

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

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ (КЛИНИЧЕСКАЯ) ПРАКТИКА 4

Специальность 31.08.68 Урология
код, наименование

Кафедра: урологии им. Е.В. Шахова

Форма обучения: очная

Нижний Новгород
2021

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

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по практике «Производственная (клиническая) практика 4» является неотъемлемым приложением к рабочей программе практики «Производственная (клиническая) практика 4». 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 4 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-6	Текущий	Раздел 1. Кабинет для проведения малотравматичных лечебно-диагностических мероприятий	Кейс-задание
ПК-1, ПК-2, ПК-6	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-6

Мальчик С, 5 лет, доставлен в клинику на консультацию с жалобами на слабость, плохое физическое развитие, анемию, полиурию. В анализах мочи, сделанных амбулаторно, колебание удельного веса от 1003 до 1011, следы белка, эритроциты 3-5, лейкоциты 2-4 в поле зрения. Мочевина крови 0.40г/л. Питание понижено. Почки не прощупываются, над лоном определяется переполненный мочевой пузырь. После натуживания мальчик помочился тонкой струей, переходящей в капли почти 10 минут. При этом выделил 200мл мочи, но мочевой пузырь не уменьшился. При осмотре выяснился выраженный фимоз. Мать подтвердила, что ребенок с рождения мочится с трудом. На обзорной урограмме теней конкрементов нет.

Какое заболевание можно заподозрить?

Что следует предпринять для уточнения диагноза?

Лечебная тактика?

У пациента М., 19 лет жалобы на увеличение левой половины мошонки и чувство тяжести в ней. При осмотре в левой половине мошонки пальпируются расширенные вены гроздьевидного сплетения, наполнение их увеличивается при напряжении. Яички в мошонке.

1. Диагноз?

2. Лечение?

Пациенту 36 лет четыре года назад проведена пластика гидронефроза слева. В течение трех месяцев беспокоят ноющие боли в поясничной области слева после физической нагрузки. На обзорной урограмме тени $2,5 \times 1,5$ и $1,0$

$\times 0,8$ см в проекции левой почки. На экскреторных урограммах функция левой почки снижена, гидронефроз, рецидив стриктуры ПУС. Тени камней наслаиваются на пиелоуретральный сегмент и нижнюю группу чашечек.

Справа изменений чашечно-лоханочной системы и мочеточника не обнаружено.

1. Предварительный диагноз.

2. Какие дополнительные обследования необходимо провести.

3. Какие рентгенологические признаки указывают на то, что тень на обзорной урограмме имеет отношение к мочевым путям.

4. Предпочтительный метод оперативного лечения.

5. Методы вторичной профилактики осложнений.

Пациентка, 28 лет, обратилась с жалобами на тянущие эпизодические тупые боли в левой подвздошной области. Данные жалобы беспокоят на протяжении длительного времени, усиливаются к вечеру. При осмотре в левой подвздошной области пальпируется умеренно болезненное образование.

1. Предполагаемый диагноз.

2. Какие обследования необходимо провести.

3. Дальнейшая тактика.

Больной, 48 лет, обратился к урологу поликлиники с жалобами на выделение спермы бурого цвета. При микроскопии спермы отмечено большое количество эритроцитов.

1) Возможная причина гемоспермии?

2) Тактика врача в этой ситуации?

3) Методы дообследования?

4) Тактика лечения.

5) Профилактика осложнений?

У больной С., 27 лет, внезапно появились острые боли в поясничной области слева, иррадиирующие в бедро;

поведение больной беспокойное, мочеиспускание учащено.

Анализ мочи без патологических изменений.

1. Ваш предположительный диагноз?

2. Ваши диагностические мероприятия?

3. Лечебная тактика.

У больного К., 40 лет, в течение трех дней отмечаются боли в пояснице справа, сопровождающиеся повышением температуры тела до $39-40^\circ\text{C}$, ознобами. Из анамнеза известно, что год назад обнаружен камень в верхней трети правого мочеточника размером $1 \times 1,5$ см. Тогда же была предложена операция, от чего пациент отказался.

Объективно: состояние тяжелое, вял, адинамичен. Артериальное давление $110/80$ мм рт.ст. Живот мягкий, резко болезненный в правом подреберье. Симптом Пастернацкого резко

положителен справа.

В анализе крови нейтрофилов $16 \times 10^6/\text{л}$, палочкоядерных нейтрофилов 21%. В анализе мочи лейкоциты покрывают густым слоем все поля зрения.

1. Ваш диагноз?

2. Какие обследования Вы считаете необходимым провести для подтверждения Вашего предположения?

3. Какую терапию предлагаете?

Больная, 35 лет, поступила в клинику с жалобами на боли в поясничной области слева, повышение температуры тела до 39°C , озноб. Заболела впервые. Правильного телосложения. Пульс 100

уд. в 1 мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. В

легких везикулярное дыхание, живот мягкий. Симптом Пастернацкого положителен слева. Почки не пальпируются. Пальпация левой почки (ее области) резко болезненная.

Дизурии нет. Макрогематурия, лейкоцитурия. На обзорном снимке мочевой системы слева, на уровне поперечного отростка III поясничного позвонка тень, подозрительная на конкремент размерами 4×4 мм. На экскреторных урограммах патологических изменений в чашечно-лоханочной системе правой почки нет. Пассаж контрастного вещества по мочеточнику не нарушен. Слева умеренная пиелэктазия. Расширение мочеточника выше тени конкремента. При полипозиционной урографии тень конкремента совпадает с тенью мочеточника, выполненного контрастным веществом. По данным УЗИ, левая почка увеличена в размерах, полостная система расширена, паренхима диффузно утолщена (до 25 мм), однородной плотности.

1. Ваш диагноз?

2. Какие обследования Вы считаете необходимым провести для подтверждения Вашего предположения?

3. Какую терапию предлагаете?

Больная, 40 лет, поступила в клинику с жалобами на тупые боли в поясничной области справа, временами повышение температуры до 37.9°C , выделение мутной мочи, повышение артериального давления до 180/105 мм рт.ст. Неоднократно находилась на обследовании и лечении в урологических стационарах по поводу хронического пиелонефрита. Пульс 88 уд. в минуту, ритмичный, напряженный. АД 180/105 мм рт.ст.

Тоны сердца приглушены. Живот мягкий. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого слабopоложителен справа. Дизурии нет. Лейкоцитурия. После физической нагрузки АД 195/120 мм рт.ст. На обзорном снимке мочевой системы в проекции мочевых путей теней конкрементов не отмечено. Контурь почек определяются нечетко. Обращает на себя внимание уменьшение размеров правой почки. На экскреторных урограммах патологических изменений в чашечнолоханочной системе и мочеточнике левой почки не выявлено. Справа почка размером 10×8 см бобовидной формы с неровной поверхностью. Чашечки деформированы, местами колбовидной формы. По данным УЗИ почек отмечено уменьшение в размерах правой почки, паренхима неоднородной плотности толщиной 6-7 мм.

1. Ваш диагноз?

2. Какие обследования Вы считаете необходимым провести для подтверждения Вашего предположения?

3. Какую терапию предлагаете?

Больная, 30 лет, доставлена из поликлиники в приемное отделение больницы с диагнозом «Острый пиелонефрит справа». Больна в течение двух дней, когда появились боли в поясничной области справа, повысилась температура до 38.7°C , был озноб. К врачу не обращалась, не лечилась. Состояние средней тяжести, кожные покровы гиперемированы. Пульс 108 уд. в 1 мин. Ритмичный. Язык сухой, обложен белым

налетом. Живот мягкий. Почки не пальпируются. Пальпация области правой почки болезненна. Симптом Пастернацкого положителен справа. Лейкоцитоз 20000, лейкоцитурия (до 40 лейкоцитов в поле зрения). На обзорном снимке мочевого пузыря тень конкремента не видно. Справа контур поясничной мышцы не определяется. Тень почек не видно.

1. Ваш диагноз?
2. Какие обследования Вы считаете необходимым провести для подтверждения Вашего предположения?
3. Какую терапию предлагаете?

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: кейс задания по разделам практики.

5.1.1. Кейс задания зачету по практике «Производственная (клиническая) практика 4» для оценки компетенции ПК-1, ПК-2, ПК-6,

Больной С., 65 лет, жалуется на появление позывов к мочеиспусканию при ходьбе и тряской езде. Иногда происходит прерывание струи мочи.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Что Вы предлагаете для его подтверждения?
3. Какую терапию предлагаете?

Больная К. 48 лет поступила в экстренном порядке с жалобами на приступообразную боль в правой поясничной области, отсутствие мочи в течение суток, озноб, повышение температуры тела. Из анамнеза известно, что пациентка страдает мочекаменной болезнью с 20 лет, 5 лет назад диагностирован коралловидный камень левой почки, сморщивание левой почки, в связи с чем выполнена нефрэктомия слева. Тогда же диагностирован камень средней чашечки правой почки. Вышеописанные жалобы возникли внезапно, после тряской езды, погрешности в диете. При осмотре: состояние средней тяжести, кожные покровы сухие. В анализах крови: азотемия, анемия, лейкоцитоз. При пальпации: живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Симптом Пастернацкого положительный справа. При УЗИ отмечается выраженная дилатация чашечно-лоханочной системы правой почки, мочеточник в верхней трети расширен до 1,0 см, в его проекции отмечается гиперэхогенное образование 1,0×1,2 см; мочевого пузыря пуст. При дыхании подвижность почки отсутствует.

1. Предположительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования можно использовать?
3. С чем следует провести дифференциальную диагностику?
4. Алгоритм Ваших действий

Больной Ш. 41 года поступил с жалобами на тупую боль в поясничных областях, лихорадку до 38°C, уменьшение диуреза до 150 мл/сут. В течение 10 лет страдает почечнокаменной болезнью, неоднократно отходили конкременты, выполнялись сеансы дистанционной ударно-волновой литотрипсии. Вышеуказанные жалобы беспокоят в течение 2 суток. При поступлении состояние средней тяжести. Температура тела - 37,8°C, ЧСС – 100 ударов в минуту. Живот мягкий, диффузно болезненный. Перитонеальные симптомы отрицательны. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. При УЗИ почек обнаружена дилатация чашечно-лоханочных систем с обеих сторон. Выполнена МСКТ почек, при которой в нижних третях мочеточников выявлены камни и уретерогидронефроз с обеих сторон.

1. Предположительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования можно использовать?

3. С чем следует провести дифференциальную диагностику?

4. Алгоритм Ваших действий

В больницу госпитализирована больная, у которой 6 месяцев назад был диагностирован камень нижней трети правого мочеточника. Уже 2 дня как после перенесения ангины у больной усилилась боль в правой поясничной области, поднялась температура до 38°C. Госпитализирована. Ваша тактика в отношении этой больной?

1. Предположительный диагноз.

2. Какие дополнительные методы обследования можно использовать?

3. С чем следует провести дифференциальную диагностику?

4. Алгоритм Ваших действий

Больной 78 лет жалуется на боли в надлобковой области при ходьбе, учащение мочеиспускания, внезапное прекращение струи и возобновление ее после перемены положения тела. Периодически отмечает примесь крови в моче в конце акта мочеиспускания.

1. Диагноз?

2. Диагностика?

3. Лечение?

У больной 23 лет, имеются боли в левой подвздошной области. Анализ мочи без патологии. На обзорной урограмме, в проекции малого таза слева, имеется тень 4х6 см. Экскреторная урография не произведена из-за непереносимости контрастного вещества.

1. Предположительный диагноз.

2. Какие дополнительные методы обследования можно использовать?

3. С чем следует провести дифференциальную диагностику?

4. Алгоритм Ваших действий

У больного 23 лет выраженное помутнение мочи вследствие примеси лейкоцитов и бактерий, однако неизвестна локализация воспалительного процесса.

1. Предположительный диагноз.

2. Какие дополнительные методы обследования можно использовать?

3. С чем следует провести дифференциальную диагностику?

4. Алгоритм Ваших действий

Пациент В. 29 лет длительное время предъявляет жалобы на учащенное мочеиспускание малыми порциями, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря, снижение интенсивности струи мочи. Ухудшение состояния отмечает на фоне переохлаждения, длительного сидячего положения, злоупотребления алкоголем.

Ваш диагноз.

Какие дополнительные исследования необходимо провести?

Лечебная тактика.

Мужчина, 26-ти лет, доставлен в приемный покой больницы с жалобами на болезненное, учащенное мочеиспускание, повышение температуры тела до 40°C, ознобы. Болен 3 дня. При ректальном исследовании отмечено увеличение предстательной железы, последняя резко болезненная, в правой доле определяется зона флюктуации.

Ваш диагноз.

Какие дополнительные исследования необходимо провести?

Лечебная тактика.

Больной 35 лет обратился в поликлинику, по поводу тупых болей в крестцовой области, в паховой области, иррадиирующих в мошонку, временами резь при мочеиспускании. Живот мягкий, безболезненный. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Предстательная железа обычных размеров, гладкая болезненная при пальпации, правая ее доля отечна. Лейкоцитурия в третьей порции, в секрете простаты - большое количество лейкоцитов.

Заболеванием какого органа можно объяснить указанную симптоматику?

1. Ваш диагноз.
2. Какие необходимые инструментальные и лабораторные методы обследования следует выполнить?
3. Алгоритмы Ваших действий.

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 незначительные 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 незначительные ошибки.
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены незначительные 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