

Документ подписан простой электронной подписью

Информация о владельце:

ФИО: Шуматов Валентин Борисович

Должность: Ректор

Дата подписания: 11.12.2024 16:42:36

Уникальный программный ключ:

1cef78fd73d75dc6ecf72fe1eb94fce387a2985d2657b784aec019bf8a794cb4

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Тихоокеанский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

«УТВЕРЖДАЮ»

Директор института



/ Невзорова В.А. /

« 20 » 5 июня 2024 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Б1.В.ДВ.03.02 Актуальные вопросы нефрологии в работе участкового врача-терапевта основной образовательной программы высшего образования

**Направление подготовки
(специальность)**

31.05.01 Лечебное дело

Уровень подготовки

специалитет

Направленность подготовки

02 Здравоохранение

(в сфере оказания первичной медико-санитарной помощи населению в медицинских организациях: поликлиниках, амбулаториях, стационарно-поликлинических учреждениях здравоохранения и лечебно-профилактических учреждениях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь)

Форма обучения

очная

Срок освоения ООП

6 лет

Институт/кафедра

Институт терапии и инструментальной диагностики

Владивосток, 2024

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1.1. Фонд оценочных средств регламентирует формы, содержание, виды оценочных средств для текущего контроля и промежуточной аттестации, критерии оценивания с помощью которых можно оценивать поэтапное формирование компетенций.

1.2. Фонд оценочных средств определяет уровень формирования у обучающихся установленных в ФГОС ВО и определенных в основной образовательной программе высшего образования по направлению подготовки 31.05.01 Лечебное дело, направленности 02 Здравоохранение (в сфере оказания первичной медико-санитарной помощи населению в медицинских организациях: поликлиниках, амбулаториях, стационарно-поликлинических учреждениях здравоохранения и лечебно-профилактических учреждениях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь) **универсальных (УК) компетенций, общепрофессиональных (ОПК) и профессиональных (ПК) компетенций**

[https://tgmu.ru/sveden/files/vif/31.05.01_24_02_Lechebnoe_delo\(1\).pdf](https://tgmu.ru/sveden/files/vif/31.05.01_24_02_Lechebnoe_delo(1).pdf)

Наименование категории (группы) компетенций	Код и наименование компетенции	Индикаторы достижения компетенции
Профессиональные компетенции		
А/03.7 Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности	ПК-5 Способность и готовность к определению тактики ведения пациентов с определением программ коррекции факторов риска, медикаментозного и немедикаментозного лечения и оценки их эффективности и безопасности при заболеваниях внутренних органов с учетом диагноза, возраста, и клинической картины болезни, в т. ч. в условиях дневного стационара	ИДК.ПК-5 ₁ - определяет приоритетные направления в программах коррекции факторов риска, немедикаментозных программах и при назначении лекарственных препаратов на основании установленного диагноза с учетом клинических рекомендаций и действующих порядков оказания медицинской помощи; ИДК.ПК-5 ₂ - оценивает приверженность терапии, контролирует эффективность проводимого лечения, определяет безопасность применения лекарственных средств, корректирует назначенное лечение с учетом целевых показателей достижения результатов терапии; ИДК.ПК-5 ₃ - формулирует необходимость персонализированной терапии у определенных категорий, в том числе беременных, пациентов пожилого и старческого возраста с учетом полиморбидности, определяет необходимость амбулаторного или комбинированного лечения на дому и в условиях дневного стационара
	ПК-6 Способность и готовность к определению типов маршрутизации на основании действующих порядков оказания медицинской помощи	ИДК.ПК-6 ₁ - имеет представление о распределении потоков пациентов в зависимости от цели обращения в медицинские организации; ИДК.ПК-6 ₂ - определяет показания к направлению пациентов для оказания специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи

2. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

2.1. Виды контроля и аттестации, формы оценочных средств

№ п/п	Виды контроля	Оценочные средства
		Форма
1	Текущий контроль	Тесты Ситуационные задачи
2	Промежуточная аттестация	

3. Содержание оценочных средств контроля (текущего и промежуточного).

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме решения ситуационных задач, тестирования. Промежуточная аттестация проводится в виде зачета в форме решения ситуационных задач, тестирования.

3.1. Тестовые задания по дисциплине Б1.В.ДВ.03.02 Актуальные вопросы нефрологии в работе участкового врача-терапевта

1. ПРИЧИНОЙ РЕНОВАСКУЛЯРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ МОЖЕТ БЫТЬ

- *А стеноз почечной артерии
- Б хронический гломерулонефрит
- В диабетическая нефропатия
- Г хронический пиелонефрит

2. МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ, УКАЗЫВАЮЩИМ НА АКТИВНОСТЬ НЕФРИТА, ЯВЛЯЕТСЯ

- *А выраженная пролиферация гломерулярных клеток
- Б большая доля склероза и атрофии канальцев
- В большая доля склерозированных клубочков
- Г большая площадь тубулоинтерстициального фиброза

3. ОДНИМ ИЗ ПОКАЗАНИЙ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ ПРИ РАЗВИТИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- *А двусторонний стеноз почечных артерий со степенью сужения более 60%
- Б двусторонний стеноз почечных артерий степенью сужения менее 60%
- В любой стеноз почечных артерий
- Г односторонний стеноз почечных артерий со степенью сужения более 60%

4. БОЛЬШОЕ КОЛИЧЕСТВО УРАТОВ ПРИДАЕТ ОСАДКУ МОЧИ _____ ЦВЕТ

- *А розоватый с кирпичным оттенком
- Б сливкообразный с зеленоватым оттенком
- В белый
- Г желтый

5. ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ АЛЬБУМИНУРИИ (А2) ПО МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ СОСТАВЛЯЕТ

- *А 30-299 мг/сут
- Б 300-1999 мг/г
- В > 300 мг/сут
- Г > 2000 мг/г

6. В ПАТОГЕНЕЗЕ ТРОМБОТИЧЕСКОЙ МИКРОАНГИОПАТИИ КЛЮЧЕВУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ

- *А повреждение эндотелия с агрегацией тромбоцитов
- Б диссеминированное внутрисосудистое свёртывание

- В активация протромбина
- Г нарушение фибринолиза

7. НЕФРОПАТИЯ, АССОЦИИРОВАННАЯ С АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ, КАК ПРАВИЛО, ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- *А нарушением функции почек
- Б канальцевой дисфункцией
- В рецидивирующей макрогематурией
- Г артериальной гипотензией

8. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ СВЯЗИ ПРОТЕИНУРИИ С ПОДВИЖНОСТЬЮ ПОЧЕК ПРОВОДЯТ ПРОБУ

- *А ортостатическую
- Б Реберга
- В Олдрича
- Г преднизолоновую

9. ПРИ НАБЛЮДЕНИИ ЗА ПАЦИЕНТОМ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ОТМЕЧАЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ

- *А артериального давления
- Б скорости клубочковой фильтрации
- В количества эритроцитов в моче
- Г уровня с-реактивного белка в крови

10. СУТОЧНОЕ КОЛИЧЕСТВО МОЧИ МЕНЕЕ 500 МЛ НАЗЫВАЮТ

- *А олигурией
- Б анурией
- В дизурией
- Г полиурией

11. ПРИ КАМНЕ ИНТРАМУРАЛЬНОГО ОТДЕЛА МОЧЕТОЧНИКА, НАРУШАЮЩЕГО УРОДИНАМИКУ, БОЛЬ НОСИТ _____ХАРАКТЕР

- *А острый приступообразный
- Б постоянный ноющий
- В тупой
- Г ноющий

12. АНТИФОСФОЛИПИДНЫЙ СИНДРОМ НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧАТЬ У ПАЦИЕНТОВ С

- *А невынашиванием беременности (>3 выкидышей)
- Б рецидивирующей мочевой инфекцией
- В поздней преэклампсией в анамнезе
- Г хронической артериальной гипертензией

13. ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ В НОРМЕ В МОЧЕ МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ

- *А глюкозу
- Б бактерии
- В грибы
- Г белок $\geq 0,3$ г/с

14. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ НОЧНОЙ ПОЛЛАКИУРИИ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ДГПЖ) ЯВЛЯЕТСЯ

- *А прилив крови в вены таза
- Б атрофия предстательной железы
- В фиброматозная гистологическая структура ДГПЖ
- Г ректальная форма ДГПЖ

15. ВОЗБУДИТЕЛЬ ТУБЕРКУЛЕЗА ОТНОСИТСЯ К

- *А грамположительной кислото- и щелочноупорной бактерии

- Б грамположительному диплококку
- В риккетсии Провачека
- Г грамотрицательной кислотоупорной бактерии

16. К ОПУХОЛЯМ КОРКОВОГО ВЕЩЕСТВА НАДПОЧЕЧНИКОВ ОТНОСИТСЯ

- *А кортикостерома
- Б симпатобластома
- В параганглиома
- Г феохромоцитома

17. БЕССИМПТОМНАЯ БАКТЕРИУРИЯ У БЕРЕМЕННЫХ МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ

- *А острого цистита
- Б острой пневмонии
- В острого гломерулонефрита
- Г мочекаменной болезни

18. РЕНТГЕНО-КОНТРАСТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ РЕБЕНКУ С ИНФЕКЦИЕЙ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ ПРИ

- *А стихании воспалительного процесса
- Б нормализации температуры
- В высокой активности воспалительного процесса
- Г улучшении самочувствия

19. НАЛИЧИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В СОЧЕТАНИИ С _____ ВХОДИТ В ПОНЯТИЕ «ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ СМЕШАННОГО ТИПА»

- *А нефротическим синдромом
- Б почечной недостаточностью
- В макро- или микрогематурией
- Г отечным синдромом

20. К ЭЛЕМЕНТАМ ОСАДКА МОЧИ ТОЛЬКО ПОЧЕЧНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ

- *А цилиндры
- Б эритроциты
- В лейкоциты
- Г кристаллы

21. КРИТЕРИИ НИЗКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ФОКАЛЬНОГО ВОЛЧАНОЧНОГО НЕФРИТА ИСКЛЮЧАЮТ

- *А мезангиальный пролиферативный гломерулонефрит
- Б отсутствие полулуний и фибриноидного некроза при морфологическом исследовании
- В нормальную функцию почек
- Г протеинурию менее 3 г/сутки

22. КОМПЬЮТЕРНУЮ ТОМОГРАФИЮ ПОЧЕК С КОНТРАСТИРОВАНИЕМ ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВЫПОЛНЯТЬ

- *А длительно лихорадящим (72 часа) пациентам
- Б всем пациентам перед назначением антибактериальной терапии
- В всем пациентам перед выпиской из стационара
- Г всем пациентам с неосложненным пиелонефритом

23. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ОСТРОНЕФРИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

- *А острый постстрептококковый гломерулонефрит
- Б болезнь минимальных изменений
- В диабетическая нефропатия
- Г амилоидоз почек

24. ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ В КРОВИ ПОВЫШЕН УРОВЕНЬ ИММУНОГЛОБУЛИНА

- *А А
- Б М
- В Е
- Г G

25. МОЛОЧНО-БЕЛЫЙ ЦВЕТ МОЧИ ОБУСЛОВЛЕН ПОПАДАНИЕМ В НЕЕ БОЛЬШОГО КОЛИЧЕСТВА

- *А жиров или лимфы
- Б уратов или оксалатов
- В билирубина или уробилина
- Г миоглобина или порфирина

26. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ТИПОМ НАСЛЕДОВАНИЯ ПОЛИКИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ВЗРОСЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

- *А аутосомно-доминантный
- Б Х-сцепленный доминантный
- В У-сцепленный
- Г Х-сцепленный рецессивный

27. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ СИМПТОМОМ РАКА ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- *А гематурия
- Б боль
- В ускоренная СОЭ
- Г пальпируемая опухоль

28. ДЛЯ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОСМОРЕГУЛИРУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ИСПОЛЬЗУЮТ ПРОБУ

- *А Зимницкого
- Б трехстаканную
- В двухстаканную
- Г Нечипоренко

29. У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ ПОСЛЕ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ МОГУТ ПОЯВЛЯТЬСЯ _____ ЦИЛЛИНДРЫ

- *А гиалиновые
- Б восковидные
- В пигментные
- Г зернистые

30. ТЁМНАЯ И ЖЕЛТОВАТАЯ ОКРАСКА КОЖИ ПРИ ХПН ОБУСЛОВЛЕНА

- *А нарушением выделения урохромов
- Б повышением прямого билирубина
- В нарушением секреции билирубина
- Г повышением непрямого билирубина

31. В КАЧЕСТВЕ СКРИНИНГОВОГО ЛАБОРАТОРНОГО ТЕСТА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ВЫПОЛНЯЮТ _____ МОЧИ

- *А общий анализ
- Б электрофорез белков
- В биохимический анализ
- Г фазово-контрастную микроскопию

32. ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ АУТОСОМНО-ДОМИНАНТНОЙ ПОЛИКИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- *А кровотечение в кисты
- Б гидроторакс
- В аритмия
- Г синдром мальабсорбции

33. НАИБОЛЕЕ РАННИМ ПРИЗНАКОМ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ ОЖИРЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕ

- *А гиперфилтрации
- Б гиперкреатининемии
- В протеинурии
- Г микроальбуминемии

34. СКРИНИНГ ВОЛЧАНОЧНОГО НЕФРИТА СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ _____
СТРАДАЮЩИХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

- *А у всех пациентов независимо от пола и возраста
- Б только у мужчин старшего возраста
- В только у женщин в менопаузальном периоде
- Г только у женщин с сохранной менструальной функцией

35. ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В КРОВИ ОТМЕЧАЕТСЯ СНИЖЕНИЕ

- *А скорости клубочковой фильтрации
- Б уровня гамма-глутамилтранспептидазы в крови
- В уровня с-реактивного белка в крови
- Г количества эритроцитов в моче

36. ГОРМОНАМИ, КОТОРЫЕ СЕКРЕТИРУЮТСЯ ПОЧКАМИ, ЯВЛЯЮТСЯ

- *А ренин, эритропоэтин, 1,25 – дигидроксивитамин D3
- Б ренин, альдостерон
- В ренин, паратгормон
- Г эритропоэтин, паратгормон

37. КОЛИЧЕСТВЕННЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ОСАДКА МОЧИ ЯВЛЯЕТСЯ

- *А проба Нечипоренко
- Б проба Сулковича
- В проба Реберга
- Г анализ мочи по Зимницкому

38. СУТОЧНУЮ МОЧУ ПО МЕТОДУ ЗИМНИЦКОГО СОБИРАЮТ

- *А восьмикратно
- Б двукратно
- В пятикратно
- Г однократно

39. ПРИЧИНОЙ РЕНОВАСКУЛЯРНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ МОЖЕТ БЫТЬ

- *А антифосфолипидный синдром
- Б тубулоинтерстициальный нефрит
- В первичный гиперальдостеронизм
- Г хронический гломерулонефрит

40. УРАТНЫЙ НЕФРОЛИТИАЗ ЧАСТО АССОЦИИРОВАН С

- *А суставной тофусной подагрой
- Б деформирующим остеоартритом
- В хроническим остеомиелитом
- Г болезнью Бехтерева

41. К НАИБОЛЕЕ РЕДКИМ СИМПТОМАМ ПРИ ИСТИННОЙ СКЛЕРОДЕРМИЧЕСКОЙ ПОЧКЕ ОТНОСЯТ

- *А сохранную функцию почек
- Б поликистоз обеих почек
- В артериальную гипертонию
- Г эритроциты и белок в моче

42. К ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМАМ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСЯТ

- *А слабость, снижение аппетита
- Б кожные высыпания
- В отёки
- Г приступы лихорадки

43. ГЕНЕТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕНОВ СИСТЕМЫ КОМПЛЕМЕНТА У ПАЦИЕНТОВ С АТИПИЧНЫМ ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ДОЛЖНО ВЫПОЛНЯТЬСЯ

- *А пациентам, планирующим трансплантацию почек
- Б в острый период для установления диагноза
- В перед началом использования комплемент-блокирующей терапии
- Г для подтверждения тромботической микроангиопатии

44. ОСТРЫЙ ПОСТСТРЕПТОКОККОВЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ

- *А через 7-14 дней после перенесённого вирусного или бактериального заболевания
- Б через месяц после перенесённого респираторного заболевания
- В без связи с перенесёнными заболеваниями
- Г на высоте респираторного заболевания

45. ПРИЧИНОЙ РЕНОВАСКУЛЯРНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ МОЖЕТ БЫТЬ

- *А аортоартериит Такаясу
- Б волчаночный нефрит
- В нефропатия беременных
- Г острый пиелонефрит

46. БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- *А экстракапиллярного гломерулонефрита
- Б фокального сегментарного гломерулосклероза
- В амилоидоза почек
- Г диабетической нефропатии

47. СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ОБЫЧНО ОПРЕДЕЛЯЮТ ПО КЛИРЕНСУ

- *А креатинина
- Б глюкозы
- В альбумина
- Г электролитов

48. ПРИ ФОКАЛЬНО-СЕГМЕНТАРНОМ ГЛОМЕРУЛОСКЛЕРОЗЕ ОСОБЕННОСТЬЮ ГЕМАТУРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- *А сочетание с высокой протеинурией
- Б сочетание с бактериурией
- В болевая макрогематурия
- Г наличие в моче более 70% неизмененных эритроцитов

49. В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ НАБЛЮДАЕТСЯ

- *А уменьшение печеночного кровотока
- Б увеличение печеночного кровотока
- В увеличение массы печени
- Г увеличение скорости и интенсивности метаболизма в печени

50. ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ _____ В КОНЦЕ _____

- А повышается; 1 триместра
- Б повышается; 2 триместра
- В повышается; беременности
- Г понижается; 1 триместра

Критерии оценивания

«Отлично» - более 80% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня
 «Хорошо» - 70-79% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня
 «Удовлетворительно» - 55-69% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня
 «Неудовлетворительно» - менее 55% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня

3.2. Ситуационные задачи по дисциплине Б1.В.ДВ.03.02 Актуальные вопросы нефрологии в работе участкового врача-терапевта

Ситуационная задача №1

Вид	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	31.05.01	Лечебное дело
К	ПК-5	Способность и готовность к определению тактики ведения пациентов с определением программ коррекции факторов риска, медикаментозного и немедикаментозного лечения и оценки их эффективности и безопасности при заболеваниях внутренних органов с учетом диагноза, возраста, и клинической картины болезни, в т. ч. в условиях дневного стационара
К	ПК-6	Способность и готовность к определению типов маршрутизации на основании действующих порядков оказания медицинской помощи
Ф	А/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		<p>Больной С. 23 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на отёки лица, век, туловища, конечностей, снижение количества выделяемой за сутки мочи до 500 мл, слабость, головную боль.</p> <p>Из анамнеза известно, что страдает хроническим тонзиллитом. Подобные симптомы впервые появились 2 года назад, длительно лечился в нефрологическом отделении, получал преднизолон с положительным эффектом, выписан из стационара в удовлетворительном состоянии. После выписки у врача не наблюдался, не лечился, хотя отмечал периодически отёки на лице. 2 недели назад переболел ангиной, после этого состояние резко ухудшилось, появились вышеуказанные жалобы. При осмотре АД 150 и 95 мм рт. ст., ЧСС 92 удара в минуту, ЧДД 22 в мин.</p> <p>Данные обследования:</p> <p>Общий анализ крови: эритроциты $3,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 124 г/л, цветовой показатель 0,89, лейкоциты $5,4 \times 10^9/л$, лейкоцитарная формула в норме, СОЭ 42 мм/ч.</p> <p>Биохимическое исследование: общий белок крови 35,6 г/л, альбумин 18,2 г/л, холестерин крови 9,3 ммоль/л.</p> <p>Общий анализ мочи: удельный вес 1022, белок 5,4 г/л,</p>

		эритроциты выщелоченные 20-25 в поле зрения.
В	1	Укажите основной клинико-лабораторный синдром, чем он проявляется?
В	2	Сформулируйте предположительный диагноз
В	3	Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?
В	4	Назначьте лечение в соответствии с клиническими рекомендациями по терапии больных с данной патологией
В	5	Каковы ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при данном заболевании? Как часто следует производить диспансерное наблюдение?

Оценочный лист к ситуационной задаче №1

Вид	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	31.05.01	Лечебное дело
К	ПК-5	Способность и готовность к определению тактики ведения пациентов с определением программ коррекции факторов риска, медикаментозного и немедикаментозного лечения и оценки их эффективности и безопасности при заболеваниях внутренних органов с учетом диагноза, возраста, и клинической картины болезни, в т. ч. в условиях дневного стационара
К	ПК-6	Способность и готовность к определению типов маршрутизации на основании действующих порядков оказания медицинской помощи
Ф	А/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		<p>Больной С. 23 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на отёки лица, век, туловища, конечностей, снижение количества выделяемой за сутки мочи до 500 мл, слабость, головную боль.</p> <p>Из анамнеза известно, что страдает хроническим тонзиллитом. Подобные симптомы впервые появились 2 года назад, длительно лечился в нефрологическом отделении, получал преднизолон с положительным эффектом, выписан из стационара в удовлетворительном состоянии. После выписки у врача не наблюдался, не лечился, хотя отмечал периодически отёки на лице. 2 недели назад переболел ангиной, после этого состояние резко ухудшилось, появились вышеуказанные жалобы. При осмотре АД 150 и 95 мм рт. ст., ЧСС 92 удара в минуту, ЧДД 22 в мин.</p> <p>Данные обследования:</p> <p>Общий анализ крови: эритроциты $3,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 124 г/л, цветовой показатель 0,89,</p>

		лейкоциты $5,4 \times 10^9/\text{л}$, лейкоцитарная формула в норме, СОЭ 42 мм/ч. Биохимическое исследование: общий белок крови 35,6 г/л, альбумин 18,2 г/л, холестерин крови 9,3 ммоль/л. Общий анализ мочи: удельный вес 1022, белок 5,4 г/л, эритроциты вышечелоченные 20-25 в поле зрения.
В	1	Укажите основной клинико-лабораторный синдром, чем он проявляется?
Э		Нефротический синдром у пациента проявляется выраженными отеками, высокой протеинурией 5,4 г/л (3,0-3,5 г/л и более), гипопроteinемией 35,6 г/л, гипоальбуминемией 18,2 г/л, гиперлипидемией 9,3 ммоль/л
Р2	отлично	Правильно называет и указывает все синдромы
Р1	хорошо/ удовлетворительно	Указываются дескрипторы неполного ответа на вопрос Для оценки «хорошо» указывает не все синдромы; для оценки «удовлетворительно» не указывает на ключевые моменты выявленного синдрома.
Р0	неудовлетворительно	Не может выделить ни единого синдрома
В	2	Сформулируйте предположительный диагноз
Э		Хронический гломерулонефрит, смешанная форма (нефротическая и гипертоническая), стадия обострения.
Р2	отлично	Формулирует диагноз правильно и полностью, может указать нефротическую форму заболевания.
Р1	хорошо/ удовлетворительно	Указываются дескрипторы неполного ответа на вопрос Для оценки «хорошо»: формулирует диагноз правильно, не правильно указывает форму заболевания или не указывает на активность процесса; для оценки «удовлетворительно»: формулирует диагноз правильно, но не полностью, не знает форму заболевания и не указывает на активность процесса.
Р0	неудовлетворительно	Не может сформулировать диагноз.
В	3	Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?
Э		Определение креатинина с расчётом СКФ, мочевины, электролитов, определение суточной протеинурии, тромбоцитов, коагулограмма, время свёртываемости крови, проведение УЗИ органов брюшной полости и почек, ЭКГ, ЭХО-КГ, рентгенография органов грудной клетки. Нефролог может рекомендовать пункционную биопсию почек.
Р2	отлично	Перечисляет в полном объеме лабораторные и инструментальные методы обследования, показанные пациенту
Р1	хорошо/ удовлетворительно	Указываются дескрипторы неполного ответа на вопрос Для оценки «хорошо»: перечисляет не в полном объеме лабораторные или инструментальные методы обследования, показанные пациенту, но обязательно называет креатинин с расчётом СКФ, мочевину, УЗИ почек; для оценки «удовлетворительно»: называет 1-2 лабораторных показателя, 1 вид инструментального

		исследования, не упоминает о расчете СКФ.
P0	неудовлетворительно	Не знает ни одного вида дополнительных лабораторных и инструментальных исследований, показанных пациенту.
B	4	Назначьте лечение в соответствии с клиническими рекомендациями по терапии больных с данной патологией
Э		Пациенту показана диета № 7, режим постельный. Основное лечение состоит из глюкокортикостероидов и цитостатиков; применяются антикоагулянты, антиагреганты. Дополнительно: диуретики, ингибиторы АПФ / блокаторы рецепторов ангиотензина II, блокаторы кальцевых каналов, статины под контролем липидного спектра.
P2	отлично	Правильно указывает принципы лечения.
P1	хорошо/ удовлетворительно	Указываются дескрипторы неполного ответа на вопрос Для оценки «хорошо»: не может указать только нефропротективное лечение; для оценки «удовлетворительно»: указывает только принципа немедикаментозного лечения.
P0	неудовлетворительно	Не дает ответа на вопрос.
B	5	Каковы ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при данном заболевании? Как часто следует производить диспансерное наблюдение?
Э		Временная нетрудоспособность 60-75 дней. Диспансерный осмотр не реже 1 раза в 3 месяца.
P2	отлично	Правильно указывает принципы лечения.
P1	хорошо/ удовлетворительно	Указываются дескрипторы неполного ответа на вопрос Для оценки «хорошо»: неверные сроки нетрудоспособности; для оценки «удовлетворительно»: указывает на необходимость диспансерного наблюдения с указанием неверного срока.
P0	неудовлетворительно	Не дает ответа на вопрос.
O	Итоговая оценка	
A	Ф.И.О. автора-составителя	к.м.н. доцент Бондарева Ж.В.

Ситуационная задача №2

Вид	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
C	31.05.01	Лечебное дело
K	ПК-5	Способность и готовность к определению тактики ведения пациентов с определением программ коррекции факторов риска, медикаментозного и немедикаментозного лечения и оценки их эффективности и безопасности при заболеваниях внутренних органов с учетом диагноза, возраста, и клинической картины болезни, в т. ч. в условиях

		дневного стационара
К	ПК-6	Способность и готовность к определению типов маршрутизации на основании действующих порядков оказания медицинской помощи
Ф	А/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		<p>Мужчина 50 лет обратился в поликлинику. Жалобы на выраженную слабость, повышение артериального давления до 160/100 мм рт. ст., дизурию, никтурию. Пациент более 10 страдает суставной подагрой, нерегулярно принимает аллопуринол. Обострения заболевания случаются 2-3 раза в год после погрешностей в диете, болевой приступ самостоятельно купирует приемом нестероидных противовоспалительных препаратов. Пять лет назад был эпизод почечной колики с отхождением конкремента. В дальнейшем по УЗИ неоднократно определялись микролиты, периодически отмечал дизурию. Последние 3 года отмечает эпизоды повышения артериального давления (АД) до 150/100 мм рт. ст., не обследовался, постоянно антигипертензивные препараты не принимает. Последнее обострение подагрического артрита развилось после летнего отпуска с обильным потреблением алкоголя, переяданием, самостоятельно принимал мовалис 15 мг/сут в течение недели с хорошим эффектом в отношении суставного синдрома. Однако АД стало плохо поддаваться коррекции, стали беспокоят слабость, неприятные ощущения при мочеиспускании, обратил внимание на отделение мутной, кирпичного оттенка мочи. Перенесенные заболевания, операции: хронический панкреатит, язвенная болезнь 12-перстной кишки.</p> <p>Наследственность: у матери пациента 70 лет – артериальная гипертензия, мочекаменная болезнь.</p> <p>Вредные привычки: курит более 20 лет по 10 сигарет в день, алкоголь – пиво по 1-1,5л 2-3 раза в неделю.</p> <p>Аллергоanamнез: неотягощен. Профессиональные вредности: более 10 лет работал с красками, содержащими свинец.</p> <p>Состояние средней тяжести. Рост 175 см. Вес 90 кг, ИМТ 31 кг/м². Кожные покровы обычной окраски, сухие, отеков нет. В области хрящей ушных раковин, локтей - тофусы. При аускультации легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 22 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС 76 уд/мин, дефицита пульса нет. АД 160/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень не увеличена, размеры по Курлову 10-8-7 см, пальпируется у края реберной дуги. Стул – норма. Поколачивание по поясничной области</p>

		<p>безболезненное с обеих сторон. Никтурия – 1-2 мочеиспускания за ночь.</p> <p>Общий анализ мочи: кирпичного оттенка, мутная, рН кислая, удельный вес - 1,008, белок – 0,08, эпителий - нет, уробилин – нет, эритроциты – 40-50 в поле зрения, лейкоциты – 2-3 в поле зрения, цилиндры – гиалиновые, соли – ураты в большом количестве.</p> <p>Общий анализ крови: гемоглобин - 140 г/л, эритроциты – $3,5 \times 10^{12}$/л, лейкоциты – $5,3 \times 10^9$/л, тромбоциты – $300,0$; СОЭ - 10 мм/ч.</p> <p>Биохимическое исследование крови: билирубин общий – 13,1 ммоль/л, мочева кислота – 560,0 мкмоль/л., креатинин - 128 мкмоль/л, глюкоза – 5,4 ммоль/л, холестерин – 6,0 ммоль/л, общий белок – 77 г/л., альбумин- 49 г/л, рСКФ – 56 мл\мин.</p>
В	1	Дайте характеристику результатам лабораторных методов исследования.
В	2	Назовите дополнительные методы исследования.
В	3	Сформулируйте предположительный диагноз
В	4	Дайте рекомендации по немедикаментозному лечению данного пациента.
В	5	Медикаментозное лечение.

Оценочный лист к ситуационной задаче №2

Вид	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	31.05.01	Лечебное дело
К	ПК-5	Способность и готовность к определению тактики ведения пациентов с определением программ коррекции факторов риска, медикаментозного и немедикаментозного лечения и оценки их эффективности и безопасности при заболеваниях внутренних органов с учетом диагноза, возраста, и клинической картины болезни, в т. ч. в условиях дневного стационара
К	ПК-6	Способность и готовность к определению типов маршрутизации на основании действующих порядков оказания медицинской помощи
Ф	А/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Мужчина 50 лет обратился в поликлинику. Жалобы на выраженную слабость, повышение артериального давления до 160/100 мм рт. ст., дизурию, никтурию. Пациент более 10 страдает суставной подагрой, нерегулярно принимает аллопуринол. Обострения заболевания случаются 2-3 раза в год после погрешностей в диете, болевой приступ самостоятельно купирует приемом нестероидных противовоспалительных препаратов. Пять лет назад был

		<p>эпизод почечной колики с отхождением конкремента. В дальнейшем по УЗИ неоднократно определялись микролиты, периодически отмечал дизурию. Последние 3 года отмечает эпизоды повышения артериального давления (АД) до 150/100 мм рт. ст., не обследовался, постоянно антигипертензивные препараты не принимает. Последнее обострение подагрического артрита развилось после летнего отпуска с обильным потреблением алкоголя, перееданием, самостоятельно принимал мовалис 15 мг/сут в течение недели с хорошим эффектом в отношении суставного синдрома. Однако АД стало плохо поддаваться коррекции, стали беспокоят слабость, неприятные ощущения при мочеиспускании, обратил внимание на отделение мутной, кирпичного оттенка мочи. Перенесенные заболевания, операции: хронический панкреатит, язвенная болезнь 12-перстной кишки.</p> <p>Наследственность: у матери пациента 70 лет – артериальная гипертензия, мочекаменная болезнь.</p> <p>Вредные привычки: курит более 20 лет по 10 сигарет в день, алкоголь – пиво по 1-1,5л 2-3 раза в неделю.</p> <p>Аллергоанамнез: неотягощен. Профессиональные вредности: более 10 лет работал с красками, содержащими свинец.</p> <p>Состояние средней тяжести. Рост 175 см. Вес 90 кг, ИМТ 31 кг/м². Кожные покровы обычной окраски, сухие, отеков нет. В области хрящей ушных раковин, локтей - тофусы. При аускультации легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 22 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС 76 уд/мин, дефицита пульса нет. АД 160/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень не увеличена, размеры по Курлову 10-8-7 см, пальпируется у края реберной дуги. Стул – норма. Поколачивание по поясничной области безболезненное с обеих сторон. Никтурия – 1-2 мочеиспускания за ночь.</p> <p>Общий анализ мочи: кирпичного оттенка, мутная, рН кислая, удельный вес - 1,008, белок – 0,08, эпителий - нет, уробилин – нет, эритроциты – 40-50 в поле зрения, лейкоциты – 2-3 в поле зрения, цилиндры – гиалиновые, соли – ураты в большом количестве.</p> <p>Общий анализ крови: гемоглобин - 140 г/л, эритроциты – 3,5×10¹²/л, лейкоциты – 5,3×10⁹/л, тромбоциты – 300,0; СОЭ - 10 мм/ч.</p> <p>Биохимическое исследование крови: билирубин общий – 13,1 ммоль/л, мочевиная кислота – 560,0 мкмоль/л., креатинин - 128 мкмоль/л, глюкоза – 5,4 ммоль/л, холестерин – 6,0 ммоль/л, общий белок – 77 г/л., альбумин- 49 г/л, рСКФ – 56 мл\мин.</p>
В	1	Дайте характеристику результатам лабораторных методов исследования.
Э		У пациента выявляется снижение удельного веса мочи,

		мочевой синдром (следовая протеинурия, эритроцитурия измененными эритроцитами), уратурия. У пациента выявлено нарушение липидного обмена (гиперхолестеринемия), нарушение пуринового обмена (гиперурикемия), гиперкреатининемия и снижение СКФ. Общий анализ крови в пределах нормы.
P2	отлично	Правильно называет и указывает все синдромы
P1	хорошо/ удовлетворительно	Указываются дескрипторы неполного ответа на вопрос Для оценки «хорошо» указывает не все синдромы; для оценки «удовлетворительно» не указывает на ключевые моменты выявленного синдрома.
P0	неудовлетворительно	Не может выделить ни единого синдрома
B	2	Назовите дополнительные методы исследования.
Э		УЗИ мочевыделительной системы, Обзорная рентгенография органов брюшной полости. Возможно проведение КТ с контрастированием.
P2	отлично	Перечисляет в полном объеме инструментальные методы обследования, показанные пациенту.
P1	хорошо/ удовлетворительно	Указываются дескрипторы неполного ответа на вопрос Для оценки «хорошо»: перечисляет не в полном объеме инструментальные методы обследования, показанные пациенту. для оценки «удовлетворительно»: называет 1 вид инструментального исследования.
P0	неудовлетворительно	Не знает ни одного вида дополнительных лабораторных и инструментальных исследований, показанных пациенту.
B	3	Сформулируйте предположительный диагноз
Э		Хронический тубулоинтерстициальный нефрит, уратный нефролитиаз. ХБП С 3А.
P2	отлично	Формулирует диагноз правильно и полностью, может указать нефротическую форму заболевания.
P1	хорошо/ удовлетворительно	Указываются дескрипторы неполного ответа на вопрос Для оценки «хорошо»: формулирует диагноз правильно, не правильно указывает форму заболевания или не указывает на стадию процесса; для оценки «удовлетворительно»: формулирует диагноз правильно, но не полностью, не знает стадию заболевания.
P0	неудовлетворительно	Не может сформулировать диагноз.
B	4	Дайте рекомендации по немедикаментозному лечению данного пациента.
Э		Воздействие на модифицируемые факторы риска: курение, употребление спиртных напитков, ожирение, малоподвижный образ жизни, контакт со свинцом. Диетотерапия: ограничение употребления в пищу пуриновых оснований. Ощелачивание мочи: питьевой режим.
P2	отлично	Правильно указывает все принципы немедикаментозного лечения.
P1	хорошо/ удовлетворительно	Указываются дескрипторы неполного ответа на вопрос Для оценки «хорошо»: не указывает на воздействие

		факторов риска, но формулирует принципы диетотерапии; для оценки «удовлетворительно»: формулирует воздействие факторов риска, но не указывает на принципы диетотерапии.
P0	неудовлетворительно	Не дает ответа на вопрос.
B	5	Медикаментозное лечение.
Э		С целью коррективки уровня мочевой кислоты рекомендован прием препаратов: Аллопуринол, при непереносимости Фебуксостат. С гипотензивной и нефропротективной целью: ингибиторы АПФ / блокаторы рецепторов ангиотензина II. Коррективка гиперлипидемии: прием статинов, по контролем липидного спектра.
P2	отлично	Правильно указывает принципы лечения.
P1	хорошо/ удовлетворительно	Указываются дескрипторы неполного ответа на вопрос Для оценки «хорошо»: не может указать только нефропротективное лечение; для оценки «удовлетворительно»: указывает только на необходимость коррективки уровня мочевой кислоты.
P0	неудовлетворительно	Не дает ответа на вопрос.
O	Итоговая оценка	
A	Ф.И.О. автора-составителя	к.м.н. доцент Бондарева Ж.В.

4. Критерии оценивания результатов обучения

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета

«Зачтено» выставляется обучающемуся, если он показал достаточно прочные знания основных положений учебной дисциплины, умение самостоятельно решать конкретные практические задачи, предусмотренные рабочей программой, ориентироваться в рекомендованной справочной литературе, умеет правильно оценить полученные результаты.

«Не зачтено» выставляется обучающемуся, если при ответе выявились существенные пробелы в знаниях основных положений учебной дисциплины, неумение с помощью преподавателя получить правильное решение конкретной практической задачи из числа предусмотренных рабочей программой учебной дисциплины.