Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Кузнецов Владимир Вячеславович
Должность: И.о. ректора
Дата подписания: 10.02.2026 10:26:03
Уникальный программный ключ:
89bc0900301c561c0dcc38a48f0e3de679484a4c

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

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор института

_____ / Невзорова В.А. /
«14» апреля 2025 г.

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

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, 2025

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 специальности 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

Наименование категории (группы) компетенций	**Код и наименование компетенции**	**Индикаторы достижения компетенции**
Профессиональные компетенции		
A/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 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 ≥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 M
В E
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-сцепленнный
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 СКРИНИГОВОГО 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 гиперфильтрации
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 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		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. 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. Данные обследования: Общий анализ крови: эритроциты 3,4×1012/л, гемоглобин 124 г/л, цветовой показатель 0,89, лейкоциты 5,4×109/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 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		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. 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. Данные обследования: Общий анализ крови: эритроциты 3,4×1012/л, гемоглобин 124 г/л, цветовой показатель 0,89,

		лейкоциты 5,4×109/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 выщелоченные 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), гипопротеинемией 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.
Р0	неудовлетворительно	Не знает ни одного вида дополнительных лабораторных и инструментальных исследований, показанных пациенту.
В	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.
Р2	отлично	Правильно указывает принципы лечения.
Р1	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.
Р0	неудовлетворительно	Не дает ответа на вопрос.
В	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.
Р2	отлично	Правильно указывает принципы лечения.
Р1	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.
Р0	неудовлетворительно	Не дает ответа на вопрос.
О	Итоговая оценка	
А	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**
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 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. Наследственность: у матери пациента 70 лет – артериальная гипертензия, мочекаменная болезнь. Вредные привычки: курит более 20 лет по 10 сигарет в день, алкоголь – пиво по 1-1,5л 2-3 раза в неделю. Аллергоанамнез: не отягощен. Профессиональные вредности: более 10 лет работал с красками, содержащими свинец. 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. Общий анализ мочи: кирпичного оттенка, мутная, pH 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. Общий анализ крови: гемоглобин - 140 г/л, эритроциты – 3,5×1012/л, лейкоциты – 5,3×109/л, тромбоциты – 300,0; СОЭ - 10 мм/ч. Биохимическое исследование крови: билирубин общий – 13,1 ммоль/л, мочевая 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.
В	1	Дайте характеристику результатам лабораторных методов исследования.
В	2	Назовите дополнительны 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

		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. Наследственность: у матери пациента 70 лет – артериальная гипертензия, мочекаменная болезнь. Вредные привычки: курит более 20 лет по 10 сигарет в день, алкоголь – пиво по 1-1,5л 2-3 раза в неделю. Аллергоанамнез: не отягощен. Профессиональные вредности: более 10 лет работал с красками, содержащими свинец. 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. Общий анализ мочи: кирпичного оттенка, мутная, pH 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. Общий анализ крови: гемоглобин - 140 г/л, эритроциты – 3,5×1012/л, лейкоциты – 5,3×109/л, тромбоциты – 300,0; СОЭ - 10 мм/ч. Биохимическое исследование крови: билирубин общий – 13,1 ммоль/л, мочевая 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.
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.
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	Назовите дополнительны методы исследования.
Э		УЗИ мочевыделительной системы, Обзорная рентгенография органов брюшной полости. Возможно проведение КТ с контрастированием.
Р2	отлично	Перечисляет в полном объеме инструментальные методы обследования, показанные пациенту.
Р1	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.
Р0	неудовлетворительно	Не знает ни одного вида дополнительных лабораторных и инструментальных исследований, показанных пациенту.
В	3	Сформулируйте предположительный диагноз
Э		Хронический тубулоинтерстициальный нефрит, уратный нефролитиаз. ХБП С ЗА.
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 стадию процесса; для оценки «удовлетворительно»: формулирует диагноз правильно, но не полностью, не знает стадию заболевания.
Р0	неудовлетворительно	Не может сформулировать диагноз.
В	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.
Р2	отлично	Правильно указывает все принципы немедикаментозного лечения.
Р1	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.
Р0	неудовлетворительно	Не дает ответа на вопрос.
В	5	Медикаментозное лечение.
Э		С целью корректировки уровня мочевой кислоты рекомендован прием препаратов: Аллопуринол, при непереносимости Фебуксостат. С гипотензивной и нефропротективной целью: ингибиторы АПФ / блокаторы рецепторов ангиотензина II. Корректировка гиперлипидемии: прием статинов, по контролем липидного спектра.
Р2	отлично	Правильно указывает принципы лечения.
Р1	хорошо/ удовлетворительно	Указываются дескрипторы неполного ответа на вопрос Для оценки «хорошо»: не может указать только нефропротективное лечение; для оценки «удовлетворительно»: указывает только на необходимость корректировки уровня мочевой кислоты.
Р0	неудовлетворительно	Не дает ответа на вопрос.
О	Итоговая оценка	
А	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.