|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

УДК 616.5(075.8)

ББК 56.9я73

В 87

Организация-разработчик − ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова».

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации врачей «Вторичные поражения почек». Учебно-методическое пособие / Гяургиева Оксана Хатиковна, Мизиев Исмаил Алимович, Шогенова Фатима Мухамедовна, Эльгарова Лилия Вячеславовна. ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова». − Нальчик: ФГБОУ «КБГУ», − 2021. – … с. ISBN ……………….

Актуальность дополнительной профессиональной образовательной программы повышения квалификации врачей по теме «ВТОРИЧНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК» (со сроком освоения 36 академических часов) обусловлена необходимостью обучения специалистов здравоохранения современным представлениям о причинах развития вторичных заболеваний почек, их диагностики и лечения.

Дополнительная профессиональная образовательная программа повышения квалификации врачей по теме «Вторичные поражения почек» является учебно-методическим пособием, регламентирующим содержание и организационно-методические формы обучения врачей-нефрологов в области диагностики и лечения вторичных поражений почек.

©Гяургиева О.Х. ©ФГБОУ ВО КБГУ, 2021

# 3.ОПИСЬ КОМПЛЕКТА ДОКУМЕНТОВ

|  |  |
| --- | --- |
| № п/п | Наименование документа |
|  | Титульный лист |
|  | Лист согласования |
|  | Опись комплекта документов |
|  | Лист обновлений и актуализации |
|  | Состав рабочей группы |
|  | Общие положения |
|  | Цель программы |
|  | Планируемые результаты обучения |
|  | Учебный план |
|  | Учебно-тематический план стажировки |
|  | Календарный учебный график |
|  | Рабочие программы дисциплин (учебных модулей) |
|  | Рабочая программа дисциплины (учебного модуля 1) «.............» |
|  | Организационно-педагогические условия |
|  | Организация образовательной деятельности по освоению программы |
|  | Материально-техническая база реализации программы |
|  | Квалификация научно-педагогических работников |
|  | Программа итоговой аттестации обучающихся |
|  | Оценочные средства итоговой аттестации |
|  | Иные компоненты программы |
|  | Кадровое обеспечение образовательного процесса |
|  | Критерии оценивания |

# 4.ЛИСТ ОБНОВЛЕНИЙ И АКТУАЛИЗАЦИИ

дополнительной профессиональной образовательной программы повышения квалификации врачей «Вторичные поражения почек» (сроки освоения 36 академических часов)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Дата внесения изменений в программу | Характер изменений | Дата и номер протокола согласований документа на Ученом Совете |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

# 5. СОСТАВ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ

по разработке дополнительной профессиональной образовательной программы повышения квалификации врачей «Вторичные поражения почек»

(сроки освоения 36 академических часов)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № пп. | Фамилия, имя, отчество | Ученая степень, звание | Занимаемая должность | Место работы |
| 1. | Гяургиева Оксана Хатиковна | доктор медицинских наук, профессор | Методист | ЦДПО ПП и ПК КБГУ |
| 2. | Мизиев Исмаил Алимович | доктор медицинских наук, профессор | Директор | ЦДПО ПП и ПК КБГУ |
| 3. | Шогенова Фатима Мухамедовна | кандидат медицинских наук | Методист | ЦДПО ПП и ПК КБГУ |
| 4. | Эльгарова Лилия Вячеславовна | доктор медицинских наук, профессор | Зав.кафедрой пропедевтики внутренних болезней | КБГУ |
| ***по методическим вопросам*** |
| 1. | Гяургиева Оксана Хатиковна | доктор медицинских наук, профессор | Методист | ЦДПО ПП и ПК КБГУ |
| 2. | Шогенова Фатима Мухамедовна | кандидат медицинских наук | Методист | ЦДПО ПП и ПК КБГУ |
|  |  |  |  |  |

# 6. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

**6.1. Характеристика программы**:

Дополнительная профессиональная образовательная программа повышения квалификации врачей по теме «Вторичные поражения почек» трудоемкостью 36 академических часов (далее – Программа) сформирована в соответствии с требованиями:

- профессионального стандарта *«НЕФРОЛОГ»: (*Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 20 ноября 2018 г. N 712н "Об утверждении профессионального стандарта "Врач-нефролог"),

- Федеральным государственным образовательным стандартом Высшего образования по специальности 31.08.43 Нефрология (Приказ Министерства образования и науки РФ от 25 августа 2014 г. N 1085 "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.43 Нефрология (уровень подготовки кадров высшей квалификации)"),

- Порядком оказания медицинской помощи по профилю "нефрология" (Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 18 января 2012 г. N 17н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "нефрология" (с изменениями и дополнениями))

 и реализуется в дополнительном профессиональном образовании врачей.

**6.2. Характеристика профессиональной деятельности выпускников:**

− **область профессиональной деятельности** включает охрану здоровья граждан путем обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения;

− **основная цель вида профессиональной деятельности** - профилактика, диагностика, лечение заболеваний и (или) нарушений функции почек, в том числе ведение реципиентов трансплантированной почки, медицинская реабилитация пациентов;

− **обобщенная трудовая функция** - оказание медицинской помощи пациентам по профилю "нефрология", в том числе реципиентам трансплантированной почки.

− **трудовые функции:**

* А/01.8 проведение обследования пациентов, в том числе реципиентов трансплантированной почки, в целях выявления заболеваний и (или) нарушений функции почек и постановки диагноза;
* А/02.8 назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности у пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями функции почек, в том числе реципиентов трансплантированной почки.

− **вид программы:** практико-ориентированная.

**6.3. Категория обучающихся:**

**- по основной специальности: врачи-нефрологи;**

**6.4. Актуальность программы**: - подготовка врачей-нефрологов к диагностике и лечению вторичных заболеваний почек.

**6.5. Объем программы (трудоемкость)**

Трудоемкость 36 академических часов, из них 16 аудиторных часов.

**6.6. Документ, выдаваемый после завершения обучения:**

удостоверение о повышении квалификации.

Данная программа позволяет совершенствовать имеющиеся компетенции для профессиональной деятельности и повышать профессиональный уровень в рамках имеющейся квалификации, что соответствует положениям ст.76 Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации» (ФЗ 273 от 29.12.2012 г.): ч.1 «Дополнительное профессиональное образование направлено на удовлетворение образовательных и профессиональных потребностей, профессиональное развитие человека, обеспечение соответствия его квалификации меняющимся условиям профессиональной деятельности и социальной среды»; ч.2: «Дополнительное профессиональное образование осуществляется посредством реализации дополнительных профессиональных программ (программ повышения квалификации и программ профессиональной переподготовки)»: ч.4: «Программа повышения квалификации направлена на совершенствование и (или) получение новой компетенции, необходимой для профессиональной деятельности и (или) повышение профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации».

Трудоемкость освоения – 36 академических часов.

Основными компонентами программы являются:

- цель программы;

- планируемые результаты обучения;

- учебный план;

- учебно-тематический план;

- рабочие программы учебных модулей;

- организационные условия реализации программы включают учебно-методическую документацию, учебно-методическую литературу, материально-техническую базу, оснащение учебных аудиторий, кадровое обеспечение реализации программы, Положение Центра ДПО ПП и ПК КБГУ;

- образцы оценочных материалов для проведения итоговой аттестации (вопросы к зачету, примеры тестовых заданий и клинических задач).

В учебном плане указывается перечень изучаемых тем, трудоемкость, формы организации учебного процесса, виды контроля знаний и умений.

Обучение слушателей завершает итоговая аттестация по программе повышения квалификации врачей, посредством проведения тестирования и зачета для выявления теоретической и практической подготовки слушателей.

# 7. **ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ**

**Цель программы** заключается в совершенствование знаний, умений и навыков по диагностике, лечению и профилактике вторичных заболеваний почек.

**В процессе обучения решаются следующие задачи:**

1. Совершенствовать знания базовых и современных вопросов этиологии, патогенеза, клинической картины, передовых медицинских технологий в области диагностики и лечения заболеваний и состояний, сопровождающихся поражением почек;

2. Совершенствовать умения, необходимые для диагностики, дифференциальной диагностики, лечения, профилактики вторичных заболеваний почек;

3. Сформировать способность и готовность к проведению диагностики и лечения вторичных заболеваний почек.

# 8. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ

**8.1. Программа направлена на совершенствование:**

− универсальных компетенций:

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

− профессиональных компетенций:

*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);

*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 ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании нефрологической медицинской помощи (ПК-6).

|  |  |
| --- | --- |
| Трудовая функция с кодом | Профессиональные компетенции, обеспечивающие выполнение трудовой функции |
| индекс | содержание компетенции |
| Проведение обследования пациентов, в том числе реципиентов трансплантированной почки, в целях выявления заболеваний и (или) нарушений функции почек и постановки диагноза (А/01.8) | ПК-5 | готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем |
| Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности у пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями функции почек, в том числе реципиентов трансплантированной почки (А/02.8). | ПК-6 | готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании нефрологической медицинской помощи |

ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет

им. Х.М. Бербекова»

Центр дополнительного профессионального образования, профессиональной переподготовки

и повышения квалификации медицинского факультета

(ЦДПО ПП и ПК КБГУ)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ОДОБРЕНО |  | УТВЕРЖДАЮ |
| Ученым Советом медицинского факультета ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова» | Директор Департамента сопровождения проектов НТИ и непрерывного образования КБГУ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Т.Т.Махиева |
| «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2021 г. |  | «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2021 г. |

**УЧЕБНЫЙ ПЛАН**

дополнительной профессиональной программы

повышения квалификации врачей

**по теме:**

«**ВТОРИЧНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК**»

(сроки освоения 36 академических часов часов)

**Цель:** совершенствование знаний, умений и навыков по диагностике, лечению и профилактике вторичных заболеваний почек.

**Категория обучающихся:**

- **по основной специальности:** врачи-нефрологи

**Трудоемкость: 36 акад. час.**

**Форма обучения:** очно-заочная с применением дистанционных образовательных технологий.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № n\n | Название рабочих программ; учебных тем | Трудоемкость (акад.час.) | Формы организации обучения | Совершенствуемые (или формируемы Т/Ке) компетенции | Форма контроля |
| Лекции | Практические занятия | Самостоятельная работа  | Стажировка | Занятия с использованием ДОТ и ЭО |
|  | Рабочая программа дисциплины (учебного модуля 1) «***Поражения почек при системных васкулитах***» 12 АК.ЧАСОВ |  |  |
| 1.1 | Поражение почек при системной красной волчанке | 2 |  |  | 2 | - |  |  |  |
| 1.2 | Поражение почек при системной склеродермии | 2 |  |  | 2 | - |  |  |  |
| 1.3 | Поражение почек (гломерулонефрит) при синдроме Гудпасчера. | 2 | 2 |  |  | - |  |  |  |
| 1.4 | Поражение почек при узелковом полиартериите | 2 |  |  | 2 | - |  |  |  |
| 1.5 | Поражение почек при геморрагическом васкулите (пурпуре Шенлейна-Геноха) | 2 | 2 |  |  | - |  |  |  |
|  | **Рабочая программа дисциплины (учебного модуля 2) «*Диабетическая нефропатия*»** 4 АК.ЧАСА |  |  |
| 2.1. | Диабетическая нефропатия | 4 | 2 |  | 2 |  |  |  |  |
| **3.** | **Рабочая программа дисциплины (учебного модуля 3) «*Поражение почек при сердечно-сосудистых заболеваниях*»** 8 АК.ЧАСОВ |  |  |
| 3.1 | Поражение почек при эссенциальной артериальной гипертензии4 | 4 | 2 | 2 |  |  |  |  |  |
| 3.2 | Кардиоренальные взаимоотношения. Сердечно-сосудистый риск и хроническая болезнь почек | 2 | - | 2 |  |  |  |  |  |
| 3.3 | Ишемическая болезнь почек и реноваскулярная артериальная гипертензия | 2 | - | 2 |  |  |  |  |  |
| **4.** | **Рабочая программа дисциплины (учебного модуля 4) «*Миеломная нефропатия*»** 4 АК.ЧАСА |  |  |
| 4.1 | Миеломная нефропатия | 4 |  |  | 4 |  |  |  |  |
| **5.** | **Рабочая программа дисциплины (учебного модуля 5) «*Алкогольная нефропатия*»** 2 АК.ЧАСА |  |  |
| 5.1 | Алкогольная нефропатия | 2 |  |  | 2 |  |  |  |  |
| **6.** | **Рабочая программа дисциплины (учебного модуля 6) «*Нефропатия беременных*»** 4 АК.ЧАСА |  |  |
| 6.1 | Нефропатия беременных | 2 |  |  | 2 |  |  |  |  |
| 6.2 | Инфекция мочевыводящих путей у беременных | 2 |  |  | 2 |  |  |  |  |
| **ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ – ТЕСТИРОВАНИЕ 2 АК.ЧАСА** |
| ВСЕГО | 36 | 8 | 8 | 18 |  |  |  | 2 |
|  |
| **ИТОГО 36 АК.ЧАСОВ** |

ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет

им. Х.М. Бербекова»

Центр дополнительного профессионального образования, профессиональной переподготовки

и повышения квалификации медицинского факультета

(ЦДПО ПП и ПК КБГУ)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ОДОБРЕНО |  | УТВЕРЖДАЮ |
| Ученым Советом медицинского факультета ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова» | Директор Департамента сопровождения проектов НТИ и непрерывного образования КБГУ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Т.Т.Махиева |
| «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2021 г. |  | «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2021 г. |

**КАЛЕНДАРНЫЙ УЧЕБНЫЙ ГРАФИК**

дополнительной профессиональной программы

повышения квалификации врачей

**по теме:**

«**ВТОРИЧНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК**»

(сроки освоения 36 академических часов часов)

**Цель**: совершенствование знаний, умений и навыков по диагностике, лечению и профилактике вторичных заболеваний почек.

**Категория обучающихся:** врачи-нефрологи

**Трудоемкость:** 36 акад. час.

**Форма обучения:** очно-заочная с использованием дистанционных образовательных технологий и электронного обучения.

|  |  |
| --- | --- |
| Рабочая программа дисциплины (учебного модуля) | НЕДЕЛЯ |
| 1-й день | 2-й день | 3-й день | 4-й день | 5-й день | 6-й день |
| Трудоемкость освоения (акад. час) |
| СПЕЦИАЛЬНЫЕ ДИСЦИПЛИНЫ | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 4 |
| ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ |  |  |  |  |  | 2 |

**УЧЕБНАЯ (РАБОЧАЯ) ПРОГРАММА ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ**

*«ВТОРИЧНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК»*

***Модуль 1. Поражения почек при системных васкулитах (10 ак. ч)***

**Тема 1.1.***Поражение почек при системной красной волчанке (2 ак.ч)*

## Патогенез волчаночного нефрита. Классификация. Симптомы волчаночного нефрита. Осложнения. Диагностика. Лечение волчаночного нефрита. Прогноз и профилактика.

**Тема 1.2** *Поражение почек при системной склеродермии (2 ак.ч)*

## Патогенез поражения почек при системной склеродермии. Классификация. Симптомы поражения почек при системной склеродермии. Осложнения. Диагностика. Лечение поражения почек при системной склеродермии. Прогноз и профилактика.

**Тема 1.3** *Поражение почек (гломерулонефрит) при синдроме Гудпасчера. (2 ак.ч)*

## Патогенез поражения почек при синдроме Гудпасчера. Классификация. Симптомы поражения почек при синдроме Гудпасчера. Осложнения. Диагностика. Лечение поражения почек при синдроме Гудпасчера. Прогноз и профилактика.

**Тема 1.4** *Поражение почек при узелковом полиартериите* *(2 ак.ч)*

## Патогенез поражения почек при узелковом полиартериите. Классификация. Симптомы поражения почек при узелковом полиартериите. Осложнения. Диагностика. Лечение поражения почек при узелковом полиартериите. Прогноз и профилактика.

**Тема 1.5** *Поражение почек при геморрагическом васкулите (пурпуре Шенлейна-Геноха)* *(4 ак.ч)*

## Патогенез поражения почек при геморрагическом васкулите. Классификация. Симптомы поражения почек при геморрагическом васкулите. Осложнения. Диагностика. Лечение поражения при геморрагическом васкулите. Прогноз и профилактика.

***Модуль 2. Диабетическая нефропатия (4 ак.ч)***

**Тема 2.1. *Диабетическая нефропатия*** *(4 ак.ч.)*

## Патогенез поражения почек при сахарном диабете. Классификация. Симптомы поражения почек при сахарном диабете. Осложнения. Диагностика. Лечение поражения почек при сахарном диабете. Прогноз и профилактика.

***Модуль 3. Поражение почек при сердечно-сосудистых заболеваниях (8 ак.ч)***

**Тема 3.1.** *Поражение почек при эссенциальной артериальной гипертензии (2 ак.ч)*

Патогенетические основы ремоделирования почечных сосудов при эссенциальной артериальной гипертензии. Почки как «орган-мишень» АГ. Нефрогенная АГ. Принципы диагностики и лечения АГ в условиях стационара.

**Тема 3.2*.*** *Кардиоренальные взаимоотношения. Сердечно-сосудистый риск и хроническая болезнь почек. (2 ак.ч)*

Основные определения. Диагностические критерии и классификация хронической болезни почек. Методы оценки функции почек. Скорость клубочковой фильтрации и клиренс креатинина. Экскреция белка с мочой. Скрининг пациентов для выявления нарушения функции почек. Особенности ведения больных с ХБП и сердечно-сосудистой патологией. Артериальная гипертония. Нарушения липидного обмена. Метаболический синдром и сахарный диабет 2-го типа. Хроническая сердечная недостаточность. Острый коронарный синдром. Ведение пациентов с хронической болезнью почек. Определение и методы выявления прогрессирования ХБП. Профилактика прогрессирования ХБП. Применение медикаментозных препаратов и безопасность при ХБП. Проведение визуализирующих исследований при ХБП.

**Тема 3.2** *Ишемическая болезнь почек и реноваскулярная артериальная гипертензия.*

[Диагностика](https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/renovaskulyarnaya-arterialnaya-gipertenziya-i-ishemicheskaya-bolezn-pochek_14247/#part_6). [Лечение](https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/renovaskulyarnaya-arterialnaya-gipertenziya-i-ishemicheskaya-bolezn-pochek_14247/#part_7). [Реабилитация](https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/renovaskulyarnaya-arterialnaya-gipertenziya-i-ishemicheskaya-bolezn-pochek_14247/#part_8). [Профилактика и диспансерное наблюдение](https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/renovaskulyarnaya-arterialnaya-gipertenziya-i-ishemicheskaya-bolezn-pochek_14247/#part_9). [.Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания](https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/renovaskulyarnaya-arterialnaya-gipertenziya-i-ishemicheskaya-bolezn-pochek_14247/#part_10)

***Модуль 4. Миеломная нефропатия (2 ак.ч)***

**Тема 4.1.** *Миеломная нефропатия* ***(2 ак.ч)***

Этиология, патогенез, классификация, симптомы миеломной нефропатии. Осложнения. Диагностика. Лечение. Прогноз и профилактика.

***Модуль 5. Алкогольная нефропатия (2 ак.ч)***

**Тема 5.1.** *Алкогольная нефропатия (2 ак.ч.)*

Этиология, патогенез, классификация, симптомы алкогольной нефропатии. Осложнения. Диагностика. Лечение. Прогноз и профилактика.

***Модуль 6. Нефропатия беременных (4 ак.ч)***

**Тема 6.1.***Нефропатия беременных (2 ак.ч.).*

Причины нефропатии беременных. Причины нефропатии беременных. Симптомы нефропатии беременных. Диагностика нефропатии беременных. Лечение нефропатии беременных. Прогноз при нефропатии беременных. Профилактика нефропатии беременных.

**Тема 6.2.***Инфекция мочевыводящих путей у беременных (2 ак.ч.)*

Классификация инфекционно-воспалительных заболеваний мочевыводящих путей. Факторы риска возникновения инфекционно-воспалительных заболеваний мочевыводящих путей. Бессимптомная бактериурия. Основные и дополнительные диагностические мероприятия. Лечение бессимпномной бактериурии. Цистит при беременности. Острый пиелонефрит у беременных: диагностика и лечение.

МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

соответствует действующим противопожарным правилам и нормам и обеспечивает проведение всех видов дисциплинарной и междисциплинарной подготовки, практической работы обучающихся, предусмотренной учебным планом.

1. Кабинеты. Аудитории №№101, 401, 416, 417 Центра ДПО ПП и ПК медицинского факультета КБГУ, аудитории клинических баз КБГУ.
2. Кабинеты функциональных и инструментальных методов исследования клинических баз КБГУ.
3. Лаборатории в лечебно-профилактических учреждениях – базах медицинского факультета КБГУ.
4. Мебель. 65 столов, 150 стульев, 3 интерактивные доски, экраны.
5. **Технические средства обучения:** Необходимо рабочее место, оснащенное персональным компьютером с доступом к сети Интернет. Необходимое программное обеспечение: современный браузер (Google Chrome, Opera, Firefox или аналоги); текстовый редактор; образовательное учреждение обеспечивает доступ к дистанционной образовательной среде образовательного учреждения.

**Квалификация научно-педагогических работников**

соответствует квалификационным характеристикам, установленным квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации, и квалификационным характеристикам, установленным в Едином квалификационном справочнике должностей руководителей, специалистов и служащих, разделе «Квалификационные характеристики должностей руководителей и специалистов высшего профессионального и дополнительного профессионального образования», утвержденном приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 11 января 2011 г. № 1н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 марта 2011 г., регистрационный № 20237), и профессиональным стандартам*.*

**ТРЕБОВАНИЯ К ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

Итоговая аттестация проводится в форме зачета и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врачав соответствии с требованиями квалификационных характеристик и профессиональных стандартов. Слушатели допускаются к итоговой аттестации после изучения дисциплин в объеме, предусмотренном учебным планом дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей.

Проведение итоговой аттестации включает в себя последовательность этапов:

1. Тестирование, направленное на контроль и оценку знаний, умений, составляющих содержание профессиональных компетенцией.

2. Решение ситуационных задач, направленное на контроль и оценку умений, составляющих содержание профессиональных компетенцией.

3. Выполнение практических заданий, проверяющих уровень сформированности профессиональной компетенции.

Лица, освоившие дополнительную профессиональную программу повышения квалификации врачей по программе «Вторичные поражения почек» и успешно прошедшие итоговую аттестацию, получают документ о дополнительном профессиональном образовании – удостоверение о повышении квалификации. Также начисляются зачетные единицы для аккредитации в размере 36 ЗЕТ.

**ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

1. **ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА**

Итоговая аттестация в форме зачета и тестирования должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-специалиста по программе «ВТОРИЧНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК» в соответствии с требованиями квалификационных характеристик и профессиональных стандартов.

***ПРИМЕРНАЯ ТЕМАТИКА КОНТРОЛЬНЫХ ВОПРОСОВ ДЛЯ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ***

**Поражения почек при системных заболеваниях.**

1. Поражение почек при системных заболеваниях: при СКВ и других системных васкулитах.
2. Поражение почек при ревматоидном артрите, прогрессирующем системном склерозе.
3. Тромботическая микроангиопатия: гемолитико-уремический синдром и тромботическая тромбоцитопеническая пурпура.
4. Поражение почек при сахарном диабете. Клиника. Диагностика. Принципы ведения и лечения.
5. Амилоидоз почек. Определение. Причины. Классификация. Клиника. Морфологическая картина. Диагностика. Принципы лечения.
6. Поражение почек при опухолевых заболеваниях: обструктивный синдром, тумор-лизис синдром, лучевая нефропатия, нефротоксичность цитостатиков.
7. Гепато-ренальный синдром. Этиология. Патогенез. Клиника. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения.
8. Поражение почек при вирусных гепатитах.
9. Гиперурикемическая нефропатия. Этиология. Патогенез. Клиника. Принципы лечения.

**Интерстициальные нефропатии**

1. Острый интерстициальный нефрит, обусловленный медикаментами. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
2. Острый интерстициальный нефрит при инфекционных болезнях: вирусных инфекциях (Хантавирус, ЦМВ, ЭБВ, герпес-вирус, ВИЧ, вирусы гепатита и др.), протозойных инфекциях (токсоплазмоз, лейшманиоз), бактериальных (дифтерия, стрептококковая, бруцеллез, лептоспироз и др.), риккетсиозе, хламидиозе и микоплазмозе. Диагносткиа. Принципы ведения.
3. Острый интерстициальный нефрит при системных заболеваниях и малигномах: саркоидоз, синдром Шегрена, СКВ и др. Клиника. Диагностика. Лечение.
4. Идиопатический острый интерстициальный нефрит. Диагностика. Принципы лечения.
5. Острый интерстициальный нефрит с синдромом увеита (TINU-syndrom). Патогенез. Диагностика. Лечение.
6. Хронический интерстициальный нефрит: анальгетическая нефропатия. Патогенез. Клиника. Патоморфология. Диагностика. Лечение. Исходы.
7. Хронический интерстициальный нефрит: гипокалиемическая нефропатия. Патогенез. Диагностика. Лечение.
8. Хронический интерстициальный нефрит: литиевая нефропатия. Причины. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
9. Хронический интерстициальный нефрит: Балканская нефропатия. Причины. Диагностика. Лечение.
10. Хронический интерстициальный нефрит: лучевая нефропатия. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
11. Хронический интерстициальный нефрит: идиопатический гипокомплементемический интерстициальный нефрит. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.

**Фонд оценочных средств** представлен комплектом тестовых заданий в дистанционном модуле.

***ПРИМЕРЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ***

**Каковы цели назначения антикоагулянтов и дезагрегантов при гломерулонефрите:**

а) профилактика коронарного тромбоза;

б) профилактика тромбоэмболического синдрома;

в) воздействие на процессы локальной внутриклубочковой внутрисосудистой коагуляции;

г) профилактика тромбоза почечной артерии;

д) увеличение перфузии ишемизированных клубочков.

**Какие диетические мероприятия показаны при гломерулонефрите?**

1) ограничение хлорида натрия до 1,5 г/сут

2 увеличение потребления хлорида натрия

3) увеличение количества потребляемой жидкости

4) повышение потребления калийсодержащих продуктов

5) все перечисленное

**Диагностическими критериями нефротического синдрома являются:**

1) протеинурия более 3,5 г/сут

2) диспротеинурия

3) гиперхолестеринемия

4) отеки

5) все перечисленное

**К нефротическому синдрому приводят:**

а) хронический гломерулонефрит;

б) амилоидоз;

в) туберкулез легких;

г) тромбоз почечных вен.

**Нефротический синдром может возникнуть при следующих заболеваниях:**

а) сахарный диабет;

б) миеломная болезнь;

в) амилоидоз;

г) геморрагический васкулит;

д) опухоли внелегочной локализации.

е) все ответы правильные

**Какие системные заболевания соединительной ткани осложняются** нефротическим синдромом:

а) СКВ;

б) ревматоидный артрит;

в) дерматомиозит;

г) узелковый полиартериит;

д) ССД

**Главным признаком нефротического синдрома является:**

1) лейкоцитурия

2) протеинурия

3) гематурия

4) цилиндрурия

5) бактериурия

**Что является причиной гипопротеинемии при нефротическом синдроме:**

а) потеря белков с мочой,

б) усиленный синтез бета - глобулинов;

в) перемещение белков из плазмы во внеклеточную жидкость;

г) потеря белка через отечную слизистую оболочку кишечника;

д) усиленный катаболизм глобулинов.

**К патогенетическим средствам лечения нефротического синдрома** относятся:

а) диуретики,

б) глюкокортикоиды,

в) белковые препараты,

г) цитостатики,

д) антикоагулянты.

**Стероидная терапия противопоказана при:**

а) лоханочном нефротическом синдроме;

б) амилоидозе;

в) лекарственном нефротическом синдроме;

г) диабетическом нефротическом синдроме;

д) гломерулонефрите.

**Цитостатики для лечения нефротического синдрома показаны при:**

а) мембранозном нефрите;

б) узелковом полиартериите;

в) нагноительных заболеваниях;

г) нефритах при системных заболеваниях соединительной ткани;

д) обострении латентной инфекции.

**Какие органы наиболее часто поражаются при амилоидозе:**

а) почки,

б) сердце,

в) кишечник,

г) селезенка,

д) печень.

**Какой признак является наиболее ранним при амилоидозе?**

1) протеинурия

2) гематурия

3) лейкоцитурия

4) цилиндрурия

5) изостенурия

**Какие изменения со стороны белкового состава крови наблюдаются при амилоидозе:**

а) липопротеинемия;

б) гипергаммаглобулинемия;

в) гипоальбуминемия.

**Биопсия, каких тканей при амилоидозе является наиболее информативной** на ранних стадиях:

а) десны,

б) слизистой оболочки прямой кишки,

в) печени,

г) почек,

д) кожи.

**Лечение больных амилоидозом препаратами аминохинолинового ряда показано:**

1) на ранних стадиях

2) на поздних стадиях

3) независимо от стадии заболевании

4) не показано

5) все ответы правильные

**Патогенетические механизмы прогрессирования гломерулонефрита:**

а) активация гуморальных иммунных процессов;

б) продукция медиаторов воспаления;

в) коагуляционный механизм;

г) гемодинамический механизм;

д) метаболические нарушения.

е) все ответы правильные

**Источником продукции воспалительных цитокинов при гломерулонефрите** являются:

а) клетки мезангия;

б) мононуклеарные лейкоциты;

в) тромбоциты;

г) полинуклеарные лейкоциты.

**Какие факторы оказывают непосредственное повреждающее воздействие на** **канальцы и интерстиций при гломерулонефрите:**

а) протеинурия;

б) эритроцитурия;

в) трансферринурия;

г) ухудшение кровоснабжения канальцев.

**Среди гемодинамических факторов прогрессирования гломерулонефрита выделяют:**

а) внутриклубочковую гипертензию;

б) системную гипертензию;

в) нарушения проницаемости сосудистой стенки;

г) иммунокомплексное повреждение.

**Для лечения хронического гломерулонефрита в настоящее время используются:**

а) глюкокортикостероиды;

б) гепарин;

в) курантил;

г) индометацин;

д) цитостатики.

**Длительность лечения при хроническом гломерулонефрите составляет:**

1) несколько недель

2) 2-3 месяца

3) 6 месяцев

4) от 6 месяцев до 2 лет

5) от 2 лет и более

**Какая проба позволяет выявить снижение клубочковой фильтрации при гломерулонефрите?**

1) проба Нечипоренко

2) проба Зимницкого

3) проба Реберга

4) проба Аддиса-Каковского

5) проба Амбур

**Каковы цели назначения антикоагулянтов и дезагрегантов при гломерулонефрите:**

а) профилактика коронарного тромбоза;

б) профилактика тромбоэмболического синдрома;

в) воздействие на процессы локальной внутриклубочковой внутрисосудистой коагуляции;

г) профилактика тромбоза почечной артерии;

д) увеличение перфузии ишемизированных клубочков.

**Какие диетические мероприятия показаны при гломерулонефрите?**

1) ограничение хлорида натрия до 1,5 г/сут

2) увеличение потребления хлорида натрия

3) увеличение количества потребляемой жидкости

4) повышение потребления калийсодержащих продуктов

5) все перечисленное

**Диагностическими критериями нефротического синдрома являются:**

1) протеинурия более 3,5 г/сут

2) диспротеинурия

3) гиперхолестеринемия

4) отеки

5) все перечисленное

**К нефротическому синдрому приводят:**

а) хронический гломерулонефрит;

б) амилоидоз;

в) туберкулез легких;

г) тромбоз почечных вен.

**Нефротический синдром может возникнуть при следующих заболеваниях:**

а) сахарный диабет;

б) миеломная болезнь;

в) амилоидоз;

г) геморрагический васкулит;

д) опухоли внелегочной локализации.

е) все ответы правильные

**Какие системные заболевания соединительной ткани осложняются нефротическим синдромом:**

а) СКВ;

б) ревматоидный артрит;

в) дерматомиозит;

г) узелковый полиартериит;

д) ССД.

**Главным признаком нефротического синдрома является:**

1) лейкоцитурия

2) протеинурия

3) гематурия

4) цилиндрурия

5) бактериурия

**Что является причиной гипопротеинемии при нефротическом синдроме:**

а) потеря белков с мочой,

б) усиленный синтез бета - глобулинов;

в) перемещение белков из плазмы во внеклеточную жидкость;

г) потеря белка через отечную слизистую оболочку кишечника;

д) усиленный катаболизм глобулинов.

**К патогенетическим средствам лечения нефротического синдрома** относятся:

а) диуретики,

б) глюкокортикоиды,

в) белковые препараты,

г) цитостатики,

д) антикоагулянты.

**Стероидная терапия противопоказана при:**

а) лоханочном нефротическом синдроме;

б) амилоидозе;

в) лекарственном нефротическом синдроме;

г) диабетическом нефротическом синдроме;

д) гломерулонефрите.

**Цитостатики для лечения нефротического синдрома показаны при:**

а) мембранозном нефрите;

б) узелковом полиартериите;

в) нагноительных заболеваниях;

г) нефритах при системных заболеваниях соединительной ткани;

д) обострении латентной инфекции.

**Какие органы наиболее часто поражаются при амилоидозе:**

а) почки,

б) сердце,

в) кишечник,

г) селезенка,

д) печень.

**Какой признак является наиболее ранним при амилоидозе?**

1) протеинурия

2) гематурия

3) лейкоцитурия

4) цилиндрурия

5) изостенурия

**Какие изменения со стороны белкового состава крови наблюдаются при амилоидозе:**

а) липопротеинемия;

б) гипергаммаглобулинемия;

в) гипоальбуминемия.

**Биопсия, каких тканей при амилоидозе является наиболее информативной на ранних стадиях:**

а) десны,

б) слизистой оболочки прямой кишки,

в) печени,

г) почек,

д) кожи.

**Лечение больных амилоидозом препаратами аминохинолинового ряда показано:**

1) на ранних стадиях

2) на поздних стадиях

3) независимо от стадии заболевании

4) не показано

5) все ответы правильные

**Патогенетические механизмы прогрессирования гломерулонефрита:**

а) активация гуморальных иммунных процессов;

б) продукция медиаторов воспаления;

в) коагуляционный механизм;

г) гемодинамический механизм;

д) метаболические нарушения.

е) все ответы правильные

**Источником продукции воспалительных цитокинов при гломерулонефрите являются:**

а) клетки мезангия;

б) мононуклеарные лейкоциты;

в) тромбоциты;

г) полинуклеарные лейкоциты.

**Какие факторы оказывают непосредственное повреждающее воздействие на канальцы и интерстиций при гломерулонефрите:**

а) протеинурия;

б) эритроцитурия;

в) трансферринурия;

г) ухудшение кровоснабжения канальцев.

**Среди гемодинамических факторов прогрессирования гломерулонефрита** **выделяют:**

а) внутриклубочковую гипертензию;

б) системную гипертензию;

в) нарушения проницаемости сосудистой стенки;

г) иммунокомплексное повреждение.

**Для лечения хронического гломерулонефрита в настоящее время** используются:

а) глюкокортикостероиды;

б) гепарин;

в) курантил;

г) индометацин;

д) цитостатики.

**Длительность лечения при хроническом гломерулонефрите составляет:**

1) несколько недель

2) 2-3 месяца

3) 6 месяцев

4) от 6 месяцев до 2 лет

5) от 2 лет и более

**Какая проба позволяет выявить снижение клубочковой фильтрации при гломерулонефрите?**

1) проба Нечипоренко

2) проба Зимницкого

3) проба Реберга

4) проба Аддиса-Каковского

5) проба Амбурже

**Щеточная кайма в нефроне имеется в:**

1) Проксимальном канальце

2) Петле Генле

3) Дистальном извитом канальце

4) Связующем отделе

5) Собирательной трубке

**Экскреция калия с мочой определяется величиной:**

1) Клубочковой фильтрации

2) Проксимальной секреции калия

3) Дистальной реабсорбции калия

4) Проксимальной реабсорбции калия

5) Дистальной секреции калия

**Реабсорбция профильтровавшегося белка осуществляется в основном  в:**

1) Проксимальном канальце

2) Петле Генле

3) Дистальном канальце

4) Собирательной трубочке

**Мочевина, креатинин, глюкоза фильтруются в клубочке:**

1) Полностью

2) Частично

3) Не фильтруются

4) Полностью фильтруется только глюкоза

5) Полностью фильтруется только креатинин

**Из ниже перечисленных факторов к прекращению клубочковой фильтрации ведет:**

1) Увеличение гидростатического давления в капсуле Боумена до 15мм рт.ст.

2) Увеличение онкотического давления плазмы до 40 мм рт.ст.

3) Увеличение почечного кровотока до 600 мл/мин

4) снижение систолического давления до 60 мм рт.ст.

5) ни один из перечисленных факторов

**Назовите ведущий механизм концентрирования мочи:**

1) Активная реабсорбция Nа в восходящем колене петли Генле

2) Активный транспорт мочевины клетками восходящего колена петли Генле

3) Воздействие АДГ на петлю Генле

4) Повышение проницаемости

5) Активный транспорт воды в дистальном нефроне

**При почечном тубулярном ацидозе имеется:**

1) нарушенное кишечное всасывание

2) снижение реабсорбции аминокислот, глюкозы, фосфатов из проксимальных канальцев

3) незрелость ферментов печени

4) снижение реабсорбции бикарбонатов

5) неспособность почки снижать рН мочи и ограничение транспорта ионов Н+

**Какое утверждение, касающееся ортостатической протеинурии, неверно?**

А. Протеинурия отсутствует в горизонтальном положении пациента

Б. У небольшого числа пациентов со временем отмечается стойкая протеинурия

В. У большинства пациентов развивается почечная недостаточность

Г. Суточная протеинурия не превышает 1г.

Д. Справедливы все перечисленные положения

**Для какой из следующих нозологических форм не характерна гематурия?**

 А. Острый нефрит

 Б. IgА - нефрит

В. Амилоидоз почек

 Г. Синдром Альпорта

 Д. Туберкулез почки

**Для какого из перечисленных вариантов гломерулонефрита (ГН) наименее характерна микрогематурия?**

А. Липоидный нефроз

Б. Мембранозный нефрит

В. Мезангиопролиферативный нефрит

Г. Мезангиокапиллярный нефрит

Д. Волчаночный нефрит

**Какой из предложенных критериев является важнейшим для диагностики нефротического синдрома (НС)?**

А. Отеки

Б. Сывороточный альбумин ниже 30 г/л

В. Суточная протеинурия более 3,5 г

Г. Гиперхолестеринемия

Д. Гиперкоагуляция

**Какое из перечисленных заболеваний является наименее вероятной причиной НС?**

А. Гломерулонефрит

Б. Поликистоз почек

В. Тромбоз почечных вен

Г. Волчаночный нефрит

Д. Диабетическая нефропатия

**Гломерулонефрит может манифестировать:**

А. Остронефритическим синдромом

Б. Нефротическим синдромом

В. Остронефритическим синдромом с протеинурией нефротического уровня

Г. Персистирующей бессимптомной протеинурией с или без гематурией

Д. Всеми перечисленными синдромами

**При каком из перечисленных заболеваний менее всего вероятна гипокомплементемия?**

А. Острый  постстрептококковый ГН

Б. Болезнь Берже

В. Волчаночный нефрит

Г. Мезангиокапиллярный ГН

Д. Шунт-нефрит

**Какие из перечисленных признаков не характерны для болезни минимальных изменений (липоидный нефроз)?**

А. Селективная протеинурия

Б. Преимущественное развитие у детей

В. Артериальная гипертония

Г. Внезапное начало

Д. Хороший прогноз

**Со временем у больных с картиной минимальных изменений может развиться:**

А. Мембранозный нефрит

Б. Мезангиокапиллярный нефрит

В. Формирование полулуний

Г. Фокально-сегментарный гломерулосклероз (ФСГС)

Д. Ни одна из перечисленных морфологических форм

**Какое из перечисленных утверждений не характерно для идиопатического мембранозного ГН?**

А. В момент выявления заболевания большинство пациентов старше 40 лет

Б. Преобладают мужчины

В. Заболевание начинается исподволь, незаметно

Г. Уровень комплемента нормален

Д. Часто встречается макрогематурия

**Какое из перечисленных положений, касающихся острого постстрептококкового ГН, неверно?**

А. Гипертония необычна для дебюта болезни

 Б. Энцефалопатия наиболее часта у детей

В. Атипичное течение болезни чаще всего встречается у стариков

Г. В клинической картине могут преобладать симптомы застойной недостаточности кровообращения

Д. Перечисленные симптомы являются следствием задержки натрия и воды

**Средством выбора для лечения гипертонии при ОГН является:**

А. Пропранолол

Б. Диуретики

В. Допегит

Г. Коринфар

Д. Гидралазин

**Какое положение, касающееся экстракапиллярного ГН, неверно?**

А. Возможен антительный механизм развития

Б. Возможен иммунокомплексный механизм развития

В. Возможно отсутствие иммунных депозитов на БМК при иммунофлюоресцентном исследовании биоптата почки

Г. Может развиваться при других уже имеющихся формах ГН

Д. Клинически быстропрогрессирующее течение отмечается редко

**При каком из перечисленных заболеваний не встречается быстропрогрессирующий гломерулонефрит (БПГН)?**

А. СКВ

Б. Эссенциальная  криоглобулинемия

В. Инфекционный эндокардит

Г. Липоидный нефроз

Д. Болезнь Шенлейн-Геноха

**Какой фактор не является прогностически неблагоприятным при БПГН?**

А. Полулуния более чем в 80% клубочков

Б. Микрогематурия

В. Выраженный интерстициальный фиброз и атрофия канальцев

Г. Гломерулосклероз и фиброзные полулуния

Д. Олигурия

**Какое утверждение, касающееся болезни Берже (Ig А-нефрит), неверно?**

А. У большинства больных отмечается НС

Б. Наиболее частым клиническим проявлением служит бессимптомная гематурия

В. Чаще болеют мальчики и мужчины

Г. Существует тесная связь с респираторной инфекцией

Д. Патогномоничны депозиты Ig А в мезангии клубочков

**Укажите морфологическую форму нефрита, при которой лечение преднизолоном бесперспек­тивно:**

А. Минимальные изменения

Б. Мезангиопролиферативный

В. Фибропластический

Г. Мезангиомембранозный

Д. Мембранозный

**Укажите состояние, при котором назначение стероидов абсолютно противопоказано:**

А. Нефрит с минимальными изменениями

Б. Активный волчаночный нефрит

В. Истинная склеродермическая почка

Г. Поражение почек при гранулематозе Вегенера

Д. Мезангиопролиферативный нефрит

**Укажите адекватную дозу предиизолона на 1 кг веса больного, которая применяется для лечения ХГН нефротического типа**

А. 0,3 - 0,4 мг

Б. 0,5 - 0,6 мг

В. 0,7 - 0,8 мг

Г. 1 мг

**Основные показания к назначению преднизолона при нефрите следующие,  кроме:**

А. Давность нефрита менее 2-х лет

Б. Наличие нефротического синдрома

В. Лекарственный нефрит

Г. Нефрит с минимальными изменениями

Д. Нефрит в стадии ХПН

**Эффективность терапии стероидами сомнительна при следующих состояниях, кроме:**

А. ХГН гипертонического типа

Б. ХГН латентного типа

В. Амилоидоз с поражением почек

Г. Активный волчаночный нефрит

Д. Терминальный нефрит

**В нефрологии, как правило, цитостатические препараты применяются при:**

А. Узелковом периартериите с поражением почек

Б. Активном волчаночном нефрите

В. ХГН нефротического типа

Г. Быстропрогрессирующем нефрите

Д. При всех перечисленных заболеваниях

**К побочным действиям цитостатиков относятся следующие состояния, кроме:**

А. Лейкопения

Б. Агранулоцитоз

В. Инфекционные осложнения

 Г. Олиго-азооспермия

Д. Сахарный диабет

**Какие проявления имеют значение для дифференциальной диагностики острого и хроническою гломерулонефрита?**

А. Наличие стойкой артериальной гипертонии

Б. Величина протеинурии

В. Гипертрофия левого желудочка

Г. Снижение относительной плотности мочи

Д. Макрогематурия

**Какие методы могут быть использованы для дифференциальной диагностики преходящей почечной недостаточности при ОГН от хронической необратимой почечной недостаточности, связанной с ХГН?**

А. Проба Реберга

Б. Ультразвуковое исследование почек

В. Проба Зимницкого

Г. Провокационная проба с преднизолоном

Д. Определение уровня мочевины сыворотки

**У 35-летнего больного на следующий день после перенесенной ангины   появились отеки, макрогематурия, повысилось АД. Наиболее вероятный диагноз:**

А. Острый гломерулонефрит

Б. Острый пиелонефрит

В. ХГН, обострение

Г. Апостематозный нефрит

Д. Амилоидоз почек

**Укажите возможные причины смерти больных с НС и сохранной функцией почек:**

А. Гиповолемический шок

Б. Тромбозы и эмболии

В. Инфекционные осложнения

Г. Острая сердечная недостаточность

Д. Все перечисленные причины

**Какие проявления не характерны для острого гломерулонефрита?**

А. Стойкие боли в пояснице

Б. Лихорадка с ознобами

В. Макрогематурия

Г. Наличие лекарственной аллергии

Д. Цикличность течения

**Какие признаки отличают почечную эклампсию от гипертонического криза?**

А. Наличие судорожного синдрома

Б. Отек головного мозга

В. Отсутствие судорожного синдрома

Г. Сильные головные боли

Д. Ухудшение зрения

**Какие варианты поражения почек могут быть проявлением паранеопластической нефропатии?**

А. Амилоидоз

Б. Мембранозная нефропатия

В. Нефроангиосклероз

Г. Острая мочекислая блокада почек

Д.Гидронефроз

**Какие положения, касающиеся паранеопластической нефропатии, правильны?**

А. Морфологической основой чаще всего является амилоидоз или мембранозный ГН

Б. У большинства больных протекает в виде бессимптомной протеинурии

В. Проявляется нефротическим синдромом, рефрактерным к терапии

Г. Возможна ремиссия при успешном лечении опухоли

Д. Протекает с рецидивирующей макрогематурией

**Какие злокачественные опухоли чаще других осложняются амилоидозом?**

А. Рак желудка

Б. Лимфогранулематоз

В. Рак легкого

Г. Рак почки

Д. Неходжкинские лимфомы

**У 23-летнего больного, 4 года страдающего остеомиелитом костей таза,   появились отеки, асцит, гидроторакс. При обследовании обнаружены нефротический синдром, гепатоспленомегалия. В крови тромбоцитоз  868000, резко повышен уровень фибриногена. Наиболее вероятен диагноз:**

А.  Постинфекционный   гломерулонефрит

Б. Декомпенсированный цирроз печени

В. Гепаторенальный синдром

Г. Вторичный амилоидоз с поражением почек

Д. Миелопролиферативный синдром

**У 49-летнего больного псориазом в течение 2-х лет наблюдается прогрессирующее поражение крупных суставов. Лечение индометацином оказалось неэффективным. Госпитализирован с жалобами на отеки ног, которые появились месяц назад и не поддавались мочегонным средствам.  При обследовании выявлена картина нефротического синдрома, увеличение печени. Какие препараты могут быть использованы для лечения больного?**

А. Преднизолон

Б. Азатиоприн

В. Колхицин

Г. Унитиол

Д. Диметилсульфоксид

**Какие ревматические заболевания наиболее часто осложняются амилоидозом?**

А. Системная красная волчанка

Б. Ревматоидный артрит

В. Болезнь Бехтерева

Г. Псориатический артрит

Д. Узелковый периартериит

**У 27-летнего армянина, страдающего в течение 15 лет приступами абдоминальных болей, 2 года назад появилась протеинурия с быстрым формированием нефротического синдрома. У кузины пациента аналогичные болевые приступы, дядя умер от почечной недостаточности. Наиболее вероятен диагноз:**

А. Наследственный нефрит

Б. Периодическая болезнь, наследственный амилоидоз

В. Системная красная волчанка

Г. Хронический  гломерулонефрит

Д. Хронический панкреатит

**Какие положения, касающиеся днализного амилоидоза, верны?**

А. Развивается через 10 и более лет от начала лечения гемодиализом

Б. Белком-предшественником является -микроглобулин

В. Определяет прогноз пациента на гемодиализе

Г. Характеризуется поражением костей, сосудов

Д. Патогномоничны параорбитальные геморрагические высыпания и макроглоссия

**Для лечения амилоидоза колхицин назначают в дозе:**

А. 20 - 30 мг в сутки

Б. 10 мг в сутки

В. 2 мг в сутки

Г. 0,5 - 1 мг в сутки

**Какие положения, касающиеся нефротического криза, правильные?**

А. Развивается при нефротическом синдроме с критически низким уровнем альбумина крови

Б. Сопровождается резким повышением АД

В. Сопровождается плевральной симптоматикой

Г. Характеризуется появлением рожеподобной эритемы

Д. Сопровождается перитонитоподобными симптомами

**У 22-летнего больного, страдающего ХГН нефротического типа, на коже левого бокового отдела живота появился четко отграниченный участок яркой эритемы с плотным отеком кожи, подкожной клетчатки, валиком по периметру. Температура тела повышена до фебрильных цифр. Титры антистрепто-лизина и антигиалуронидазы повышены. Уровень альбуминов сыворотки 28 г/л. Наиболее вероятная причина описанных изменений кожи:**

А. Рожеподобная эритема при нефротическом кризе

Б. Рожистое воспаление кожи

В. Тромбофлебит подкожных вен

Г. Узловатая эритема

Д. Опоясывающий лишай

**У 45 – летнего больного обнаружены гипертрофия околоушных слюнных желез, контрактура Дюпюитрена, протеинурия 2,5г/л, гематурия (50-60 эритроцитов в поле зрения). Уровень IgА в крови повышен. Наиболее вероятный диагноз:**

А. Болезнь Берже

Б. Гломерулонефрит при геморрагическом васкулите

В. Гломерулонефрит алкогольной этиологии

Г. Волчаночный нефрит

Д. Пиелонефрит

**У 19-летнего больного после гриппа появилась стойкая макрогематурия, одышка, кровохарканье. На рентгенограммах грудной клетки - признаки двустороннего симметричного диссеминированного поражения. В течение 2 недель состояние пациента ухудшилось, уровень креатинина крови повысился до 0,325 ммоль/л. Наиболее вероятный диагноз:**

А. Постинфекционный гломерулонефрит

Б. Гранулематоз Вегенера

В. Синдром Гудпасчера

Г. Гломерулонефрит при геморрагическом васкулите

Д. Паранеопластическая нефропатия при бронхогенном раке

**ПРИМЕРЫ КЛИНИЧЕСКИХ ЗАДАЧ**

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА 1

Больная 29 лет, поступила с жалобами на боли в суставах, лихорадку с ознобами, слабость. 3 года назад после родов появилась слабость и аллергии. В течение года – усиление болей в суставах, частая лихорадка, эритематозная сыпь на коже, похудание. Объективно: на груди, в области локтевых суставов и предплечий бледно-розовая сыпь. Припухлость и болезненность локтевых, лучезапястных и коленных суставов с уменьшением их подвижности. Прощупываются шейные и подмышечные лимфоузлы размером до 1 см. Справа в легких шум трения плевры. Печень на 4 см ниже края реберной дуги, селезенка пальпируется у края реберной дуги. ОАК: Hb – 95 г/л, СОЭ – 54 мм/час. ОАМ: отн. плотность – 1012, белок – 2,6 г/л, эритр. – 20-30 в п/зр., цилиндры гиалиновые и зернистые.

Сделано предположение о системной красной волчанке (СКВ).

**Вопросы:** 1. Перечислите синдромы заболевания. 2. Какие исследования нужны для подтверждения диагноза? 3. Оцените анализ мочи. 4. Имеются ли показания к терапии кортикостероидами? Какая схема лечения?

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА 2

Больная 24 лет. Жалобы: головная боль, тошнота, резчайшая слабость, боли в суставах. Больна 3 года. Заболевание началось с высокой температуры, появления эритематозной сыпи на туловище и конечностях и макрогематурии. Спустя год возник артрит, появилось генерализованное увеличение лимфатических узлов. Больная находилась на стационарном лечении по поводу выраженных болей в области сердца, где был распознан перикардит. Последнее ухудшение в течение двух месяцев. Объективно: состояние средней тяжести. Питание пониженное. Кожные покровы сухие. Пальпируются увеличенные лимфатические узлы размерами до 1 см в диаметре. Суставы не изменены. При пальпации мышц бедер отмечается болезненность. Дыхание везикулярное. Сердце расширено в поперечнике, тоны глухие, систолический шум на верхушке. Пульс – 108 в минуту, ритмичный, АД – 150/90 мм рт. ст. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см. Селезенка не пальпируется. ОАК: Hb – 72 г/л, лейк. – 4,1х109 /л, СОЭ – 56 мм/час. ОАМ: уд. вес – 1015, белок – 1,2 %, эр. – 40 в п/зр., гиалиновые цилиндры.

**Вопросы:** 1. Возможные причины изменения сердца? 2. Как объяснить изменения мочи? 3. Как подтвердить диагноз? 4. Тактика лечения?

**ЗАДАЧА №1.**

Беременная 30 лет, доставлена скорой медицинской помощью в стационар родильного дома с жалобами на боли в поясничной области, повышение температуру тела до 38,2 градусов. Срок беременности 29 недель. Заболела после переохлаждения. В анамнезе – хронический тонзиллит, обострения 1 раз в 2-3 года. Менархе с 14 лет, по 4 дня, регулярные, безболезненные. Беременность 4, роды предстоят 2, 2 медицинских аборта без осложнений. На учете в консультации с 15 недель, наблюдается нерегулярно. Первая половина беременности – ОРВИ с повышением температуры до 37,5 градусов, бактериальный вагиноз. Вторая половина – без особенностей. Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледно-розовые, горячие на ощупь. Голени пастозные. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. ЧДД 20 в минуту. ЧСС 98 в мин. АД 120 и 90 мм рт. ст. Язык влажный. Живот увеличен за счет беременной матки, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон. Клинический анализ крови: Er 2,9х10\*12/л, Hb104г/л, Le 19,3х10\*9/л: п/я 17%, СОЭ 46 мм/час. Анализ мочи: белок 250 мг, Le до 20-25 в п/зр, Er нет, бактерии +. Данные УЗИ почек: диффузные изменения в паренхиме почки, расширение чашечно-лоханочного комплекса справа. УЗИ органов брюшной полости: без особенностей.

1. Сформулируйте предварительный диагноз?

2. Обоснуйте диагноз?

3. Какие симптомы подтверждают данный диагноз?

4. Оцените данные лабораторных исследований и ультразвуковой эхографии?

5. Какие осложнения развились у данной больной?

6. Составьте план ведения и лечение беременной?

7. Какие осложнения в послеродовом периоде могут развиться у больной?

**ЗАДАЧА №2.**

В родильный дом на машине скорой медицинской помощи доставлена беременная женщина в тяжелом состоянии 35 лет. Беременность 4, роды предстоят 4. Срок беременности 36 недель. На учете по беременности не состояла. Заболела 2 недель назад, появились ноющие боли в поясничной области, повышение температуры до 37,8 градусов. За медицинской помощью не обращалась, принимала самостоятельно жаропонижающие препараты. В течение суток отмечает ухудшение состояния, повышение температуры до 39,8 градусов, сухость во рту. Боли в пояснице носят тупой постоянный не снимающиеся анальгетиками характер. За сутки диурез составил 180 мл концентрированной темной мочи. В анамнезе – хронический пиелонефрит в течение 12 лет. Объективно: АД 110 и 100 мм рт ст, пульс 142 ударов в минуту¸ слабого наполнения. Кожные покровы бледные, сухие. Отеки лица, голеней. Симптом поколачивания резко положительный. Живот увеличен беременной маткой, ОЖ 91 см, ВДМ 32 см. Сердцебиение плода приглушено, 134 ударов в минуту. Дополнительные методы исследования: клинический анализ крови – Нв100 г/л, Эр – 2,76\*10\*12/л, Лей – 21,3\*10\*9/л, трб – 172\*10\*9/л, п/я – 21%, СОЭ 61 мм.час. Общий анализ мочи – плотность мочи – 1032, ацетон +++, белок – 680 мг/сут, бактериурия, пиурия. УЗИ почек – деформация наружного контура правой почки. Очаг деструкции округлой формы с низкой эхогенностью, окруженный зоной повышенной эхогенности с нечеткими контурами. Левая почка – увеличена в размерах, контур ровный, паренхима равномерно утолщена. При ЭДК – снижение кровообращения коркового слоя почки.

1. Сформулируйте предварительный диагноз?

2. Какое осложнение развилось у беременной?

3. Обоснуйте диагноз?

4. Какие симптомы подтверждают данный диагноз?

5. Оцените дополнительные методы исследования.

6. Определите тактику ведения беременности.

7. Составьте план хирургического и консервативного лечения в данном случае.

8. Оцените состояние плода.

ОТВЕТЫ К СИТУАЦИОННЫМ ЗАДАЧАМ.

ОТВЕТ ЗАДАЧИ №1

Диагноз: Беременность 29 недель. Гестационный пиелонефрит. Анемия легкой степени тяжести. 2. Диагноз выставлен на основании жалоб, анамнеза, наружного осмотра, пальпации, данных лабораторных и инструментальных методов исследования. 3. Боли в поясничной области, повышение температуру тела до 38,2 градусов, тахикардия, отеки голеней, симптом поколачивания положительный с обеих сторон. 4. Лабораторно – в анализе крови анемия легкой степени, лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, повышение СОЭ. В моче – протеиурия, лейкоцитурия, бактериурия. По УЗИ почек – признаки гидронефроза. 5. Гестационный пиелонефрит, анемия легкой степени, гидронефроз. 6. Госпитализация в урологическое отделение, питье, постельный режим, инфузионная терапия, антибактериальная терапия (амоксиклав, цефтриаксон - курс 10 дней, сорбифер). 7. Послеродовый эндометрит, хронический пиелонефрит.

ОТВЕТ ЗАДАЧИ №2. 1. Беременность 36 недель. Острый пиелонефрит. Абсцесс почки. Анемия легкой степени тяжести. Хроническая плацентарная недостаточность. Задержка роста плода 2 степени.2 2. Абсцесс почки справа. Инфекционно-токсический шок. 3. Диагноз выставлен на основании жалоб, анамнеза, клинической картины, наружного осмотра, лабораторных и инструментальных методах исследования. 4. Боли в поясничной области появились 2 нед назад, в анамнезе хронический пиелонефрит, гипертермия не корригируемая жаропонижающими препаратами, снижение диуреза, кожные покровы бледные, сухие, отеки, отставание ВДМ от срока гестации. В клиническом анализе крови – снижение гемоглобина и эритроцитов, лейкоцитоз со сдвигом влево, тромбоцитопения, повышение СОЭ. В анализе мочи – протеинурия, ацетонурия, бактериурия, пиурия. По УЗИ почек – признаки осложненной деструктивной формы пиелонефрита. 5. Экстренная госпитализация в урологическое отделение. 6. Комплексное лечение: антибактериальная, инфузионная, дезинтоксикационная, антигистаминная, симптоматическая терапия. При компенсированном состояние – декапсуляция почки. 7. Хроническая плацентарная недостаточность. Задержка роста плода 2 степени.

**Кадровое обеспечение образовательного процесса**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Название и темы рабочей программы | Фамилия, имя, отчество | Ученая степень, ученое звание | Основное место работы, должность | Место работы и должность по совместительству | Кол-во акад.часов |
| **1** | Все темы | Гяургиева Оксана Хатиковна | доктор медицинских наук, профессор | ЦДПО ПП и ПК КБГУ | методист | 12-36 |
| **2** | Все темы | Эльгарова Лилия Вячеславовна | доктор медицинских наук, профессор | Медицинский факультет КБГУ | Зав.кафедрой пропедевтики внутренних болезней | 12-36 |

**Критерии оценки ответа обучающегося при 100-балльной системе**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Характеристика ответа** | **Баллы** | **Оценка** |
| Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию обучающегося. Практические (и/или лабораторные) работы выполнены в полном объеме, теоретическое содержание курса освоено полностью, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий сформированы, все предусмотренные программой учебные задания выполнены, качество их выполнения оценено числом баллов, близким к максимальному | 90-100 | 5 |
| Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные обучающимся самостоятельно в процессе ответа или с помощью преподавателя. Практические (и/или лабораторные) работы выполнены в полном объеме, теоретическое содержание курса освоено полностью, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий в основном сформированы, все предусмотренные программой обучения учебные задания выполнены, качество выполнения большинства из них оценено числом баллов, близким к максимальному | 80-89 | 4 |
| Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Обучающийся не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Обучающийся может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции. Практические (и/или лабораторные) работы выполнены, теоретическое содержание курса освоено частично, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий в основном сформированы, большинство предусмотренных программой обучения учебных заданий выполнено, некоторые из выполненных заданий, возможно, содержат ошибки | 70-79 | 3 |
| Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Обучающийся не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа обучающегося не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины. Практические (и/или лабораторные) работы выполнены частично, теоретическое содержание курса освоено частично, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий не сформированы, большинство предусмотренных программой обучения учебных заданий не выполнено либо качество их выполнения оценено числом баллов близким к минимальному. При дополнительной самостоятельной работе над материалом курса, при консультировании преподавателя, возможно повышение качества выполнения учебных заданий | 69 и менее | 2 |

**Критерии оценки обучающегося на недифференцированном зачете**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Характеристика ответа | Баллы | Оценка |
| Основные практические (и/или лабораторные) работы выполнены, теоретическое содержание курса освоено, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий в основном сформированы, большинство предусмотренных программой обучения учебных заданий выполнено | 70-100 | Зачет |
| Практические (и/или лабораторные) работы выполнены частично, теоретическое содержание курса не освоено, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий не сформированы, большинство предусмотренных программой обучения учебных заданий не выполнено либо качество их выполнения оценено числом баллов, близким к минимальному | менее 70 | Незачет |