

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ПО КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Специальность 31.08.43 Нефрология
код, наименование

Кафедра: Скорой медицинской помощи ФДПО

Форма обучения: очная

Нижний Новгород
2023

1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по практике

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по практике «Клиническая практика» является неотъемлемым приложением к рабочей программе практики «Клиническая практика». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПП по данной практике.

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по практике «Клиническая практика» используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Кейс-задание	Проблемное задание, в котором обучающемуся предлагают осмыслить реальную профессионально-ориентированную ситуацию, необходимую для решения данной проблемы.	Задания для решения кейс-задания

3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
УК-1 УК-3 УК-4 ОПК-4, ОПК-5 ОПК-6 ОПК-7 ОПК-8 ОПК-9 ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-3, ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8	Текущий	Раздел 1. Оказание помощи пациентам нефрологического профиля в условиях стационара Раздел 2. Оказание помощи пациентам нефрологического профиля в условиях поликлиники	Кейс-задание
УК-1 УК-3 УК-4 ОПК-4, ОПК-5 ОПК-6 ОПК-7 ОПК-8 ОПК-9 ОПК-10 ПК-1	Промежуточный	Раздел 1. Оказание помощи пациентам нефрологического профиля в условиях стационара Раздел 2. Оказание помощи пациентам нефрологического профиля в условиях поликлиники	Кейс-задание

ПК-2 ПК-3, ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8			
--	--	--	--

4. Содержание оценочных средств входного, текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: кейс-задания.

4.1. Кейс-задачи для оценки компетенций: УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8

Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса

реципиентов трансплантированной почки, в целях выявления заболеваний и (или) нарушений функции почек и постав
и безопасности у пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями функции почек, в том числе реципиентов транспл
диализ, перитонеальный диализ) у пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями функции почек, в том числе ре
ципиентов с заболеваниями и (или) нарушениями функции почек, в том числе реципиентов трансплантированной почк
и реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями функции почек, в том числе реципиентов транспл
по формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения с целью профилак
ации, ведение медицинской документации, организация деятельности медицинского персонала

НА ВОПРОСЫ

ги слева, повышение температуры тела до 39⁰ С, озноб.

довлетворительного наполнения. В легких везикулярное дыхание, живот мягкий. Симптом Пастернацкого положитель

III поясничного позвонка тень, подозрительная на конкремент размерами 4 x 4 мм.

ой системе правой почки нет. Пассаж контрастного вещества по мочеточнику не нарушен. Слева умеренная пиелок
еством.

рена, паренхима диффузно утолщена (до 25 мм), однородной плотности.

о мочеточника.

ена

на конкремент, в проекции верхней трети левого мочеточника;

ов или обоснование одного из пунктов диагноза дано неверно.

ечипоренко.

ующим антибактериальным лечением.

на операция люмботомия, уретеролитотомия, пиело- или нефростомия, антибактериальное лечение.
ционной нефростомии с последующим антибактериальным лечением.

по поводу камня мочеточника.

ана неверно.

НА ВОПРОСЫ

ического гломерулонефрита.

и постоянно повышены. Диурез не был нарушен. Месяц тому назад перенесла ОРВИ, состояние ухудшилось, умень-
тельный толчок пальпируется в V межреберье по левой среднеключичной линии. I тон на верхушке приглушен, акцент
с обеих сторон.

ы выщелоченные 10-12 в поле зрения, цилиндры зернистые (+)

* 10 9 \л, СОЭ - 36 мм в час.

глобулины - 58%, холестерин крови - 14,8 ммоль\л.

ст. в течение 2-х лет, уменьшение диуреза, отеки на лице и туловище;

ой ОРВИ;

енке, ногах. Границы сердца увеличены влево, верхушечный толчок пальпируется в V межреберье по левой средне-
я реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон;

ок - 3000 мг/л, эритроциты выщелоченные 10-12 в поле зрения, цилиндры зернистые (+)

* 10 9 \л, СОЭ - 36 мм в час.

о, глобулины - 58%, холестерин крови - 14,8 ммоль\л.

ов или обоснование одного из пунктов диагноза дано неверно.

определить показатели креатинина, мочевины, остаточного азота в крови, выявление гипозостенурии по анализу

е.

ертоническим синдромом.

НА ВОПРОСЫ

у (выпивает до 4 литров жидкости в сутки), общую слабость, утомляемость, тошноту, рвоту, учащенное мочеиспускание, головные боли. В последующие годы присоединилась артериальная гипертензия (АД 160/100-190/110 мм рт. ст.). Получал преднизолон, аскорутин, мочегонные, после выписки состояние улучшалось, отеки сходили, белок в моче снижался, похудел.

Пониженного питания, ИМТ 19 кг/м². Кожные покровы сухие, бледные, следы расчесов. Лицо одутловатое, отек левого глаза на 2 см. Тоны сердца приглушены, частые экстрасистолы. ЧСС 110-120 в мин.

Анализ мочи: количество мочеиспускания положительный с обеих сторон. Мочеиспускание 8-10 раз в сутки, в том числе 1-2 раза ночью, моча

гемоглобин – 9,8*10⁹/л, тромбоциты – 126*10⁹/л, СОЭ – 75 мм/ч. В об. ан. мочи: уд. вес 1003, белок – 0,8 г/л, лейкоциты – 3-8 в п/зр., эритроциты – 1-2 в п/зр., удельный вес мочи, удлинение PQ,

толщина паренхимы 14-15 мм, ткань почек диффузно гипреэхогенна, кровоток обеднен, кортико-медуллярная дифференциация

хронического гломерулонефрита. Артериальная гипертензия 3ст. почечного генеза, очень высокий риск ССО. Нефропатия при желудочковой экстрасистолии. Нарушения электролитного баланса требуют уточнения. Токсическая энцефалопатия

ена

Таким образом, нарушения почечных функций по жалобам (сухость во рту, жажда, тошнота, рвота, учащенное мочеиспускание, артериальная гипертензия, выраженная сухость и бледность кожи и характерный отечный синдром – мягкие рыхлые отеки лица и конечностей, удельный вес мочи) указывает на снижение клубочковой и канальцевой функций почек.

и), проба Зимницкого, биохимия крови: сывороточное железо, ОЖСС, общий белок и его фракции, общий холестерин.

и выявления частоты и степени тяжести аритмий).

онистов кальция и бета-блокаторов, мочегонные препараты (верошпирон), щелочные растворы, препараты эритроп.

АД при контроле постоянно регистрировалось на высоком уровне (190-230/120-140 мм рт. ст.). Применение гип

ое течение). Наиболее вероятной причиной развития реноваскулярной гипертонии у молодой женщины является ф

больной, быстрому прогрессированию заболевания, высоким цифрам АД, в том числе диастолического, длительной

ов или обоснование одного из пунктов диагноза дано неверно.

кое диастолическое АД, Каптоприл 25 мг п/я, возможно, повторно с целью воздействия на РААС.

дного из назначенных методов лечения дано не верно.

ролем АД – препарат выбора для купирования высокого АД на догоспитальном этапе.

(здесь этого нет) или при отсутствии эффекта от применения пероральных и парентеральных препаратов. В да
а с целью исследования сосудов почек (первоначально УЗДГ) и решения вопроса о хирургическом лечении.

ана неверно.

НА ВОПРОСЫ

бинет.

душья с цианозом, резкими болями в животе.

лнения, очень мягок, временами не прощупывается. Сознание спутанное. Артериальное давление 70/20 мм рт. ст. То

форма.

ена

к для шока и связи развития патологии с введением контраста. Типичная форма анафилактического шока установл

ов или обоснование одного из пунктов диагноза дано неверно.

нуту, необходимо применить адреналин 0,1%-0,5-0,8 в/м, гидрокортизон 250 мг или преднизолон 150 мг внутри
мл оценить необходимость повторного введения адреналина в количестве 1 мл на 200 мл физраствора в отдельную
ьно.

дного из назначенных методов лечения дано не верно.

ием антигистаминных и кортикостероидов

ОРИТ терапевтического стационара, так как даже при успешном купировании симптомов анафилактического шока,

ана неверно.

И НА ВОПРОСЫ

очи, головную боль и плохое самочувствие. За 10-12 дней до вызова СМП перенесла ангину. Иражаясь руками о ее край. Дыхание шумное, затрудненное, 42 в минуту. Лицо бледное, отечное. Губы и кисти рук цианотичные. Артериальное давление 220/110 мм рт. ст. Печень прощупывается на 2 см ниже реберной дуги, болезненная.

насарка, острая почечная недостаточность, синдром сердечной астмы.

ена

синдрома сердечной астмы с артериальной гипертонией, общими отеками и мочевым синдромом, возникновение забрюшинного отека в нижних отделах живота. Сочетание отеков, высокой гипертонии и мочевого синдрома указывают на смешанный характер течения заболевания.

ов или обоснование одного из пунктов диагноза дано неверно.

электрокардиографических данных.

ингаляция кислорода с парами спирта с целью купирования синдрома сердечной астмы;
через дозатор для уменьшения притока крови к сердцу;
при обратного всасывания натрия и воды, при отсутствии эффекта возможна венесекция;
при необходимости повторно, физиотенз 0,4 мг п/я, и/или эбрантил 0,5% 2,0-5,0 мл в/в медленно под контролем АД;
введение 100 мл физраствора под контролем частоты пульса и функции дыхания.

изван дополнительный метод лечения из списка, или обоснование для одного из назначенных методов лечения дано неверно.

не показано, так как имеет место высокое АД и синусовый ритм, а наличие синдрома сердечной астмы обусловлено

еанимации и интенсивной терапии с продолжением лечебных мероприятий в пути следования, оксигенация.

ана неверно.

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета.

5.1 Перечень тестовых заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: кейс-задания по разделам практики.

5.1.1 Кейс- задания к зачёту по практике:

Н		1
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной 50 лет, жалуется на слабость, вялость, плохой аппетит, постоянную тошноту, кожный зуд, малое количество мочи, отеки век. Много лет страдает хроническим гломерулонефритом. Больной заторможен, определяется запах аммиака. Кожа и слизистые бледные, следы расчесов на коже. Лицо отечное - facies nefritica. АД 180 и 100 мм рт. ст. Тоны сердца глухие, ритмичные. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Диурез за сутки - 600 мл. Креатинин сыворотки крови - 800 мкмоль/л. Анализ мочи: у. в. 1010, белок - 1,6 г/л, эритроциты - 10-15 в поле зрения, лейкоциты - 2-3 в поле зрения, гиалиновые цилиндры - 2-3 в поле зрения. УЗИ органов брюшной полости: почки уменьшены в размерах, изменен кортикоренальный индекс.
В	1	Назовите синдромы поражения внутренних органов,
Э	-	Синдром хронической почечной недостаточности. Синдром артериальной гипертензии. Синдром нарушенного диуреза. Мочевой синдром. Отечный синдром.
P2	-	Дан полный правильный ответ. Перечислены все синдромы
P1	-	Ответ не полный.
P0	-	Дан неверный ответ.
В	2	Дайте обоснование синдрому хронической почечной недостаточности.
Э	-	Синдром хронической почечной недостаточности диагностирован на основании жалоб на слабость, вялость, тошноту, кожный зуд, появившиеся у больного, длительное время страдающего хроническим гломерулонефритом, и следующих симптомов: запах аммиака, высокий уровень креатинина, малое количество суточной мочи, нормохромная анемия, уменьшение размеров почек при УЗИ.
P2	-	Дан полный правильный ответ.

P1	-	Ответ не полный.
P0	-	Дан неверный ответ.
В	3	Предварительный диагноз.
Э	-	Хронический гломерулонефрит, хроническая почечная недостаточность III стадии - уремия.
P2	-	Дан полный правильный ответ.
P1	-	Ответ не полный.
P0	-	Дан неверный ответ.
В	4	
Э	-	Лабораторные методы: уровень электролитов (K, Na, Ca, P, Mg), суточная протеинурия, уровень холестерина, липопротеидов, факторов свертывания крови, количество тромбоцитов, PH крови. Инструментальные методы: ЭКГ, особенно важно для контроля проводимости при гиперкалиемии, ЭхоКГ - для оценки состояния миокарда и наличия выпота в полости перикарда, уремического перикардита, рентгенограмму легких - для определения выраженности застоя крови в малом круге кровообращения, наличия гидроторакса. Консультация окулиста для осмотра глазного дна для оценки состояния сосудов глазного дна и выраженности отека соска зрительного нерва. Биопсия почки.
P2	-	Дан полный правильный ответ. Перечислены все методы исследования.
P1	-	Ответ не полный.
P0	-	Дан неверный ответ.
В	5	С какой целью делают биопсию почки в данном случае?
Э	-	Биопсия почки позволит определить морфологическую форму хронического гломерулонефрита, степень склеротических и воспалительных изменений в почках.
P2	-	Дан полный правильный ответ.
P1	-	Ответ не полный.
P0	-	Дан неверный ответ.
Н	-	2
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Ребенок 3 месяцев, от первой беременности, протекавшей с тяжелым токсикозом. Роды на 37-й неделе беременности. Масса тела при рождении 3500 г, длина 48 см, плацента большая. С первых дней жизни ребенок редко мочился, отмечались отеки на конечностях, лице, передней брюшной стенке. Генеалогический анамнез: по материнской линии отмечалась ранняя детская смертность. Ребенок поступил на обследование в нефрологическое отделение. Масса тела 6500 г. Состояние тяжелое. Выражены стигмы дизэмбриогенеза: синдактилия, укороченные и искривленные мизинцы на руках, гипертелоризм, неправильная форма ушных раковин. Кожные покровы бледные, выражены отеки на лице,

		конечностях, асцит. Тоны сердца приглушены. ЧСС -132 уд/мин. Печень выступает из-под реберного края на 4-5 см. Несмотря на проводимую терапию, состояние больного оставалось тяжелым. В лечение были включены глюкокортикоиды (в стандартной дозировке), которые не оказали позитивного эффекта. Общий анализ крови: Hb - 100 г/л, Эр – 3,0x10¹²/л, лейкоциты – 12,0x10⁹/л, п/я - 3%, с - 28%, э - 4%, л - 52%, м -10%, СОЭ - 20 мм/час. Общий анализ мочи: белок - 3,6 г/л, эритроциты - 1-2 в п/з, лейкоциты -1-2 в п/з, гиалиновые цилиндры - 6-9 в п/з. Биохимический анализ крови: общий белок - 50 г/л, альбумины -38%, альфа1-глобулины - 4%, альфа2-глобулины - 14%, бета-глобулины -18%, гамма-глобулины - 24%, креатинин 45 мкмоль/л, мочевины – 3,0 ммоль/л, холестерин - 8,0 ммоль/л. УЗИ почек – нефромегалия, уплотнение коркового слоя почек. Гистологическое исследование почек (пункционная биопсия): микрокистоз, пролиферация мезенхимальных клеток, фиброзные изменения в обеих почках.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Врожденный нефротический синдром финского типа Морфологический диагноз: Микрокистоз. Хроническая болезнь почек 1 стадия. Анемия легкой степени тяжести.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена или неверно оценена степень анемии.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз нефротического синдрома определен на основании анамнестических данных (отечный синдром, олигурия с момента рождения ребенка), данных клинического осмотра (отеки на лице, конечностях, асцит, гепатомегалия), данных общего анализа мочи (протеинурия нефротического уровня, цилиндрурия), биохимического анализа крови (гипопротеинемия, гипоальбуминемия, гиперхолестеринемия). Диагноз врожденного нефротического синдрома финского типа установлен на основании анамнестических данных (случаи младенческой смертности по линии мамы, дебют с периода новорожденности, отсутствие эффекта от глюкокортикоидов) и данных нефробиопсии (микрокистоз). Диагноз хронической болезни почек может быть установлен, учитывая стойкие лабораторные (протеинурия) и морфологические (микрокистоз, фиброзные изменения) признаки поражения почечной паренхимы. 1 стадия, так как нет снижения СКФ . Диагноз анемии легкой степени тяжести установлен на основании данных общего анализа крови (снижение числа эритроцитов и уровня гемоглобина).
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование одной из нозологических форм или Обоснование одной из нозологических форм дано неверно.
P0	-	Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно. или Диагноз обоснован полностью неверно.

В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Пациенту рекомендовано: исследование гена нефрина (NPHS1) для верификации диагноза измерение АД, Эхо-КГ для выявления возможного гидроперикарда, оценки морфометрических параметров сердца и крупных сосудов при отеках ЭКГ для выявления возможных электролитных нарушений определение креатинина и скорости клубочковой фильтрации для уточнения стадии хронической болезни почек определение уровня ТТГ, учитывая частое развитие гипотиреоза, исследования состояния обмена железа (сывороточное железо, ОЖСС, ферритин, трансферрин, НТЖ), определение эритроцитарных индексов и количества ретикулоцитов для уточнения характера анемии.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	4	Какие препараты для коррекции отечного синдрома показаны пациенту. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Генез отечного синдрома у больных с врожденным нефротическим синдромом связан с выраженной гипоальбуминемией и снижением онкотического давления плазмы. Больному показано с заместительной целью введение 20% раствора альбумина, совместно с фуросемидом (0,5-1 мг/кг). Так как инфузии будут ежедневными, необходима установка центрального катетера.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов, выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы препаратов, кроме альбумина и фуросемида.
В	5	Какие препараты для коррекции анемии наиболее целесообразны? Обоснуйте Ваш выбор.
Э	-	Пациенту показано назначение препаратов железа, при прогрессировании хронической болезни почек показано подключение препаратов эритропоэтина. Предпочтительны препараты трехвалентного железа гидроксидполимальтозный комплекс. Также необходима коррекция гипотиреоза, который может усугублять течение анемии.

P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Н		3
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной 7 лет, поступил в клинику на 3-й день болезни с жалобами на головную боль, отечность лица, голеней, появление мочи в виде "мясных помоев". Ребенок от первой беременности, протекавшей с токсоплазмозом первой половины, первых срочных родов. Масса при рождении 3150 г, длина 50 см. Оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. Раннее развитие без особенностей. На грудном вскармливании до 7 месяцев, привит по возрасту. С 5 лет состоит на диспансерном учете в связи с хроническим тонзиллитом, частыми ОРВИ. Генеалогический анамнез неотягощен. Настоящее заболевание началось через 2 недели после перенесенной ангины. При поступлении состояние средней тяжести. Кожа и видимые слизистые обычной окраски, чистые, отмечается отечность лица, пастозность голеней и стоп. Зев нерезко гиперемирован, миндалины II-III степени, разрыхлены, без наложений. Перкуторно над легкими звук ясный, легочный. При аускультации в легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, ЧД 24 в минуту. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны сердца ритмичные, отчетливые, ЧСС 90 ударов в минуту, АД 130/85 мм рт. ст. Живот обычной формы, мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Суточный диурез 320 мл, моча красного цвета. Вес 24 кг, рост 124 см. Общий анализ крови: Гемоглобин - 125 г/л, эритроциты - $4,3 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $12,3 \times 10^9/л$: п/я - 5%, с/я - 60%, эозинофилы - 5%, лимфоциты - 24%, моноциты - 6%, СОЭ - 20 мм/час. Общий анализ мочи: количество - 70,0 мл, цвет - красный, прозрачность - неполная, реакция - щелочная, относительная плотность - 1023, эпителий - 1-2 в п/зрения, эритроциты - измененные, покрывают все поля зрения, лейкоциты - 2-3 в п/зрения, цилиндры - зернистые 3-4 в п/зрения, белок - 0,99‰. Биохимический анализ крови: общий белок - 65 г/л, альбумины - 53%, альфа1-глобулины - 3%, альфа2-глобулины - 17%, бета-глобулины - 12%, гамма-глобулины - 15%, мочевины - 7,2 ммоль/л, креатинин - 87 мкмоль/л, калий - 5,21 ммоль/л, натрий - 141,1 ммоль/л, холестерин - 6,0 ммоль/л, бета-липопротеиды - 92,0 ед. (норма до 44 ед.), СКФ по Шварцу 52 мл/мин Биохимический анализ мочи: белок - 600 мг/сутки (норма - до 200), фосфор - 21 ммоль/сутки (норма - 19-32), кальций - 3,6 ммоль/сутки (норма - 1,5-4), креатинин - 2,5 ммоль/сутки (норма - 2,5-15), аммиак - 28 ммоль/сутки (норма - 30-65), титруемая кислотность - 40 ммоль/сутки (норма - 48-62), оксалаты - 14 мг/сутки (норма - до 17). УЗИ ОБП и почек: печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка без патологии. Почки расположены обычно, размеры не увеличены, паренхима не изменена. ЧЛС имеет обычное строение.

В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Острый гломерулонефрит с нефритическим синдромом, острое повреждение почек 1 стадия.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: неверно оценена степень почечной недостаточности или ведущий синдром.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Заболевание началось через 2 недели после перенесенной ангины, в клинической картине у ребенка головная боль, отечность лица, голеней, повышение АД 130/85 мм рт. ст., моча цвета "мясных помоев", олигоурия до 400 мл в сутки. Изменения в общем анализе мочи: цвет - красный, прозрачность - неполная, реакция - щелочная, относительная плотность - 1023, эритроциты - измененные, покрывают все поля зрения, лейкоциты - 2-3 в п/зрения, цилиндры - зернистые 3-4 в п/зрения, белок - 0,99‰, увеличение показателей белка в суточном анализе мочи до 600мг/сутки). Острое повреждение почек 1 стадия: увеличение показателей мочевины до 17,2 ммоль/литр, креатинина до 187 мкмоль/литра.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование степени почечной недостаточности или ведущего синдрома.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Для определения этиологического фактора необходимо определение титра антистрептококковых антител. С целью оценки эффективности терапии проводится суточное АД мониторирование, суточный анализ мочи на белок; коагулограмма; для определения степени повреждения почечной ткани определение скорости клубочковой фильтрации; проведение пункционной биопсии почки с целью уточнения морфологического варианта нефрита, оценки прогноза и определения тактики лечения.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	4	Назначьте тактику ведения пациентов с острым повреждением почек
Э	-	Отмена нефротоксических препаратов (аминогликозиды, амфотерицин В, рентгеноконтрастные препараты и др.) Мониторинг артериального давления и объема циркулирующей крови Коррекция возможной гиповолемии

		Избегать гипергликемии Контроль креатинина плазмы и диуреза
P2	-	Выбран верный алгоритм введения пациента.
P1	-	Выбран верный алгоритм введения пациента, однако выбор не обоснован.
P0	-	Ответ неверный: алгоритм ведения составлен не правильно.
B	5	Составьте план лечения данному пациенту, обоснуйте свой выбор.
Э	-	Режим – постельный при выраженных отеках, макрогематурии, умеренной/тяжелой артериальной гипертензией, сердечной недостаточности (обычно в первые 3-4 недели). При улучшении состояния режим постепенно расширяют. Диета с ограничением потребления соли (до 1-2 г/сутки) и жидкости в острый период болезни, особенно при быстром нарастании отеков, олигурии и артериальной гипертензии. Объем жидкости рассчитывают, исходя из диуреза за предыдущий день с учетом внепочечных потерь, прием жидкости не должен превышать диуреза более чем на 200 мл; с ограничением белка до 0,5 г/кг/сутки при снижении функции почек менее 60 мл/минуту (до нормализации СКФ и уровня креатинина в крови, но не длительнее 2-4 недель). Этиотропная антибактериальная терапия препаратами пенициллинового ряда. Петлевые диуретики, которые, увеличивая натрийурез и фильтрацию, уменьшают задержку жидкости и выраженность отеков и артериальной гипертензии. Назначение антикоагулянтов (гепарин), антиагрегантов (пентоксифиллин).
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
H	-	4
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной Х., 46 лет, на УЗИ левая почка резко увеличена 163х91 мм. Контуры ее бугристые, нет дифференциации «паренхима - почечный синус». Почка представлена неоднородной солидной массой с множественными мелкими 2-3 мм в диаметре, гипо-анэхогенные очажки с неровными нечеткими контурами ограниченной подвижности.
B	1	Для какого состояния характерна описанная ультразвуковая картина?
Э	-	Эхографические признаки апостематозного пиелонефрита.
P2	-	Заключение сформулировано верно.
P1	-	Заключение сформулировано верно, но не полностью.
P0	-	Заключение сформулировано неверно.
B	2	Эхогенность коркового слоя почки в норме выше или ниже эхогенности мозгового слоя (пирамидок)?
Э	-	Эхогенность коркового слоя в норме выше эхогенности мозгового слоя.
P2	-	Заключение сформулировано верно.
P1	-	Заключение сформулировано верно, но не полностью.
P0	-	Заключение сформулировано неверно.

В	3	Патогномоничные ультразвуковые признаки хронического пиелонефрита:
Э	-	патогномоничных признаков хронического пиелонефрита не существует
P2	-	Заключение сформулировано верно.
P1	-	Заключение сформулировано верно, но не полностью.
P0	-	Заключение сформулировано неверно.
В	4	Обязательно ли наличие обструкции мочевых путей для развития гнойного воспаления (абсцесс, карбункул, апостематозный пиелонефрит) в почке:
Э	-	необязательно
P2	-	Заключение сформулировано верно.
P1	-	Заключение сформулировано верно, но не полностью.
P0	-	Заключение сформулировано неверно.
В	5	Абсцесс почки эхографически представлен:
Э	-	анэхогенной зоной с толстой капсулой и внутриполостной взвесью;
P2	-	Заключение сформулировано верно.
P1	-	Заключение сформулировано верно, но не полностью.
Н	-	5
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больного 58 лет, беспокоят отеки на ногах, одышка при незначительной физической нагрузке, слабость. Многие годы страдает ревматоидным артритом высокой активности. Состояние тяжелое. Кожа бледная. Отеки ног (стоп, голеней, бедер). Дыхание везикулярное ослабленное ниже углов лопаток с обеих сторон. Тоны сердца глухие. При УЗИ выявляется свободная жидкость в брюшной полости, увеличение размеров почек, усиление их эхоструктуры, небольшое количество жидкости в плевральных полостях с обеих сторон, выпот в полости перикарда. Анализ мочи: у. в. 1020, белок - 4,1 г/л, цилиндры гиалиновые - 3-4 в поле зрения, восковидные - 2-3 в поле зрения, лейкоциты - 4-5 в поле зрения, эритроциты - 2-3 в поле зрения. Биохимический анализ крови: белок - 50 г/л, альбумины - 45%, глобулины 55%, холестерин 9,6 ммоль/л.
В	1	Назовите синдромы поражения внутренних органов.
Э	-	Нефротический синдром, отечный синдром (анасарка), мочевого синдром.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ не полный.
P0	-	Ответ не правильный.
В	2	На основании каких симптомов Вы определили нефротический и мочевого синдромы?
Э	-	Нефротический синдром установлен на основании наличия анасарки, гипопроteinемии, гипоальбуминемии, суточной протеинурии > 3,5 г, гиперхолестеринемии. Мочевого синдром проявляется выраженной протеинурией и цилиндрурией.

		Гиалиновые и восковидные цилиндры образуются в просвете почечных канальцев из белков.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ не полный.
P0	-	Ответ не правильный.
В	3	Поставьте предварительный диагноз.
Э	-	Вторичный амилоидоз почек, развившийся на фоне ревматоидного артрита, нефротический синдром, анасарка.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ не полный.
P0	-	Ответ не правильный.
В	4	Какие дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза необходимо провести больному.
Э	-	Диагностическое представление о вторичном амилоидозе, развившемся на фоне длительного течения высокой активности ревматоидного артрита, необходимо подтвердить поиском амилоида в различных органах. С этой целью необходимо выполнить биопсию слизистой прямой кишки или десны с окраской препарата Конго красным (окрашивает амилоид в зеленоватый цвет. В случае отрицательной реакции на амилоид в слизистой желудочно-кишечного тракта необходимо выполнить биопсию почки, где амилоид обнаруживается в десятки раз чаще, чем в слизистой прямой кишки и в десне. Можно исследовать ткань печени и селезенки на наличие амилоида. Кроме того, больному необходимо исследовать уровень креатинина и электролитов для оценки степени почечной недостаточности.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ не полный.
P0	-	Ответ не правильный.
В	5	Какие осложнения могут развиваться при данной патологии и почему?
Э	-	1. Тромбозы. Развиваются в связи с тем, что при нефротическом синдроме с мочой теряются фибринолитические белки, необходимо исследовать факторы свертывания крови для своевременной коррекции нарушений данного звена гомеостаза. 2. Вторичный иммунодефицит. При нефротическом синдроме с мочой теряются иммуноглобулины. Возникает высокая вероятность присоединения бактериальных инфекций. Надо оценить уровень иммуноглобулинов.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ не полный.
P0	-	Ответ не правильный.
Н		6
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной 60 лет оперирован по поводу расслаивающей аневризмы брюшного отдела аорты. Боли в животе и падение АД отмечались в течение 5 часов, выполнена срочная операция, которая длилась около 4 часов. Аневризма аорты иссечена, аортопротезирована. В послеоперационном периоде отмечается

		развитие олигурии - 100 мл мочи за сутки. В крови выявляется высокий уровень креатинина - 600 мкмоль/л, который продолжает нарастать до 800 мкмоль/л, увеличился уровень К до 6,2 ммоль/л. Анализ мочи: у. в. 1013, белок - 1,8 г/л, эритроциты измененные - 10-15 в поле зрения, лейкоциты - 4-6 в поле зрения, цилиндры гиалиновые - 2-3 в поле зрения, зернистые - 1-2 в поле зрения.
В	1	Назовите синдромы поражения внутренних органов.
Э	-	Синдром острой почечной недостаточности, синдром нарушенного диуреза.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ неполный.
P0	-	Ответ неправильный.
В	2	
Э	-	Синдром острой почечной недостаточности проявляется олигурией, креатининемией, гиперкалиемией, гипостенурией. Мочевой синдром подтверждается протеинурией, микрогематурией, цилиндрурией
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ неполный.
P0	-	Ответ неправильный.
В	3	Поставьте предварительный диагноз.
Э	-	Преренальная острая почечная недостаточность, II олигурическая стадия
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ неполный.
P0	-	Ответ неправильный.
В	4	Чем обусловлено развитие данного патологического процесса?
Э	-	Острая почечная недостаточность обусловлена ишемическим некрозом клубочков и канальцев почек вследствие длительной гипоперфузии почек на фоне расслаивающей аневризмы брюшного отдела аорты или возможной эмболии (тромбоза) почечных артерий.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ неполный.
P0	-	Ответ неправильный.
В	5	Какая стадия ОПН отмечается в данный момент у больного?
Э	-	Отмечается II олигурическая стадия ОПН, когда растет уровень креатинина, калия, имеется угроза развития блокады сердца, уремической комы. При благоприятном исходе II олигурическая стадия должна смениться III полиурической стадией и IV стадией восстановления структуры почек.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ неполный.
P0	-	Ответ неправильный.
Н	7	
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У	-	Больной Д., 67 лет, страдает мочекаменной болезнью (МКБ) в течение 10 лет. Последние 4 дня после переохлаждения отмечает боли в правой поясничной области, субфебрильную лихорадку, частое безболезненное мочеиспускание. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное, в сознании, адекватен. Кожные покровы обычного цвета и влажности. АД 135 и 85 мм.рт.ст, тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС 82 в минуту. При обследовании в общем анализе мочи: белок - 0,0030 г/л, лейкоциты - 12-24 в поле зрения, эритроциты неизмененные 10-12 в поле зрения. В клиническом анализе крови: СОЭ - 26 мм/час, лейкоциты - 10,5x10 ⁹ /л, палочкоядерные нейтрофилы - 7%.
В	1	Сформулируйте синдромы, характерные для данного заболевания.
Э	-	Дизурический синдром, мочевого синдром.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ неполный.
P0	-	Ответ неправильный.
В	2	Предварительный диагноз.
Э	-	Пиелонефрит.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ неполный.
P0	-	Ответ неправильный.
В	3	Какой патологический процесс необходимо исключить у данного пациента?
Э	-	С учетом длительности течения МКБ необходимо исключить латентный хронический пиелонефрит.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ неполный.
P0	-	Ответ неправильный.
В	4	Какие функциональные пробы для этого необходимо провести пациенту
Э	-	Пробу Зимницкого, Реберга, Нечипоренко в спокойный период.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ неполный.
P0	-	Ответ неправильный.
В	5	Какие инструментальные методы обследования необходимо назначить данному пациенту?
Э	-	УЗИ почек и экскреторную урографию, с целью выявления нарушения уродинамики, наличия конкрементов, исключения структурных изменений чашечно-лоханочной системы.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ неполный.
P0	-	Ответ неправильный.

6. Критерии оценивания результатов обучения

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено

Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены несущественные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продemonстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продemonстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Средний/высокий

Разработчик(и):

Фомин Игорь Владимирович, заведующий кафедрой госпитальной терапии и общей врачебной практики им В.Г.Вогралика, д.м.н., доцент

Дата «27» февраля 2023 г.