водной нагрузкой;
- г. энурезом.

**2. Наличие скрытых отёков можно определить с помощью**

- а. измерения АД и взвешивания;
- б. взвешивания и определения диуреза;
- в. определения диуреза и контроля анализов мочи;
- г. контроля анализов мочи и измерения АД

**2. Странгурия это -**

- а. учащенное мочеиспускание
- б. суточный диурез более 2 литров
- в. затрудненное мочеиспускание
- г. суточный диурез менее 500 мл.

**2. Олигурия это -**

- а. учащенное мочеиспускание
- б. суточный диурез более 2 литра
- в. затрудненное мочеиспускание
- г. суточный диурез менее 500 мл.

**2. Катетеризация мочевого пузыря это -**

- а. самостоятельная манипуляция;
- б. независимая манипуляция;
- в. взаимозависимая манипуляция;
- г. зависимая манипуляция.

**2. Абсолютным показанием к катетеризации мочевого пузыря является**

- а. недержание мочи;
- б. полная ишурия, связанная с аденомой предстательной железы;
- в. гематурия;
- г. полиурия.

**7. Потенциальная проблема при катетеризации мочевого пузыря, которая может возникнуть при нарушении правил асептики и антисептики**

- а. гематурия;
- б. кровотечение;
- в. уремия;
- г. ощущение препятствия при введении катетера.

**8. Перед введением катетера устье уретры обрабатывают**

- а. раствором 3% перекиси водорода;
- б. 0,02% раствором фурацилина;
- в. стерильным глицерином;
- г. 0,5% раствором перманганата калия.

**8. Перед введением катетера, его внутренний конец обрабатывают**

- а. раствором 3% перекиси водорода;
- б. 0,02% раствором фурацилина;
- в. стерильным глицерином;
- г. 0,5% раствором перманганата калия.

**8. Профилактика инфицирования при проведении катетеризации связана в первую очередь с**

- а. педантичным соблюдением правил асептики и антисептики;
- б. использованием одноразового инструментария;
- в. соблюдением техники проведения манипуляции;
- г. использованием высокоэффективных антисептиков.

### **11. Установить соответствие:**

1. показания к катетеризации **а.** инфицирование мочевого пузыря;
2. противопоказания к катетеризации **б.** выведение мочи при проблеме

**3.** возможные осложнения «острая задержка мочи»;

**в.** перед промыванием мочевого пузыря;

**г.** новообразования, кровотечения;

**д.** травмирование уретры, кровотечения;

**е.** механическое препятствие при введении катетера.

### **12. Установить соответствие:**

**1.** ишурия **а.** полное прекращение поступления мочи в мочевой пузырь;

**2.** анурия **б.** расстройство мочеиспускания;

**3.** дизурия **в.** задержка мочеиспускания вследствие скопления мочи в

мочевом пузыре из-за невозможности самостоятельного

мочеиспускания.

### **13. Установить последовательность подготовки к катетеризации одноразовым катетером женщины:**

1. Пациентку уложить на спину с согнутыми в коленях и разведенными ногами. Под таз пациентки постелить клеенку, под крестец поставить судно.
2. Обработать перчатки антисептиком для перчаток.
3. Объяснить пациентке цель и ход манипуляции, получить согласие на манипуляцию (если есть контакт с пациентом).
4. Вымыть руки гигиеническим уровнем, надеть перчатки.
5. Поставить ширму.
6. Стерильным пинцетом взять ватный шарик, смочить его раствором антисептика.
7. Правой рукой стерильным пинцетом обработать наружное отверстие мочеиспускательного канала одним из антисептических растворов.
8. Подмыть пациентку теплой (38°C) кипячёной водой.
9. Развести большим и указательным пальцами левой руки большие и малые половые губы.
10. Развернуть упаковку со стерильными перчатками.
11. Развернуть упаковку с катетером.
12. Надеть стерильные перчатки.
13. Снять использованные перчатки после туалета половых органов и поместить их в дезраствор.
14. Смочить внутренний конец катетера стерильным глицерином на расстоянии 5 - 6см поливая на

него из ёмкости.

**15.** Взять катетер внутренний конец как вилку, а наружный поместить между мизинцем и безымянным пальцами.

**14.** Установить последовательность промывания мочевого пузыря

1. Отсоединить шприц Жанэ от катетера, подставить под наружный конец катетера ёмкость для сбора мочи и собрать промывной раствор.
2. Извлечь катетер, промыть и поместить его в дезраствор.
3. Опорожнить мочевой пузырь при помощи катетеризации (катетер не извлекать).
4. Помощник выливает раствор и ополаскивает ёмкость.
5. Через катетер шприцем Жанэ ввести в мочевой пузырь 150 – 200мл антисептического раствора.
6. Снять перчатки, вымыть руки.
7. Промывание повторить до чистого промывного раствора.
8. Сделать отметку в медицинской карте о выполнении процедуры.

**15. Дописать возможные проблемы при катетеризации:**

Катетеризацию мочевого пузыря следует осуществлять так, чтобы избежать:

- \_\_\_\_\_,
- \_\_\_\_\_,
- \_\_\_\_\_.

**16. Дописать определение:**

Поступление азотистых шлаков в кровь называется \_\_\_\_\_.

### Ситуационные задачи

Тема: «Катетеризация мочевого пузыря»

1. При введении катетера в уретру мужчине медсестра почувствовала препятствие, ей показалось, что осторожно она его сможет преодолеть, но после повторной попытки ввести катетер с применением небольшой силы, из уретры потекла кровь.

Какое правило нарушила медсестра?

Какие осложнения в результате её действий возникли?

Как должна поступить медсестра в этой ситуации?

2. Медсестра проводила катетеризацию в чистых обработанных антисептиком для перчаток перчатках без пинцета.

Правильно ли проводила катетеризацию медсестра?

Если нет, то в чём её ошибка?



Какое основное правило она нарушила?

Какое осложнение может возникнуть в результате её действий?

### **Ответы к тестовому контролю**

Тема: «Катетеризация мочевого пузыря»

1. б; 6. б; 11. – 1б, в; 2г,е; 3а, д. 16. – уремия.
2. б; 7. в; 12. – 1в, 2а, 3б.
3. в; 8. б; 13. – 3, 5, 1, 4, 2, 8, 6, 9, 7, 13, 10, 11, 12, 15, 14.
4. г; 9. в; 14. – 3, 5, 1, 4, 7, 2, 6, 8.

5. г; 10. а. 15. – инфицирования мочевых путей,

травмы мочевых путей,

психологические проблемы.

### **Ответы на задачи**

1. Медсестра нарушила следующее правило: Если во время введения катетера медсестра почувствует препятствие, катетеризацию следует прекратить и сообщить об этом врачу.

В результате её действий возникли осложнения: травмирование слизистой оболочки уретры и кровотечение.

Медсестра в этой ситуации должна, не извлекая катетера вызвать врача.

2. Нет, не правильно, катетеризацию она должна была проводить в стерильных перчатках или пинцетом.

Она нарушила основное правило – асептики.

Инфицирование мочевой системы.

### **Тесты по теме «Акушерство и гинекология» (часть 1)**

1. Норма прибавки массы беременной за 1 неделю во вторую половину беременности составляет

- а) 250-300 г
- б) 500 г

- в) 700 г
- г) 1000 г

2. К концу беременности женщина прибавляет в массе

- а) 5 кг
- б) 10-12 кг
- в) 20 кг
- г) 30 кг

3. Физиологические изменения гемодинамики во время беременности

- а) снижение объема циркулирующей крови
- б) снижение АД
- в) уменьшение количества эритроцитов и гемоглобина
- г) увеличение объема циркулирующей крови

4. Предположительные признаки беременности

- а) перемены в аппетите
- б) прослушивание сердцебиения плода
- в) изменение обонятельных ощущений
- г) пигментация кожи
- д) движения плода

5. Достоверные признаки беременности

- а) перемены в аппетите
- б) прекращение менструаций
- в) прощупывание частей плода врачом или акушеркой
- г) появление молозива

6. Трубная беременность

- а) возникает вследствие воспалительного процесса в маточной трубе или трубах
- б) прерывается после 12 недель беременности
- в) всегда заканчивается разрывом трубы
- г) всегда осложняется абсолютным бесплодием

7. При субинволюции (плохом сокращении мускулатуры матки) после родов назначают

- а) маммофизин
- б) синестрол
- в) трихопол
- г) викасол

8. Признаки угрожающего разрыва промежности

- а) гиперемия кожи промежности
- б) кровотечение

- в) цианоз или побледнение кожи промежности
- г) местное повышение температуры

9. Патологическая кровопотеря в родах

- а) 150 мл
- б) 200 мл
- в) 250 мл
- г) более 400 мл

10. Наиболее часто встречающийся ранний признак токсикоза

- а) рвота
- б) дерматозы
- в) тетания беременных
- г) острая желтая атрофия печени

11. Симптомы, появление которых характерно для нефропатии беременных

- а) отеки, гипертония, протеинурия
- б) судороги
- в) анемия
- г) боли в подложечной области

12. При водянке беременных назначают диету с ограничением в первую очередь

- а) соли и жидкости
- б) продуктов, богатых жирами
- в) продуктов, богатых углеводами
- г) продуктов, содержащих большое количество клетчатки

13. При уходе за беременными с ранним токсикозом чрезвычайно важным

является

- а) наличие в палате других беременных с подобным заболеванием
- б) кормление беременных не чаще трех раз в день
- в) назначение препаратов per os
- г) отсутствие в палате других беременных с подобным заболеванием

14. Обильные пенистые выделения желтого или зеленоватого цвета характерны для

- а) гонореи
- б) трихомониаза
- в) эрозии шейки матки
- г) злокачественных заболеваний

15. Выскабливание полости матки проводится

- а) акушеркой
- б) без обезболивания
- в) только после влагалищного исследования
- г) только по жизненным показаниям

16. Острая гипоксия плода развивается в результате

- а) тугого обвития пуповины
- б) несовместимости крови матери и плода
- в) слабости родовой деятельности
- г) сердечно-сосудистых заболеваний

17. Приоритетная проблема пациентки, страдающей вульвитом

- а) повышение температуры тела
- б) зуд, жжение в области наружных половых органов
- в) обильные бели
- г) кровотечение из половых органов

18. Первоочередная задача медицинской сестры при лечении вульвита

- а) нанесение анестезиновой мази
- б) применение примочек с 1% свинцовой водой
- в) бережная гигиеническая обработка наружных половых органов раствором перманганата калия 1:1000
- г) измерение базальной температуры

19. Препарат, применяемый для специфического лечения трихомонадного

кольпита:

- а) анальгин
- б) но-шпа
- в) трихопол
- г) тавегил

20. Для постановки диагноза гонореи необходимо

- а) выяснить жалобы пациентки
- б) тщательно собрать анамнез заболевания
- в) выявить наличие гонококков в мазке из уретры или шейки матки
- г) определить наличие у пациентки обильных гнойных выделений

21. Спринцевание проводится для воздействия на

- а) слизистую оболочку влагалища и влагалищную часть шейки матки
- б) слизистую полости матки
- в) наружные половые органы
- г) канал шейки матки

22. Диспансерный осмотр пациенток, страдающих доброкачественными

опухолями женских половых органов проводится

- а) 1 раз в год
- б) 2 раза в год
- в) 3 раза в год
- г) 4 раза в год

23. Диагностическое наблюдение беременных со сроком до 20 недель в женской консультации проводится

- а) ежемесячно
- б) 1 раз в 2 месяца
- в) 2 раза в месяц
- г) еженедельно

24. Динамическое наблюдение за пациенткой, перенесшей операцию по поводу рака шейки матки, предполагает

- а) наблюдение онкогинекологом
- б) исследование мочи
- в) регулярное измерение АД
- г) измерение частоты дыхания

Дополнить утверждение

- 25. Основные симптомы гинекологических заболеваний – боли, бели, зуд наружных половых органов, нарушение менструального цикла, нарушение функции соседних органов и .....
- 26. Бели цвета "мясных помоев" характерны для .....
- 27. Бесплодным считается брак, когда при регулярной половой жизни без применения противозачаточных средств беременность не наступает в течение ..... лет.
- 28. Вульвит – это воспаление .....
- 29. Наиболее распространенный путь заражения гонореей – .....
- 30. Предраковое заболевание шейки матки – .....
- 31. Для улучшения сокращения матки в послеродовом периоде назначают .....

Установить соответствие

32. *Виды бесплодия и соответствующие им признаки*

- |                  |  |
|------------------|--|
| 1) первичное     | а) наличие в организме женщины нарушений, исключающих всякую возможность зачатия (отсутствие матки, яичников, атрезия влагалища и др.) |
| 2) вторичное     | б) причина бесплодия может быть устранена  |
| 3) абсолютное    | в) отсутствие беременности с самого начала половой жизни в течение 2-3 лет   |
| 4) относительное | г) отсутствие беременности в течение 2-3 лет брачной жизни после бывших ранее родов, выкидышей или внематочной беременности            |

33. *Гинекологический анамнез (функция – вопросы)*

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| 1) менструальная функция | а) возраст, в котором появилась первая менструация                 |
| 2) сексуальная функция   | б) промежуток времени, через который установились менструации      |
| 3) детородная функция    | в) срок от начала половой жизни до наступления первой беременности |
|                          | г) возраст, в котором началась половая жизнь                       |

- д) характер менструаций (продолжительность, количество теряемой крови, болезненность)
- е) количество беременностей
- ж) количество родов
- з) течение беременностей, осложнения
- и) течение родов, осложнения, травматизм
- к) были ли преждевременные роды, исход?
- л) сколько живых детей, здоровье детей?
- м) изменился ли тип менструаций после начала половой жизни, после родов, после аборт?
- н) не было ли факторов, отрицательно сказавшихся на сексуальной функции (случайная связь, страх, отвращение и др.)?
- о) наличие полового влечения (либидо)
- п) наличие полового удовлетворения (оргазма)
- р) характер менструаций во время настоящего заболевания
- с) наличие болезненности во время полового акта
- т) мертворождаемость, ранняя детская смертность
- у) последняя менструация, ее характер
- ф) сколько было аборт, их течение, осложнения
- х) течение послеродовых периодов, осложнения

34. *Классификация опухолей по клиническому течению (вид опухоли – признаки)*

- |                      |  |
|----------------------|--|
| 1) доброкачественные | а) рост быстрый  |
| 2) злокачественные   | б) рост медленный  |
|                      | в) после удаления опухоли наступает выздоровление          |
|                      | г) после удаления первичной опухоли – рецидивы             |
|                      | д) рост опухоли ограничен тканью, в которой растет опухоль |
|                      | е) опухоль прорастает в окружающие ткани и разрушает их    |
|                      | ж) наличие метастазов                                      |
|                      | з) отсутствие метастазов                                   |
|                      | и) нарушение общего состояния, кахексия                    |
|                      | к) общее состояние нарушается незначительно                |

35. *Классификация нарушений менструального цикла (нарушение менструального цикла - характер менструаций)*

- |                 |  |
|-----------------|--|
| 1) аменорея     | а) обильные                                  |
| 2) гипоменорея  | б) длительные, затяжные (более 10-12 дней)   |
| 3) олигоменорея | в) короткие, непродолжительные               |
| 4) опсоменорея  | г) отсутствие менструаций у взрослой женщины |
| 5) гиперменорея | д) слишком частые (через 1,5-2 недели)       |
| 6) полименорея  | е) слишком слабые, скудные                   |
| 7) пройоменорея | ж) слишком редкие (через 6-8 недель)         |
| 8) альгоменорея | з) болезненные                               |

36. *Инструменты, необходимые при различных методах гинекологического обследования (методы – инструментарий)*

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| 1) исследование с помощью зеркал                                    | а) ложкообразное зеркало             |
| 2) зондирование полости матки                                       | б) зеркала Куско (створчатые)        |
| 3) пункция брюшной полости через задний свод влагалища              | в) пулевые щипцы или щипцы Мюзо      |
| 4) пробное (диагностическое) выскабливание слизистой оболочки матки | г) расширители Гегара                |
|   | д) кюретки                           |
|   | е) подъемник Отто                    |
|   | ж) толстая длинная инъекционная игла |
|   | з) шприц                             |
|   | и) маточный зонд                     |
|   | к) корнцанг                          |

37. *Методы провокации (искусственное усиление секреции из глубоких очагов заболевания) (методы – проводимые действия)*

- |                    |   |
|--------------------|---|
| 1) физиологический | а) смазывание наружного отверстия мочеиспускательного канала и наружного отверстия канала шейки матки |
| 2) алиментарный    | б) горячие спринцевания   |
| 3) химический      | в) забор мазков в дни менструации   |
| 4) термический     | г) наложение на шейку матки колпачка Кафки (на сутки)   |
|                    | д) употребление острой соленой пищи   |

38. *Классификация гонореи по локализации*

*(уровень поражения – заболевания)*

- |  |                     |
|--|---------------------|
| 1) гонорея нижнего отдела мочеполового аппарата  | а) уретрит          |
| 2) гонорея верхнего отдела мочеполового аппарата | б) вульвит          |
|  | в) эндометрит       |
|  | г) бартолинит       |
|  | д) перитонит        |
|  | е) сальпингит       |
|  | ж) аднексит         |
|  | з) кольпит          |
|  | и) параметрит       |
|  | к) пельвиоперитонит |
|  | л) эндоцервицит     |

39. *Стадии аборта и соответствующие им изменения в матке*

- |                   |  |
|-------------------|--|
| 1) угрожающий     | а) плодное яйцо вышло из полости матки                             |
| 2) начавшийся     | б) часть плодного яйца вышла, а часть осталась в полости матки     |
| 3) аборт в ходу   | в) плодное яйцо отслоилось от слизистой матки на небольшом участке |
| 4) неполный аборт | г) отслоившееся плодное яйцо выталкивается из полости матки        |
| 5) полный аборт   |  |

д) связь плодного яйца со слизистой матки нарушена на незначительном участке

40. *Токсикозы беременных*

- |            |                                 |
|------------|---------------------------------|
| 1) ранние  | а) водянка беременных           |
| 2) поздние | б) острая желтая атрофия печени |
| 3) редкие  | в) нефропатия                   |
|            | г) рвота беременных             |
|            | д) эклампсия                    |
|            | е) дерматозы беременных         |
|            | ж) слюнотечение                 |
|            | з) преэклампсия                 |
|            | и) симфизиопатия                |
|            | к) тетания беременных           |
|            | л) желтуха беременных           |

41. *Симптомы токсикозов беременных*

(заболевания и симптомы, им соответствующие)

- |                     |  |
|---------------------|--|
| 1) рвота беременных | а) боли в подложечной области                        |
| 2) водянка          | б) судороги тонические и клонические                 |
| 3) нефропатия       | в) повышение АД                                      |
| 4) преэклампсия     | г) рвота   |
| 5) эклампсия        | д) отеки   |
|                     | е) белок в моче (протеинурия)                        |
|                     | ж) пелена перед глазами, мелькание "мушек"           |
|                     | з) увеличение массы тела более чем на 300 г в неделю |
|                     | и) головная боль                                     |
|                     | к) снижение массы тела                               |

42. *Редкие формы токсикозов беременных и симптомы, им соответствующие*

- |                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| 1) дерматозы                      | а) рвота и зуд, вызванные поражением печени                 |
| 2) симфизиопатия и сакроилеопатия | б) судороги мышц, связанные с нарушением кальциевого обмена |
| 3) тетания беременных             | в) чрезмерная подвижность и расслабление сочленений таза    |
| 4) желтуха беременных             | г) зуд беременных, прекращающийся после родов               |
| 5) острая желтая атрофия печени   | д) белковое и жировое перерождение печеночных клеток        |

43. *Противозачаточные средства*

- |                     |  |
|---------------------|--|
| 1) гормональные     | а) мужские и женские презервативы                      |
| 2) механические     | б) прерванное половое сношение                         |
| 3) химические       | в) перевязка маточных труб                             |
| 4) физиологические  | г) растворы кислот (молочной, борной, уксусной)        |
| 5) хирургические    | д) марвелон  |
| 6) не рекомендуемые | е) половые сношения за 3-5 дней до и после менструации |



ж) нарколут

44. *Классификация послеродовых инфекционных заболеваний*

- |             |                                 |
|-------------|---------------------------------|
| 1) I этап   | а) послеродовая язва            |
| 2) II этап  | б) прогрессирующий тромбофлебит |
| 3) III этап | в) тромбофлебит                 |
| 4) IV этап  | г) эндометрит                   |
|             | д) метрит                       |
|             | е) параметрит                   |
|             | ж) септицемия                   |
|             | з) сальпингооофорит             |
|             | и) септикопиемия                |
|             | к) пельвиоперитонит             |
|             | л) диффузный разлитой перитонит |

Выбрать правильные ответы.

45. Проблемы беременной, возникающие в первые месяцы беременности и перед родами из-за смещения органов малого таза

- а) одышка
- б) задержка стула
- в) частые позывы к мочеиспусканию
- г) повышение температуры тела

46. Потенциальные проблемы пациентки после инфицированного аборта

- а) тошнота, рвота
- б) кровотечение
- в) бесплодие
- г) нарушение менструального цикла

47. Преждевременной считается отслойка плаценты

- а) во время беременности
- б) во время I периода родов
- в) во время II периода родов
- г) после рождения плода

48. Проблемы беременной при возникновении водянки

- а) отеки нижних конечностей
- б) прибавка массы тела за 1 неделю более 300 г
- в) повышение температуры
- г) судороги

49. Проблемы беременной при развитии преэклампсии

- а) боль в подложечной области
- б) судороги

- в) пелена перед глазами, мелькание "мушек"
- г) частое мочеиспускание

50. Сестринский процесс при нефропатии беременных предусматривает

- а) проведение термометрии каждые 3 часа
- б) ежедневное взвешивание
- в) регулярное измерение АД
- г) измерение суточного диуреза

51. Лечение трихомонадного кольпита предусматривает

- а) обязательное лечение обоих половых партнеров
- б) соблюдение постельного режима
- в) прекращение половых контактов
- г) ежедневное взятие мазков из влагалища

52. Приоритетная проблема родильницы в первые дни после родов

- а) задержка стула
- б) рвота
- в) затруднение мочеотделения
- г) ухудшение зрения

53. До снятия швов на промежности из рациона родильницы исключают

- а) молочные продукты
- б) продукты, богатые клетчаткой
- в) хлеб
- г) макароны

54. Сестринские рекомендации родильнице с разрывами на промежности

- а) диета, исключая овощи и фрукты в сыром виде, хлеб
- б) не сидеть до полного снятия и полного заживления швов
- в) умеренное употребление жидкости
- г) трехразовое питание

55. Факторы риска поздних токсикозов

- а) тазовое предлежание плода
- б) ожирение
- в) аллергия
- г) гипертоническая болезнь

56. Предпочтительные продукты питания при нефропатии беременных

- а) свежие фрукты и овощи
- б) сметана, сливки
- в) сдоба, макароны
- г) нежирное мясо

57. Сестринское наблюдение за беременными, страдающими нефропатией

- а) мониторинг дыхания
- б) контроль уровня АД
- в) контроль суточного диуреза
- г) все вышеперечисленное

58. Для профилактики послеродового мастита медсестра рекомендует пациентке

- а) дородовую подготовку молочной железы
- б) тщательное сцеживание молока после кормления
- в) массажирование молочной железы
- г) прекращение сцеживания молока

59. Самоконтроль беременных с водянкой предусматривает

- а) соблюдение режима дня, диеты
- б) контроль массы тела
- в) контроль дыхания
- г) измерение температуры тела

60. Неотложная помощь при эклампсии беременных предполагает

- а) измерение температуры тела
- б) предотвращение прикуса языка
- в) предупреждение асфиксии рвотными массами
- г) измерение суточного диуреза

### **Тесты по теме "Акушерство и гинекология" (часть 2).**

1. Чувствительность и периодичность проведения скрининга (онкоцитограмма) цервикального рака:

- 1) выявляемость заболевания 85-95%
- 2) выявляемость заболевания 70-85%
- 3) проведение онкоцитологического исследования спустя 3 года после первого полового контакта, но не позже чем в возрасте 21 года
- 4) во время профосмотра
- 5) ежегодно в течение первых двух лет, при отрицательных данных далее каждые 2-3 года
- 6) после 70 лет при интактной шейки матки и при условии отрицательных цитологических исследований в пределах последних 10 лет

Ответ: 1, 3, 5

2. Чаще выявляется гистологическая структура РШМ:

- 1) плоскоклеточный неороговевающий рак
- 2) аденокарцинома
- 3) плоскоклеточный ороговевающий рак
- 4) плоскоклеточный низкодифференцированный рак
- 5) светлоклеточный рак
- 6) мукоэпидермоидный рак

Ответ: 1, 3

3. Наибольший приоритет заболеваемости раком эндометрия в последние годы отмечают среди женщин в возрасте:

- 1) до 29 лет
- 2) до 40 лет
- 3) от 40 до 49 лет
- 4) от 50 до 59 лет
- 5) старше 59 лет

Ответ:

4. Частота и средний возраст поражения при раке маточной трубы:

- 1) 0,11-1,18 % среди опухолей женских половых органов
- 2) 1,2-1,5 % среди всех опухолей женских половых органов
- 3) 2 %
- 4) 17 – 19 лет
- 5) 45 – 50 лет
- 6) 62,5 лет

Ответ: 1, 6

5. Принципы лечения рака вульвы II-III ст.:

- 1) широкое иссечение опухоли
- 2) широкое иссечение опухоли и односторонняя пахово-бедренная лимфаденэктомия

- 3) радикальная вульвоэктомия их трех разрезов
- 4) лучевая терапия
- 5) лекарственная терапия, химиотерапия
- 6) комбинированное лечение

Ответ: 3, 4, 5, 6

6. Клиническая картина рака влагалища III-IV ст. характеризуется:

- 1) кровянистые выделения
- 2) отек нижних конечностей
- 3) гематурия
- 4) лейкоррея
- 5) дизурия
- 6) мочеполовые и ректовагинальные свищи

Ответ: 2, 3, 6

7. Частота рака шейки матки в структуре онкогинекологической патологии у женщин, проживающих в РФ:

- 1) I место
- 2) II место
- 3) III место
- 4) 15%
- 5) 20%
- 6) 30%

Ответ: 3, 4

8. Стандартное хирургическое лечение РШМ I B<sub>1</sub> стадии заключается в:

- 1) высокая конусовидная ампутация шейки матки
- 2) расширенная экстирпация матки с придатками
- 3) операция Вертгейма
- 4) высокая конусовидная ампутация шейки матки
- 5) расширенная экстирпация матки с транспозицией яичников

Ответ: 2, 5

9. Определите последовательность основных этапов развития рака эндометрия:

- 1) формирование фоновых морфологических изменений (ЖКГЭ, полипы)
- 2) ановуляция, гиперэстрогенизм
- 3) преинвазивный рак
- 4) выраженные формы рака эндометрия
- 5) рак с минимальной инвазией в миометрий

Ответ: 2, 1, 3, 5, 4

10. Чаще наблюдаются метастазы Крукенберга при раке:

- 1) при раке шейки матки
- 2) при раке мочевого пузыря
- 3) при раке молочной железы
- 4) при раке толстой кишки
- 5) при раке желудка
- 6) при раке желчных протоков

Ответ: 5

11. Показания и объем оперативного лечения трофобластических опухолей:

- 1) полный пузырьный занос
- 2) кровотечение из первичной или метастатической опухоли, угрожающее жизни больной
- 3) резистентность первичной опухоли и солитарных метастазов в отсутствие опухоли
- 4) перфорация стенки матки опухолью
- 5) ампутация матки с придатками
- 6) органосохраняющая гистерэктомия с иссечением опухоли в пределах здоровых тканей у молодых женщин
- 7) резекция пораженного органа в пределах здоровых тканей
- 8) экстирпация матки с придатками, резекция сальника

Ответ: 2, 3, 4, 6, 7

12. С использованием следующей современной техники возможно выполнение пластики только передней или только задней стенки влагалища, а также вагинопексия при сохраняемой матке или сочетание с вагинальной гистерэктомией, леваторопластикой:

- 1) сакроспинальная фиксация вагинальным доступом
- 2) лапароскопическая сакрокольпопексия
- 3) сакрокольпопексия при чревосечении
- 4) вагинальная экстраперитонеальная кольпопексия
- 5) передняя и задняя кольпоррафия

Ответ: 4

13. При следующей частоте бесплодного брака наблюдается неблагоприятная демографическая ситуация:

- 1) 8-10%
- 2) 15%
- 3) 18%
- 4) 20%
- 5) 22%

Ответ: 2

14. Следующий скрининг обязательно проводится при женском бесплодии:

- 1) опрос женщин по схеме, рекомендуемой ВОЗ
- 2) физикальное исследование
- 3) инфекционный скрининг
- 4) иммунологический скрининг
- 5) гормональный скрининг
- 6) дополнительное обследование (УЗИ, ГСТ, маммография, КТ, ЯМР и др.)
- 7) эндоскопические методы исследования (ГС, ЛС)

Ответ: 2, 4, 5

15. Следующие причины infertility не наблюдаются при эндометриозе:

- 1) трубное бесплодие (органическое, функциональное)
- 2) перитонеальное бесплодие (СББ)
- 3) ретрофлексия матки
- 4) эндокринное бесплодие (ановуляция, НЛФ)
- 5) угнетение процесса имплантации бластоцисты
- 6) поражение сперматозоидов активированными макрофагами
- 7) обструктивная азооспермия

Ответ: 3, 7

16. Современные подходы к лечению трубно-перитонеального бесплодия:

- 1) микрохирургическое, ЭКО/ПЭ
- 2) хирургическое
- 3) индукция овуляции
- 4) вспомогательные репродуктивные технологии
- 5) хирургическое + подавление овуляции, вспомогательные репродуктивные технологии

Ответ: 1

17. Абсолютные показания к ЭКО:

- 1) отсутствие маточных труб или непроходимость обеих труб
- 2) консервативно-пластические операции на трубах, если в течение 1-2 лет беременность не наступила
- 3) эндометриоз при отсутствии эффекта от консервативного и хирургического лечения в течение 6-12 мес.
- 4) отсутствие матки
- 5) бесплодие
- 6) иммунологическое бесплодие с высоким титром антиспермальных антител

Ответ: 1

18. Определите последовательность проведения программы ЭКО и ПЭ:

- 1) стимуляция суперовуляции препаратами гонадотропных гормонов
- 2) подавление уровня эндогенных гонадотропинов и десенситизация гипофиза
- 3) забор ооцитов путем пункции яичников через своды влагалища под УЗ-контролем
- 4) гормональная поддержка лютеиновой фазы
- 5) ПЭ на 6-8 клеточной стадии в полость матки
- 6) оплодотворение ооцитов сперматозоидами в специальных средах и содержание их до стадии 6-8 бластомеров

Ответ: 2, 1, 3, 6, 5, 4

19. Следующие пороки развития женских половых органов относят к anomalies полового развития без нарушения половой дифференцировки:

- 1) преждевременное половое развитие
- 2) дисгенезия гонад
- 3) АГС



- 4) задержка полового созревания
  - 5) тестикулярная феминизация
  - 6) пороки развития матки и влагалища
- 7) различия интерсексуальные состояния

Ответ: 1, 4

20. Причины патологической дефлорации, сопровождающейся обильным кровотечением:

- 1) гипоплазия матки
- 2) разрыв плевы до её основания
- 3) чрезмерная плотность девственной плевы
- 4) «мясистость» девственной плевы
- 5) чрезмерное физическое воздействие при грубости и насилии
- 6) ранний возраст начала половой жизни

Ответ: 2, 3, 4, 5

21. Следующие ранения и повреждения половых органов относят к «старым»:

- 1) мочеполовые и кишечно-половые свищи
- 2) ожоги
- 3) травмы, нанесенные режущими и колющими предметами и огнестрельным
- 4) свежие повреждения при половом сношении
- 5) свежие повреждения, не зависящие от полового акта
- 6) рубцовые изменения промежности и влагалища

Ответ: 1, 6

22. Цели планирования семьи:

- 1) рождение желанных детей
- 2) снижение распространения ИППП
- 3) снижение частоты незапланированных беременностей и искусственных абортов
- 4) преодоление бесплодия
- 5) снижение МС, ПС

Ответ: 1, 3, 5

23. Следующие методы контрацепции относят к современным:

- 1) ритмический
- 2) гестогенсодержащие ВМК

- 3) прерванное половое сношение
- 4) мужской и женский презервативы, диафрагмы, шеечные колпачки
- 5) спермициды
- 6) гормональные (таблетки, влагалищное кольцо, пластырь, импланты, инъекции)
  
- 7) женская и мужская стерилизация

Ответ: 2, 6, 7

24. Лечебные эффекты КОК заключаются в:

- 1) снижение риска развития рака эндометрия и яичников, колоректального рака
- 2) регуляция менструального цикла
- 3) снижение риска внематочной беременности
- 4) устранение или уменьшение тяжести дисменореи
- 5) уменьшение менструальной кровопотери
- 6) уменьшение частоты воспалительных заболеваний органов малого таза
  
- 7) снижение риска развития ЖДА
  
- 8) уменьшение гиперандрогении
  
- 9) устранение или уменьшение ПМС
  
- 10) устранение овуляторных болей
  
- 11) снятие «страха нежелательной беременности»
  
- 12) возможность отсрочки очередной менструации

Ответ: 2, 4, 5, 6, 8, 9, 10

25. Следующие прогестагенсодержащие контрацептивы относят к противозачаточным таблеткам «мини-пили»:

- 1) норплант
- 2) микрононор
  
- 3) норэтистерон-энантат
- 4) фемулен
- 5) эксклютон
- 6) чарозетта
  
- 7) неогест
  
- 8) микровал
  
- 9) микролут

10) эскапел

11) марвелон

Ответ: 2, 4, 5, 7, 8, 9

26. Двойной «голландский метод» контрацепции, рекомендуемой в подростковом возрасте, заключается в:

1) ВМК

2) низко- и микродозированные КОК

3) влагалищное кольцо (Нова Ринг)

4) барьерные методы

5) КОК + презерватив

6) презерватив + спермицид

Ответ: 5

27. Требования к контрацепции после родов:

1) надежность и обратимость

2) защитные свойства

3) отсутствие влияний на лактацию

4) защита от СТЗ

5) минимальный риск метаболических нарушений

Ответ: 1, 3

28. Противопоказания для искусственного аборта:

1) инфекционные заболевания

2) хр. воспалительные заболевания женских половых органов

3) острые и подострые воспалительные заболевания женских половых органов

4) гипертермия неясной этиологии

5) эктопическая беременность любой локализации

6) угрожающий самопроизвольный аборт

7) киста яичника

Ответ: 1, 3, 4, 5, 6

29. Абсолютные противопоказания для выполнения медикаментозного аборта:

1) курение более 10 сигарет в сутки

2) подозрение на внематочную беременность

- 3) декомпенсированные экстрагенитальные заболевания
- 4) длительная кортикостероидная терапия
- 5) наличие рубца на матке
- 6) миома матки малых разрезов
  
- 7) терапия антикоагулянтами
  
- 8) беременность на фоне внутриматочной контрацепции
  
- 9) аллергия к препарату
  
- 10) надпочечниковая, почечная и печеночная недостаточность

Ответ: 2, 3, 4, 7, 9, 10

30. Сочетание следующих симптомов встречается в более чем в половине случаев внематочной беременности:

- 1) тошнота, рвота
- 2) задержка менструации
- 3) использование ВМК
- 4) кровянистые выделения из половых путей
- 5) боли различного характера и интенсивности

Ответ: 2, 4, 5

31. Скрининг внематочной беременности заключается в:

- 1) при задержке менструации, отсутствии или наличии кровянистых выделений из половых путей – определение В-ХГЧ в крови
- 2) выявление женщин группы риска по внематочной беременности
- 3) гинекологическое исследование
- 4) проведение трансвагинального УЗИ
- 5) лапароскопия

Ответ: 1, 4

32. Следующие признаки характерны для прогрессирующей трубной беременности:

- 1) содержание ХГ несколько ниже, чем при маточной беременности аналогичного срока
- 2) содержание ХГ как и при маточной беременности
- 3) увеличение размеров матки соответствует предполагаемому сроку беременности
- 4) увеличение размеров матки не соответствуют предполагаемому сроку беременности

5) в области придатков болезненное опухолевидное образование тестоватой консистенции

Ответ: 1, 4, 5

33. При прервавшейся трубной беременности по типу разрыва следует провести операцию:

- 1) тубэктомия лапароскопическим доступом
- 2) сальпинготомия
- 3) тубэктомия лапаротомным доступом
- 4) рассечение маточного угла при локализации плодного яйца в интерстициальном отделе трубы
- 5) выдавливание плодного яйца

Ответ: 3, 4

34. Показания для сальпингоэктомии при внематочной беременности:

- 1) содержание ХГЧ более 15000 МЕ /мл
- 2) содержание ХГЧ менее 15000 МЕ/мл
- 3) размер плодного яйца более 5 см
- 4) размер плодного яйца 3-5 см
- 5) эктопическая беременность в анамнезе

Ответ: 1, 3, 5

35. Апоплексия яичника по МКБ-10 кодируется:

- 1) гематома яичника
- 2) разрыв кисты желтого тела
- 3) геморрагическая фолликулярная киста яичника
- 4) кровотечение из яичника
- 5) геморрагическая киста желтого тела
- 6) разрыв яичника

Ответ: 3, 5

36. Показания к оперативному лечению при апоплексии яичника:

- 1) ухудшение общего состояния
- 2) признаки внутреннего кровотечения
- 3) отсутствие признаков внутреннего кровотечения
- 4) удовлетворительное общее состояние
- 5) нарастание анемии

б) жалобы на боль внизу живота

Ответ: 1, 2, 5

37. Тактика при подозрении и перекруте ножки опухоли яичника:

- 1) амбулаторное наблюдение
- 2) госпитализация в гинекологический стационар в экстренном порядке
- 3) немедикаментозные методы лечения
- 4) консервативные медикаментозные методы лечения
- 5) хирургические методы лечения

Ответ: 2, 5

38. Для некроза миоматозного узла характерны клинические симптомы:

- 1) боли внизу живота
- 2) острые боли в животе
- 3) повышение температуры тела
- 4) тошнота, рвота
- 5) напряжение передней брюшной стенки
- б) нарушение стула и мочеиспускания
- 7) увеличение и болезненность матки
- 8) определение в матке миоматозных узлов, один из которых резко болезнен при пальпации
- 9) при УЗИ выявление зоны некроза узла
- 10) гипотермия
- 11) гиперполименорея
- 12) менометроррагия

Ответ: 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9

39. Частота и причины перфорации матки:

- 1) у 1 % больных, подвергшихся внутриматочным вмешательствам
- 2) у 0,5 % больных, подвергшихся внутриматочным вмешательствам
- 3) у 0,1 – 0,3 % больных, подвергшихся внутриматочным вмешательствам

- 4) самопроизвольный аборт малых сроков
- 5) искусственный аборт
- 6) диагностическое выскабливание
- 7) гистероскопия
- 8) введение ВМК
- 9) удаление ВМК

Ответ: 1, 5, 6, 7, 8

40. Выделите клинико-лабораторные признаки синдрома системной воспалительной реакции:

- 1) температура тела более 38 или менее 36 градусов Цельсия
- 2) субфебрильная температура тела
- 3) гектическая лихорадка
- 4) ЧСС более 90 в минуту
- 5) ЧСС менее 90 в минуту
- 6) ЧД более 20 в минуту или гипервентиляция
- 7) ЧД менее 20 в минуту
- 8) лейкоциты крови более 12000/мл или количество незрелых лейкоцитов более 10 %
- 9) лейкоциты крови менее 4 000/мл
- 10) лейкоциты 4 000 – 6 000/мл

Ответ: 1, 4, 6, 8, 9

41. Гинекологический сепсис при влагалищном источнике вызывают следующие возбудители:

- 1) пептострептококки
- 2) кишечная палочка
- 3) бактероиды (bivus)
- 4) энтерококки

- 5) энтеробактерии
- 6) стрептококки группы В
- 7) бактероиды (fragilis)
- 8) грибы Candida
- 9) гарднереллы (vaginalis)
- 10) микоплазмы (hominis)
- 11) стрептококки группы А
- 12) золотистый стафилококк
- 13) гонококки
- 14) хламидии

Ответ: 1, 3, 6, 9, 10, 12

42. Риск развития гинекологического сепсиса повышается у больных:

- 1) с высоким индексом тяжести общего состояния
- 2) с миомой матки
- 3) при длительном пребывании в РАО (более 21 дней)
- 4) при генитальном эндометриозе
- 5) находившихся на полном парентеральном питании
- 6) получавших глюкокортикоиды
- 7) получавших экстракорпоральную детоксикацию

Ответ: 2, 4, 6, 7, 8

43. Глюкокортикоиды при сепсисе применяют по следующим показаниям в следующей дозировке:

- 1) при септическом шоке в высоких дозах (более 1500 мг/сут.)
- 2) при сопутствующей относительной надпочечниковой недостаточности в дозах 240-300 мг/сут. в течение 5 – 7 дней
- 3) для поддержания эффективной гемодинамики высоких доз вазопрессоров в дозе 300 мг/сут. на 3 – 6 введений
- 4) в малых дозах эмпирическое назначение



5) при рефрактерном септическом шоке в дозе 300 мг/сут.

Ответ: 2, 3, 5

44. Летальность при тяжелом сепсисе и моноорганной дисфункции, а также при поражении четырех и более органов составляет соответственно:

- 1) 10 %
- 2) 20 %
- 3) 30 %
- 4) 40 %
- 5) 50-60 %
- 6) 60-80 %
- 7) 80-100 %

Ответ: 2, 7

45. Следующие патологические состояния в гинекологии могут привести к развитию геморрагического шока:

- 1) внематочная беременность, прогрессирующая форма
- 2) апоплексия яичника, болевая форма
- 3) травмы половых органов
- 4) онкологические заболевания половых органов
- 5) прервавшаяся трубная беременность
- 6) искусственный аборт
- 7) септические процессы, связанные с массивным некрозом тканей и эрозированием сосудов
- 8) апоплексия яичника, геморрагическая форма

Ответ: 3, 4, 5, 7, 8

46. Следующее мероприятие является основным и неотложным по лечению и профилактике прогрессирования геморрагического шока?

- 1) быстрое восстановление ОЦК
- 2) поиск источника кровотечения и его ликвидация

- 3) введение глюкокортикоидов
- 4) введение вазопрессоров
- 5) реинфузия крови

Ответ: 2

47. При следующих патологических состояниях в гинекологии ДВС-синдром протекает в хронической форме:

- 1) геморрагический шок
- 2) доброкачественные опухоли матки и яичников
- 3) неразвивающаяся беременность
- 4) HELLP-синдром
- 5) длительный прием гормональных средств на фоне химиотерапии, лучевого лечения
- 6) ЗГТ в перименопаузальном периоде
- 7) при синдроме системного воспалительного ответа
- 8) анафилактический шок

Ответ: 2, 3, 5, 7, 8, 9

48. Следующий компонент терапии ДВС-синдрома является основным:

- 1) инфузия СЗП
- 2) применение неселективных ингибиторов протеолиза (апротинин)
- 3) применение селективных ингибиторов фибринолиза (амбен)
- 4) применение рекомбинантных факторов свертывания (новосэвен)
- 5) инфузия гидроксиэтилированного крахмала (рефортан, ХАЕС-стерил)

Ответ: 1

49. Незаконному производству абортов посвящена статья УК РФ:

- 1) статья № 131
- 2) статья № 132
- 3) статья № 134

4) статья № 123

5) статья № 135

Ответ: 4

50. Поводом для проведения экспертизы по установлению истинного пола свидетельствуемого лица являются:

- 1) расследование половых преступлений
- 2) расторжение брака
- 3) иски об алиментах
- 4) неправильное определение пола при рождении
- 5) желание изменить пол
- 6) адреногенитальный синдром
- 7) тестикулярная феминизация
- 8) выдача документов, удостоверяющих личность

Ответ: 1, 2, 3, 4, 8

51. Ручное пособие в родах при головном предлежании не включает:

- 1) воспрепятствия преждевременному разгибанию головки
- 2) уменьшения напряжения промежности
- 3) вульварную и пудендальную анестезии
- 4) рассечение промежности (перинео-,эпизиотомия)
- 5) выведение головки из половой щели вне потуг
- 6) освобождение плечевого пояса и рождение туловища плода

Ответ: 3,4.

52. Верхняя допустимая граница объема физиологической кровопотери в родах составляет:

- 1) 5 мл на 1 кг массы тела
- 2) 0,3 % массы тела
- 3) 0,5 % массы тела

4) более 0,5 % массы тела

5) до 250 мл

Ответ: 1, 3, 5

53. Следующие признаки отделения плаценты надо проверить, чтобы установить ее отделение:

1) признак Чукалова – Кюстнера

2) признак Альфельда

3) признак Шредера

4) признак Довженко

5) признак Штрассмана

6) признак Клейна

Ответ: 1, 2, 3

54. Для оценки состояния плода в неотложных родах применяют:

1) аускультацию сердца плода в I периоде каждые 30 минут

2) аускультацию сердца плода в I периоде каждые 15 минут

3) аускультацию сердца плода после каждой потуги

4) КТГ в начале и конце I периода родов

5) постоянное проведение КТГ

6) определение биофизического профиля плода

Ответ: 2,3,4

55. Из следующих мероприятий складывается туалет новорожденных:

1) отсасывание слизи из носика, ротика

2) выкладывание новорожденного на живот матери

3) двухмоментное отсечение пуповины и обработка пуповинного остатка

4) обработка глаз новорожденного

5) обработка кожи новорожденного

6) определение антропометрических данных

7) прикладывание к груди

Ответ: 3,4,5,6

56. Следующие немедикаментозные методы обезболивания родов разрешены и применяются:

1) гипноз, аутотренинг

2) психопрофилактическая подготовка

3) акупунктура

4) чрескожная электронейростимуляция

5) эпидуральная анестезия

6) продленная спинальная анальгезия

7) введение спазмолитиков, анальгетиков

Ответы: 1,2,3,4

57. При ведении партограммы влагалищное исследование проводится каждые:

1) 2 часа

2) 3 часа

3) 4 часа

4) 5 часа

5) 6 часов

Ответ: 3.

58. Продолжительность послеродового периода и время максимального темпа инволюционных изменений составляют:

1) 2-4 часа после родов

2) время нахождения родильницы в акушерском стационаре

3) 42 дня после рождения последа

4) 8 недель после родов

5) 8-12 суток после родов

Ответ: 3, 5.

59. Характер лохий в послеродовом периоде:

- 1) в первые 2-3 дня кровяные
- 2) на 4-5ый день кровянисто-серозные
- 3) на 7-8ой день серозные
- 4) реакция лохий нейтральная
- 5) реакция лохий щелочная
- 6) реакция лохий кислая
- 7) запах прелый
- 8) общее количество лохий 500-1500г
- 9) общее количество лохий менее 500г
- 10) к концу 3й недели после родов выделения из половых путей прекращаются

Ответ: 1,2,3,4,5,6,7,8,

60. Состояние мягких тканей родового канала к концу 2-3-й недели послеродового периода заключается в:

- 1) эпителизация плацентарной площадки
- 2) шейка матки цилиндрическая, внутренний зев закрыт, наружный зев приобретает щелевидную форму
- 3) стенки влагалища отечны, просвет влагалища расширен
- 4) тонус промежности восстановлен
- 5) выделения серовато-белого цвета

Ответ: 2, 3, 4, 5

61. Секретия молока начинается после родов на ... и стимулирующее действие на лактацию оказывают:

- 1) на 2-3-и сутки
- 2) на 3-4-е сутки
- 3) на 5-6-е сутки
- 4) гормоны щитовидной железы и надпочечников

5) акт сосания

6) пролактин

Ответ: 1, 4, 5

62. Клиническая картина послеродового периода определяется:

1) хорошее состояние женщины

2) нормальная температура тела

3) субинволюция матки

4) достаточная лактация

5) гипогалактия

6) лихорадка неясной этиологии

7) лактостаз

8) нормальные АД, пульс, частота дыхания

9) правильная инволюция матки, нормальное количество и характер лохий

Ответ: 1, 2, 4, 8, 9

63. Уход за родильницей заключается в следующем:

1) ежедневное наблюдение врача и акушерки за родильницей

2) оценка состояния молочных желез

3) определение высоты стояния дна матки, ее поперечника, консистенции, болезненности

4) диета с преобладанием молочнокислых, белковых продуктов, свежих фруктов и овощей

5) туалет наружных половых органов

6) душ ежедневно, смена белья через 3 суток

7) немедленное прикладывание новорожденного к груди матери

8) совместное пребывание матери и ребенка

9) кормление ребенка грудью по первому требованию, без ночных интервалов

10) ранняя выписка из родильного дома

Ответ: 5, 6, 7, 8, 9, 10

64. Для профилактики опущения и выпадения внутренних половых органов, стрессового недержания мочи с первых суток после родов назначают:

- 1) упражнения для восстановления тонуса мышц брюшного пресса
- 2) упражнения Кегеля
- 3) упражнения Грищенко и Шулешовой
- 4) упражнения Дзнецладзе
- 5) упражнения Диканя

Ответ: 2

65. Период новорожденности продолжается:

- 1) 168 часов жизни
- 2) 8-12 дней жизни
- 3) 4-6 дней жизни
- 4) 28 дней жизни
- 5) 26 дней жизни

Ответ: 4.

66. Основные принципы ведения детей в периоде новорожденности составляют:

- 1) прикладывание к груди в первые 20 минут жизни.
- 2) дотация молозива детям в теплом состоянии
- 3) уход за новорожденным
- 4) интенсивная терапия новорожденного
- 5) профилактическая вакцинация (вакцина БЦЖ, против гепатита В)
- 6) скрининг на врожденную и наследственную патологию (в РФ с 2006 года обязательное обследование на фенилкетонурию, врожденный гипотиреоз, глухоту, галактоземию, муковисцидоз и аденогенитальный синдром)
- 7) совместное пребывание матери и ребенка
- 8) ранняя выписка из акушерского стационара

Ответ: 1, 2, 3, 5, 6, 8



67. Следующие ранние токсикозы беременных наиболее часто встречаются (85-90%):

- 1) тошнота
- 2) рвота
- 3) слюнотечение
- 4) дермопатия
- 5) тетания
- 6) бронхиальная астма
- 7) гепатоз
- 8) остеомалация

Ответ: 2

68. Рвота беременных тяжелой формы характеризуется следующими симптомами:

- 1) частота рвоты 6-10 раз в сутки
- 2) частота рвоты 11-15 раз в сутки
- 3) частота пульса в минуту 80-90
- 4) частота пульса в минуту 90-120
- 5) частота пульса в минуту свыше 100
- 6) систолическое АД 110-100 мм рт. ст.
- 7) систолическое АД ниже 100 мм рт. Ст.
- 8) субфебрильная температура
- 9) гипотермия
- 10) диурез 900-800 мл
- 11) диурез менее 700мл
- 12) кетонурия +, +, + + +
- 13) кетонурия + + +, + + + +

Ответ: 2, 5, 7, 8, 11, 13

69. В основе развития гестоза лежит:

- 1) тромбофилии
- 2) дисфункция эндотелия
- 3) иммунный эндотелиоз
- 4) нарушение ПОЛ (перекисного окисления липидов)
- 5) гипоксия

Ответ: 2, 3

70. Патогенетически обоснованным золотым стандартом терапии гестоза считают:

- 1) нормализация осмотического и онкотического давления
- 2) воздействие на ЦНС, создание лечебно-охранительного режима
- 3) снятие генерализованного спазма
- 4) нормализация сосудистой проницаемости, ликвидация гиповолемии
- 5) улучшение кровотока в ногах, стимуляция мочевыделительной функции
- 6) регулирование водно-солевого обмена
- 7) нормализация метаболизма
- 8) нормализация реологических и коагуляционных свойств крови.
- 9) проведение антиоксидантной терапии
- 10) проведение профилактики и лечения внутриутробной гипоксии и гипотрофии плода
- 11) современное щадящее родоразрешение
- 12) профилактика кровотечений, коагуляционных расстройств в родах и раннем родовом периоде

Ответ: 1, 2, 4, 8.

71. К кровотечениям второй половины беременности относят:

- 1) начинающийся самопроизвольный аборт
- 2) прервавшаяся внематочная беременность
- 3) пузырьный занос

- 4) предлежание плаценты
- 5) несостоятельность рубца на матке
- 6) преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП)

Ответ: 4,5,6.

72. Основными симптомами ПОНРП являются:

- 1) неправильные положения и тазовое предлежание плода
- 2) хроническая гипоксия плода и ЗПР
- 3) артериальная гипотония, гиповолемия
- 4) боль в животе
- 5) кровотечение и симптомы геморрагического шока
- 6) кровотечение, симптомы геморрагического шока и ДВС – синдрома
- 7) гипертонус матки
- 8) острая гипоксия плода
- 9) высокое стояние предлежащей части плода

Ответ: 4, 6, 7, 8

73. К клиническим признакам предлежания плаценты относят:

- 1) кровяные выделения из половых путей с темными сгустками
- 2) гипертонус матки
- 3) кровяные выделения из половых путей яркого цвета при безболезненной матки
- 4) высокое стояние предлежащей части плода
- 5) неправильные положения и тазовое предлежание плода
- 6) артериальная гипотония, гиповолемия

Ответ: 3, 4, 5, 6

74. Определите алгоритм обследования беременных, поступающих в стационар с кровяными выделениями:

- 1) УЗИ (при массивной кровопотере в операционной)

- 2) наружное акушерское исследование
- 3) осмотр наружных половых органов и определение характера кровяных выделений.
- 4) выслушивание сердечных тонов плода, кардиомониторинг
- 5) осмотр шейки матки и стенок влагалища с помощью зеркал (если не подтвержден диагноз ПОНРП)

Ответ: 2, 4, 3, 1, 5

75. Причины кровотечений в послеродовом периоде составляют:

- 1) частичное плотное прикрепление или приращение плаценты
- 2) задержка частей плода в полости матки
- 3) ущемление отделившегося последа в матке
- 4) гипотония, атония матки
- 5) травмы мягких тканей родовых путей
- 6) наследственные и приобретенные дефекты гемостаза

Ответ: 1, 3, 5, 6

76. Определите последовательность мероприятий при кровотечении в третьем периоде родов:

- 1) ручное отделение плаценты и выделение последа
- 2) катетеризация мочевого пузыря; пункция или катетеризация локтевой вены с подключением внутривенных инфузий
- 3) применение приема выделения последа по Креде – Лазаревичу без обезболивания
- 4) выделение последа по Креде – Лазаревичу при положительных признаках отделения плаценты
- 5) применение приема выделения последа по Креде – Лазаревичу под наркозом
- 6) определение признаков отделения плаценты

Ответ: 2, 6, 4, 3, 5, 1

77. Определите алгоритм мероприятий по остановке кровотечения при гипотонии матки:

- 1) катетеризация вены и ИТТ
- 2) ручное обследование матки
- 3) прижатие брюшной аорты к позвоночнику через переднюю брюшную стенку
- 4) наружный массаж матки
- 5) катетеризация мочевого пузыря
- 6) оперативное лечение

Ответ: 5, 4, 1, 2, 3, 6

78. Угрожающими для жизни кровотечениями считают следующие состояния:

- 1) кровопотеря менее 15% ОЦК
- 2) кровопотеря со скоростью 150мл/мин. в течение 20 минут
- 3) кровопотеря менее 1,5% массы тела
- 4) кровопотеря со скоростью 1,5 мл/кг/ мин. в течение 20 минут
- 5) одномоментная кровопотеря более 1500 – 2000мл
- 6) кровопотеря 50% ОЦК за 3 часа

Ответ: 2, 4, 5, 6

79. При неэффективности консервативных мероприятий по остановке кровотечения переходят к следующим методам:

- 1) гистерэктомия
- 2) надвлагалищная ампутация матки
- 3) утеротоники
- 4) перевязка магистральных сосудов (a. hypogastrica) и / или перевязка маточных артерий
- 5) селективная эмболизация маточных артерий
- 6) гемостатические швы («рюкзачный», «квадратный», «матрасный»)

Ответ: 1, 4, 5, 6

80. Следующие инфузионные среды и объем восполнения используют при кровопотере 15% - 30% ОЦК:

- 1) кристаллоиды : коллоиды (3:1)

- 2) кристаллоиды : коллоиды ( 2:1)
- 3) СЗП (50% кровопотери)
- 4) СЗП (100% кровопотери)
  - 5) эритроцитарная масса (20-30% кровопотери)
  - 6) эритроцитарная масса ( > 30% кровопотери)
  - 7) тромбоциты, криопреципитат
  - 8) объем восполнения 150 – 200% кровопотери
  - 9) объем восполнения 200 – 250% кровопотери

Ответ: 2, 3, 9

81. Лечение острой формы ДВС-синдрома при акушерских кровотечениях заключается в:

- 1) контроль за лабораторными показателями; гемостазиограмма
- 2) надвлагалищная ампутация матки
- 3) экстирпация матки
- 4) восстановление центральной и периферической гемодинамики
- 5) восстановление коагуляционных свойств крови (СЗП, свежецитратная кровь, антигемофильная плазма, апротинин)
- 6) гепаринотерапия

Ответ: 3, 4, 5

82. Определите механизм родов при лицевом предлежании:

- 1) максимальное сгибание головки
- 2) максимальное разгибание головки
- 3) внутренний поворот головки с образованием переднего вида
- 4) внутренний поворот головки с образованием заднего вида
- 5) сгибание головки
- 6) внутренний поворот плечиков и наружной поворот головки

Ответ: 2, 4, 5, 6

83. При следующем разгибательном предлежании головки плода роды возможны через естественные родовые пути:

- 1) тазовое предлежание плода в сочетании с разгибанием головки I степени
- 2) переднее – головное предлежание
- 3) лобное предлежание
- 4) лицевое, задний вид
- 5) лицевое, передний вид

Ответ: 2, 4

84. Неправильные положения плода обнаруживают с частотой:

- 1) 0,3 – 0,5 %
- 2) 0,5 – 0,7%
- 3) 1,0%
- 4) чаще у первородящих
- 5) чаще у многорожавших

Ответ: 2, 5

85. Механизм ( последовательность моментов ) родов при тазовых предлежаниях плода составляют:

- 1) сгибание головки
- 2) опускание и внутренний поворот ягодиц
- 3) разгибание головки
- 4) боковое сгибание поясничного отдела позвоночника плода
- 5) боковое сгибание шейно – грудного отдела позвоночника плода
- 6) внутренний поворот плечиков
- 7) внутренний поворот головки

Ответ: 2, 3, 6, 5, 7, 1

86. Плановое абдоминальное родоразрешение не производится у первородящих с тазовым предлежанием плода при:

- 1) узком тазе
- 2) массе плода менее 2000 или более 3600г
- 3) при мужском поле плода
- 4) сумме баллов по шкале 12 баллов
- 5) наличии рубца на матке
- 6) беременности после ЭКО и ПЭ
- 7) перенашивании беременности

Ответ: 4

87. Определите тактику ведения II периода самопроизвольных родов при чистом ягодичном предлежании плода:

- 1) мониторный контроль состояния плода, сократительной деятельности матки
- 2) ведение партограммы
- 3) введение спазмолитиков, анальгетиков
- 4) внутривенное введение спазмолитиков
- 5) рассечение промежности
- 6) пособие по Цовьянову №1
- 7) пособие по Цовьянову №2

Ответ: 3, 4, 6

88. Преждевременными родами считают:

- 1) роды от 22 до 28 недель
- 2) роды от 29 до 37 недель
- 3) роды от 22 до 37 недель
- 4) ребенок с массой от 500 до 2500г
- 5) ребенок с массой от 1000 до 2500г
- 6) ребенок ростом от 25 до 45 см
- 7) ребенок ростом от 35 до 45см

Ответ: 3, 4, 6



89. Основные причины прерывания в первой половине беременности составляют:

- 1) нейроэндокринные нарушения
- 2) инфекционные заболевания
- 3) генетическая патология
- 4) истмико – цервикальная недостаточность
- 5) иммунологические факторы
- 6) экстрагенитальные заболевания неинфекционной природы
- 7) пороки развития матки

Ответ: 3

100. Медикаментозное лечение угрожающих и начинающихся преждевременных родов включает:

- 1) острый токолиз препаратами, снижающими СДМ ( магния сульфат, гинепрал, нифедипин, индометацин)
- 2) постельный режим
- 3) палатный режим
- 4) по показаниям гормонотерапия (аналоги прогестерона, глюкокортикоиды)
- 5) спазмолитики (папаверин, дротаверин и др.)
- 6) фитотерапия
- 7) физиотерапия, ЧЭНС, ИРТ
- 8) гомеотерапия
- 9) регуляция стула
- 10) седативная терапия ( диазепам, оксазепам) Ответ: 1, 4, 5, 10

### Тест по теме "Десмургия"

1. Понятие «повязка» обозначает... (выберите правильный ответ):

**способ фиксации перевязочного материала**

смену повязки

вид перевязочного материала

2. Цель давящей повязки ... (выберите правильный ответ):

создание неподвижности и покоя для органа или части тела

**остановка кровотечения**

исправление патологического положения части тела

прочная фиксация лекарственных препаратов к ране

предупреждение вторичного инфицирования раны

3. Для наложения простой (защитной) повязки используют ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1) марлевый бинт; 2) гипсовый бинт; 3) косынку; 4) трубчатый трикотажный бинт; 5) лейкопластырь

1,2,4,5;

**1, 3, 4,5;**

2, 3, 4, 5;

4. Повязка «Дезо» по лечебному эффекту является ... (выберите правильный ответ):

**иммобилизирующей**

давящей

корректирующей

защитной

5. Свободный конец скатанной части бинта называется ... (выберите правильный ответ):

**началом бинта**

головкой бинта

6. Простая (защитная) повязка должна быть ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1) удобной; 2) легкой и красивой; 3) оказывать давление на рану; 4) прочно фиксировать перевязочный материал; 5) не ограничивать движения.

**1,2,4,5;**

1, 3, 4,5;

2, 3, 4, 5;

7. Повязкой «чепец» можно забинтовать ... (выберете правильную

комбинацию ответов): 1) ухо; 2) лобную область; 3) теменную область; 4) затылочную область; 5) заднюю поверхность шеи

1, 2, 3;

3, 4, 5;

1, 3, 5;

**2,3,4;**

2, 3, 5.

8. Показания к срочной смене повязки ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1) внезапное обильное пропитывание повязки кровью; 2) обильное пропитывание повязки гноем; 3) появление чувства распираия в ране под повязкой; 4) появление признаков нарушения кровообращения в конечности.

все ответы не верны;

**все ответы верны;**

1,2,3;

1,3,4;

2,3,4.

9. Разновидностью восьмиобразной повязки является ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1) колосовидная; 2) возвращающаяся; 3) сходящаяся черепашья; 4) расходящаяся черепашья; 5) ползучая

1, 2, 3;

3, 4, 5;

1, 3, 5;

**1, 3, 4;**

2, 3, 5.

10. На плечевой сустав накладывается повязка ... (выберите правильный ответ):

спиральная

ползучая

**колосовидная**

возвращающаяся

циркулярная

11. Перевязкой называется ... (выберите правильный ответ):

способ фиксации перевязочного материала

**смена повязки**

вид перевязочного материала

12. Для выполнения давящей повязки используют ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1) трубчато-сетчатый бинт; 2) эластичный бинт; 3) резиновый бинт; 4) жгут «Эсмарха»; 5) марлевый бинт.

1, 3, 4, 5;

1, 2, 4, 5;

**2, 3, 4, 5;**

13. В зависимости от применяемого материала повязки называются ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1) марлевая; 2) пращевидная; 3) лейкопластырная; 4) циркулярная; 5) гипсовая

1, 2, 3;

3, 4, 5;

1, 3, 4;

**1, 3, 5;**

2, 3, 5.

14. Для закрытия повреждений в области подбородка накладывают повязку ... (выберите правильный ответ):

Т-образную

циркулярную

**пращевидную**

черепашью

восьмиобразную

15. Для бинтования пяточной области применяется повязка ... (выберите правильный ответ):

**черепашня**

круговая

возвращающаяся

T-образная

ползучая

16. Стопа бинтуется в положении под углом (к голени) в градусах ... (выберите правильный ответ):

45

70

**90**

110

130

17. На теменную область накладываются повязки ... (выберите правильный ответ):

возвращающаяся

спиральная

колосовидная

круговая

**прощевидная**

18. На локтевой сустав накладывается повязка ... (выберите правильный ответ):

возвращающаяся

**черепашня**

колосовидная

спиральная

циркулярная

19. Если каждый последующий тур бинта прикрывает предыдущий на

1/2 - 2/3, то такая повязка называется ... (выберите правильный ответ):

ползучей

циркулярной

**спиральной**

возвращающейся

колосовидной

20. Если каждый тур бинта идет винтообразно, не соприкасаясь с предыдущим, то такая повязка называется ... (выберите правильный ответ):

**ползучей**

циркулярной

спиральной

восьмиобразной

возвращающейся

21. Восьмиобразная повязка может быть использована при бинтовании ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1)голеностопного сустава; 2)задней поверхности шеи; 3)средней трети бедра; 4)межлопаточной области; 5)основной фаланги 1 пальца кисти

1, 3, 4, 5;

**1, 2, 4, 5;**

2, 3, 4, 5;

22. Повязки в зависимости от назначения, называются ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1)защитная; 2)давящая; 3)бинтовая; 4)лейкопластырная; 5)иммобилизирующая

1, 2, 3;

3, 4, 5;

1, 3, 4;

**1, 2, 5;**

2, 3, 5.

23. Повязка «Дезо» применяется для иммобилизации верхней конечности при ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1)переломе

лопатки; 2)переломе ключицы; 3)переломе костей предплечья;  
4)переломе ребер; 5)вывихе плеча

1, 2, 3;

3, 4, 5;

1, 3, 4;

**1, 2, 5;**

2, 3, 5.

24. Локтевой сустав бинтуется в положении под углом (в градусах) ...  
(выберите правильный ответ):

45

70

**90**

110

130

25. Т-образная повязка используется при заболеваниях и повреждениях в области ... (выберите правильный ответ):

подбородка

носа

**промежности**

подмышечной ямки

культы конечности

\*26. Показанием к наложению пращевидной повязки являются заболевания и повреждения ... **\*\***(выберете правильную комбинацию ответов):\*

1)носа

2)подбородка

3)теменной области

4)затылочной области

5)промежности

1, 3, 4, 5;

**1, 2, 3, 4;**

2, 3, 4, 5;

27. На культю бедра накладывается повязка ... (выберите правильный ответ):

T-образная

восьмиобразная

прямоугольная

**возвращающаяся**

спиральная

28. Повязки защищают от воздействия внешней среды ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1)рану; 2)патологически измененные ткани; 3)поврежденные ткани

**все ответы не верны;**

все ответы правильны;

1, 2;

2, 3;

1, 3.

29. Неподвижные повязки ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1)шины; 2)гипсовые повязки; 3)аппараты для вытяжения; 4)косыночная повязка; 5)колосовидная повязка

1, 2, 5;

3, 4, 5;

1, 3, 4;

**1, 2, 3;**

2, 3, 5.

30. Неподвижные повязки используют для ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1)временной иммобилизации различных частей тела; 2)лечения повреждений опорно-двигательного аппарата; 3)сдавления мягких тканей; 4)защиты ран от внешней среды; 5)лечения заболеваний костей и суставов



1, 2, 3;

3, 4, 5;

1, 3, 4;

**1, 2, 5;**

2, 3, 5.

31. Накладывающий повязку становится к больному ... (выберите правильный ответ):

**лицом**

боком

в наиболее удобном для накладывания повязки положении

32. Мягкую повязку на конечность накладывают ... (выберите правильный ответ):

от туловища к периферии

**от периферии к туловищу**

место наложения первого тура значения не имеет

33. Циркулярная повязка применяется для закрытия ран в области ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1)лба; 2)шеи; 3)средней трети предплечья; 4)нижней 1/3 плеча; 5)голеностопного сустава

все ответы не верны;

все ответы верны;

1, 3, 4, 5;

**1, 2, 4, 5;**

2, 3, 4, 5;

34. Недостатки циркулярной повязки ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1)может вращаться вокруг места наложения; 2)возможно смещение перевязочного материала; 3)закрывает лишь раны небольших размеров; 4)нельзя использовать с давящей целью; 5)не создает иммобилизации

все ответы не верны;

все ответы верны;

**1, 2, 3, 5;**

2, 3, 4, 5;

1, 3, 4, 5;

35. Простую спиральную повязку накладывают на ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1)грудную клетку; 2)плечо; 3)бедро; 4)голень; 5)предплечье

все ответы не верны;

**все ответы верны;**

1, 2, 3, 5;

2, 3, 4, 5;

1, 3, 4, 5;

36. Спиральная повязка с перегибами накладывается на ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1)предплечье; 2)плечо; 3)голень; 4)бедро; 5)грудную клетку

все ответы не верны;

все ответы верны;

1, 2, 3;

2, 3, 5;

**1, 3, 4;**

37. Особенности спиральной повязки ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1)проста для наложения; 2)быстро накладывается; 3)легко смещается при движении; 4)при движении не смещается; 5)сложность выполнения

все ответы не верны;

все ответы верны;

**1, 2, 3;**

2, 3, 4;

1, 4, 5;

38. Ползучая повязка обычно является предварительным этапом перед наложением повязки ... (выберете правильный ответ):

циркулярной

**спиральной**

восьмиобразной

колосовидной

черепашьей

39. Ползучая повязка применяется ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1) на конечностях; 2) на шее; 3) для фиксации большого по протяжению перевязочного материала; 4) для фиксации перевязочного материала любой длины; 5) на грудной клетке

все ответы не верны;

все ответы верны;

**1, 3, 5;**

2, 3, 4;

1, 4, 5;

40. Колосовидная повязка является разновидностью повязки ... (выберите правильный ответ):

**восьмиобразной**

спиральной

циркулярной

ползучей

возвращающейся

41. Синоним обозначения крестообразной повязки ... (выберите правильный ответ):

возвращающаяся

**восьмиобразная**

колосовидная

ползучая

спиральная

42. Участки тела, на которые накладывается колосовидная повязка ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1)тазобедренный сустав; 2)локтевой сустав; 3)плечевой сустав; 4)коленный сустав; 5)задняя поверхность шеи

1, 2;

3, 5;

1, 4;

**1, 3;**

2, 5.

43. «Черепашья» повязка накладывается на области ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1)коленного сустава; 2)локтевого сустава; 3)лучезапястного сустава; 4)голеностопного сустава; 5)затылочную область

1, 2, 3;

**1, 2, 4;**

3, 4, 5;

1, 3, 4;

2, 3, 5.

44. Если при наложении «черепашьей» повязки начинают с циркулярных туров через область сустава, то такая повязка называется ... (выберите правильный ответ):

**расходящейся**

сходящейся

45. «Черепашья» повязка, которая начинается с циркулярных туров выше и ниже сустава, называется ... (выберите правильный ответ):

расходящейся

**сходящейся**

46. Возвращающуюся повязку накладывают на ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1)голову; 2)стопу; 3)кисть; 4)суставы; 5)культю конечности после ампутации

все ответы не верны;

все ответы верны;

**1, 2, 3, 5;**

2, 3, 4, 5;

1, 3, 4, 5;

47. Циркулярную повязку на голову накладывают при небольших ранах в области ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1) лба; 2) виска; 3) затылка; 4) ушной раковины; 5) глаза

все ответы не верны;

все ответы верны;

**1, 2, 3;**

2, 3, 4;

1, 3, 5;

48. Возвращающуюся повязку на голову накладывают при повреждениях ... (выберите правильный ответ):

**волосистой части (обширных)**

лба

височной области

теменной области

затылочной области

К фонду оценочных средств также относится программное обеспечение тренажеров сердечно-лёгочной реанимации (торс электронный для отработки СЛР) с программным обеспечением.

## **10. Учебная литература и ресурсы сети «Интернет», необходимые для проведения практики**

Основная литература:

1. Симуляционное обучение по специальности "Лечебное дело" / сост. М. Д. Горшков ; ред. А. А. Свистунов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 288 с. : ил. (ЭБС Консультант студента)

Дополнительная литература:

2. Робот-ассистированная радикальная простатэктомия : руководство для врачей / Пушкарь Д.Ю., Колонтарев К.Б. [и др.]. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 384 с.: ил. (ЭБС Консультант врача)
3. 3D-технологии при операциях на почке: от хирургии виртуальной к реальной / под ред. П. В. Глыбочко, Ю. Г. Аляева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 296 с. : ил. (ЭБС Консультант врача)

4. Оперативное лечение больных опухолью почки (прошлое, настоящее, будущее) / Ю. Г. Аляев, П. В. Глыбочко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 488 с (Издание дополнено уникальными видеофрагментами 3D-реконструкций при операциях на почке) (ЭБС Консультант врача)

Периодические издания:

Анестезиология и реаниматология

Вестник интенсивной терапии

Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры.

Здравоохранение: журнал рабочих ситуаций главного врача.

Институт стоматологии

Медицинское образование и профессиональное развитие

Медицинское право

Пульмонология.

Российский вестник акушера-гинеколога

Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова.

Эндоскопическая хирургия

Эпидемиология и инфекционные болезни

#### **11. Информационные технологии, используемые при проведении практики, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем.**

Материалы по анатомии, представленные на медицинском портале и в качестве временных доступов в библиотеке ПСПбГМУ:

Электронные базы данных 1. "Консультант+" Контракт № 14/785-ЭА15 от 6 февраля 2015

2. ЭБС «Консультант студента» Контракт №509/15 -ДЗ от 03.06.2015 с ООО

«Политехресурс» 3. База данных рефератов и цитирования SCOPUS. Контракт № 510/15-

ДЗ от 10.06.2015 с ООО "Эко-Вектор" 4. Электронный информационный ресурс

ClinicalKey Контракт №161-ЭА15 от 24.04.2015 с ООО "Эко-Вектор 5. ЭБС «Консультант

врача» № договора 921/15 –ДЗ от 01/12/2015 г с ООО Группа компаний ГЭОТАР

## 12. Материально-техническая база, необходимая для проведения симуляционного курса

Симуляционный курс проводится на базе Центра инновационных образовательных технологий ГБОУ ВПО «СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова» МЗ РФ (корпус 53, I этаж. Ул.Л.Толстого, д. 19, г. Санкт-Петербург, 197022)

Кабинет (Тема занятий )	Перечень оборудования
<p>Кабинет 1 (Общеврачебные навыки; Аускультация сердца и лёгких. Отоскопия. Офтальмоскопия)</p>	<p>Модель «Женский таз и тазовое дно», одеваемая модель для обучения самообследования молочной железы, модель для обучения назогостральной интубации, имитатор для обучения катетеризации (женский), имитатор для обучения катетеризации (мужской), Плакат «Женская грудь, анатомия», анатомическая модель «Пищеварительная система, 3 части», тренажер для катетеризации мочевого пузыря (женский), тренажер для катетеризации мочевого пузыря (мужской), фантом-тренажер ухода за стомами, фантом-тренажер ухода за стомой у взрослого, фантом-тренажер для введения назогастрального зонда и трахеостомической трубки Плакат «Гортань: аномалия и патология», инфекции дыхательных путей (плакат), классическая модель сердца (2 части), модель атеросклеротических изменений сосудов с поперечным разрезом артерии, общие сердечные расстройства (плакат), модель лёгких с гортанью, бронхиальное дерево с гортанью и прозрачными легкими, тренажер для обучения аускультации и Smart Score, имитатор сердечных тонов и дыхательных шумов.</p> <p>Заболевания среднего уха (плакат), риниты и синуситы (плакат), гортань: аномалия и патология (плакат), модель для обследования уха, карманный отоскоп, тренажер для эндоскопии носа и горла, фантом-симулятор для офтальмоскопии.</p>
<p>Кабинет 2 (Осмотр шейки матки в зеркалах. Родовспоможение. Смена повязок. Уход за пролежнями. Наложение и снятие швов. Катетеризация центральных и периферических вен. Плевральная пункция. Люмбальная пункция.)</p>	<p>Тренажер вагинальных исследований, модель «Женский таз и тазовое дно», гинекологический тренажер, расширенная версия фантома родов, фантом гинекологический "Ева", базовая версия фантома родов, фантом для отработки навыков гинекологического обследования.</p> <p>Модель для обучения наложению повязок, набор для имитации несчастного случая, многофункциональный манекен для ухода за больными и базовой СЛР "ВиртуМЭРИ".</p> <p>Рука для тренировки наложения швов, муляж ткани для отработки прошивания, тренажер для отработки базовых хирургических навыков с набором тканей.</p> <p>Рука для внутривенных инъекций, усовершенствованная модель для венопункции и инъекций, фантом для отработки процедуры катетеризации центральных вен.</p> <p>Классический гибкий позвоночник с ребрами, фантом</p>

	отработки процедуры катетеризации центральных вен, фантом верхней части туловища для отработки навыков плеврального дренажа.
Кабинет 3 (Сердечно-лёгочная реанимация. Обеспечение проходимости верхних дыхательных путей)	Плакат «Гортань: аномалия и патология», тренажер для крикотиомии, рука для внутривенных инъекций, усовершенствованная модель для венопункции и инъекций, торс электронный для отработки СЛР, фантом для отработки интубации, фантом для отработки процедуры катетеризации центральных вен, аппарат искусственной вентиляции легких NEFTIS, дефибрилятор Responder, тренажер для в/в инъекций, классическая модель сердца (2 части), модель лёгких с гортанью, бронхиальное дерево с гортанью и прозрачными легкими, модель туловища взрослого для обучения мероприятиям СЛР с интерактивным имитатором, тренажер манипуляций дыхательных путей, тренажер реанимации взрослого человека, роторасширитель с кремальерой, языкодержатель Collin, ларингоскоп лампочный (рукоятка с комплектом изогнутых и прямых клинков), клинок "Флеплайт" №3, набор реанимационный Серия Стандарт ICW Н. Тренажер для крикотиомии, фантом для отработки интубации, тренажер манипуляций дыхательных путей.

**Разработчик:**

Авраменко Е.А., специалист по учебно-методической работе

**Рецензент:**

Вахитов М.Ш., д.м.н., проф.

**Эксперт:**

Гостимский А.В., профессор, зав.кафедрой общей медицинской практики ГБОУ ВПО СПбГПМУ



## РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ «СТАЦИОНАРНАЯ ПРАКТИКА»

1. Общие положения (вид практики, способы и формы проведения, место практики в структуре образовательной программы, объем практики в зачетных единицах и ее продолжительность в неделях либо в академических или астрономических часах)

Практика «Стационарная практика» относится к базовой части Блока 2.

Вид учебной работы	Всего часов / зачетных единиц	Семестры		
		2	3	4
Сроки проведения практики: 44 недели	2376	756	378	1242
Вид промежуточной аттестации	Зачет с оценкой	+	+	+
Общая трудоемкость	часы	756	378	1242
	зачетные единицы	21	10,5	34,5

### 2. Цели и задачи практики

**Цель:** глубокое освоение специальности, изучение клинического подхода к больному, овладение методами современного клинического обследования и комплексного лечения больных, формирование профессиональной компетенции ординатора.

**Задачи** стационарной практики:

1. Основная задача практики - получение будущими врачами глубоких практических знаний и навыков по специальности в условиях будущей работы.
2. Владеть комплексом вопросов, связанных с конкретным использованием диагностических и лечебных процедур в различных областях их применения.
3. Изучить проблемы комплексного лечения различных категорий пациентов и степень риска и результатов проведенных процедур.
4. Владеть практическими действиями по коррекции возможных осложнений в процессе лечения.
5. Владеть методикой разрешения вопросов стратегического планирования и использования диагностики и лечения в прогнозах оценки качества жизни пациента.

### 3. Планируемые результаты обучения при прохождении, соотнесенные с планируемыми результатами освоения образовательной программы

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими универсальными компетенциями:

- ✓ готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- ✓ готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- ✓ готовностью 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).

**Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать профессиональными компетенциями:**

- 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 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 взрослых 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 (ПК-5);
  - ✓ готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании нефрологической медицинской помощи (ПК-6)
- 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);

#### **4. Базы практики**

Практика проводится на базе клиник НИИ нефрологии ПСПбГМУ имени академика И.П.Павлова

## 5.Содержание практики

№	Виды профессиональной деятельности (ординатора)	Место работы	Продолжительность циклов	Формируемые профессиональные компетенции
<i>Первый год обучения (семестр № 2)</i>				
<b>Стационар (П.О.01)</b>				
1	Курация больных, участие в клинических разборах, обходах и различных обследованиях курируемых больных. Участие в диагностических и лечебных мероприятиях, под руководством преподавателей, дежурство в отделении	Клиники НИИ нефрологии ПСПбГМУ им акад И.П.Павлова	756 21 3Е	ПК-1 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 УК-1 УК-2 УК-3
<i>Второй год обучения (семестр № 3)</i>				
<b>Стационар (П.О.01)</b>				
2	Курация больных, участие в клинических разборах, обходах и различных обследованиях курируемых больных. Участие в диагностических и лечебных мероприятиях, под руководством преподавателей, дежурство в отделении	Клиники НИИ нефрологии ПСПбГМУ им акад И.П.Павлова	378 10,5 3Е	ПК-1 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 УК-1 УК-2 УК-3
<i>Второй год обучения (семестр №4)</i>				
<b>Стационар (П.О.01)</b>				
3	Курация больных, участие в клинических разборах, обходах и различных обследованиях курируемых больных. Участие в диагностических и лечебных мероприятиях, под руководством преподавателей, дежурство в отделении	клиникиНИИ нефрологии ПСПбГМУ им акад И.П.Павлова	1242 34,5 3Е	ПК-1 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 УК-1 УК-2 УК-3

### Задачи первого года обучения:

1. Научиться вести расспрос и применять физические методы обследования больного, выявлять характерные признаки нефрологического заболевания, оценивать уровень активности, вариант течения, характер прогрессирования (стадию) заболевания, оценивать состояние и функциональную способность больного.

2. Научиться составлять план обследования, организовывать его выполнение, интерпретировать результаты параклинических исследований.

3. Научиться обосновывать клинический диагноз, проводить дифференциальную диагностику, составлять план ведения больного, назначать режим и диету, медикаментозные средства и другие лечебные мероприятия

4. Владеть комплексом общеврачебных диагностических манипуляций (расшифровкой и оценкой ЭКГ, правилами и техникой переливания крови)

5. Владеть комплексом методов специального обследования (калькуляция скорости клубочковой фильтрации, определение концентрационной способности почек, калькуляция протеинурии, глюкозурии)

6. Уметь определять показания и противопоказания к биопсии почки, владеть методикой подготовки больного к проведению биопсии почки, уметь правильно интерпретировать результаты морфологического исследования почки

7. Уметь интерпретировать результаты инструментальных исследований (ультразвукового, радиоизотопного, рентгеновского, магнитно-резонансного томографии и др.)

8. Владеть методами постановки и формулировки диагноза, проведения дифференциальной диагностики

9. Уметь определять лечебную тактику при различных нефропатиях с учетом морфологической и клинической картины, характера течения заболевания, стадии ХБП

10. Уметь оценить тяжесть состояния больного, уметь определить объем и владеть методами оказания экстренной первой (догоспитальной) и госпитальной (в отделении неотложной помощи, нефрологическом стационаре, многопрофильном стационаре) помощи при ургентных состояниях

11. Владеть комплексом методов оценки трудоспособности и прогноза, выработки плана ведения больного с нефропатией в амбулаторных условиях

12. Владеть методикой ведения медицинской документации

#### **Задачи второго года обучения:**

1. Владеть методикой выбора метода заместительной почечной терапии
2. Владеть методикой проведения процедур гемодиализа, гемофильтрации, гемодиофильтрации, изолированной ультрафильтрации
3. Владеть методикой процедуры перитонеального диализа
4. Владеть методикой пункции постоянной артерио-венозной фистулы, использования подключичного и бедренного венозного катетера для проведения процедур гемодиализа
5. Владеть методиками составления прописи диализирующего раствора на гемодиализе и подбора диализирующего раствора для перитонеального диализа (расчет навесок солей для приготовления диализирующего раствора, контроль чистоты воды для приготовления диализирующего раствора, расчет дозы диализа, обеспечивающий его адекватность)
6. Владеть методиками расчета доз лекарственных препаратов на различных стадиях ХБП и мониторинга побочных эффектов лекарственных препаратов
7. Уметь оценить показания к трансплантации почки
8. Уметь оценить показания и противопоказания к биопсии почечного трансплантата
9. Уметь оценить тяжесть, объем обследования и лечебной тактики при ургентных состояниях на заместительной почечной терапии (острая сердечная недостаточность, гипергидратация, криз отторжения трансплантата и др.)

10. Владеть комплексом методов ведения больных в амбулаторных условиях, определение тактики и диспансерного наблюдения, подготовки к заместительной терапии
11. Владеть навыками определения объема и частоты планового клинического и лабораторно-инструментального обследования, находящегося на хроническом гемодиализе и в посттрансплантационном периоде

Для выполнения поставленных задач

### **Врач-нефролог должен знать:**

#### **1. Общие знания:**

- основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения, относящуюся к нефрологии;
- основы страховой медицины, менеджмента и маркетинга в нефрологии;
- общие вопросы организации нефрологической помощи в стране, работы сети нефрологических учреждений, организации неотложной помощи взрослому и детскому населению;
- общие вопросы организации работы нефрологического кабинета поликлиники, нефрологического отделения стационара, диализного отделения стационара, диализного центра, центра трансплантации почки, взаимодействия с другими лечебно-профилактическими учреждениями;
- общие вопросы организации работы стационара дневного пребывания;
- вопросы медицинской этики и деонтологии в нефрологии;
- основы нормальной и патологической анатомии, нормальной и патологической физиологии, взаимосвязь функциональных систем организма;
- основы водно-электролитного обмена, кислотно-основного баланса, возможные типы их нарушений при нефрологических заболеваниях и принципы их коррекции;
- основы кроветворения и гемостаза, физиологии свертывающей и противосвертывающей систем крови, гемостаза в норме и при нефрологических заболеваниях;
- основы иммунологии и реактивности организма, иммунные нарушения при нефрологических заболеваниях;
- клинические проявления, этиологические факторы и патогенетические механизмы основных нефрологических заболеваний у взрослых и детей, их диагностика, дифференциальная диагностика, лечение и профилактика, клинические проявления пограничных состояний в нефрологии;
- основы фармакотерапии нефрологических заболеваний, фармакодинамику и фармакокинетику основных групп лекарственных средств, осложнения при их применении и методы их коррекции; основы заместительной терапии заболеваний почек
- основы немедикаментозной терапии, физиотерапии, лечебной физкультуры и врачебного контроля, показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению больных нефрологическими заболеваниями;

- основы рационального питания и принципы диетотерапии больных нефрологическими заболеваниями;
  - противоэпидемические мероприятия при возникновении очага инфекции;
  - принципы медико-социальной экспертизы нефрологических заболеваний;
  - диспансерное наблюдение за здоровыми и больными нефрологическими заболеваниями, проблемы профилактики;
  - формы и методы санитарно-просветительной работы;
  - принципы организации медицинской службы гражданской обороны и медицины катастроф.
2. **Курировать больных, вести истории болезни.**
  3. **Участвовать в обходах заведующего отделением, профессора, клинических разборах диагностически неясных и тяжелых пациентов**
  4. **Освоить практические навыки и умения**

#### **4.1. Общие умения:**

- получить информацию о заболеваниях, применять клинические методы обследования больного, выявить характерные признаки нефрологических заболеваний;
- оценить тяжесть состояния больного, принять необходимые меры для выведения больного из этого состояния, определить объем и последовательность реанимационных мероприятий, оказать необходимую помощь; определить показания к заместительной почечной терапии
- определить показания для госпитализации и организовать ее;
- выработать план ведения больного, определить необходимость применения специальных методов исследования (лабораторных, ультразвуковых, рентгенологических, функциональных, морфологических и пр.);
- уметь анализировать результаты параклинических методов исследования;
- определить показания для проведения биопсии почки, костного мозга, лимфатического узла, кожи, подкожных образований и внутренних органов;
- обосновать клинический диагноз, провести дифференциальную диагностику, определить план и тактику ведения больного, назначить режим, диету, лекарственные средства и другие лечебные мероприятия;
- уметь анализировать и интерпретировать данные иммунологического исследования и морфологического исследования почечного биоптата
- анализировать данные ЭКГ, эхоКГ, ультразвуковых и радионуклидных исследований почек и других внутренних органов, рентгенографии легких, сердца, желудочно-кишечного тракта, мочевыводящих органов;
- самостоятельно анализировать данные рентгенографии почек; КТ почек, МРТ органов брюшной полости
- досконально знать схемы, минимальные и максимальные разовые и суточные дозы иммуносупрессивных препаратов, их побочные эффекты, методы их профилактики и коррекции, тактику ведения больных основными нефрологическими заболеваниями;

- практически применять фармакотерапевтические методы при лечении сопутствующих заболеваний: гипотензивные, антиангинальные, антибактериальные, антидиабетические и противоязвенные препараты, антикоагулянты;
- оценить прогноз заболевания и жизни;
- организовать консультацию больного другими специалистами;
- организовать неотложную помощь в экстренных ситуациях;
- определить временную и стойкую нетрудоспособность больного; направить на клиничко-экспертную комиссию и комиссию медико-социальной экспертизы;
- осуществлять меры по комплексной физической и психологической реабилитации больного:
- организовать и провести комплекс мероприятий по диспансеризации и профилактике нефрологических заболеваний;
- проводить профилактические осмотры населения с целью выявления больных нефрологическими заболеваниями;
- проводить санитарно-просветительную работу среди населения, осуществлять подготовку общественного актива участка; уметь организовать школы пациентов
- оформлять медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению, составить отчет о своей работе.

#### **4.2. Специальные знания и умения:**

Врач-нефролог **должен уметь** установить диагноз и провести необходимые лечебно-профилактические мероприятия при следующих нефрологических заболеваниях:

Первичные гломерулопатии

- острый диффузный пролиферативный ГН
- быстро прогрессирующий ГН
- мезангиопролиферативный ГН
- IgA-нефропатия
- болезнь тонких базальных мембран
- мемранопролиферативный ГН
- болезнь минимальных изменений
- мембранозная нефропатия
- фокально-сегментарный гломерулосклероз

Поражение почек при системных заболеваниях соединительной ткани

- волчаночный нефрит
- поражение почек при системной склеродермии
- поражение почек при ревматоидном артрите
- поражение почек при саркоидозе
- 

Поражение почек при системные васкулитах

- узелковый полиартериит,
- некротизирующий васкулит Вегенера
- синдром Чарджа-Стросса,

- микроскопический полиангиит,
- геморрагический васкулит
- эссенциальный криоглобулинемический васкулит
- узелковый полиартериит
- гигантоклеточный (височный) артериит
- артериит Кавасаки
- синдром Гудпасчера,
- АНЦА-ассоциированные васкулиты

#### Тромботические микроангиопатии

- гемолитико-уремический синдром
- тромботическая тромбоцитопеническая пурпура
- вторичные формы ТАМ
- ТАМ, ассоциированные с системными заболеваниями
- ТАМ, ассоциированные
- Нефропатия, ассоциированная с антифосфолипидным синдромом

#### Амилоидоз

- АА-амилоидоз
- AL-амилоидоз

Поражение почек при парапротеинемиях (множественная миелома, болезнь отложения легких цепей, В-клеточные лимфомы)

#### Тубулоинтерстициальные заболевания почек

- острый и хронический пиелонефрит
- тубулоинтерстициальный нефрит
- уратная нефропатия

#### Преэклампсия

Диабетическая нефропатия

Ишемическая болезнь почек

Поликистозная болезнь почек

ВИЧ-ассоциированная нефропатия

Острое повреждение почек

Хроническая болезнь почек

Терминальная стадия хронической болезни почек

Болезни трансплантированной почки

Аномалии развития почек и мочевых путей

Опухоли почки

Туберкулез почек

**4.3. Врач-нефролог должен установить диагноз и оказать экстренную помощь при следующих неотложных состояниях:**



- острые нарушения кровообращения головного мозга (кома, отек мозга, инсульт, тромбоэмболия), психические расстройства
- острое повреждение почек
- печеночная недостаточность
- острая надпочечниковая недостаточность
- гипертонический криз
- острая сосудистая недостаточность, шоковые состояния, коллапс, обморок
- острая левожелудочковая и правожелудочковая недостаточность, отек легких
- острые нарушения сердечного ритма и проводимости
- анафилактический шок, отек Квинке и другие острые аллергические реакции
- острая дыхательная недостаточность, асфиксия
- астматическое состояние
- тромбоэмболии легочной артерии и артерий других органов
- абдоминальный синдром
- кровотечения
- интоксикации
- остановки сердца.
- кома (диабетическая, гипогликемическая, гиперосмолярная)
- болевой и геморрагический шок, инфекционно-токсический шок

#### **5. Врач-нефролог должен владеть следующими практическими навыками:**

- Проведения физикального обследования больного;
- Выявления симптомов, характерные для нефрологических заболеваний;
- Выявления сопутствующей патологии, которая может повлиять на течение нефрологического заболевания и его лечение;
- Определения наличия патологии почек и мочевыводящих путей
- Определения симптомов острой и хронической дисфункции почек;
- Применения методов медикаментозной терапии, заместительной почечной терапии;
- Интерпретации данных УЗИ и доплерографии почек и других органов;
- Интерпретации результатов лучевых и радиологических методов исследований (Рентгенография, МРТ, КТ, МСКТ, сцинтиграфия);
- Интерпретации результатов ЭКГ; нагрузочных функциональных проб, суточного мониторирования ЭКГ, АД
- Оценки результатов морфологического исследования почечного биоптата (оценка световой, электронной микроскопии, иммуногистохимического и иммунофлуоресцентного исследования);
- Мониторирования нежелательных явлений, возникающих на фоне лечения;
- Проведения лечения нежелательных реакций, возникших на фоне лечения;
- Оказания неотложной помощи при несчастных случаях, катастрофах, дорожно-транспортных происшествиях;
- Научиться определению показаний и противопоказаний, подготовке больного к бронхоскопии, ФГДС, колоноскопии, цистоскопии;

- Научиться определению показаний и противопоказаний, подготовке больного и проведению пункций плевральной, парацентезу, стеральной пункции, трепанобиопсии;
- Научиться определению показаний и интерпретации результатов всех видов инструментальных обследований почек, мочевыводящих путей и других внутренних органов;
- Научиться оказанию экстренной помощи при неотложных состояниях.

#### **6. Обязанности руководителя практики от Университета:**

- Устанавливает связь с руководителем практики от организации
- Согласовывает с обучающимися индивидуальный календарно-тематический план прохождения практики;
- Осуществляет контроль за соблюдением срока практики и ее содержанием;
- Оказывает методическую помощь обучающимся при выполнении ими индивидуальных заданий;
- Оценивает результаты выполнения обучающимися программы практики.

#### **7. Обязанности обучающихся на практике:**

- явиться на место практики в установленный приказом срок;
- выполнять индивидуальный календарно-тематический план, в установленном объеме и сроки;
- соблюдать все указания руководителей практики по качественной проработке разделов плана;
- оперативно оформлять всю документацию по написанию отчета о практике;
- в течение практики вести учет ее прохождения и делать систематические записи в дневнике;
- соблюдать правила внутреннего трудового распорядка организации (предприятия);
- строго соблюдать правила охраны труда и техники безопасности;
- представить руководителю от университета письменный отчет о прохождении практики и дневник, подписанный руководителем практики

#### **8. Методические требования к порядку прохождения и формам, содержанию отчета по итогам прохождения практики.**

Методические требования к порядку прохождения практики представлены в дневнике учета работы врача-ординатора, и заполняются ординатором. Формы в дневнике представлены ниже:

\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
 \_\_\_\_\_  
 месяц

Раздел индивидуального плана \_\_\_\_\_  
 отделения \_\_\_\_\_

№ пп	1.Курация больных (диагнозы заболеваний)	Число больных за каждый месяц					Подпись заведующего отделением
		I	II	III	IV	Всего	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

№ пп	2.Диагностические и лечебные мероприятия	Количество за каждый месяц					Подпись заведующего отделением
		I	II	III	IV	Всего	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

.Изученная медицинская литература:

---



---

**9.Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по практике.**

**Аттестация по практике как часть экзамена – до 5 баллов (средний за все виды аттестаций по практикам)**

1 часть - Оценка выполнения учебного плана по представленному отчету ординатора (аттестационный лист, дневник), в том числе - практических навыков. Оценка практических умений – зачет (проводится в течение учебного года по уровню освоения практических умений, в том числе в симуляционном классе - см. приложение «Перечень практических умений врача ревматолога».

Уровень освоения умений:

- 1 – иметь представление, знать показания к проведению
- 2 – знать, принять участие, оценить
- 3 - выполнять самостоятельно

Оценка каждого умения проводится по шкале «зачет» (5 баллов) - «незачет» (0 баллов) с учетом уровня освоения

2 часть - Выполнение тестирования (аттестационное испытание с использованием тестовых систем) – до 5 баллов

Оценка складывается как среднее арифметическое 1 и 2 части.

Итоговая оценка за аттестации по практикам – это средний бал за все виды аттестаций по практикам)

**Освоение практических умений:**

Оценка каждого умения проводится по шкале «зачет-незачет» с указанием уровня освоения (см. приложение) в течение учебного года, а затем подтверждается на промежуточной и итоговой аттестациях (в симуляционном классе, в форме уточняющих вопросов).

**ПЕРЕЧЕНЬ ПРАКТИЧЕСКИХ УМЕНИЙ  
ВРАЧА НЕФРОЛОГА,**

**прошедшего первичную специализацию в ординатуре (в течение 2 лет)**

Уровень освоения умений:

- 1- иметь представление, профессионально ориентироваться, знать показания к проведению
- 2 - знать, оценить, принять участие
- 3- выполнить самостоятельно

*Обозначение столбцов в таблице:*

*1– нумерация, 2 – наименования умений, 3– рекомендуемый уровень освоения, 4 –« зачет» –« не зачет»с указанием уровня освоения*

*5 – подпись куратора в палате (ассистент, доцент, зав. отделением, больничный ординатор)*

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
	а) клиническое обследование больного			
1.	Полное клиническое обследование больного по всем органам и системам: анамнез, осмотр, перкуссия, пальпация, аускультация, включая исследования центральной и периферической нервной системы (состояние сознания, двигательная и чувствительная сфера, оболочечные симптомы); органы чувств, полости рта, глотки; кожных покровов; периферического кровообращения; молочных желез; наружных половых органов.	3		
	Определение признаков клинической и биологической смерти	2-3		
	б) лабораторные и инструментальные исследования			

1.	Оценка клинического анализа крови, общего анализа мочи, биохимических анализов крови	3		
2.	Оценка показателей электролитного и кислотно-щелочного баланса крови	3		
3.	Оценка показателей коагулограммы	3		
4.	Оценка функционального состояния почек: проба Реберга, проба Зимницкого, расчетные формулы СКФ	2-3		
5.	Оценка посева мочи, исследование мочи на МБТ	2-3		
6.	Оценка иммунологического исследования (показатели клеточного и гуморального иммунитета, иммунологические тесты для скрининга и диагностики заболеваний АНФ, АНЦА и др.	2-3		
7	Оценка результатов морфологического исследования биоптата почек	2-3		
8.	Оценка цитологического исследования мокроты, посева мокроты, исследования мокроты на МБТ (мокроты, лаважа, промывные воды бронхов)	2-3 2-3		
9	Оценка исследования плевральной жидкости	2-3		
10	Оценка результатов серологического исследования (РА,	2-3		
11	РСК, РНГА, РТГА), антигенов гепатита			
	Оценка гликемического профиля; теста толерантности к глюкозе; гликированного гемоглобина	2-3		
12	Оценка гормональных исследований крови (гормоны щитовидной железы, надпочечников и др.)	2-3		
13	Оценка панели онкомаркеров.	2-3		
14	Запись, расшифровка и оценка ЭКГ.	3		
15	Функция внешнего дыхания. (Проведение спирометрии и интерпретация результатов; Оценка результатов бодиплетизмографии; Оценка результатов диффузионной способности легких; Проведение проб с бронходилататорами)	1-2		
16	Оценка рентгенологического исследования почек и мочевых путей	2-3		
17	Оценка УЗИ почек и органов брюшной полости,			
16	доплерографии сосудов почек	2-3		
17	Оценка изотопных исследований: сцинтиграфии почек	2-3		
18	Оценка денситометрии	2		
19	Оценка КТ и МРТ почек	2		
в) Лечебные и диагностические процедуры				
1.	Подкожные и внутримышечные инъекции	3		
2.	Внутривенные вливания (струйные, капельные)	3		
3.	Взятие крови из вены	3		
4.	Определение группы крови, резус-фактора	3		
5.	Переливание крови и её компонентов	3		
6.	Плевральная пункция	3		
7.	Клизмы (очистительная, лечебная)	3		
8.	Закрытый массаж сердца, искусственная вентиляция легких «рот в рот»	3		
9.	Электроимпульсная терапия	1-2		
10	Методы экстракорпоральной детоксикации крови (гемодиализ, гемофильтрация, гемодиализация,	2-3 2-3		

11	перитонеальный диализ) Пункция артериовенозной фистулы	2-3		
12	Пункция сосудистого протеза	2-3		
13	Контроль за функционированием артериовенозной фистулы	2-3		
14	Определение параметров процедуры гемодиализа	2-3		
15	Определение параметров процедуры перитонеального диализа	2-3		
16	Расчет адекватности процедуры гемодиализа			
	Первая врачебная помощь при неотложных состояниях:			
	- Обморок	3-2		
	- гипертонический криз	3-2		
	- стенокардия	2-3		
	- инфаркт миокарда	2-3		
	- отек легких	2-3		
	- тромбоэмболия легочной артерии	2-3		
	- приступ бронхиальной астмы, астматический статус	2-3		
	- острая и декомпенсация хронической дыхательная недостаточность	2-3		
	- острая артериальная непроходимость	2-3		
	- шок (кардиогенный, анафилактический)	2-3		
	- пароксизмальная тахикардия, тахиаритмии	2-3		
	- приступ Морганьи-Эдемса-Стокса	2-3		
	- желудочно-кишечное кровотечение	2-3		
	- легочное кровотечение	3		
	- ТЭЛА	2-3		
	- почечная колика	2-3		
	- кома гипергликемическая, гипогликемическая, анемическая, мозговая, неясная	2		
	- острые аллергические реакции	2-3		
	- ОНМК	2-3		
	- острые заболевания органов брюшной полости	2-3		
	- синдром дегидратации	2-3		
	- психомоторное возбуждение различного генеза	2-3		
	г) Документация, организация врачебного дела			
1.	Заполнение и ведение клинической истории болезни, выписки из истории болезни	3		
2.	Заполнение и ведение медицинской документации в поликлинике: амбулаторной карты Ф-025; статистического талона Ф-025/у; листа нетрудоспособности; направления на госпитализацию Ф-28; санаторно-курортной карты Ф-072/у и других	2-3		
3.	Рецепты: льготные, на наркотические и наркосодержащие препараты.	2-3		
4.	Медико-социальная экспертиза:			
	- направление на МСЭ	2-3		
	- вынесение обоснованного решения о состоянии трудоспособности	2-3		
	- участие в составлении индивидуальной программы реабилитационных мероприятий по профилактике инвалидности	2-3		

5.	Организация диспансеризации на участке, анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности	2-3		
6.	Добровольное и обязательное медицинское страхование	1		

### Вопросы к зачету

1. Хроническая болезнь почек (ХБП): основание для появления концепции, определение, классификации, диагноз.
2. Острое повреждение почек: основания для появления концепции, определения, классификации, классификационные схемы RIFLE и AKIN, критерии диагноза, дифференциальный диагноз различных вариантов.
3. Параклинические методы диагностики в нефрологии.
4. Общий анализ мочи. Методы “сухой химии”. Оценка результатов.
5. Протеинурия: суточная протеинурия, альбуминурия.
6. “Расчетные” методы оценки СКФ (Коккрофта-Гальта, MDRD, СКD-EPI). Возможности и ограничения при применении.
7. Гипо- и гиперкалиемии: определение, причины, классификация, клиника, диагноз, дифференциальный диагноз, лечение, показания к ургентной терапии гипо- и гиперкалиемий, роль недостаточного потребления калия с пищей.
8. Гипо- и гиперкальциемии: гомеостаз кальция и фосфора, ось пратагормон-кальцитриол-фактор роста фибробластов 23, определение, причины, классификация, клиника, диагноз, дифференциальный диагноз, лечение гипо- и гиперкальциемий.
9. Роль почек в поддержании кислотно-основного гомеостаза. Ацидозы и алкалозы, респираторные метаболические и смешанные нарушения кислотно-основного состояния.
10. Общие принципы тактики ведения больных на различных стадиях ХБП.
11. Особенности фармакокинетики и фармакодинамики в зависимости от степени снижения функции почек.
12. Фармакокинетика и фармакодинамика основных групп лекарственных средств, применяемых при заболеваниях почек и смежной патологии. Нежелательные эффекты. Способы их выявления и профилактики.
13. Основные тенденции развития современной фармакотерапии заболеваний почек. Принципы доказательной медицины.
14. Фармакотерапия с целью замедления прогрессирования ХБП, нефро- и кардиопротекторы. Основные группы лекарственных препаратов, применяемых для замедления прогрессирования ХБП, нефро- и кардиопротекторы
15. Особенности фармакотерапии артериальной гипертензии при заболеваниях почек.
16. Особенности фармакотерапии артериальной гипертензии при заболеваниях почек. Основные группы антигипертензивных препаратов. Показания и противопоказания. Режим дозирования. Рациональные комбинации. Оценка эффективности. Нежелательные эффекты. Способы их выявления и профилактики.
17. Основные классы диуретических препаратов. Показания и противопоказания. Режим дозирования. Рациональные комбинации. Оценка эффективности. Нежелательные эффекты. Способы их выявления и профилактики. Нефротоксичность.
18. Ионообменные смолы. Фосфатсвязывающие препараты. Препараты витамина Д и его аналоги, активаторы рецепторов витамина Д, кальцимитетики.
19. Пороки развития МВС. Распространенность и эпидемиология. Классификация. Этиология и патогенез. Клиника.
20. Диагностика различных пороков развития почек.

21. Ишемическая болезнь почек. Распространенность и эпидемиология. Определение. Этиология и патогенез. Морфологические признаки. Основные клинические симптомы.
22. Диагностика ишемической болезни почек. Функциональные тесты для диагностики ишемической болезни почек.
23. Первичные гломерулопатии. Определение. Классификация. Этиопатогенез. Патоморфология изменений в почках. Клинические проявления. Диагностика.
24. Синдром Альпорта. История. Распространенность. Возрастные аспекты. Типы наследования, классификация. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Прогноз. Лечение.
25. Различные варианты наследственных гломерулопатий: дефекты гена тяжелой цепи ПА миозина немышечного типа (синдромы Эпштейна и Фетчнер); врожденный нефротический синдром; ламининовая нефропатия (синдром Пиерсона), фибронектиновая нефропатия. Диагностика. Клиника.
26. Вторичные гломерулопатии. Определение. Варианты вторичных нефропатий. Классификация гломерулонефритов с полулуниями. Диагностика. Клиника.
27. Амилоидоз. Определение. Классификация. Этиопатогенез. Патоморфология изменений в почках. Клинические проявления. Диагностика.
28. Поражение почек при плазмноклеточных дисплазиях. Определение. Классификация почечных болезней депозитов иммуноглобулинов. Патоморфология изменений в почках. Этиопатогенез. Клинические проявления. Диагностика.
29. Тубулоинтерстициальные нефриты (ТИН). Первичные тубулоинтерстициальные нефриты. Определение, классификация. Диагностика.
30. Лекарственные тубулоинтерстициальные нефропатии. Определение, классификация. Диагностика.
31. Рентгеноконтрастная нефропатия: определение, распространенность, патогенез, факторы риска, рентгеновские контрасты, клиника, критерии диагностики, профилактика, лечение, прогноз.
32. Ревматические заболевания с поражением почек. Определение. Варианты вторичных нефропатий. Этиопатогенез. Патоморфология изменений в почках. Клинические проявления. Диагностика.
33. Инфекции мочевых путей. Определение. Классификация. Неосложненные и осложненные инфекции мочевых путей. Клинические проявления. Диагностика.
34. Клиника инфекций мочевых путей. Диагностика. Лабораторные методы диагностики.
35. Опухоли почек. Распространенность и эпидемиология. Классификации. Этиология и патогенез. Пути метастазирования. Клинические проявления. Диагностика опухолей почек. Лабораторные методы диагностики. Инструментальные методы диагностики.
36. Иммунотерапия и иммунопрофилактика инфекций мочевых путей. Особенности антибактериальной терапии и профилактики при лечении инфекций мочевых путей в особых популяциях: беременные, пациенты с постоянным катетером, сахарным диабетом, недостаточностью функции почек.
37. Туберкулез почек, мочеточников, мочевого пузыря. Определение. Эпидемиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления. Дифференциальная диагностика. Лабораторные методы диагностики. Лечение (медикаментозное, хирургическое). Осложнения. Профилактика.
38. Поражения почек при инфекционных заболеваниях. Определение. Эпидемиология. Патогенез. Клинические проявления. Лечение.
39. Мочекаменная болезнь. Распространенность и эпидемиология. Определение. Классификации. Этиология и патогенез. Клинические проявления. Основные



- осложнения. Дифференциальная диагностика мочекаменной болезни. Лабораторные методы диагностики. Инструментальные методы диагностики.
40. Общие принципы экстракорпоральной терапии. Гемодиализ. История диализа.
  41. Показания к диализу. Синдром уремии, острое повреждение почек, выбор метода лечения, гемодиализ, перитонеальный диализ, медленные и постоянные процедуры. Хронический гемодиализ.
  42. Физиологические принципы диализа. Механизм молекулярного транспорта. Значение молекулярного веса. Значение мембранного сопротивления. Ультрафильтрация (гидростатическая, осмотическая). Удаление соединений, связанных с белками. Диффузия. Конвекция.
  43. Аппаратура для гемодиализа. Диализаторы. Вода для гемодиализа. Диализирующие растворы.
  44. Хронический гемодиализ. Адекватность диализа. Клиренс мочевины. Показатель КТ/V. Доля снижения мочевины.
  45. Методика острого диализа. Методика и процедура.
  46. Гемодиализация, гемофильтрация. История. Теоретические основы и физиологические принципы (конвекционный и диффузионный механизм). Гемофильтрация off-line. Преддилюция и постдилюция, основные различия.
  47. Показания и противопоказания к выбору соответствующего метода экстракорпоральной терапии.
  48. Коррекция основных гомеостатических и метаболических расстройств и осложнений при проведении гемодиализа и перитонеального диализа.
  49. Нефрогенная анемия. Патогенез. Диагностика, контроль, лечение. Препараты железа, препараты эритропоэтина.
  50. Профилактика и лечение инфекционных заболеваний у больных на экстракорпоральной терапии. Вирусные гепатиты.
  51. Редкие виды осложнения экстракорпоральной терапии: кальцийиницирующая уремическая артериопатия (кальцийфилаксия), почечный системный фиброз. Этиология, патогенез, диагностика, профилактика, лечение.
  52. Трансплантация почки. История. Показания и противопоказания. Иммунологические основы подбора донора. Лист ожидания. Трансплантация трупной почки и трансплантация от живого донора, преимущества и недостатки.
  53. Ведение больных после аллотрансплантации. Современные схемы иммуносупрессии. Препараты. Фармакокинетика и фармакодинамика. Контроль эффективности иммуносупрессии. Осложнения. Профилактика осложнений.
  54. Профилактика, диагностика и лечение инфекционных осложнений у больных с почечным аллотрансплантатом.
  55. Диагностические возможности светооптического, иммофлюоресцентного, электронномикроскопического и иммуногистохимического исследования нефробиоптата.
  56. Показания и противопоказания к нефробиопсии. Возможные осложнения. Кровотечения. Способы профилактики и лечения. Показания и противопоказания к нефробиопсии у особых категорий пациентов (сахарный диабет, пожилые, пациенты со значительными нарушениями функции почек, системные васкулиты).
  57. Нагрузочные методы функциональной диагностики (пробы с водной депривацией, водной нагрузкой, десмопрессином).
  58. Принципы выявления и диспансерного наблюдения нефрологических больных. Документация. Взаимоотношения в системе: общее звено здравоохранения (участковые терапевты, врачи общей практики) – консультативный нефрологический кабинет – нефрологический стационар – отделение (центр) экстракорпоральной терапии (гемодиализ, перитонеальный диализ) – трансплантация почек.

## 59. Принципы лечебного питания на различных стадиях ХБП.

### Тестовый контроль знаний

1. К лабораторным признакам повреждения почек не относится:

1. анемия
2. Азотемия
- 3. Повышение уровня сывороточных трансаминаз**
4. протеинурия

2. К лабораторным признакам повреждения почек относится:

- 1. протейнурия**
- 2. Микроскопические изменения осадка мочи**
- 3. бактериурия**
- 4. снижение скорости клубочковой фильтрации**
- 5. азотемия**
6. повышение уровня тропонина I

3. К основным клиническим симптомам заболеваний почек и мочевыводящих путей относятся:

- 1. боль**
- 2. дизурические расстройства**
3. диарея
- 4. изменение суточного количества и ритма отделения мочи**
- 5. визуальные изменения внешних свойств мочи**
- 6. отеки**

4. Боль при патологии мочевыводящих путей может быть обусловлена:

- 1. Растяжением/повреждением почечной капсулы**
- 2. Воспалением/ирритацией паранефрия**
- 3. спазмом или дистензией мочевыводящих путей**
4. метеоризмом
- 5. Воспалением/раздражением нижних отделов мочевыводящих путей**

5. Боль вследствие растяжения почечной капсулы отмечается при:

- 1. Локальном/диффузном увеличении объема органа**
- 2. Воспалительном отеке почки/ее части**
3. остром цистите
- 4. Нарушении оттока крови**
- 5. Нарушении оттока мочи**

6. Какова характеристика боли при растяжении почечной капсулы?

1. Умеренной интенсивности
2. Боль высокоинтенсивная, требует введения наркотических анальгетиков
- 3. бывает разная, от малоинтенсивной до выраженной**

7. Для боли при растяжении почечной капсулы характерно:

- 1. имеет постоянный характер**
- 2. усиливается при глубоком дыхании**

3. имеет приступообразный характер

**4. спазмолитики не дают эффекта**

8. Наиболее характерной локализацией боли при растяжении почечной капсулы является:

**1. верхние отделы поясничной области/костовертбральный угол**

2. область крестца

3. нижние отделы живота

4. верны все варианты

9. Развитие каких паранефральных процессов может быть причиной болей:

**1. инфаркт почки**

**2. гнойная инфекция почек (карбункул/абсцесс/апостематоз)**

**3. разрыв кисты почки**

**4. травма почки**

5. острый уретрит

10. Какой процесс НЕ является причиной возникновения болей в поясничной области при паранефральных процессах?

1. карбункул почки

**2. Нарушении оттока мочи**

3. Травма почки

4. инфаркт почки

11. Боли при воспалении паранефрия:

**1. четко локализованы**

2. слабо выраженные

**3. интенсивные**

**4. резко усиливаются при сотрясении поясницы (поколачивании) или надавливании в области фланка (костовертбрального угла), дыхании**

12. Причиной возникновения боли при обструкции мочеточника (конкрементом, сгустком крови, тканевым детритом) может быть:

**1. Спазм гладкой мускулатуры в месте обструкции**

2. воспаление мочевого пузыря

**3. увеличение давления мочи в вышележащих отделах мочевыводящих путей**

**4. Увеличение объема почки и растяжение почечной капсулы**

13. Причиной возникновения боли при обструкции мочеточника (конкрементом, сгустком крови, тканевым детритом) НЕ может быть:

1. увеличение давления мочи в вышележащих отделах мочевыводящих путей

2. Спазм гладкой мускулатуры в месте обструкции

3. Увеличение объема почки и растяжение почечной капсулы

**4. воспалительный процесс в паранефрии**

14. При воспалительных заболеваниях паранефрия пациент:

**1. старается ограничить движения, предпочитает лежать на животе**

2. Принимает вынужденную позу «эмбриона»

3. Находится в состоянии выраженного двигательного беспокойства

4. болевой синдром не меняется в зависимости от положения тела в пространстве

15. Для приступа почечной колики характерно:

1. пациент старается ограничить движения
2. Принимает вынужденную позу «эмбриона»
- 3. Находится в состоянии выраженного двигательного беспокойства**
- 4. интенсивность боли не меняется в зависимости от положения тела в пространстве**

16. При возникновении почечной колики спазмолитики:

- 1. обладают временным положительным эффектом**
2. усиливают боль
3. Не влияют на интенсивность боли

17. Для боли при приступе почечной колики характерно:

1. односторонний характер с постепенным началом
- 2. внезапное начало, интенсивный характер**
3. двусторонний характер боли, внезапное начало, без иррадиации, слабая интенсивность

18. Обструкция мочевыводящих путей в проекции пиелоретрального сегмента характеризуется:

- 1. высокой поясничной локализацией боли с распространением ее кпереди, через верхний квадрант живота**
2. Локализацией боли во фланке с иррадиацией вниз и латерально, через нижний квадрант живота
3. Болью в латеральном отделе живота, паховой области, наружных половых органах

19. Для боли при обструкции конкрементом в средней трети мочеточника характерно:

1. высокая поясничная локализация боли с распространением ее кпереди, через верхний квадрант живота
- 2. Локализация боли во фланке с иррадиацией вниз и латерально, через нижний квадрант живота**
3. Боль в латеральном отделе живота, паховой области, наружных половых органах

20. Для боли при обструкции конкрементом в нижней трети мочеточника характерно:

1. высокая поясничная локализация боли с распространением ее кпереди, через верхний квадрант живота
2. Локализация боли во фланке с иррадиацией вниз и латерально, через нижний квадрант живота
- 3. Боль в нижнелатеральном отделе живота с иррадиацией в паховую область, наружные половые органы**

21. Боли при остром воспалении мочевого пузыря локализуется:

1. в поясничной области
2. В эпигастрии
- 3. В надлобковой области и/или уретре**

22. Термин “странгурия” обозначает:

1. мочеиспускание малыми порциями
- 2. Болезненное мочеиспускание**
3. Уменьшение объема мочи
4. увеличение объема мочи

23. Термин “полакиурия” обозначает:

- 1. частое мочеиспускание малыми порциями**
2. Болезненное мочеиспускание

3. Уменьшение объема мочи
4. увеличение объема мочи

24. Термин “дизурия” обозначает:

1. частое мочеиспускание малыми порциями
2. Болезненное мочеиспускание
3. Уменьшение объема мочи
- 4. сочетание частого мочеиспускания малыми порциями и болезненного мочеиспускания**

25. Причиной одностороннего локального увеличения почки может быть:

- 1. абсцесс почки**
2. Нарушение оттока мочи
3. Множественные кисты
- 4. Одиночные кисты, опухоли**
5. острый пиелонефрит

26. Причинами диффузного двустороннего увеличения почек может быть:

- 1. аутоиммунное воспаление почек (гломерулонефрит)**
- 2. нарушение оттока мочи**
- 3. нарушение венозного оттока крови**
4. абсцесс почки
- 5. множественные кисты**

27. Причиной одностороннего локального увеличения почки (например, нижнего полюса) НЕ может быть:

1. одиночная киста большого размера
2. опухоль почки
3. абсцесс почки
- 4. обструкция мочеточника конкрементом**

28. К полостным отекам НЕ относится:

1. асцит
2. Гидроторакс
3. Гидроперикард
- 4. анасарка**

29. Нефритические отеки:

1. являются следствием снижения онкотического давления крови
- 2. Являются следствием задержки  $\text{Na}$  при остром воспалении почек**
3. являются следствием почечной колики
4. являются следствием воспаления мочевого пузыря

30. Нефротические отеки:

- 1. являются следствием выраженной протеинурии и снижения онкотического давления крови**
2. Являются следствием задержки  $\text{Na}$  при остром воспалении почек
3. являются следствием почечной колики
4. являются следствием воспаления мочевого пузыря

31. Нефритические отеки локализуются преимущественно в области:

1. нижних конечностей

2. Поясничной области

**3. Мягких тканей лица**

4. внутренних полостей

32. Для нефротических отеков характерно:

- 1. развиваются постепенно (вначале скрытые)**
- 2. локализация зависит от положения тела**
- 3. отеки значительно выраженные**
4. отеки незначительные
- 5. часто сочетаются с водянкой полостей**

33. Для нефритических отеков НЕ характерно:

1. развиваются быстро за ночь
2. локализуются на лице
3. всегда «мягкие» при пальпации
- 4. значительные и распространенные, часто сочетаются с водянкой полостей**
5. динамичные

34. Для нефротических отеков НЕ характерно:

1. постепенное развитие
2. зависимость локализации от положения тела
- 3. развиваются быстро за ночь (утренние отеки)**
4. значительные и распространенные, часто сочетаются с водянкой полостей

35. Повышение выработки альдостерона приводит к:

- 1. увеличению реабсорбции натрия**
2. уменьшению реабсорбции натрия
3. увеличению реабсорбции калия
4. уменьшению реабсорбции калия

36. Потеря с мочой белка более 3,5 г/сутки приводит к развитию:

- 1. гипоальбуминемии**
- 2. снижению онкотического давления плазмы**
- 3. отеков**
4. гематурии

37. Термином «олигурия» называется:

- 1. выделение мочи за сутки в количестве менее 400 мл**
2. выделение мочи за сутки в количестве менее 100 мл
- 3. выделение мочи в количестве менее 20 мл/час**
4. выделение мочи в количестве менее 5 мл/час

38. Какой термин НЕ характеризует изменение объема мочи:

1. полиурия
2. Анурия
- 3. Дизурия**
4. олигурия

39. У пациента 55 лет с неудовлетворительной коррекцией сахарного диабета 2 типа объем суточной мочи составляет 3600 мл. Укажите наиболее вероятный механизм развития полиурии:

1. водный диурез
- 2. Осмотический диурез**

3. возможны оба механизма

40. Определение осмоляльности мочи используется для установления причины:

1. дизурии
- 2. полиурии**
3. никтурии
4. странгурии

41. Для осмотического диуреза характерна относительная плотность мочи:

1. 1.005 и менее
2. 1.005 – 1.010
- 3. 1.010 и более**

42. Причиной развития осмотического диуреза может быть:

- 1. глюкозурия при сахарном диабете**
- 2. повышение экскреции мочевины**
- 3. введение NaCl**
4. несахарный диабет
- 5. введение NaHCO<sub>3</sub>**

43. Водный диурез характерен для всех состояний, кроме:

1. несахарный диабет
- 2. сахарный диабет**
3. первичная полидипсия

44. К причинам развития осмотического диуреза НЕ относится:

1. глюкозурия при сахарном диабете
2. повышение экскреция мочевины
3. введение NaCl
- 4. несахарный диабет**
5. все варианты верны

45. В норме объем дневного диуреза составляет около:

1. 1/3 суточного объема мочи
- 2. 2/3 суточного объема мочи**
3. 1/2 суточного объема мочи

46. Никтурия - это:

1. болезненное мочеиспускание
2. частое мочеиспускание малыми порциями
- 3. преобладание ночного диуреза над дневным**
4. отсутствие ночного диуреза

47. Снижение относительной плотности мочи в пробе Зимницкого называется:

1. олигурия
2. никтурия
- 3. гипостенурия**
4. ишурия

48. По данным пробы Зимницкого выявлена низкая относительная плотность мочи и отсутствие значимых ее колебаний в течение суток. Это называется:

1. гипостенурия

2. дизурия
  3. **изогипостенурия**
  4. странгурия
49. Для проведения пробы Зимницкого необходим сбор:
1. утренней порции мочи
  2. суточной мочи в одну емкость
  3. **8 порций мочи за сутки с интервалом в 3 часа**
  4. нескольких порций мочи в течение суток при появлении позывов на мочеиспускание
50. Никтурия является характерным признаком нарушения:
1. экскреторной функции почек
  2. **концентрационной функции почек**
  3. эндокринной функции почек
  4. метаболической функции почек
51. Никтурия является клиническим признаком поражения:
1. гломерулярной базальной мембраны
  2. **канальцев**
  3. сосудов
  4. эпителия капсулы клубочков
52. Назовите состояние, которое НЕ может сопровождаться развитием никтурии:
1. сердечная недостаточность
  2. цирроз печени
  3. **олигурия**
  4. детский энурез
  5. прием алкоголя
53. К причинам развития никтурии НЕ относится:
1. отечный синдром
  2. нарушение суточного ритма экскреции АДГ
  3. урологическая патология (мочевой пузырь, простата)
  4. **воспаление паранефрия**
54. Для миоглобинурии характерно появление:
1. розовой окраски мочи
  2. **черной окраски мочи (при ее стоянии)**
  3. желтой окраски мочи
  4. синей окраски мочи
55. Изменение визуальных свойств мочи характерно для:
1. **миоглобинурии**
  2. **гематурии**
  3. **уробилиногенурии**
  4. цилиндрурии
56. Назовите препараты, которые могут вызвать появление оранжевого окрашивания мочи:
1. фуросемид
  2. **рифампицин**
  3. верошпирон
  4. диакарб



57. Употребление в пищу антроцианидов может привести к окрашиванию мочи в:
1. оранжевый цвет
  2. **розовый цвет**
  3. черный цвет
  4. зеленый цвет
58. Гематурия характеризуется появлением мочи:
1. черного цвета
  2. **розового/красного цвета**
  3. оранжевого цвета
  4. синего цвета
59. Изменение прозрачности мочи НЕ может быть обусловлено:
1. **употреблением большого количества молока**
  2. кристаллурией
  3. инфекцией МВП
  4. хилурией
60. Для острого цистита характерно:
1. уменьшение суточного объема мочи
  2. **помутнение мочи**
  3. **дизурия**
  4. никтурия
61. Микрогематурия характеризуется:
1. **появлением эритроцитов в моче без изменения ее окраски**
  2. появлением эритроцитов в моче в сочетании с типичным изменением ее окраски
  3. изменением прозрачности мочи
  4. появлением патологических примесей в моче
62. Макрогематурия характеризуется:
1. **появлением эритроцитов в моче в сочетании с типичным изменением ее окраски**
  2. появлением миоглобина в моче
  3. появлением свободного гемоглобина в моче
  4. появлением эритроцитов в моче без изменения ее окраски
63. Инициальная макрогематурия характерна для патологии:
1. **уретры и простаты**
  2. мочевого пузыря
  3. почки
  4. мочеточников
64. Терминальная макрогематурия отмечается при:
1. уретрите
  2. **цистите**
  3. разрыве кисты почки
  4. повреждении лоханки
65. Повреждение гломерулярной базальной мембраны может сопровождаться появлением:

1. терминальной макрогематурии
  2. **тотальной макрогематурии**
  3. инициальной макрогематурии
66. По этиологии гематурия может быть:

1. **почечной клубочковой**
2. **почечной экстрагломерулярной**
3. **Внепочечной**
4. гемолитической

67. Признаком гломерулярной гематурии НЕ является:

1. дисморфия эритроцитов
2. Эритроцитарные цилиндры
3. **Неизмененные эритроциты**
4. существенная протеинурия

68. Суточная протеинурия в норме:

1. > 200 мг/сут
2. >300 мг/сутки
3. **<150 мг/сутки**
4. > 500 мг/сут

69. К белкам, в норме попадающим в мочу, относятся:

1. **альбумин**
2.  $\alpha$  2-макроглобулин
3. **белок Тамма-Хорсфала**
4. **легкие цепи иммуноглобулинов**

70. К основным механизмам протеинурии относятся:

1. **гиперпродукция низкомолекулярных белков**
2. **поражение гломерулярной базальной мембраны**
3. **уменьшение реабсорбции белка в канальцах**
4. избыточное потребление белка с пищей
5. **продукция эпителием МВП воспалительных белков**

71. Основной механизм развития протеинурии при нефротическом синдроме:

1. гиперпродукция низкомолекулярных белков
2. **поражение гломерулярного фильтра**
3. уменьшение реабсорбции белка в канальцах
4. продукция эпителием МВП воспалительных белков

72. Какой механизм протеинурии характерен для воспаления мочевого пузыря:

1. гиперпродукция низкомолекулярных белков
2. поражение гломерулярной базальной мембраны
3. уменьшение реабсорбции белка в канальцах
4. **нарушение проницаемости сосудов слизистой и повреждение плоского эпителия**

73. Какой механизм протеинурии характерен для тубулоинтерстициального нефрита:

1. гиперпродукция низкомолекулярных белков
2. поражение гломерулярной базальной мембраны
3. **уменьшение реабсорбции белка в канальцах**
4. продукция эпителием МВП воспалительных белков

74. Какой механизм протеинурии характерен для миеломной нефропатии:

1. **гиперпродукция низкомолекулярных белков**
2. поражение гломерулярной базальной мембраны
3. уменьшение реабсорбции белка в канальцах
4. продукция эпителием МВП воспалительных белков
5. все варианты верны

75. Избыточная продукция низкомолекулярных белков при миеломной болезни может привести к развитию миеломной нефропатии, для которой наиболее характерно:

1. повреждение гломерулярной базальной мембраны
2. **повреждение канальцев**
3. повреждение собирательных трубочек
4. все варианты верны

76. Уровень канальцевой протеинурии соответствует:

1. 200-30000 мг/сут
2. **200-1000 мг/сут**
3. <150 мг/сут
4. < 50 мг/сут

77. Суточная протеинурия более 1000 мг/сут обычно отражает:

1. поражение канальцев
2. поражение мочевого пузыря
3. **поражение клубочков**
4. поражение почечных артерий

78. При перегрузочной протеинурии белок в моче представлен:

1. альбумином, глобулином
2.  $\alpha, \beta$ - глобулинами
3. **Нв, легкими цепями**

79. Уровень тканевой протеинурии соответствует:

1. 200-30000 мг/сут
2. 200-1000 мг/сут
3. **<500 мг/сут**

80. Состав белка мочи при клубочковой протеинурии преимущественно представлен:

1. **альбумином (>50%) и глобулином**
2.  $\alpha$  -глобулином
3.  $\beta$ -глобулином
3. гемоглобином, легкими цепями иммуноглобулинов
4. белком Тамма-Хорсфала

81. Для «стерильной» лейкоцитурii характерно:

1. **сочетание с протеинурией**
2. сочетание с бактериурией
3. появляется при стерилизации мочи
4. **сочетание с гематурией**

82. Лейкоцитурия при инфекционном воспалении мочевыводящих путей чаще всего сопровождается:

1. **дизурией**

**2. бактериурией**

3. гематурией

4. ничем не сопровождается

83. Какое исследование необходимо выполнить при бактериурии:

1. посев крови на стерильность

**2. посев мочи**

3. анализ мочи в трех порциях

4. пробу Нечипоренко

84. Какой тип цилиндров может определяться в моче здоровых людей

1. зернистые

2. восковидные

**3. Гиалиновые**

4. лейкоцитарные

85. В состав гиалиновых цилиндров входит:

**1. белок Тамма-Хорсфала**

2. эритроциты

3. лейкоциты

4. клетки канальцевого эпителия

86. Восковидные цилиндры образуются в:

1. клубочке

**2. дилатированных канальцах из-за их атрофии**

3. в собирательных трубочках

4. в лоханке

87. Появление в моче эритроцитарных цилиндров наиболее характерно для:

1. нефротического синдрома

2. инфекции верхних мочевыводящих путей

**3. выраженного нарушения проницаемости/деструкции базальной мембраны**

4. острого тубулярного некроза

88. Появление в моче лейкоцитарных цилиндров наиболее характерно для:

1. нефротического синдрома

**2. инфекции верхних мочевыводящих путей**

3. выраженного нарушения проницаемости/деструкции базальной мембраны

4. острого тубулярного некроза

89. Появление в моче эпителиальных цилиндров наиболее характерно для:

1. нефротического синдрома

2. инфекции верхних мочевыводящих путей

3. выраженного нарушения проницаемости/деструкции базальной мембраны

**4. острого тубулярного некроза**

90. Появление в моче жировых цилиндров наиболее характерно для:

**1. нефротического синдрома**

2. инфекции верхних мочевыводящих путей

3. выраженного нарушения проницаемости/деструкции базальной мембраны

4. острого тубулярного некроза

91. Среди перечисленных причиной реноваскулярной гипертензии является:

**1. атеросклероз почечной артерии**

2. гломерулонефрит

3. Диабетический гломерулосклероз

**4. фибромускулярная дисплазия почечной артерии**

92. Что НЕ характерно для реноваскулярной гипертензии:

1. злокачественное течение

2. существенная асимметрия размеров почек по данным УЗИ

**3. Постепенное начало**

4. начало в возрасте до 30 лет или после 55 лет

5. резистентность к лечению

6. Шум при аускультации живота

93. Назовите механизм, не принимающий участие в развитии артериальной гипертензии при повреждении почек:

1. Активация РААС

2. Симпатическая активация

3. Увеличение ОЦК

**4. Дилатация приносящих артериол**

94. Среди перечисленных причиной вазоренальной гипертензии НЕ является:

1. Атеросклероз почечной артерии

**2. острый постстрептококковый гломерулонефрит**

3. Фибромускулярная дисплазия почечной артерии

4. рак почки

95. Наличие АГ в сочетании с выраженной асимметрией почек по данным УЗИ будет свидетельствовать в пользу:

1. Эссенциальной гипертензии

2. Ренопаренхиматозной гипертензии

**3. Реноваскулярной гипертензии**

96. Скорость клубочковой фильтрации зависит от:

**1. Количества действующих нефронов**

**2. Эффективности образования ультрафильтрата в каждом из действующих нефронов**

3. от атмосферного давления

97. Эффективность образования ультрафильтрата в клубочке зависит от:

**1. системного АД**

**2. тонуса приносящей артериолы**

**3. состояния структур клубочка**

4. концентрации натрия в сыворотке крови

**5. тонуса выносящей артериолы**

98. В состав гомеостатических функций почек НЕ входит:

1. Осморегулирующая

2. Волюморегулирующая

**3. Биосинтез ренина**

4. Кислоторегулирующая

99. Какая из перечисленных функций почек не существует:

1. Гомеостатическая
2. Метаболическая
- 3. Мочейспускательная**
4. Эндокринная

100. К метаболическим функциям почек НЕ относится:

1. глюконеогенез
- 2. стероидогенез**
3. Метаболизм липопротеидов
4. белковый/аминокислотный обмен

101. Почка НЕ участвует в биосинтезе:

1. ренина
2. эритропоэтина
- 3. инсулина**
4. простагландинов
5. активных форм витамина D3

102. К расчетным методам оценки СКФ относится:

1. клиренс инулина
- 2. формула Кокрофта-Гольта**
3. клиренс эндогенного креатинина
- 4. формула MDRD**

103. К клиренсовым методам оценки СКФ относится:

- 1. определение с помощью Tc99-DTPA**
2. формула MDRD
3. формула Кокрофта-Гольта
4. формула EPI

104. Наиболее распространенным клиренсовым методом оценки СКФ является:

1. определение клиренса иоталамата
2. определение клиренса инулина
- 3. определение клиренса эндогенного креатинина**
4. определение клиренса I131-гиппурана

105. Разность между максимальной и минимальной относительной плотностью мочи при проведении пробы Зимницкого должна составлять:

- 1. больше 8**
2. меньше 8
3. Больше 17

106. К лабораторным методам исследования функции почек не относится:

1. определение СКФ
2. уровень азотемии
- 3. Экстреторная урография**
4. определение электролитов в сыворотке крови

107. УЗИ почек позволяет определить:

- 1. размеры органа**
- 2. толщину и эхогенность паренхимы**
3. состояние функции канальцев

4. **локальные образования**
5. **размеры и состояние ЧЛК**

108. При УЗИ выявлено симметричное двустороннее уменьшение почек в размерах, выраженное повышение эхогенности паренхимы почек, признаков расширения ЧЛК нет. Какие изменения лабораторных показателей можно ожидать?

1. **повышение уровня креатинина**
2. **снижение СКФ**
3. повышение СКФ
4. **повышение уровня мочевины**
5. **снижение уровня гемоглобина**
6. **гиперкалиемия**

109. Основными симптомами нарушения функции почек являются:

1. **артериальная гипертензия**
2. **дисэлектролитемия**
3. дизурия
4. **отеки**
5. **метаболический ацидоз**
6. **азотемия, уремия**

110. Назовите симптомы, связанные с нарушением волюморегулирующей функции почек:

1. метаболический ацидоз
2. **артериальная гипертензия**
3. **отеки**
4. уремия

111. У больного с терминальной почечной недостаточностью уровень гемоглобина в клиническом анализе крови составляет 80 г/л. Нарушение какой функции почек приводит к таким изменениям:

1. экскреторной
2. осморегулирующей
3. **Эндокринной**
4. метаболической

112. Нарушение какой функции почек является причиной развития остеодистрофии при выраженной хронической дисфункции почек:

1. метаболической
2. **эндокринной**
3. экскреторной
4. осморегулирующей

113. Основными клиническими показателями глобальной функции почек являются:

1. **концентрация креатинина в плазме крови**
2. **скорость клубочковой фильтрации**
3. концентрация общего белка в моче
4. концентрация билирубина в плазме крови

114. Назовите вещества, повышение которых в плазме крови является проявлением азотемии:

1. общий белок
- 2. креатинин**
3. щелочная фосфатаза
- 4. мочеви́на**

115. Повышение в плазме крови какого вещества из перечисленных НЕ относится к проявлению азотемии:

- 1. аспаратаминотрансфераза**
2. креатинин
3. мочеви́на
4. мочевая кислота

116. К проявлениям уремии можно отнести:

1. дизурия
- 2. энцефалопатия**
- 3. олигурия**
- 4. диспепсия**
- 5. анемия**
- 6. перикардит**

117. Уремия – это:

- 1. клиническое проявление азотемии тяжелой степени**
2. повышенное содержание в крови мочевины
3. повышенное содержание в крови мочевой кислоты
4. все варианты верны

118. К клиническим проявлениям периферической нейропатии относится:

- 1. симптом беспокойных ног**
2. язвы нижних конечностей
- 3. снижение вибрационной чувствительности**
- 4. нарушение суставно-мышечного чувства**
- 5. нарушение глубоких сухожильных рефлексов**

119. К симптомам уремии НЕ относится:

1. энцефалопатия
2. перикардит
3. периферическая нейропатия
- 4. левосторонний гемипарез**
5. анемия
6. диспепсия

120. Для поражения кожи при уремии НЕ характерно:

1. сухость кожных покровов
2. кожный зуд
3. экхимозы
- 4. везикулярная сыпь**
5. бледно-желтоватый оттенок кожи

121. Назовите патологический тип дыхания при метаболическом ацидозе:

1. дыхание Биота



2. **дыхание Куссмауля**
3. дыхание Чейн-Стокса

122. Какой из симптомов НЕ является характерным для поражения ЖКТ при уремии:

1. снижение аппетита
2. диспепсия
3. **боль при глотании**
4. характерный запах аммония изо рта
5. диаррея

123. Для метаболического ацидоза при дисфункции почек характерно:

1. **снижение pH**
2. **снижение SB (стандартный бикарбонат)**
3. **BE (дефицит оснований) - < -2**
4. снижение pCO<sub>2</sub>
5. повышение pO<sub>2</sub>

124. Для дизэлектrolитемии при глобальной дисфункции почек характерно:

1. **гиперкалиемия**
2. **гипо- или гипернатриемия**
3. гипокалиемия
4. **гипокальциемия**
5. **гипермагниемия**
6. **гиперфосфатемия**

125. Для дизэлектrolитемии при глобальной дисфункции почек НЕ характерно:

1. **гипокалиемия**
2. гипо- или гипернатриемия
3. гипокальциемия
4. гипермагниемия
5. гиперфосфатемия

126. Для дизэлектrolитемии при глобальной дисфункции почек НЕ характерно:

1. гиперкалиемия
2. гипо- или гипернатриемия
3. гипокальциемия
4. гипермагниемия
5. **гипофосфатемия**

127. Нормальная концентрация калия в плазме крови:

1. 1-1,5 ммоль/л
2. **3,5-5,2 ммоль/л**
3. 5,8-6,5 ммоль/л
4. 2,0-3,0 ммоль/л

128. Нормальная концентрация натрия в плазме крови:

1. 120-130 ммоль/л
2. 130-135 ммоль/л
3. **136-143 ммоль/л**
4. 150-160 ммоль/л

129. Концентрация общего кальция в плазме у пациента с ХБП V стадии равна 3,2 ммоль/л. Оцените значение:

1. не изменена
2. **повышена**
3. понижена

130. У больного с IgA нефропатией СКФ 10 мл/мин, уровень неорганического фосфата в плазме крови равен 2,3 ммоль/л. Оцените показатели:

1. СКФ резко снижена, уровень фосфора не изменен
2. **СКФ резко снижена, уровень фосфора повышен**
3. СКФ не изменена, уровень фосфора повышен
4. оба показателя резко снижены
5. оба показателя соответствуют норме

131. Анемия при дисфункции почек:

1. гиперхромная макроцитарная
2. гипохромная микроцитарная
3. **нормохромная нормоцитарная**
4. нормохромная микроцитарная

132. У больного с терминальной почечной недостаточностью снижение уровня гемоглобина сопровождается:

1. повышением концентрации эритропоэтина в плазме крови
2. **снижением концентрации эритропоэтина в плазме крови**
3. нормальным уровнем эритропоэтина в плазме крови

133. Выработка эритропоэтина в почках происходит:

1. в капиллярах клубочков
2. в собирательных трубочках
3. **в интерстиции**
4. в эпителии капсулы клубочка

134. При анемии ключевым моментом активации синтеза эритропоэтина в почке является:

1. снижение уровня гемоглобина
2. **активация фактора, индуцируемого гипоксией (HIF - Hypoxia-inducible factor)**
3. повышенное разрушение эритропоэтина
4. увеличение выведения эритропоэтина с мочой

135. 1 стадия острого повреждения почек характеризуется :

1. **увеличением концентрации креатинина сыворотки крови на 150-200% от базального в течение более 6 часов**
2. увеличением концентрации креатинина сыворотки крови на 200-300% от базального в течение более 12 часов
3. увеличением концентрации креатинина сыворотки крови на 150-200% от базального в течение более 6 часов

136. 1 стадия острого повреждения почек характеризуется :

1. **снижением диуреза до 0,5 мл/кг/час в течение более 6 часов**
2. снижением диуреза до 0,5 мл/кг/час в течение более 12 часов
3. увеличением диуреза до 3 мл/кг/час в течение более 6 часов

137. 2 стадия острого повреждения почек по классификации AKIN характеризуется:

1. увеличением концентрации креатинина сыворотки крови на 150-200% от базального в течение более 6 часов
2. **увеличением концентрации креатинина сыворотки крови на 200-300% от базального в течение более 12 часов**
3. увеличением концентрации креатинина сыворотки крови на 150-200% от базального в течение более 6 часов

138. 2 стадия острого повреждения почек по классификации AKIN характеризуется:

1. снижением диуреза до 0,5 мл/кг/час в течение более 6 часов
2. **снижением диуреза до 0,5 мл/кг/час в течение более 12 часов**
3. увеличением диуреза до 3 мл/кг/час в течение более 6 часов

139. Для 3 стадии острого повреждения почек по классификации AKIN характерно:

1. увеличение концентрации креатинина сыворотки крови на 150-200% от базального в течение более 6 часов
2. **увеличение концентрации креатинина сыворотки крови на 300% от базального в течение 24 ч**
3. увеличение концентрации креатинина сыворотки крови до 0,5 ммоль/л в течение двух недель

140. Для 3 стадии острого повреждения почек по классификации AKIN характерно:

1. снижение диуреза до 0,5 мл/кг/час в течение более 6 часов
2. **снижение диуреза до 0,3 мл/кг/ч в течение 24 ч**
3. снижение диуреза до 1,0 мл/кг/ч в течение двух недель

141. Существуют ли маркеры структурных нарушений почек, появляющиеся раньше снижения СКФ:

1. нет, таких маркеров нет
2. **да, существуют, могут определяться лабораторными методами исследования**
3. да, существуют, но их определение возможно только при проведении биопсии почки и микроскопическом анализе

142. К формам острого повреждения почек НЕ относится:

1. преренальное острое повреждение почек
2. ренальное острое повреждение почек
3. **инфраренальное острое повреждение почек**
4. постренальное острое повреждение почек

143. К причинам ренального острого повреждения почек НЕ относится:

1. патология почечных сосудов
2. тубулярный некроз
3. кортикальный некроз
4. **обструкция мочеточника конкрементом**
5. гломерулопатии

144. Какой формы тубулярного некроза НЕ существует:

1. ишемический
2. токсический
3. **уремический**
4. пигментный

145. Назовите причину, которая НЕ приводит к развитию токсического тубулярного некроза:

1. некоторые лекарственные препараты
2. йодсодержащие рентгеноконтрастные средства
3. анестетики
- 4. гипотония**
5. змеиный яд

146. К развитию пигментного тубулярного некроза может привести:

- 1. краш-синдром**
- 2. гемолитическая анемия**
3. гипотония
- 4. переливание несовместимой крови**

147. К преренальным причинам развития острого повреждения почек НЕ относится:

1. гипотензия любого генеза
2. уменьшение объема циркулирующей крови не зависимо от причины
- 3. введение йодсодержащих рентгеноконтрастных средств**
4. генерализованный отек

148. К развитию ишемического тубулярного некроза может привести:

1. краш-синдром
2. введение йодсодержащих рентгеноконтрастных средств
3. змеиный яд
- 4. нарушения системной гемодинамики (шок, острая сердечная недостаточность и др.)**

149. Какой стадии острого повреждения почек по системе AKIN соответствует следующее определение “нарастание концентрации креатинина в сыворотке крови, более чем на 200%, но менее чем на 300% (более чем в 2, но менее, чем в 3 раза) от базального уровня”:

1. Первой
- 2. Второй**
3. Третьей
4. Не соответствует ни одной из стадий, перечисленных выше

150. На каких показателях функции почек базируется система AKIN:

1. Концентрация креатинина в сыворотке крови и скорость клубочковой фильтрации
2. Концентрация креатинина в сыворотке крови
- 3. Концентрация креатинина в сыворотке крови и объем мочи**
4. Концентрация креатинина в сыворотке крови, скорость клубочковой фильтрации и объем мочи
5. Объем мочи
6. Скорость клубочковой фильтрации

151. Изменения концентрации липокалина, ассоциированного с желатиназой нейтрофилов (NGAL), в сыворотке крови может использоваться в качестве:

1. Теста для ранней диагностики острого повреждения почек

2. Теста для дифференциальной диагностики острого повреждения почек
3. Теста для определения вероятности неблагоприятного исхода острого повреждения почек
- 4. Во всех случаях, перечисленных выше**
5. Не может использоваться во всех случаях, перечисленных выше

152. По классификации AKIN для диагностики острого повреждения почек требуется, как минимум:

- 1.Трехкратное определение концентрации креатинина в сыворотке крови в течение 24 ч
- 2.Двукратное определение концентрации креатинина в сыворотке крови в течение 24 ч.
- 3.Двукратное определение концентрации креатинина в сыворотке крови в течение 48 ч**
- 4.Трехкратное определение концентрации креатинина в сыворотке крови в течение 48 ч

153. Какой стадии острого повреждения почек по системе AKIN соответствует следующее определение “нарастание концентрации креатинина в сыворотке крови, больше или равное 26,4 мкмоль/л или от 150 до 200% (в 1,5-2 раза) от базального”:

- 1. Первой**
2. Второй
3. Третьей
4. Не соответствует ни одной из стадий, перечисленных выше

154. Хроническая болезнь почек – это «наличие повреждения почек или снижения уровня функции почек в течение .....

- 1. трех месяцев и более**
2. двух месяцев и более
3. одного месяца и более
4. одного года и более

155. К симптомам структурных изменений органа при хронической дисфункции почек относится:

1. никтурия
2. Азотемия
3. Полиурия
- 4. Протеинурия**
5. дизэлектролитемия

156. К симптомам инфекции нижних мочевыводящих путей НЕ относится:

1. Дизурия
2. Макрогематурия
3. Боли в надлобковой области
4. Пиурия
- 5. фебрильная лихорадка**
6. Бактериурия

157. Критерии диагноза острого пиелонефрита:

- 1. бактериурия**

2. лейкоцитурия
3. боли в поясничной области
4. лихорадка
5. протеинурия
6. уремия

158. К диагностическим критериям изолированного мочевого синдрома НЕ относится:

1. Бессимптомная микрогематурия
2. **Протеинурия более 3,5 г/сут**
3. протеинурия менее 3,5 г/сут
4. Рецидивирующая макрогематурия

159. Критерием нефротического синдрома является уровень протеинурии:

1. **> 3,5 г/сут**
2. < 1,0 г/сут
3. < 0,15 г/сут
4. < 3,5 г/сут

160. В состав нефротического синдрома НЕ входит:

1. Гипоальбуминемия
2. Гиперлипидемия
3. Отеки
4. **Артериальная гипертензия**

161. Для изменения липидного спектра крови при нефротическом синдроме характерно:

1. **Гипертриглицеридемия**
2. **Гиперхолестеринемия**
3. **Гипоальфахолестеринемия**
4. Гипохолестеринемия

162. Нефротический синдром- это симптомокомплекс, обусловленный:

1. канальцевой дисфункцией
2. **поражением гломерулярного фильтра**
3. верны оба утверждения

163. Ведущим механизмом развития цилиндрурии при нефротическом синдроме является:

1. снижение онкотического давления
2. снижение активности липопротеидлипазы
3. **Перегрузка эпителия канальцев белком, ведущая к его дистрофии**
4. воспаление лоханки

164. В развитии нефротического синдрома ведущую роль играют следующие структурные изменения:

1. **повреждение эндотелия - снижение отрицательного заряда гломерулярной базальной мембраны**
2. **повреждение гломерулярной базальной мембраны**
3. **Нарушения ножковых отростков подоцитов**
4. пролиферация эпителия капсулы клубочка

165. Диагностическое значение нефротического синдрома:

1. **поражение клубочков различной этиологии**

2. поражение интерстиция почек
  3. Поражение канальцевого аппарата
  4. поражение почечной артерии
166. Какое утверждение, касающееся Ig A-нефропатии, неверно?
1. **У большинства больных отмечается нефротический синдром**
  2. Наиболее частым клиническим проявлением служит бессимптомная гематурия
  3. Чаще болеют мальчики и мужчины
  4. Существует тесная связь с респираторной инфекцией
  5. Патогномоничны депозиты IgA в мезангии клубочков.
167. При каком из перечисленных заболеваний не встречается быстро прогрессирующий нефритический синдром (гломерулонефрит)?
1. СКВ
  2. Эссенциальная криоглобулинемия
  3. Инфекционный эндокардит
  4. **Липоидный нефроз**
  5. IgA-нефропатия.
168. Укажите признаки, типичные для нефритического синдрома:
1. **протеинурия**
  2. **отеки, артериальная гипертензия**
  3. полиурия
  4. **гематурия**
169. Для острого нефритического синдрома характерно:
1. **быстрое появление гематурии (в течение дней) в сочетании с протеинурией и цилиндрурией**
  2. **снижение СКФ и олигурия**
  3. лейкоцитурия
  4. **отеки и артериальная гипертензия**
170. Диагностическое значение нефритического синдрома:
1. поражение клубочков различной этиологии
  2. **острое пролиферативное воспаление клубочков**
  3. инфекция нижних отделов мочевыводящих путей
  4. **хроническое активнотекущее пролиферативное воспаление клубочков**
171. Хронический нефритический синдром характеризуется:
1. **наличием персистирующих изменений в анализе мочи в течение более года**
  2. **артериальной гипертензией**
  3. резким снижением СКФ в течение нескольких дней
  4. **медленно прогрессирующим снижением СКФ**
172. Диагностическое значение хронического нефритического синдрома:
1. продуктивное воспаление почечных клубочков высокой степени активности
  2. **продуктивное воспаление почечных клубочков низкой степени активности**
  3. некроз клубочков
  4. амилоидоз клубочков
173. У пациента 62 лет – длительный анамнез сахарного диабета 2 типа с неадекватной коррекцией гликемии и артериальной гипертензии. При осмотре обращают на себя

внимание плотные отеки нижних конечностей до уровня коленных суставов, в биохимическом анализе крови – общий холестерин 9,7 ммоль/л, альбумин 14 г/л. Суточная протеинурия 12 г/сут. О каком синдроме идет речь?

1. острый нефритический синдром
2. **нефротический синдром**
3. изолированный мочевого синдром
4. хронический нефритический синдром

174. Нефротический синдром менее всего характерен для:

1. **IgA нефропатии**
2. болезни минимальных изменений
3. фокально-сегментарного гломерулосклероза
4. мембранозной нефропатии

175. Критериями диагноза «нефротический синдром» являются все, кроме:

1. Суточная протеинурия более 3,5 г
2. Уровень альбумина в сыворотке крови < 30 г/л
3. Гиперхолестеринемия
4. **Гипонатриемия**
5. Отеки.

176. При нефротическом синдроме отмечается:

1. **Гиперкоагуляция**
2. Гипокоагуляция
3. Тромбоцитопения
4. Эритроцитоз.

177. Нозологические формы, протекающие с нефритическим синдромом:

1. **мембранопролиферативный гломерулонефрит**
2. **мезангиопролиферативный гломерулонефрит**
3. ФСГС
4. болезнь минимальных изменений

178. Для болезни минимальных изменений характерно:

1. **отсутствие изменений при световой микроскопии**
2. **отсутствие отложения иммунных комплексов**
3. **слияние ножковых отростков подоцитов**
4. отложения IgA
5. пролиферация мезангия

179. Типичным клиническим проявлением болезни минимальных изменений является:

1. **рецидивирующий нефротический синдром**
2. **селективная протеинурия (микроальбуминурия)**
3. острый нефритический синдром
4. гематурия в сочетании с протеинурией
5. неселективная протеинурия

180. Болезнь минимальных изменений является основной причиной нефротического синдрома:

1. **у детей**
2. у взрослых



3. нет возрастных различий
181. Для фокально-сегментарного гломерулосклероза характерны:
1. **выраженная протеинурия**
  2. «богатый» клеточный осадок мочи
  3. **персистирующий нефротический синдром**
  4. острый нефритический синдром
  5. быстро прогрессирующий нефритический синдром
182. Характерным для острого пролиферативного гломерулонефрита является:
1. **пролиферация мезангия, эндотелия**
  2. сегментарный склероз клубочков
  3. **лейкоцитарная инфильтрация**
  4. **образование «горбов» на базальной мембране**
  5. образование клеточных полулуний
183. При первичной мембранозной нефропатии иммунные комплексы:
1. **образуются in situ в субэпителиальных пространствах**
  2. не участвуют в развитии патологического процесса
  3. образуются в циркулирующей крови
184. Какой тип отложений иммунных комплексов в клубочке описан в литературе при остром постстрептококковом гломерулонефрите:
1. **мезангиальный**
  2. **гирляндовый**
  3. проволочные петли
  4. **«звездное небо»**
185. При IgA нефропатии иммунные комплексы:
1. **могут образовываться in situ**
  2. **могут образовываться в циркуляции**
  3. не участвуют в патогенезе
186. Иммунные комплексы при мезангиально-пролиферативном гломерулонефрите:
1. **активируют комплемент по классическому пути**
  2. активируют комплемент по альтернативному пути
  3. не участвуют в активации комплемента
187. Наиболее частыми проявлениями IgA нефропатии могут быть:
1. персистирующий нефротический синдром
  2. **изолированный мочево́й синдром**
  3. **хронический нефритический синдром**
  4. **рецидивирующая гематурия**
  5. рецидивирующий нефротический синдром
188. Для мезангиально-пролиферативного гломерулонефрита характерно:
- A. быстро прогрессирующее снижение функции почек
  - B. **медленно прогрессирующая дисфункция почек**
  - C. характерны оба варианта
189. Для Ig -A нефропатии наиболее характерно:
1. **отложение депозитов Ig A в мезангии**

2. **отложение C3 компонента комплемента в мезангии**
3. **пролиферация мезангия**
4. образование полулуний в клубочках
5. отложение IgM

190. Эпизоды макрогематурии при Ig A-нефропатии чаще всего развиваются:

1. после приема алкоголя
2. **на фоне инфекции верхних дыхательных путей**
3. после интенсивной физической нагрузки

191. Какие синдромы заболеваний почек типичны для IgA-нефропатии:

1. **изолированный мочевого синдром (протеинурия и микрогематурия)**
2. **изолированный мочевого синдром с рецидивирующей макрогематурией**
3. **острый нефритический синдром**
4. нефротический синдром
5. быстро прогрессирующий нефритический синдром
6. **бессимптомная протеинурия**

192. Вторичная Ig A-нефропатия часто встречается при:

1. идиопатической тромбоцитопенической пурпуре
2. **болезни Шонляйн-Геноха**
3. аллергической крапивнице

193. Основной причиной образования иммунных комплексов при IgAнефропатии является:

1. избыточная продукция секреторного IgA слизистыми
2. **продукция В-лимфоцитами IgA, имеющего дефект в шарнирной области вследствие дегалактозилирования**
3. выработка нормального IgA в ответ на поступление экзогенного антигена

194. Для мембранозно-пролиферативного гломерулонефрита характерно:

1. **гиперклеточность мезангия**
2. **отчетливая лобулярность клубочка**
3. отсутствие отложение иммунных комплексов в клубочке
4. **утолщение гломерулярной базальной мембраны**
5. отсутствие изменений при световой микроскопии

195. Утолщение стенок капилляров клубочков при мембранозно-пролиферативном ломерулонефрите развивается за счет:

1. воспалительного отека
2. **отложения иммунных депозитов**
3. **интерпозиции мезангия**
4. пролиферации капсулы клубочка
5. повреждения подоцитов

196. В патогенезе мембранозно-пролиферативного гломерулонефрита могут принимать участие:

1. **активация комплемента по классическому пути**
2. **активация комплемента по альтернативному пути**
3. **образование мембрано-атакующего комплекса**
4. образование антител к базальной мембране клубочков

197. Течение мембранозно-пролиферативного гломерулонефрита наиболее часто представлено:

1. **нефротическим синдромом**
2. **острым нефритическим синдромом**
3. хроническим нефритическим синдромом
4. рецидивирующей макрогематурией
5. изолированным мочевым синдромом

198. Характерным морфологическим признаком быстро прогрессирующего нефритического синдрома является:

1. гиперклеточность мезангия
2. отсутствие морфологических изменений при световой микроскопии
3. **очаговый некроз капилляров клубочков**
4. отложение IgA в мезангии
5. **формирование «полулуний»**

199. К первому типу быстро прогрессирующего нефритического синдрома относится:

1. **анти-ГБМ нефрит (болезнь Гудпасчера)**
1. иммунокомплексный гломерулонефрит
2. АНЦА-ассоциированный гломерулонефрит

200. К третьему типу быстро прогрессирующего нефритического синдрома относится:

1. анти-ГБМ нефрит (болезнь Гудпасчера)
2. иммунокомплексный гломерулонефрит
3. **АНЦА-ассоциированный гломерулонефрит**

## **10. Учебная литература и ресурсы сети «Интернет», необходимые для проведения практики**

### **а) основная литература:**

1. Нефрология. Национальное руководство. Краткое издание. Под ред. Н.А. Мухина – М.: ГЭОТАР-Медиа – 2014. – 608 стр.
2. А.В. Смирнов, В.А. Добронравов, А.Ш. Румянцев, И.Г. Каюков. Острое повреждение почек.– М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство» – 2015. 488 стр.: ил.
3. А.В. Смирнов, А.Г. Кучер, И.Г. Каюков, А.М. Есаян. Руководство по лечебному питанию для больных хронической болезнью почек. 2-у издание.– СПб.: «Издательство «Левша. Санкт-Петербург» – 2014. – 240 стр.
4. Национальные рекомендации. Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению. Под редакцией А.В. Смирнова – СПб.: «Издательство «Левша. Санкт-Петербург» – 2012. – 52 стр.

### **б) дополнительная литература:**

1. В.Г. Сиповский, Н.М. Хмельницкая. Прикладные аспекты ультраструктурной диагностики гломерулопатий. – СПб.: ООО «ИПК «Береста» – 2014. – 64 стр.: ил.
2. В.Г. Сиповский, Н.М. Хмельницкая, А.В. Смирнов. Методические основы патоморфологической диагностики неопухолевой патологии почек.– СПб.: ООО «ИПК «Береста» – 2014. – 44 стр.: ил.

3. А.А. Яковенко, А.Ш. Румянцев, А.Г. Кучер. Диагностика и мониторинг недостаточности питания у больных, получающих лечение программным гемодиализом. Пособие для врачей.– СПб.: Издательство «Элмор» – 2014. – 37 стр.
4. А.А. Яковенко, А.Ш. Румянцев, А.Г. Кучер. Механизмы развития недостаточности питания у больных, получающих лечение программным гемодиализом.– СПб.: Издательство «Элмор» – 2014. – 40 стр.
5. Ю.С. Михеева, А.Н. Васильев, А.М. Есян, А.В. Смирнов, В.Л. Петришин. Анатомия сосудистого доступа для гемодиализа. Пособие для врачей.– СПб.: Издательство РГПУ им. А.И. Герцена – 2015. – 29 стр.
6. А.Н. Васильев, Ю.С. Михеева, А.М. Есян, А.В. Смирнов. Пропедевтика сосудистого доступа для гемодиализа. Пособие для врачей. – СПб.: Издательство РГПУ им. А.И. Герцена – 2015. – 20 стр.
7. А.В. Смирнов, А.М. Есян, И.Г. Каюков, А.Г. Кучер. Синдромы Барттера и Гиттельмана в практике «взрослого» нефролога. – СПб.: Издательство РГПУ им. А.И. Герцена – 2010. – 32 стр.
8. И.Г. Каюков, А.Г. Кучер, А.М. Есян, А.В. Смирнов, В.Г. Сиповский, И.Ю. Панина Редкие заболевания в практике «взрослого» нефролога: наследственный нефрит (синдром Альпорта), болезнь тонкой базальной мембраны, олигомеганефрония.– СПб.: Издательство РГПУ им. А.И. Герцена – 2010. – 23 стр.
9. Методическое руководство по лабораторной диагностике аутоиммунных заболеваний. Под ред. В.Л. Эмануэля – СПб.: Издательство СПбГМУ – 2011. – 40 стр.
10. ЭБС «Консультант студента» Иммунология: структура и функции иммунной системы: учебное пособие / Р.М. Хайтов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 280 с., 12 табл., 68 рис. (цв.)
11. ЭБС «Консультант студента» Внутренние болезни: учебник. - 6-е изд., перераб. и доп. / Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Сулимов В.А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 768 с.: ЭБС
12. ЭБС «Консультант студента» Клиническая лабораторная диагностика : учебное пособие. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 976 с. : ил. ЭБС
13. ЭБС «Консультант студента» Руководство по клинической иммунологии. Диагностика заболеваний иммунной системы: руководство. Хайтов Р.М., Пинегин Б.В., Ярилин А.А. 2009. - 352 с.: ил. ЭБС
14. ЭБС «Консультант студента» Пропедевтика внутренних болезней. Нефрология : учеб. пособие / В. Т. Ивашкин, О. М. Драпкина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 184 с. : ил. ЭБС
15. ЭБС «Консультант студента». Основы внутренней медицины / Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеев, В. С. Моисеев ; под. ред. В. С. Моисеева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 888 с.

## **11. Информационные технологии, используемые при проведении практики, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем.**

В ГБОУ ВПО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова освоение образовательных программ проводится с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий. Для этого создана и функционирует электронная информационно-образовательная среда (ЭИОС), включающая в себя электронные информационные ресурсы, электронные образовательные ресурсы. ЭИОС обеспечивает освоение обучающимися образовательных программ в полном объеме независимо от места нахождения обучающихся. Есть электронные библиотеки, обеспечивающие доступ к профессиональным базам данных, информационным, справочным и поисковым системам, а также иным информационным ресурсам. Scopus - реферативная база данных (Контракт № 510/15-ДЗ от 10/06/2015 с ООО "Эко-Вектор"); ЭБС "Консультант студента" Контракт №

509/15-ДЗ от 03/06/2015 с ООО "Политехресурс"; ClinicalKey - электронная информационная система. (Контракт №161-ЭА15 от 24/04/2015 с ООО "Эко-Вектор"). Подписка на периодические печатные издания в 1-м полугодии 2015 г. (ГПДБУ №714-ЭА14 от 22.12.14 ПРЕССИНФОРМ-СЕРВИС); Подписка на периодические печатные издания во 2-м полугодии 2015 г. (Контракт №017-3Ц15 от 01.06.15 ЗАО ПРЕССИНФОРМ). База тестовых заданий и справочных материалов создана в программе academicNT.

**12 Материально-техническая база, необходимая для осуществления образовательного процесса по дисциплине «Нефрология».**

<p>ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, корпус 54, 2 этаж (ул. Льва Толстого, дом 17, литер А): учебный классы – 239, 233</p>	<p>Учебный класс – 239:          Стол – 7 шт.,(инв.16500007-165000013;          стулья – 10 шт.(инв.72016415898)          Учебный класс-233:          Стол – 10 шт.,(инв.165000014-1650000124;          стулья – 20 шт.(инв.72016415898)          Нетбук ASUSx200MA (инв.8-0000015768)          Ноутбук DELL Vostro A860          (инв.00000007-2016451670)          Проектор Viewsonic PJD производитель          Viewsonic Corporation (инв.8-0000012302)</p> <p>Учебный класс (2 этаж пом.233) ,          Стол – 10 шт.,(165000014-1650000124;          стулья – 20 шт.(72016415898)</p>
<p>Клиники НИИ нефрологии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, корпус 54, 5 этаж (ул. Льва Толстого, дом 17, литер А): Нефрологическое отделение № 1</p>	
<p>Палата № 501,502</p>	<p>Палата 501 (5 этаж)-          Медицинская кровать-6 (00000004-2016414179-00000004-2016414184)          Облучатель -1(8-0000005317)          Палата 502 (5 этаж)          Медицинская кровать-6 (00000004-2016414185-00000004-2016414190)          Облучатель -1(8-0000005318)          Термометр          набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий          стойка инфузионная          противошоковый набор</p>
<p>ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, корпус 54, 3 этаж (ул. Льва Толстого, дом 17, литер А): Отделение хронического гемодиализа</p>	
<p>Зал перитонеального диализа</p>	<p>Аппарат для проведения перитонеального диализа-1(инв44500000-7216428247)          Манипуляционный столик-1 (инв 00000007-2016426822)          Облучатель бактерицидный (инв 800000053071)          Медицинская кровать-1          аппаратура термической подготовки раствора, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, противошоковый набор</p>
<p>Химическая лаборатория</p>	<p>Ионометр инв. 00000007-2016456669)</p>

Кабинет водоподготовки	Система водоочистки обратный осмос Aquaboss (инв 00000000-7216428938)
Кабинет хранения концентратов	Система центральной раздачи концентрата Aquaboss CCS-P с миксером для приготовления диализного раствора (инв 22400007-2016413122)
Диализный зал № 9	<p>Аппарат «искусственная почка»-4 шт. (инв 43800000-7216428240-43800000-7216428244)</p> <p>Медицинское кресло-кровать для проведения гемодиализа- 4 шт (инв 80000065189-5213-80000065189-5216)</p> <p>Облучатель бактерицидный (инв 80000005307)</p> <p>Манипуляционный столик-4 (инв 00000007-2016426818-00000007-2016426821)</p> <p>набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий</p> <p>противошоковый набор</p> <p>стойка инфузионная</p> <p>медицинские весы в комплекте с ростомером (00000004-2016413766)</p> <p>тонометр в комплекте со стетоскопом (800000-14589)</p> <p>фонендоскоп (800000-14590)</p>
Диализный зал № 8	<p>Аппарат «искусственная почка»-4 шт. (инв 43800000-7216428245-43800000-7216428248)</p> <p>Медицинское кресло-кровать для проведения гемодиализа- 4 шт (инв 80000065189-5217-80000065189-5220)</p> <p>Облучатель (инв 80000005307)</p> <p>Манипуляционный столик-4 (инв 00000007-2016426822-00000007-2016426825)</p> <p>набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий</p> <p>противошоковый набор</p> <p>стойка инфузионная</p>
Отделение реанимации и интенсивной терапии (ул.Л.Толстого, д.17, 8 этаж)	<p>неинвазивный гемодинамический монитор (00000007-2016413837)</p> <p>аппарат для неинвазивной искусственной вентиляции легких (00000007-</p>

	2016415623) инфузомат (00000005684)
Лаборатория (ул.Л.Толстого, д.17, 8 этаж)	анализатор биохимический (00000007-2016427557) анализатор гематологический (80000002725)
Зал для проведения цитофереза и фотофереза (площадь 53,1 кв. м. город Санкт-Петербург, ул. Рентгена 10, Помещение 423)	Аппарат автоматизированного разделения компонентов крови «TRIMA» 2 00000007-2016416021 00000000-2016402095 Аппарат для интраоперационного сбора крови и сепарации клеток крови «COBE SPECTRA» 2 00000004-2016413616 00000004-2016413617 Сепаратор клеток крови «COM TEC» 1 00000007- 2016413924

**Разработчик:**

Панина И.Ю., д.м.н., проф.

Яковенко А.А., к.м.н., доц.

**Рецензент:**

Радченко В.Г., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой терапии и нефрологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова

**Эксперт:**

Земченков А.Ю., главный нефролог Санкт-Петербурга, к.м.н., заведующий отделением гемодиализа Городской Мариинской больницы Санкт-Петербурга



## Рабочая программа амбулаторной практики «Диспансерный прием пациентов по профилю «Нефрология»

**1. Общие положения (вид практики, способы и формы проведения, место практики в структуре образовательной программы, объем практики в зачетных единицах и ее продолжительность в неделях либо в академических или астрономических часах)**

Практика «Диспансерный прием пациентов по профилю «Нефрология» относится к вариативной части Блока 2.

Вид учебной работы	Всего часов / зачетных единиц	Семестр
		1
Сроки проведения практики: 2 недели	108	108
Вид промежуточной аттестации	Зачет с оценкой	Зачет с оценкой
Общая трудоемкость	часы	108
	зачетные единицы	3

## 2 Цели и задачи практики

**Цель** практики: формирование профессиональной компетенции ординатора.

**Задачи** амбулаторной практики:

1. Владеть комплексом методов обследования нефрологических больных.
2. Уметь правильно поставить диагноз у пациента с нефрологической патологией.
3. Уметь интерпретировать результаты проведенных диагностических исследований: лабораторного, инструментального обследования.
4. Уметь проводить дифференциальный диагноз основных нефрологических нозологических форм.
5. Уметь назначить медикаментозную терапию нефрологическим больным

## 3. Планируемые результаты обучения при прохождении, соотнесенные с планируемыми результатами освоения образовательной программы

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими универсальными компетенциями:

- ✓ готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- ✓ готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- ✓ готовностью 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).

**Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать профессиональными компетенциями:**

- 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 применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых 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 (ПК-5);
  - ✓ готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании нефрологической медицинской помощи (ПК-6)
- 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);

#### **4. Базы практики**

Практика проводится на базе поликлиники № 31 Петроградского района Санкт-Петербурга (ПСПбГМУ им.акад. И.П.Павлова)

## 5.Содержание практики

№	Виды профессиональной деятельности (ординатора)	Место работы	Продолжительность циклов	Формируемые профессиональные компетенции
<i>Первый год обучения (семестр № 1)</i>				
<b>Амбулаторный прием</b>				
1.	Первичный осмотр и консультация пациентов нефрологической	Кабинет нефролога поликлиники № 31 ПСПБГМУ им акад И.П.Павлова Ул. Льва Толстого д. 6-8, лит. АБ 2 этаж	108 3 ЗЕ	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 УК-1 УК-2 УК-3

### План работы:

1. Анализ пациентов по профильным разделам под руководством сотрудников кафедры.
2. Изучение литературы по соответствующим разделам и обсуждение неясных вопросов с куратором.
3. Ассистенция и выполнение консультаций под руководством сотрудников кафедры.
4. Ведение медицинской документации.

Во время прохождения практики врач-ординатор овладевает умениями:

- определить специальные методы исследования;
- провести дифференциальную диагностику, обосновать клинический диагноз, план и тактику ведения больного;
- оценить результаты лабораторных методов исследования, инструментального обследования и дать по ним заключение;
- назначить необходимые лекарственные средства и другие лечебные мероприятия;
- определить вопросы трудоспособности больного – временной или стойкой нетрудоспособности, перевод на другую работу;
- провести необходимые противоэпидемические мероприятия при выявлении инфекционного больного;
- оформить медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению;
- уметь установить диагноз и провести необходимое лечение
- владеть методами пропаганды здорового образа жизни и профилактике заболеваний;
- своевременно определить симптомы и синдромы, требующие оказания неотложной помощи и оказать её;

- пользоваться необходимой медицинской аппаратурой
- вести необходимую медицинскую документацию;
- составить план своей работы и работы подчинённого среднего медицинского персонала;
- составить отчёт о работе за год и провести её анализ.

Во время обучения и работы на диспансерном приеме врач ординатор получает и углубляет знания по организации амбулаторной и стационарной больничной помощи населению, особенностям диагностики и лечения заболеваний по профилю «нефрология», вопросам медикосоциальной экспертизы (МСЭ), приобретает и закрепляет профессиональные и практические навыки общеклинического обследования больных с нефрологической патологией, оценки лабораторных, инструментальных методов обследования, выбора и проведения медикаментозного лечения, назначение физиотерапевтического лечения, массажа, ЛФК; определения показаний к санаторно-курортному лечению (и организует их); оценки трудоспособности, заполнения и ведения учетной медицинской документации.

#### **6. Обязанности руководителя практики от Университета:**

- Устанавливает связь с руководителем практики от организации
- Согласовывает с обучающимися индивидуальный календарно-тематический план прохождения практики;
- Осуществляет контроль за соблюдением срока практики и ее содержанием;
- Оказывает методическую помощь обучающимся при выполнении ими индивидуальных заданий;
- Оценивает результаты выполнения обучающимися программы практики.

#### **7. Обязанности обучающихся на практике:**

- явиться на место практики в установленный приказом срок;
- выполнять индивидуальный календарно-тематический план, в установленном объеме и сроки;
- соблюдать все указания руководителей практики по качественной проработке разделов плана;
- оперативно оформлять всю документацию по написанию отчета о практике;
- в течение практики вести учет ее прохождения и делать систематические записи в дневнике;
- соблюдать правила внутреннего трудового распорядка организации (предприятия);
- строго соблюдать правила охраны труда и техники безопасности;
- представить руководителю от университета письменный отчет о прохождении практики и дневник, подписанный руководителем практики

#### **8. Методические требования к порядку прохождения и формам, содержанию отчета по итогам прохождения практики.**

Методические требования к порядку прохождения практики представлены в дневнике учета работы врача-ординатора, и заполняются ординатором. Формы в дневнике представлены ниже:

Раздел индивидуального плана \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

№ пп	1.Первичная консультация больных (диагнозы заболеваний)	Число больных за каждую неделю			Подпись заведующего отделением
		I	II	Всего	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

№ пп	2.Диагностические и лечебные мероприятия	Число больных за каждую неделю			Подпись заведующего отделением
		I	II	Всего	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

№ пп	3. Самостоятельно выполненные консультации	Число больных за каждую неделю			Подпись заведующего отделением
		I	II	Всего	

1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

№ пп	4. Ассистирование на консультациях	Число больных за каждую неделю			Подпись заведующего отделением
		I	II	Всего	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

## 9. Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по практике.

### Ситуационные задачи.

#### 1. Ситуационная задача

У больного 56 лет на хроническом гемодиализе появился кожный зуд. При исследовании крови до диализа Ca общий- 2,72 ммоль/л, P- 2,3 ммоль/л, ПТГ- 874 пг/мл. На УЗИ выявлена диффузная гиперплазия паращитовидных желез.

Какой синдром правомочен? Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза? Тактика ведения пациента?

#### 2. Ситуационная задача

У больного 48 лет на хроническом гемодиализе с вторичным гиперпаратиреозом появились мышечные судороги в междиализный период. При исследовании крови Ca общий- 1,73 ммоль/л, P- 2,8 ммоль/л, ПТГ- 745 пг/мл. Пациент получает лечение карбонатом кальция и мимпарой.

Чем обусловлены судороги? Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения их генеза? Какую терапию необходимо назначить?

#### 3. Ситуационная задача

У больного 50 лет во время процедуры гемодиализа возникла одышка, сдавление в груди, боль в пояснице, зевота. Температура диализирующего раствора 39 градусов. АД- 70/40 мм рт.ст.

Какое острое интрадиализное осложнение наиболее вероятно? Какие нужны дополнительные исследования для уточнения диагноза? Какова ваша тактика?

#### 4. Ситуационная задача

У больного 55 лет после 4-дневного пропуска диализного лечения при очередной процедуре гемодиализа через 4 часа от начала сеанса появилась головная боль, тошнота, рвота, возбуждение, судороги. АД 110/70 мм рт.ст. При исследовании крови перед гемодиализом креатинин- 1,704 ммоль/л, мочевины- 58 ммоль/л, калий- 6,7 ммоль/л, натрий- 145 ммоль/л, кальций- 2,4 ммоль/л, фосфор- 2,8 ммоль/л.

Какое острое интрадиализное осложнение наиболее вероятно? Какие нужны дополнительные исследования для уточнения диагноза? Дифференциальный диагноз? Какова ваша тактика?

#### 5. Ситуационная задача

У больной 43 лет, получающей лечение хроническим гемодиализом в течение 2-х недель, с язвенной болезнью 12-ПК в анамнезе, появилась общая слабость, утомляемость. При исследовании Hb- 86 г/л.

Какой диагноз правомочен? Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза? Тактика? Лечение?

#### 6. Ситуационная задача.

У пациента с декомпенсацией сахарного диабета, были обнаружены следующие лабораторные показатели: параметры кислотно-основного состояния (КОС) крови  $pH=7,20$ ,  $pCO_2=19$  мм рт.ст.,  $HCO_3^- = 7$  ммоль/л; концентрация натрия в сыворотке крови = 144 ммоль/л, концентрация хлора в сыворотке крови = 101 ммоль/л; концентрация калия в сыворотке крови = 4,5 ммоль/л.

Какой вариант расстройств КОС, по Вашему мнению, имеет место:

А. Гиперхлоремический метаболический ацидоз

Б. Метаболический ацидоз с увеличенным анионным интервалом плазмы

- В. Респираторный ацидоз
- Г. Метаболический алкалоз

Правильный ответ: Б.

В данной ситуации один врач в качестве первоочередной меры назначил регидратационную терапию, инсулин и инфузию 200 мл 4% раствора бикарбоната натрия; второй – только регидратационную терапию и инсулин. Какой из врачей был не прав?

- А. Первый
- Б. Второй
- В. Не правы оба
- Г. Правы оба

Правильный ответ – А.

Через сутки после действий одного из врачей у пациента выявлено:

- (1). Частая наджелудочковая экстрасистолия
- (2). Наличие “патологического” зубца U на ЭКГ
- (3). Параметры КОС крови:  $pH=7,56$ ,  $pCO_2=47$  мм рт.ст.,  $HCO_3=34$  ммоль/л;
- (4). Концентрация натрия в сыворотке крови = 135 ммоль/л, концентрация хлора в сыворотке крови = 92 ммоль/л; концентрация калия в сыворотке крови = 2,5 ммоль/л.

Какому типу расстройств КОС соответствуют эти клинико-лабораторные данные:

- А. Метаболический ацидоз
- Б. Респираторный ацидоз
- В. Метаболический алкалоз
- Г. Респираторный алкалоз

Правильный ответ – В.

Как Вы полагаете, какой из видов терапии, перечисленных ниже, не следует назначать в данной ситуации:

- А. Инфузии растворов хлорида калия
- Б. Фуросемид
- В. Ацетазоламид
- Г. Спинолактон

Правильный ответ – Б.

#### 7. Ситуационная задача.

У молодого человека с изолированной протеинурией (2,5 г/сут) при светооптическом исследовании нефробиоптата обнаружены следующие данные: “Отмечается двукратное уменьшение числа клубочков на единицу площади. Размер клубочков в 4 раза увеличен. Клубочки тонкопетлистые, без признаков клеточной пролиферации и увеличения мезангиального матрикса. Капсулы клубочков несколько утолщены. Базальные мембраны капилляров клубочков тонкие. Фуксинофильных отложений не определяется. В одном клубочке гиалиноз приводящей артерии. Дистрофия эпителия канальцев умеренная, зернистая. Несколько участков очагового склероза стромы, в зоне склероза много пенистых клеток. Артерии среднего калибра не изменены. Реакция с Конго-Рот отрицательная”. Какому диагнозу они соответствуют:

- А. Синдром Альпорта
- Б. Болезнь тонкой базальной мембраны
- В. Олигомеганефрония
- Г. Синдром Барттера



Д. Синдром Гительмана

Правильный ответ – В

Какой из видов терапии перечисленных ниже, Вы используете в данной ситуации:

А. Пульс-терапию глюкокортикоидами

Б. Пульс-терапию циклофосфаном

В. Пероральное назначение высоких доз глюкокортикоидов

Г. Назначение ИАПФ

Правильный ответ – Г.

8. Ситуационная задача.

Пациенту с концентрацией натрия в сыворотке крови 116 ммоль/л, неизвестной длительностью гипонатриемии и жалобами только на умеренную слабость врач назначил инфузионную терапию гипертоническим раствором хлорида натрия. Через 4 часа после начала такой терапии зафиксирована концентрация натрия 138 ммоль/л после чего инфузии хлорида натрия были прекращены. Как Вы полагаете:

А. Была выбрана правильная тактика

Б. Концентрация натрия в сыворотке крови была поднята очень быстро и до слишком высоких значений

В. Концентрация натрия в сыворотке крови была поднята очень быстро, хотя и до оптимальных значений

Г. Введение гипертонического раствора хлорида натрия следовало продолжать

Правильный ответ – Б

На фоне возрастания концентрации натрия, в ситуации, описанной выше, у пациента появились отчетливые проявления вялого тетрапареза. С чем они могут быть связаны:

А. Развитием отека мозга

Б. Развитием синдрома центрального понтинного миеленолиза

В. Развитием центрального экстрапонтинного миеленолиза

Г. Развитием центрального понтинного и экстрапонтинного миеленолиза

Правильный ответ – Г.

9. Ситуационная задача.

У пациента мужского пола в возрасте 16 лет отмечено наличие протеинурии (1,4 г/сут), в общем анализе мочи – гематурия (40-50 эритроцитов в п/зр). В последние 5 лет отмечается прогрессирующее снижение слуха. Концентрация креатинина в сыворотке крови 235 мкмоль/л. Известно, что микрогематурия впервые выявлена в пятилетнем возрасте. С этого же возраста в анализах мочи периодически выявлялась протеинурия (0,66 – 1,0 г/л), иногда эритроцитарные цилиндры. Мать здорова. Отец умер в возрасте 38 лет. Плохо слышал. Известно, что у него “болели почки”. Более подробных анамнестических данных об отце получить не удалось.

Какой диагноз наиболее вероятен:

А. Болезнь тонкой базальной мембраны

Б. X-сцепленный синдром Альпорта

В. Аутосомно-доминантный синдром Альпорта

Г. Аутосомно-рецессивный синдром Альпорта

Правильный ответ – Б

Что, скорее всего, можно ожидать у данного пациента при светооптическом исследовании нефробиоптата:

- А. Мезангиальную пролиферацию
- Б. Утолщение и расслоение базальных мембран гломерулярных капилляров
- В. Сегментарный и глобальный склероз клубочков
- Г. Все признаки перечисленные, выше
- Д. Ничего из признаков, перечисленных выше

Правильный ответ – Г.

10. Ситуационная задача.

У больной 61 года, отмечены следующие клинико-биохимические показатели в сыворотке крови: креатинин – 70 мкмоль/л, мочевины – 2,5 ммоль/л, натрий – 124 ммоль/л, калий – 3,5 ммоль/л. В течение последующих 2-х недель сохранялась гипонатриемия (119 – 124 ммоль/л), калий 3,3 – 3,7 ммоль/л, осмоляльность сыворотки крови 253 – 271 мосм/кг H<sub>2</sub>O. Явных клинических проявлений дизэлектrolитемий не отмечалось. При попытке введения 50 мл 10% раствора хлорида натрия получены следующие данные: до введения - концентрация натрия в сыворотке крови 121 ммоль/л, экскреция натрия 43,5 ммоль/сут; после введения – концентрация натрия в сыворотке крови 132 ммоль/л; экскреция натрия 187,5 ммоль/сут. При прекращении инфузий гипертонического раствора хлорида натрия, концентрация натрия в сыворотке крови возвращалась к уровню 119-124 ммоль/л. Прием диуретиков, наличие диареи и рвоты пациентка отрицала.

Врач заподозрил синдром Гительмана. Какие дополнительные исследования следует выполнить

- А. Измерить объем мочи (диурез)
- Б. Определить уровень суточной экскреции кальция
- В. Определить концентрацию магния в сыворотке крови
- Г. Определить концентрацию альдостерона и ренина в плазме крови
- Д. Определить параметры кислотно-основного состояния (КОС) крови
- Е. Выполнить, все исследования, перечисленные выше.

Правильный ответ - Е

После проведения этих исследований оказалось, что диурез варьирует в границах 1,4 – 1,6 л/сут, концентрация магния в сыворотке крови – 1,1 ммоль/л, суточная экскреция кальция – 3,5 ммоль/сут, КОС крови – норма, концентрация альдостерона и ренина в плазме крови – на нижней границе нормы.

Синдром Гительмана был исключен. Какая другая причина гипонатриемии в первую очередь должна рассматриваться.

- А. Синдром Барттера
- Б. Синдром неадекватной секреции антидиуретического гормона
- В. Гипотиреозидизм
- Г. Надпочечниковая недостаточность

Правильный ответ – Б.

11. Ситуационная задача.

У больного 25 лет внезапно возникли отеки лица, нижних конечностей, АД – 170/110 мм рт. ст., моча цвета мясных помоев. В общем анализе мочи: белок – 4.0 г/л, эритроциты

покрывают все поля зрения, цилиндры гиалиновые – 2-3 в п/зр, зернистые – 1-3 в п/зр, отношение белок/креатинин в утренней моче – 2,4 мг/г, общий белок сыворотки крови – 65 г/л, альбумин сыворотки – 31 г/л, холестерин общий 5,2 ммоль/л, креатинин сыворотки – 67 мкмоль/л. Какой синдром правомочен?

1. Нефротический
2. Острый нефритический
3. Быстро прогрессирующий нефритический
4. Хронический нефритический
5. Изолированная гематурия/протеинурия.

Правильный ответ 2

12. Ситуационная задача.

Больной 52 лет в течение последних 2-х недель заметил уменьшение объема мочи, при этом моча стала пенистой, появились и постепенно нарастают отеки нижних конечностей, АД – 150/95 мм рт.ст. В общем анализе мочи: белок – 4.0 г/л, эритроциты – нет, цилиндры гиалиновые – 2-3 в п/зр, зернистые – нет, отношение белок/креатинин в утренней моче – 4,5 мг/г, общий белок сыворотки крови – 62 г/л, альбумин сыворотки – 24 г/л, холестерин общий 8,2 ммоль/л, креатинин сыворотки – 67 мкмоль/л. Какой синдром правомочен?

1. Нефротический
2. Острый нефритический
3. Быстро прогрессирующий нефритический
4. Хронический нефритический
5. Изолированная гематурия/протеинурия.

Правильный ответ 1.

13. Ситуационная задача.

У больного 62 лет в течение последнего месяца отмечается утренняя скованность и болезненность суставов, мышечные боли, немотивированный субфебрилитет. При обследовании у участкового терапевта АД – 160/110 мм рт.ст., данных за инфекционный процесс не обнаружено, В клиническом анализе крови: Нв – 107 г/л, эр –  $3,8 \times 10^6$ , лейкоциты –  $4,6 \times 10^3$ , СОЭ – 67 мм/час, креатинин сыворотки – 118 мкмоль/л, мочевины – 8,6 ммоль/л, рентген органов грудной клетки – легкие без очаговых изменений, в общем анализе мочи: белок – 3,0 г/л, эритроциты – измененные 6-8 в п/зр, цилиндры гиалиновые – 2-3 в п/зр, зернистые – 2-4 в п/зр, отношение белок/креатинин в утренней моче – 3,2 мг/г, общий белок сыворотки крови – 62 г/л, альбумин сыворотки – 31 г/л, холестерин общий 5,8 ммоль/л. При повторном обследовании через 1 неделю креатинин сыворотки – 178 мкмоль/л, мочевины – 10,6 ммоль/л. Какой синдром правомочен?

1. Нефротический
2. Острый нефритический
3. Быстро прогрессирующий нефритический
4. Хронический нефритический
5. Изолированная гематурия/протеинурия.

Правильный ответ 3.

14. Ситуационная задача.

У больного 16 лет появились боли в горле, температура тела  $38,4^{\circ} \text{C}$ . На следующий день утром заметил, что моча красного цвета, мочеиспускание безболезненное. АД – 110/75 мм рт.ст. В общем анализе мочи: белок – 0.5 г/л, эритроциты покрывают все поля зрения, цилиндры гиалиновые – 2-3 в п/зр, зернистые – нет, отношение белок/креатинин в утренней моче – 0,4 мг/г, общий белок сыворотки крови – 75 г/л, альбумин сыворотки – 44 г/л, холестерин общий 4,2 ммоль/л, креатинин сыворотки – 71 мкмоль/л. Какой синдром правомочен?

1. Нефротический
2. Острый нефритический
3. Быстро прогрессирующий нефритический
4. Хронический нефритический
5. Изолированная гематурия/протеинурия.

Правильный ответ 5.

15. Ситуационная задача.

У пациента 74 лет появилась слабость, сердцебиения. Работая на приусадебном участке, ощутил резкую боль в спине с иррадиацией в подреберье. Доставлен в неврологическое отделение, где на снимках позвоночника описан компрессионный перелом L1 позвонка. В клиническом анализе крови: гемоглобин – 105 г/л, эр. –  $3,8 \times 10^9$  /л, СОЭ – 57 мм/час, общий белок крови – 88 г/л, альбумин сыворотки – 38 г/л, холестерин – 5,2 ммоль/л, креатинин сыворотки – 105 мкмоль/л, мочевины сыворотки – 8,1 ммоль/л, кальций сыворотки – 2,7 ммоль/л, щелочная фосфатаза – 180 ЕД/л, в общем анализе мочи: белок – 6,5 г/л, лейкоциты – 2 в п/зр, эритроциты – 0-1 в п/зр, цилиндры гиалиновые – 4 в п/зр, суточная потеря белка – 6 г. Наиболее вероятен диагноз:

1. Мембранозный гломерулонефрит
2. Остеопороз
3. Амилоидоз почек
4. Множественная миелома
5. Хронический пиелонефрит.

Правильный ответ 4.

16. Ситуационная задача.

Больная П., 58 лет, химик, работает в контакте с органическими растворителями в лабораторных условиях, стаж работы 25 лет. В клинику поступила с жалобами на слабость, пониженную работоспособность, жажду, большое количество выделяемой мочи за сутки (более 2,5 л, особенно ночью). Из анамнеза известно, что с 18-летнего возраста страдает мигренью, по поводу которой постоянно принимала Цитрамон<sup>®</sup>, метамизол натрия и другие анальгетические средства. В последние 5–7 лет из-за постоянной мигрени принимает в сутки 2–3 таблетки Цитрамона<sup>®</sup>. При осмотре: бледность кожных покровов со слегка желтушным оттенком. В лёгких без особенностей. На верхушке сердца — систолический шум, пульс 80 в мин, ритмичный, артериальное давление (АД) 130/80 мм. рт.ст. Печень и селезёнка не пальпируются, размеры их не увеличены, отёков нет. При лабораторном обследовании: анализ мочи — относительная плотность 1007, реакция щелочная, белок 0,66 г/л, лейкоцитов 10–15 в поле зрения, эритроцитов 10–12 в поле зрения. В пробе Зимницкого колебания относительной плотности мочи от 1002 до 1011, дневной диурез 600 мл, ночной диурез 1400 мл. Общий анализ крови: гемоглобин 10 г/дл, лейкоциты  $4 \times 10^3$ /мкл, скорость оседания эритроцитов 25 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок 78 г/л, альбумин 41 г/л, креатинин сыворотки 325 мкмоль/л. При УЗИ почек - размеры обеих почек 85×38 мм, контуры неровные, толщина паренхимы 12 мм.

Выделите ведущий синдром? Сформулируйте и обоснуйте диагноз?

17. Ситуационная задача.

Больная Ч., 41 год. В детстве перенесла закрытую черепно-мозговую травму, в связи с чем по рекомендации невропатолога длительно (годами) принимала анальгетические препараты и фуросемид до 80 мг/сут; работала в букинистическом магазине со старинными книгами. В 24-летнем возрасте имела избыточный вес (+30–35 кг), лечилась самостоятельно голоданием. 10 лет назад весной впервые перенесла артрит первого

плюснефалангового сустава правой стопы. Диагностировано рожистое воспаление, реактивный артрит. Летом того же года — нефрэктомия правой почки по поводу карбункула почки. Концентрация креатинина в сыворотке крови в тот период составляла 2,3 мг/дл, мочевая кислота 7,8 мг/дл. В последующие годы по поводу суставных болей принимала нестероидные противовоспалительные средства (НПВС). Мать больной страдала полиартритом, диагноз не был установлен. Поступила в клинику с жалобами на частые артриты плюснефаланговых, голеностопных, коленных суставов, протекающих с повышением температуры тела до 40 °С с ознобами, тошнотой; периодические ноющего тупого характера боли в поясничной области, больше слева, дизурические явления. При обследовании выявлено: относительная плотность мочи 1002–1008, рН 5,0, протеинурия до 0,7 г/сут, эритроцитурия до 8–10 в поле зрения, лейкоцитурия до 10–15 в поле зрения, бактериурия, уратурия. Концентрация креатинина в сыворотке крови 1,7 мг/дл, мочевая кислота 8,7–11,5 мг/дл, скорость клубочковой фильтрации (СКФ) 47 мл/мин. УЗИ почек — контуры левой почки неровные, размеры 100×56 мм, паренхима до 18 мм, чашечно-лоханочная система не расширена. В паренхиме определяются множественные кальцинаты, синдром гиперэхогенных пирамид, в верхнем полюсе мелкие кисты.

Сформулируйте диагноз? Определите факторы риска развития суставного синдрома? Назначьте терапию.

#### 18. Ситуационная задача.

У больного 45-ти лет, инженера на авиационном заводе, в период госпитализации по месту жительства по поводу пневмонии был выявлен мочевого синдром (протеинурия 0,6–1,2 г/сут, эритроцитурия до 15–20 в поле зрения, лейкоцитурия 5–6 в поле зрения) и АД 150/100 мм рт.ст., расцененные как проявление острого гломерулонефрита (ОГН), хотя и ранее отмечались минимальные изменения в моче. Проведено было лечение гепарином, преднизолоном 40 мг/сут без эффекта на мочевого синдром. Далее больной в течение последующих 3-х лет наблюдался с диагнозом хронический гломерулонефрит (ХГН) и получал терапию азатиоприном (150–100 мг/сут) в сочетании с поддерживающими дозами преднизолона (10–5 мг/сут). Направлен на консультацию в клинику в связи с тем, что наряду с сохраняющимся мочевого синдромом стала нарастать креатининемия. В представленных анализах мочи — относительная плотность мочи 1003–1010, белок 1,75–2,0 г/л, эритроциты 10–16, лейкоциты 3–5, ураты — немного. Креатинин крови 3,2 мг/дл, мочевая кислота 658 мкмоль/л, СКФ — 30 мл/мин. Множественные тофусы на пальцах кистей рук. АД 170/100 мм рт.ст. Выясняется, что в предыдущие 7–8 лет возникали рецидивирующие артриты первого плюснефалангового сустава правой стопы, купирует приемом Бугадиона®.

Сформулируйте диагноз? Правильная ли была тактика лечения больного? Какова будет Ваша тактика лечения?

#### 19. Ситуационная задача.

У больного 47-ми лет непрерывно-рецидивирующее образование камней в почках. При биохимическом обследовании крови выявлено: кальций 12 мг/дл, фосфор 2,0 мг/дл, креатинин 1,6 мг/дл, глюкоза 135 мг/дл, холестерин 320 мг/дл, мочевая кислота 7,5 мг/дл. СКФ 78 мл/мин, экскреция мочевой кислоты 750 мг/сут, экскреция кальция 400 мг/сут. УЗИ почек — двусторонний нефролитиаз, размеры камней от 0,5 до 1,0 см.

Какова наиболее вероятная причина нефролитиаза? Какое исследование необходимо провести больному для уточнения причин нефролитиаза? Какое лечение предстоит пациенту?

#### 20. Ситуационная задача.

В клинику нефрологии для обследования по поводу микрогематурии обратился мужчина 40 лет, автомеханик. Изменения в анализах мочи впервые выявлены терапевтом в поликлинике по месту жительства, где пациент проходил обследование по поводу артериальной гипертензии. Из анамнеза: в возрасте 18 лет проходил медицинское обследование в связи с призывом в армию. Изменений в анализах мочи не было. В последующем не обследовался. Курит (до 2-х пачек в день). В семье хронических заболеваний почек не было. При обследовании: рост 183 см., вес 90 кг. Отеков нет. АД 160/100 мм рт.ст. Общий анализ мочи: белок 2,5 г/л, удельный вес 1010, эритроциты 40–60 в поле зрения, лейкоциты 1–2 в поле зрения. Гемоглобин 130 г/л, креатинин крови 4,5 мг/дл (норма до 1,4), мочевая кислота 10,0 мг/дл (норма до 7,0), альбумин 45 г/л, калий 5,5 ммоль/л, холестерин 450 мг/дл (норма до 200), триглицериды 220 мг/дл (норма до 150). УЗИ почек: размеры правой и левой почки уменьшены до 7,8'4,9 см, толщина паренхимы 11 мм.

Ваш предположительный диагноз? Показана ли в данном случае биопсия почки? Какие факторы ускоренного прогрессирования ХБП отмечаются у пациента? Какие показатели необходимо уточнить? Ваша тактика лечения? Каково целевое артериальное давление для этого больного? Какие показатели и как часто необходимо контролировать?

## **10. Учебная литература и ресурсы сети «Интернет», необходимые для проведения практики**

### **а) основная литература:**

1. Нефрология. Национальное руководство. Краткое издание. Под ред. Н.А. Мухина – М.: ГЭОТАР-Медиа – 2014. – 608 стр.
2. А.В. Смирнов, В.А. Добронравов, А.Ш. Румянцев, И.Г. Каюков. Острое повреждение почек.– М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство» – 2015. 488 стр.: ил.
3. А.В. Смирнов, А.Г. Кучер, И.Г. Каюков, А.М. Есаян. Руководство по лечебному питанию для больных хронической болезнью почек. 2-у издание.– СПб.: «Издательство «Левша. Санкт-Петербург» – 2014. – 240 стр.
4. Национальные рекомендации. Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению. Под редакцией А.В. Смирнова – СПб.: «Издательство «Левша. Санкт-Петербург» – 2012. – 52 стр.

### **б) дополнительная литература:**

1. В.Г. Сиповский, Н.М. Хмельницкая. Прикладные аспекты ультраструктурной диагностики гломерулопатий. – СПб.: ООО «ИПК «Береста» – 2014. – 64 стр.: ил.
2. В.Г. Сиповский, Н.М. Хмельницкая, А.В. Смирнов. Методические основы патоморфологической диагностики неопухолевого патологического процесса почек.– СПб.: ООО «ИПК «Береста» – 2014. – 44 стр.: ил.
3. А.А. Яковенко, А.Ш. Румянцев, А.Г. Кучер. Диагностика и мониторинг недостаточности питания у больных, получающих лечение программным гемодиализом. Пособие для врачей.– СПб.: Издательство «Элмор» – 2014. – 37 стр.
4. А.А. Яковенко, А.Ш. Румянцев, А.Г. Кучер. Механизмы развития недостаточности питания у больных, получающих лечение программным гемодиализом.– СПб.: Издательство «Элмор» – 2014. – 40 стр.
5. Ю.С. Михеева, А.Н. Васильев, А.М. Есаян, А.В. Смирнов, В.Л. Петришин. Анатомия сосудистого доступа для гемодиализа. Пособие для врачей.– СПб.: Издательство РГПУ им. А.И. Герцена – 2015. – 29 стр.
6. А.Н. Васильев, Ю.С. Михеева, А.М. Есаян, А.В. Смирнов. Пропедевтика сосудистого доступа для гемодиализа. Пособие для врачей. – СПб.: Издательство РГПУ им. А.И. Герцена – 2015. – 20 стр.

7. А.В. Смирнов, А.М. Есяян, И.Г. Каюков, А.Г. Кучер. Синдромы Барттера и Гиттельмана в практике «взрослого» нефролога. – СПб.: Издательство РГПУ им. А.И. Герцена – 2010. – 32 стр.
8. И.Г. Каюков, А.Г. Кучер, А.М. Есяян, А.В. Смирнов, В.Г. Сиповский, И.Ю. Панина Редкие заболевания в практике «взрослого» нефролога: наследственный нефрит (синдром Альпорта), болезнь тонкой базальной мембраны, олигомеганефрония.– СПб.: Издательство РГПУ им. А.И. Герцена – 2010. – 23 стр.
9. Методическое руководство по лабораторной диагностике аутоиммунных заболеваний. Под ред. В.Л. Эмануэля – СПб.: Издательство СПбГМУ – 2011. – 40 стр.
10. ЭБС «Консультант студента» Иммунология: структура и функции иммунной системы: учебное пособие / Р.М. Хаитов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 280 с., 12 табл., 68 рис. (цв.)
11. ЭБС «Консультант студента» Внутренние болезни: учебник. - 6-е изд., перераб. и доп. / Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Сулимов В.А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 768 с.: ЭБС
12. ЭБС «Консультант студента» Клиническая лабораторная диагностика : учебное пособие. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 976 с. : ил. ЭБС
13. ЭБС «Консультант студента» Руководство по клинической иммунологии. Диагностика заболеваний иммунной системы: руководство. Хаитов Р.М., Пинегин Б.В., Ярилин А.А. 2009. - 352 с.: ил. ЭБС
14. ЭБС «Консультант студента» Пропедевтика внутренних болезней. Нефрология : учеб. пособие / В. Т. Ивашкин, О. М. Драпкина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 184 с. : ил. ЭБС
15. ЭБС «Консультант студента». Основы внутренней медицины / Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеев, В. С. Моисеев ; под. ред. В. С. Моисеева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 888 с.

#### **11. Информационные технологии, используемые при проведении практики, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем.**

В ГБОУ ВПО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова освоение образовательных программ проводится с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий. Для этого создана и функционирует электронная информационно-образовательная среда (ЭИОС), включающая в себя электронные информационные ресурсы, электронные образовательные ресурсы. ЭИОС обеспечивает освоение обучающимися образовательных программ в полном объеме независимо от места нахождения обучающихся. Есть электронные библиотеки, обеспечивающие доступ к профессиональным базам данных, информационным, справочным и поисковым системам, а также иным информационным ресурсам. Scopus - реферативная база данных (Контракт № 510/15-ДЗ от 10/06/2015 с ООО "Эко-Вектор"); ЭБС "Консультант студента" Контракт № 509/15-ДЗ от 03/06/2015 с ООО "Политехресурс"; ClinicalKey - электронная информационная система. (Контракт №161-ЭА15 от 24/04/2015 с ООО "Эко-Вектор"). Подписка на периодические печатные издания в 1-м полугодии 2015 г. (ГПДБУ №714-ЭА14 от 22.12.14 ПРЕССИНФОРМ-СЕРВИС); Подписка на периодические печатные издания во 2-м полугодии 2015 г. (Контракт №017-3Ц15 от 01.06.15 ЗАО ПРЕССИНФОРМ). База тестовых заданий и справочных материалов создана в программе academicNT.

## 12. Материально-техническая база, необходимая для проведения практики

Наименование специализированных аудиторий и лабораторий	Перечень оборудования
ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, 31 поликлиника, кабинет нефролога (ул. Льва Толстого, дом 6-8, литер АД).	Стол – 1, стулья – 3, тонометр, фонендоскоп

### Разработчик:

Панина И.Ю., д.м.н., проф.

Яковенко А.А., к.м.н., доц.

### Рецензент:

Радченко В.Г., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой терапии и нефрологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова

### Эксперт:

Земченков А.Ю., главный нефролог Санкт-Петербурга, к.м.н., заведующий отделением гемодиализа Городской Мариинской больницы Санкт-Петербурга