

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

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ (КЛИНИЧЕСКАЯ) ПРАКТИКА 3

Специальность 31.08.68 Урология
код, наименование

Кафедра: урологии им. Е.В. Шахова

Форма обучения: очная

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

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по практике «Производственная (клиническая) практика 3» является неотъемлемым приложением к рабочей программе практики «Производственная (клиническая) практика 3». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной практике.

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по практике Производственная (клиническая) практика 3 используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Кейс-задания	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 практики	Оценочные средства
ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12	Текущий	Раздел 1. Курация урологических больных. Раздел 2. Малоинвазивные диагностические исследования мочевого пузыря. Раздел 3. Уродинамические исследования. Раздел 4. Хирургическое лечение заболеваний мошонки. Раздел 5. Амбулаторное ведение урологических больных. Диспансеризация урологических больных. Раздел 6. Малоинвазивные лечебно-диагностические манипуляции на верхних мочевыводящих путях. Раздел 7. Хирургическое лечение заболеваний мочевого пузыря. Раздел 8. Хирургические вмешательства на почке. Раздел 9. Хирургическое лечение гиперплазии простаты. Раздел 10. Экспертиза нетрудоспособности и стандарты	Кейс-задания

		оказания медицинской помощи урологическим больным. Малоинвазивные вмешательства в амбулаторной практике	
ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12	Промежуточный	Все разделы практики	Кейс-задание

4. Содержание оценочных средств входного, текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем практики при проведении занятий в форме кейс заданий.

4.1. Кейс-задания для оценки компетенций: ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12

Пациента, 21 г., беспокоит тупая боль в пояснице. С целью выявления патологии почек сделан анализ мочи по Нечипоренко (подсчет форменных элементов в 1 мл мочи) Le-4x10⁶
Eg-2x10³
Как вы расцениваете этот анализ?
Какие лабораторные исследования следует еще провести?
В случаях отхождения камня из почки при мочекаменной болезни он может застрять в зонах анатомических сужений мочеточника.
1. Укажите известные Вам сужения мочеточника.
2. С чем связано наличие физиологических сужений мочеточников, наблюдаемых часто при рентгеноскопии?
При лечении воспалительного процесса больших желез преддверия влагалища (бартолиниевых) у женщины возникла необходимость введения лекарства через их выводные протоки.
1. Где открываются выводные протоки больших желез преддверия?
2. Каковы синтопические взаимоотношения этих желез с луковицей преддверия?
При двустороннем рентгеновском исследовании почек у ребенка установили различную форму образования почечной лоханки. Справа малые почечные чашки непосредственно впадают в почечную лоханку, а большие почечные чашки отсутствуют. Слева на фоне несформированности лоханки большие почечные чашки непосредственно переходят в мочеточник.
Назовите указанные формы формирования почечной лоханки:
1. Справа.
2. Слева.
При исследовании биопсии почки, согласно заключению специалиста, микроанатомическое строение этого органа соответствовало норме.
Какие части нефронов были выявлены:
1. В свернутой части коркового вещества?
2. В лучистой части коркового вещества?
У мочеиспускательного канала имеются анатомические сфинктеры.
1. Расслабление какого из них вызывает произвольное мочеиспускание?
2. Какую часть уретры этот сфинктер окружает?
В урологическое отделение поступила женщина, 33-х лет, с жалобами на приступообразные боли в левой поясничной области, сопровождающиеся тошнотой,

рвотой и частыми позывами к мочеиспусканию. На обзорном снимке мочевых путей, на уровне поперечного отростка 3-го поясничного позвонка слева определяется тень, подозрительная на конкремент, размерами 0.6 x 0.5 см.

Какие дополнительные исследования необходимо произвести для уточнения природы обнаруженной тени и отношения ее к органам мочевой системы?

У больного, 65 лет, безболевая макрогематурия

с червеобразными сгустками крови. При цистоскопии слизистая мочевого пузыря обычной окраски, из устья правого мочеточника выделяется кровь. На обзорной урограмме контуры

почек не определяются, теней, подозрительных на конкременты, в проекции почек и мочевых путей нет. На экскреторных

урограммах патологических изменений в чашечно-лоханочной системе обеих почек нет, пассаж контрастного вещества по мочеточникам не нарушен.

О каком заболевании в первую очередь следует думать и

какие методы лучевой диагностики следует применить для установления диагноза?

Больной, 55 лет, поступил в урологическое отделение с жалобами на учащенное болезненное мочеиспускание, выделение крови с мочой. Болеет в течение трех месяцев. Живот мягкий, безболезненный. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого

отрицателен с обеих сторон. Простата не увеличена, с гладкой поверхностью, безболезненная. На обзорной рентгенограмме мочевых путей теней, подозрительных на

конкременты, нет. Во время пребывания в клинике у больного

возникла тотальная макрогематурия с бесформенными сгустками крови, в связи с чем была произведена срочная цистоскопия. На левой боковой стенке пузыря обнаружена грубоструктурная опухоль размерами 3x4 см, на широком основании.

Правое устье мочеточника расположено в типичном месте, щелевидной формы. Левое устье мочеточника не определяется,

так как область его занята опухолью.

Какие методы лучевой диагностики необходимо произвести для уточнения степени инвазии стенки пузыря и возможного характера оперативного вмешательства?

Мужчина, 30 лет, состоит в браке 4 года. Детей нет. В анамнезе травма обоих яичек в возрасте 20 лет, по поводу которой была выполнена органосохраняющая операция

(какая точно, пациент не знает) на обоих яичках. При обследовании: оба яичка

уменьшены в размерах, плотной консистенции, семявыносящие протоки без особенностей. Предстательная железа без изменений. Спермограмма. В эякуляте

сперматозоиды и клетки сперматогенеза не обнаружены. Общий тестостерон в крови – 4 нмоль/л (норма – 12-35 нмоль/л).

Ваш диагноз?

Диагностическая и лечебная тактика?

Больной А. 59 лет в течение 6 месяцев отмечает затрудненное вялой тонкой струей мочеиспускание. Мочевой пузырь перкуторно не определяется. Предстательная железа

увеличена, бугристая, хрящевой консистенции, безболезненная. Анемия, ускоренная СОЭ, протеинурия, микрогематурия. На рентгенограммах изменение костного рисунка

лобковых и седалищных костей. На цистограмме пузырь приподнят, дефект наполнения с неровными контурами. При урофлоуметрии снижение объемной скорости потока

мочи, увеличение времени мочеиспускания, ПСА - 41 нг/мл.

Ваш диагноз?

Диагностическая и лечебная тактика?

Мужчина 23 лет в течение 3 дней отмечает периодически возникающую острую боль в поясничной области справа, сопровождающуюся подъемом температуры тела до 39°C, ознобом, рвотой и общей слабостью. Самостоятельный прием спазмоанальгетиков с временным положительным эффектом. При осмотре поясничная область не изменена. Симптом Пастернацкого положительный справа, отрицательный слева. В экспресс-анализе мочи лейкоциты - 0-1 в поле зрения, эритроциты - 10-11 в поле зрения. В анализе крови отмечается лейкоцитоз до $12,0 \times 10^9/\text{л}$.

Ваш диагноз?

Диагностическая и лечебная тактика?

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета.

5.1. Перечень кейс-заданий к зачету, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: вопросы по разделам практики.

5.1.1. Кейс-задания зачету по практике «Производственная (клиническая) практика 3» для оценки компетенций ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12

Мужчина, 47 лет, страдает синдромом Лериша, по поводу чего выполнено бифуркационное аорто-бедренное шунтирование 6 месяцев назад. После операции все симптомы ишемических расстройств со стороны ног прошли, но отметил исчезновение эрекции, хотя и до операции эрекция была ослабленной. При обследовании. Наружные половые органы развиты правильно. Простата 4x4 см, бороздка сохранена. На аортограммах, выполненных перед аорто-бедренным шунтированием, четко прослеживается деформация контуров общих и наружных подвздошных артерий и сужение их просветов. Слева внутренняя подвздошная артерия не контрастируется, справа виден истонченный ствол с выраженной деформацией стенок. При ультразвуковом доплеровском исследовании сосудов полового члена отмечено отсутствие пульсации на тыльных артериях полового члена. Внутрикавернозное введение 40 мг папаверина не позволило индуцировать эрекцию.

Ваш диагноз?

Лечебная тактика?

Мужчина, 48 лет, жалуется на значительное ослабление эрекции, что практически делает невозможной половую жизнь. Страдает в течение 3-х лет. Был диагностирован хронический простатит. Лечение оказалось не эффективным. В настоящее время имеется реальная угроза распада семьи. Пациент угнетен, подавлен. При обследовании. Наружные половые органы развиты правильно. Предстательная железа 3x3,5 см, уплотнена. Определяется пульсация тыльных артерий полового члена. При внутрикавернозном введении 35 мг папаверина развилась адекватная эрекция, продолжавшаяся 19 минут. Процедура произвела на больного сильный положительный психологический эффект.

Ваш диагноз?

Лечебная тактика?

У больной 36 лет общая слабость, утомляемость, сухость во рту, жажда, тошнота и рвота. С детства страдает хроническим пиелонефритом с периодическими обострениями. Больная бледная, отечная. Артериальное давление 220/120 мм тр. ст. За сутки выделяют до 3 л. бесцветной мочи с низкой плотностью.

1. Ваш диагноз.

2. Какие необходимые инструментальные и лабораторные методы обследования следует выполнить?

3. Алгоритмы Ваших действий.

Мужчина, 30-ти лет, обратился на прием в поликлинику с жалобами на боли в правом яичке, повышение температуры тела до 39°C. Болен два дня. При осмотре правая половина мошонки увеличена, кожа гиперемирована, отечна. При пальпации органов мошонки определяется увеличенный, резко болезненный придаток правого яичка, правый семенной канатик утолщен, болезненный при пальпации.

Ваш диагноз?

Причина развития осложнения?

План лечебных мероприятий?

У больного с длительно текущим хроническим гломерулонефритом с исходом в ХПН (III стадия) развился острый аппендицит, осложненный разлитым перитонитом.

Больной оперирован – аппендэктомия, дренирование брюшной полости. После операции отмечено уменьшение суточного диуреза до 500 мл, нарастание мочевины крови до 25 ммоль/л (исходный уровень мочевины 11 ммоль/л), уровень «средних молекул» в крови 0,750 ед. при норме 0,240 ед.).

Ваш диагноз?

Причина развития осложнения?

План лечебных мероприятий?

Больная 25 лет поступила в клинику экстренно с жалобами на повышение температуры тела до 39-40 °С озноб, обильное потоотделение, слабость, тошноту, рвоту, тупую боль в поясничной области и в подреберье справа. При осмотре: частый пульс - до 100 уд./мин, ритмичный, язык чистый, влажный, живот при пальпации болезненный в правой половине. В анализах мочи: лейкоциты покрывают все поля зрения, бактериурия. В анализе крови: лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ повышена. При хромоцистоскопии индигокармин выделяется из левого устья на 5-й минуте интенсивно, из правого - на 8-й минуте.

1. Предположительный диагноз.

2. Какие дополнительные методы обследования можно использовать?

3. С чем следует провести дифференциальную диагностику?

4. Алгоритм Ваших действий

Больная Б. 61 года более 30 лет страдает сахарным диабетом. В течение последних 2 месяцев беспокоят отеки на ногах и лице, повышенная утомляемость, головные боли, диурез до 400 мл/сут. В течение последних 3 суток суточный диурез не превышает 100 мл. Объективно состояние тяжелое. АД - 180/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Почки не пальпируются. В анализе крови - гиперазотемия (креатинин - до 800 мкмоль/л, мочевина - 35 ммоль/л), гипергликемия, гиперкалиемия. При ультразвуковом исследовании почки уменьшены в размерах, паренхима их истончена. Дилатации чашечно-лоханочных систем нет.

1. Предположительный диагноз.

2. Какие дополнительные методы обследования можно использовать?

3. С чем следует провести дифференциальную диагностику?

4. Алгоритм Ваших действий

Больная, 24-х лет, обратилась к терапевту с жалобами на боли в правом подреберье, периодически возникающую тошноту, неустойчивы стул. Указанные расстройства усиливаются при физической нагрузке. Больной себя считает в течение 3-х лет.

Пациентка самостоятельно прощупала у себя в правом подреберье опухолевидное образование, смещаемое, умеренно болезненное. В связи с обнаружением опухоли в животе обратилась к врачу. Объективно: в положении больной на спине в правой половине живота пальпируется опухолевидное образование 8х9 см, легко смещаемое в подреберье. В вертикальном положении пациентки указанное образование находится в

правой подвздошной области, легко смещается в подреберье.

О каком заболевании следует думать?

Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Лечебная тактика?

Женщина, 20 лет, обратилась на прием к терапевту с жалобами на наличие безболезненного, подвижного опухолевидного образования в правой половине живота.

При осмотре: в правой половине живота пальпируется легко смещаемое образование бобовидной формы с ровной поверхностью. В положении стоя указанное образование определяется в подвздошной области.

Ваш предварительный диагноз?

Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Мужчина, 35 лет, обратился к урологу с жалобами на постоянные не интенсивные боли в поясничной области справа. По данным проведенного УЗИ почек имеет место расширение чашечно-лоханочной системы правой почки.

О каком заболевании следует думать?

Какие исследования надо провести для уточнения состояния правой почки?

Тактика лечения?

Больной М. 73 лет госпитализирован в экстренном порядке с жалобами на отсутствие мочи в течение 2 суток, артериальную гипертензию до 200/100 мм рт. ст. Из анамнеза известно, что 15 лет назад перенес нефрэктомию справа в связи с опухолью, страдает сахарным диабетом в течение 25 лет, ИБС, ГБ более 20 лет, 5 лет назад ОНМК.

Объективно состояние тяжелое, температура тела в норме, ЧСС – 65 ударов в минуту, АД - 200/110 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, не вздут.

Перитонеальные симптомы отрицательные. Левая почка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный слева. Простата не увеличена, гладкая, безболезненная при пальпации. При УЗИ единственная левая почка с четкими, неровными контурами, подвижна при дыхании. Паренхима однородная, толщиной 1,5 см. В верхнем сегменте почки киста до 6,0 см. Дилатации чашечно-лоханочной системы не отмечено, мочевого пузыря пуст. В анализах крови отмечено повышение креатинина до 430 мг, гиперкалиемия. 5 дней назад выполнена МСКТ с контрастированием, при которой в просвете аорты и в левых почечных артериях обнаружены множественные атеросклеротические бляшки, стенозирующие просвет более чем на 90%. В верхнем сегменте почки имеет место киста до 6,0 см. После проведения МСКТ самочувствие стало резко ухудшаться.

О каком заболевании следует думать?

Какие исследования надо провести для уточнения состояния правой почки?

Тактика лечения?

6. Критерии оценивания результатов обучения

Для зачета

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.	Продемонстрированы 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

Для тестирования:

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Разработчики:

1. Крупин Валентин Николаевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой урологии им. Е.В. Шахова
2. Власов Василий Валентинович, кандидат медицинских наук, доцент кафедры урологии им. Е.В. Шахова