

Документ подписан простой электронной подписью

Информация о владельце:

ФИО: Шуматов Валентин Борисович

Должность: Ректор

Дата подписания: 11.04.2025 09:41:39

Уникальный программный ключ:

1cef78fd73d75dc6ecf72fe1eb94f6e387a2985d2657b784aec019bf8a794cb4

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

«УТВЕРЖДАЮ»

Директор института

 / Невзорова В.А. /
« 20 » июня 2024 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Б1.В.ДЭ.01.02 Междисциплинарные проблемы эндокринологии и нефрологии

основной образовательной программы
подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры

Направление подготовки
(специальность)

31.08.43 Нефрология

Уровень подготовки

ординатура

Направленность подготовки

02 Здравоохранение (в сфере
нефрологии)

Форма обучения

очная

Срок освоения ООП

2 года

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 сформированности у обучающихся установленных в ФГОС ВО и определенных в основной образовательной программе высшего образования 31.08.43 Нефрология (уровень ординатура), направленности 02 Здравоохранение (в сфере нефрологии), в сфере профессиональной деятельности 02.041 Профессиональный стандарт «Врач-нефролог», утвержден приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 20.11.2018 № 712н **универсальных (УК) компетенций, общепрофессиональных (ОПК) и профессиональных (ПК) компетенций**

https://tgmu.ru/sveden/files/vic/31.08.43_Nefrologiya_2024.pdf

Наименование категории (группы) компетенций	Код и наименование компетенции выпускника	Индикаторы достижения компетенции
Профессиональные компетенции		
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	ПК-2 Способен к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании нефрологической медицинской помощи	ИДК.ПК-2 ₁ – знает порядок оказания помощи пациентам с нефрологической патологией; современные рекомендации и стандарты лечения нефрологических заболеваний; клиническую фармакологию основных лекарственных препаратов, используемых в нефрологии. ИДК.ПК-2 ₂ – назначает адекватную этиотропную, патогенетическую и симптоматическую терапию пациентам с заболеваниями и (или) нарушениями функции почек, в том числе реципиентам трансплантированной почки; оценивает эффективность терапии, побочные эффекты назначенного лечения, проводить коррекцию терапии. ИДК.ПК-2 ₃ – проводит заместительную почечную терапию (гемодиализ, перитонеальный диализ) у пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями функции почек, в том числе реципиентов трансплантированной почки, контролирует ее эффективность и безопасность

2. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

2.1. Виды контроля и аттестации, формы оценочных средств

№	Виды контроля	Оценочные средства
---	---------------	--------------------

п/п		Форма
1.	Текущий контроль	Вопросы для собеседования Тесты Ситуационные задачи
2.	Промежуточная аттестация	

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

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

3.1. Контрольные вопросы для собеседования по дисциплине Б1.В.ДЭ.01.02 Междисциплинарные проблемы эндокринологии и нефрологии

1. Анатомо-физиологические особенности развития эндокринных органов в норме и у пациентов с заболеваниями и/или нарушениями функции почек, в том числе реципиентов трансплантированной почки различного возраста.
2. Нарушения водно-солевого гомеостаза в практике нефролога. Несахарный диабет (НД). Патогенез центрального и почечного НД. Основные клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика НД (центрального или почечного генеза). Лечение НД (терапия десмопрессином). Синдром неадекватной секреции АДГ (этиология, клинические проявления, лечение).
3. Анатомия и физиология щитовидной и паращитовидной желез в норме и у пациентов с заболеваниями и/или нарушениями функции почек, в том числе реципиентов трансплантированной почки различного возраста. Влияние гормонов щитовидной железы на функцию почек.
4. Заболевания щитовидной железы. Гипотиреоз и функция почек. Гипертиреоз и функция почек. Заболевания почек, связанные с дисфункцией щитовидной железы: гломерулярные заболевания почек, тубулярные заболевания почек, острое повреждение почек, хроническая болезнь почек. Диализ и трансплантация почки.
5. Заболевания паращитовидных желез. Гиперпаратиреоз и гипопаратиреоз. Нарушения гомеостаза кальция в практике нефролога. Особенности коррекции нарушений гомеостаза кальция на поздних стадиях ХБП.
6. Сахарный диабет 1, 2 типа. Диабетическая нефропатия. Определение диабетической нефропатии. Патогенез диабетической нефропатии. Классификация диабетической нефропатии. Диабетическая нефропатия, как составная часть ХБП. Диагностика диабетической нефропатии. Роль определения микроальбуминурии. Консервативное лечение диабетической нефропатии. Особенности показаний к началу заместительной почечной терапии при диабетической нефропатии.
7. Лекарственно-индуцированная гипергликемия, связанная с приемом глюкокортикостероидов у пациентов с заболеваниями почек, в том числе у реципиентов трансплантированной почки.
8. Редкие формы сочетанной патологии эндокринной системы и почек.
9. Классификация заболеваний надпочечников. Гиперкортицизм. Надпочечниковая недостаточность (гипокортицизм). Дисфункция коры надпочечников. Патология мозгового вещества надпочечников. Диагностика. Принципы лечения.
10. Гиперальдостеронизм и гипоальдостеронизм. Нарушение гомеостаза калия в практике нефролога.
11. Ожирение. Определение. Эпидемиология. Классификация. Критерии диагноза.
12. Метаболический синдром и поражение почек. Критерии метаболического синдрома. Понятие ХБП и почечного континуума.

3.2. Тестовые задания по дисциплине Б1.В.ДЭ.01.02 Междисциплинарные проблемы эндокринологии и нефрологии

1. Для первичного гиперпаратиреоза характерно
 - *а) повышение кальция в сыворотке крови
 - б) снижение кальция в сыворотке крови
 - в) повышение фосфора в сыворотке крови
 - г) снижение фосфора, выделяемого почками
2. Первичный гиперпаратиреоз развивается
 - * а) при аплазии паращитовидных желез
 - б) при наличии аденомы паращитовидной железы
 - в) при метастазах опухолей в паращитовидную железу
 - г) при амилоидозе паращитовидных желез
3. Для гиперпаратиреоза характерно все перечисленное, кроме
 - * а) сниженной экскреции фосфора почками
 - б) повышенного кальция крови
 - в) сниженного фосфора крови
 - г) повышенной экскреции кальция почками
4. Вторичный гиперпаратиреоз отмечается при всех перечисленных состояниях, кроме
 - * а) язвенной болезни двенадцатиперстной кишки
 - б) хронической почечной недостаточности
 - в) лактации
 - г) болезни Иценко - Кушинга
5. Гиперпаратиреоз первичный может сочетаться со всеми перечисленными заболеваниями, кроме
 - * а) сахарного диабета
 - б) инсулиномы
 - в) гастриномы
 - г) аденомы гипофиза
6. К развитию гипогликемии могут привести все перечисленные факторы, кроме
 - * а) нарушения диеты и режима питания
 - б) чрезмерных физических нагрузок
 - в) стрессовой ситуации
 - г) развития жировой инфильтрации печени
7. Сахарный диабет 2 типа характеризуется всем перечисленным, кроме
 - * а) необходимости лечения инсулином в первые 2-3 года
 - б) избыточной массы тела
 - в) отсутствия склонности к кетоацидозу
 - г) постепенного развития заболевания
8. Диабетическая микроангиопатия характеризуется всем перечисленным, кроме
 - * а) пролиферации эндотелия
 - б) утолщения базальной мембраны
 - в) отложения избыточного количества PAS-положительных веществ
 - г) дегенеративных изменений в эндотелиальных клетках и перицитах

9. Патогенез сильной жажды, сухости во рту при диабете обусловлен всем перечисленным, кроме

- * а) обезвоживания организма
- б) повышения гликемии
- в) повышения уровня мочевины в крови
- г) избыточного выделения жидкости через почки

10. Сахарный диабет 1 типа характеризуется всем перечисленным, кроме

- * а) острого начала заболевания
- б) склонности к кетозу
- в) отсутствия связи с HLA-системой
- г) снижения уровня инсулина в сыворотке крови

11. Этиологическими факторами первичной надпочечниковой недостаточности являются все перечисленные, кроме

- * а) опухоли головного мозга
- б) двусторонней адреналэктомии
- в) дефекта ферментов коры надпочечников
- г) врожденной ареактивности надпочечников

12. Развитию острой надпочечниковой недостаточности способствуют все перечисленное, кроме

- * а) передозировки кортикостероидов
- б) интоксикаций
- в) хирургического вмешательства
- г) неадекватной терапии заболевания

13. Гормональное исследование при первичной надпочечниковой недостаточности характеризуется всем перечисленным, кроме

- * а) снижения уровня АКТГ в крови
- б) снижения содержания альдостерона в крови
- в) снижения уровня кортизола в крови
- г) снижения выделения кортизола с мочой

14. В отличие от болезни Иценко - Кушинга для глюкостеромы характерно все перечисленное, кроме

- * а) повышения уровня АКТГ в плазме крови
- б) отрицательных проб с дексаметазоном
- в) отрицательной пробы с метопироном
- г) обнаружения на сцинти- и КТ-рентгенограмме односторонней опухоли надпочечника с одновременной гипоплазией другого

15. Патогенез первичной надпочечниковой недостаточности обусловлен всем перечисленным, кроме дефицита

- * а) тиреоидных гормонов
- б) минералокортикоидов
- в) андрогенов у мужчин
- г) эстрогенов у женщин

Шкала оценивания

«Отлично» -90% и более правильных ответов на тестовые задания каждого уровня
«Хорошо» - 80-89% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня
«Удовлетворительно» - 70-79% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня
«Неудовлетворительно» - 69% и менее правильных ответов на тестовые задания каждого уровня

3.1. Контрольные вопросы для собеседования по дисциплине Б1.В.ДЭ.01.02

Междисциплинарные проблемы эндокринологии и нефрологии

Задача 1

Девочка 8 лет. После перенесенного ОРВИ девочка стала жаловаться на жажду, повышенный аппетит, похудание, учащенное мочеиспускание. За 5 дней до госпитализации состояние резко ухудшилось, появились боли в животе, рвота, сонливость, запах ацетона изо рта. Накануне госпитализации появилась одышка, многократная рвота с болями в животе, сопорозное состояние. При поступлении состояние тяжелое: резкая слабость, спит, но при обращении отвечает на односложные вопросы и тут же засыпает. Кожные покровы сухие, тургор 31 тканей снижен. Одышка. При аускультации жестковатое дыхание. Тахикардия, тоны сердца приглушены. АД 90/50мм рт. Столба. Живот при пальпации болезненный. Печень + 1.5 см из-под реберной дуги. Мочеиспускание частое. Результаты обследования:сахар крови 30 ммоль /л, сахар в моче (300 мл) 5%, ацетон +++++, КОС: РН 7.1, ВЕ - (-20)

Вопросы:

1. Предположительный диагноз:
2. Перечислите возможные методы терапии:
3. Дайте оценку показателей КОС

Задача 2

Больной, 16 лет, доставлен бригадой скорой помощи в хирургическое отделение с острыми болями в животе. Заболел сутки назад. Хирурги заподозрили острый живот, однако заметили запах ацетона изо рта. Объективно при осмотре: сахар крови 20 ммоль/л. В разовой порции мочи 8% сахара, ацетон ++, удельный вес 1043. Состояние тяжелое. Заторможен. Кожные покровы сухие, тургор снижен. Язык яркий сухой. Ангулярный стоматит. Пародонтоз. Дыхание шумное. В легких жесткое дыхание. Пульс 100, ритмичный. Тоны сердца глухие. АД-90/50мм рт ст. Брюшная стенка напряжена. Пальпация живота резко болезненная во всех отделах. Симптом Щеткина +. Печень перкурторно + 6см. Масса тела больного 60 кг. От рвотных масс резкий запах ацетона.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. С какими заболеваниями дифференцировать данное состояние?
3. Наметьте план лечебных мероприятий

Задача 3

Женщина 40 лет, продавец, обратилась с жалобами на «какую-то мочевую инфекцию, от которой никак не может избавиться». Пациентка считает, что страдает дрожжевой инфекцией мочеполовой системы, так отмечает постоянные белесые выделения из половых путей, зуд и жжение при мочеиспускании. Также она отмечает увеличение частоты мочеиспусканий, связывает это с инфекцией. Моча светлая, обильная, без патологических примесей. В течение последних лет отмечает постоянное увеличение массы тела, за последний год прибавка массы тела составила не менее 6 кг. Пациентка пробовала различные диеты для контроля массы тела, но безуспешно. В последние 3-4 месяца придерживается диеты с ограничением углеводов, но большим количеством белка и жиров. Со слов, хроническими заболеваниями не страдала. Во время единственной беременности в возрасте 30 лет отмечала избыточную прибавку массы тела и большую массу тела плода –

при рождении вес составлял 5100 г, роды путем кесарева сечения. Семейный анамнез неизвестен.

При физикальном обследовании рост 155 см, масса тела 86 кг. Кожа влажная, тургор несколько снижен, имеется гиперпигментация и утолщение кожи по задней поверхности шеи и в подмышечных областях, под молочными железами отмечается яркая гиперемия. Дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания 16 в минуту. Границы относительной сердечной тупости не изменены, при аускультации тоны сердца ритмичные, акцент 2 тона на аорте, АД – 150/95 мм.рт.ст., ЧСС – 72 удара в минуту. Живот мягкий, безболезненный.

По результатам гинекологического обследования обнаружены обильные белые вагинальные выделения, соответствующие картине кандидозного кольпита, что подтверждено результатами микробиологического исследования. Результат исследования мочи с использованием тест-полоски показал отрицательные пробы на нитриты, лейкоцитарную эстеразу. Результат на белок и глюкозу положительный. В биохимическом анализе крови: креатинин 143 мкмоль/л, мочевины 10,8 ммоль/л, глюкоза 11,5 ммоль/л. Расчетная СКФ (СКД-EPI): 39,37 мл/мин/1,73м².

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте предполагаемый диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить этой пациентке?
4. Какие индивидуальные цели лечения (показатели углеводного обмена и липидов крови) следует установить данной пациентке?
5. Дайте диетические рекомендации пациентке.

Задача 4

Пациентка К, 59 лет, поступила в приемный покой с жалобами на острую боль в паховой области, области тазобедренного сустава, которая иррадирует в область левой ноги, невозможность встать на конечность. Во время сна упала с кровати. В анамнезе: по основному заболеванию считает себя больной около 20 лет, когда появились отеки под глазами, при амбулаторном обследовании было выявлено наличие белка и эритроцитов в моче, была проведена нефробиопсия: выставлен диагноз идиопатический мембранозный гломерулонефрит, по поводу чего в дальнейшем находилась под наблюдением терапевта и нефролога. Повышение АД в течение 15 лет до 190/110 мм рт.ст., получает гипотензивную терапию. Получает заместительную почечную терапию методом программного гемодиализа на протяжении 5 лет. При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледно-розовые. Рост 160 см., вес 52 кг, ИМТ 20,3 кг/м². При осмотре костно-мышечной системы: Болезненная пальпация в области тазобедренного сустава. Активные и пассивные движения не возможны в левом т.бедренном суставе в связи с выраженным болевым синдромом. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 83 в минуту, АД 145/90 мм.рт.ст. Язык не обложен, влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Размеры печени - 10×9×8 см. Селезенка не увеличена. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул оформленный 1 раз в сутки, без патологических примесей. Суточное выделение мочи 200-300мл.

Общий анализ крови: эритроциты - $2,1 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 85 г/л, цветовой показатель – 0,8, гематокрит - 20% лейкоциты – $7,8 \times 10^{12}/л$, базофилы – 0%, эозинофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 73%, лимфоциты – 18%, моноциты - 8%, тромбоциты – $267 \times 10^9/л$, СОЭ – 23 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 54 г/л, щелочная фосфатаза – 140 МЕ/л, АСТ – 16 МЕ/л, АЛТ – 22 МЕ/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, креатинин – 734 мкмоль/л, мочевины 10,4 ммоль/л, мочевая кислота 570 ммоль/л.

Са общий- 0,8 ммоль/л, Р- 2,8 ммоль/л, ПТГ- 745 пг/мл.

На рентгенограмме перелом шейки бедра слева.

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Дайте рекомендации по питанию.
5. Определите план ведения пациентки с использованием медикаментозных методов.

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, не подтверждает освоение компетенций, предусмотренных программой.