

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Мальцев Сергей Борисович
Должность: Ректор
Дата подписания: 01.09.2024 12:44:08
Уникальный программный ключ:
1bcb6e8dd25337659310c8c6c08f3bb1f12d77b7

**ЧАСТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ»
(ЧОУВО «СПбМСИ»)**

УТВЕРЖДАЮ

Ректор _____ С.Б. Мальцев

29 августа 2024 г.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДИСЦИПЛИНЫ
«УРОГИНЕКОЛОГИЯ»**

Специальность	<u>31.08.01 Акушерство и гинекология</u>
Квалификация	<u>врач-акушер-гинеколог</u>
Форма обучения	<u>очная</u>
Срок освоения ОПОП	<u>2 года</u>
Кафедра	<u>хирургии и урологии им. профессора Б. И. Мирошников</u>

**Санкт-Петербург
2024 г.**

При разработке фонда оценочных средств в основу положен ФГОС ВО по специальности 31.08.01 Акушерство и гинекология (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденный Министерством образования и науки РФ 25.08.2014 г., приказ №1043.

Фонд оценочных средств одобрен на заседании кафедры хирургии и урологии им. профессора Б. И. Мирошникова от 26.06.2024г., протокол №6, рассмотрен на заседании Ученого совета Института от 29.08.2024 г., протокол №1.

Заведующий кафедрой _____ С. В. Попов

Разработчики:

Старший преподаватель кафедры хирургии и урологии
им. профессора Б. И. Мирошникова

Сулейманов М.М.

Рецензент:

Татарова Н. А., акушер-гинеколог высшей категории, гинеколог-эндокринолог,
профессор, доктор медицинских наук

**ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДИСЦИПЛИНЫ
«УРОГИНЕКОЛОГИЯ»**

Индекс компетенции	Формулировка компетенции	Оценочные средства	Номер оценочных средств из перечня
ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	контрольные вопросы	1-27
		тестовые задания	1-25
		ситуационные задачи	1-5
		рефераты	1-14
ПК-6	готовность к ведению, родовспоможению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании акушерско-гинекологической медицинской помощи	контрольные вопросы	1-27
		тестовые задания	1-25
		ситуационные задачи	1-5
		рефераты	1-14

1. ПЕРЕЧЕНЬ КОМПЕТЕНЦИЙ С УКАЗАНИЕМ ЭТАПОВ ИХ ФОРМИРОВАНИЯ, УРОВНЯ ОСВОЕНИЯ, ШКАЛЫ ОЦЕНИВАНИЯ И ОБОБЩЕННЫХ КРИТЕРИЕВ ПРОВЕРКИ СФОРМИРОВАННОСТИ КОМПЕТЕНЦИЙ

№ п/п	Код и наименование компетенции	Этапы формирования компетенции	Уровень освоения компетенции	Шкала оценивания	Критерии оценивания
1	ПК-5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией	Знать: современные методы клинической лабораторной диагностики больных с инфекционными и неинфекционными заболеваниями, необходимые для постановки диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и	Повышенный уровень сформированности компетенции	«отлично»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает глубокие знания, демонстрирует умения и навыки решения сложных задач. Способен самостоятельно решать проблему/задачу на основе изученных методов, приемов и

	ей болезней и проблем, связанных со здоровьем	<p>проблем, связанных со здоровьем.</p> <p>Уметь: выбирать по показаниям и использовать в профессиональной деятельности возможности различных методов клиничко-диагностического обследования и оценки функционального состояния организма для своевременной диагностики заболевания. Интерпретировать результаты лабораторных методов исследования.</p> <p>Владеть: владеть методами назначения и интерпретации результатов лабораторного обследования с целью диагностики и дифференциальной диагностики основных клинических синдромов</p>	<p>Высокий уровень сформированности компетенции</p> <p>Пороговый уровень сформированности компетенции</p> <p>Компетенция не сформирована</p>	<p>«хорошо»/ «зачтено»</p> <p>«удовлетворительно»/ «зачтено»</p> <p>«неудовлетворительно» /«не зачтено»</p>	<p>технологий.</p> <p>Компетенция освоена. Обучающийся показывает полноту знаний, демонстрирует умения и навыки решения типовых задач в полном объеме.</p> <p>Компетенция освоена. Обучающийся показывает общие знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции, имеет представление об их применении, но применяет их с ошибками.</p> <p>Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.</p>
2	ПК-6 - готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании акушерско-гинекологической медицинской помощи	<p>Знать: методы клиничко-диагностического обследования органов и систем при лечении пациентов, нуждающихся в акушерско-гинекологической медицинской помощи</p> <p>Уметь:</p>			

		<p>применять знания, полученные на теоретических занятиях по составлению алгоритмов клиничко-диагностического обследования при ведении пациентов, нуждающихся в оказании акушерско-гинекологической медицинской помощи</p> <p>Владеть: навыками применения клиничко-лабораторного обследования органов и систем при ведении и лечении пациентов, нуждающихся в оказании акушерско-гинекологической медицинской помощи</p>			
--	--	--	--	--	--

2. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ, ШКАЛЫ ОЦЕНИВАНИЯ ПО ВИДАМ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

2.1. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
1.	Контрольные вопросы	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.	Перечень контрольных вопросов	Полнота раскрытия темы; Знание основных понятий в рамках обсуждаемого вопроса, их взаимосвязей между собой и с другими вопросами дисциплины (модуля); Знание основных методов изучения определенного вопроса; Знание основных практических проблем и следствий в рамках обсуждаемого вопроса; Наличие представления о перспективных направлениях разработки рассматриваемого вопроса
2.	Тестовые задания	Система заданий, позволяющая стандартизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.	Фонд тестовых заданий	Критерии оценки вопросов теста в зависимости от типов формулируемых вопросов.
3.	Ситуационные задачи	Проблемная задача на основе реальной профессионально-ориентированной ситуации, имеющая варианты решений. Позволяет оценить умение применить знания и аргументированный выбор варианта решения	Набор ситуационных задач	Грамотность определения содержащейся в задаче проблемы; корректность оперирования профессиональной терминологией при анализе и решении задачи; адекватность применяемого способа решения ситуационной задачи.
4.	Рефераты	Продукт самостоятельной	Темы рефератов	Содержательные: соответствие

		<p>работы обучающегося, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.</p>	<p>содержания работы заявленной теме; степень раскрытия темы; наличие основных разделов: введения, основной части, заключения; обоснованность выбора темы, ее актуальности; структурирование подходов к изучению рассматриваемой проблемы (рубрикация содержания основной части); аргументированность собственной позиции; корректность формулируемых выводов.</p> <p>Формальные:</p> <p>объем работы составляет от 20 до 30 страниц; форматирование текста (выравнивание по ширине, 12 шрифт, 1.5 интервал); соответствие стиля изложения требованиям научного жанра; грамотность письменной речи (орфография, синтаксис, пунктуация); перечень используемых литературных источников (содержит не менее 10 источников, 70% которых - научные и учебно-методические издания; из них более 50% - литература, опубликованная за последние 5 лет).</p>
--	--	---	---

2.2. ШКАЛЫ ОЦЕНИВАНИЯ ПО ВИДАМ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Оценки отлично (5), хорошо (4), удовлетворительно (3): зачтено

Оценка неудовлетворительно (2): не зачтено

Собеседование по контрольным вопросам

Оценка	Описание
Отлично	Обучающийся исчерпывающе знает весь программный материал, отлично понимает и прочно усвоил его. На вопросы (в пределах программы) дает правильные, сознательные и уверенные ответы. В различных практических заданиях умеет самостоятельно пользоваться полученными знаниями. В устных ответах и письменных работах пользуется литературно правильным языком и не допускает ошибок.
Хорошо	Обучающийся знает весь требуемый программой материал, хорошо понимает и прочно усвоил его. На вопросы (в пределах программы) отвечает без затруднений. Умеет применять полученные знания в практических заданиях. В устных ответах пользуется литературным языком и не делает грубых ошибок. В письменных работах допускает только незначительные ошибки.
Удовлетворительно	Обучающийся обнаруживает знание основного программного учебного материала. При применении знаний на практике испытывает некоторые затруднения и преодолевает их с небольшой помощью преподавателя. В устных ответах допускает ошибки при изложении материала и в построении речи. В письменных работах делает ошибки.
Неудовлетворительно	Обучающийся обнаруживает незнание большей части программного материала, отвечает, как правило, лишь на наводящие вопросы преподавателя, неуверенно. В письменных работах допускает частые и грубые ошибки.

Тестовые задания

Границы в процентах	Оценка
90-100	Отлично
80-89	Хорошо
70-79	Удовлетворительно
0-69	Неудовлетворительно

Разбор ситуационных задач

Оценка	Описание
Отлично	Демонстрирует полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены, получены исчерпывающие ответы на все вопросы.
Хорошо	Демонстрирует значительное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены.
Удовлетворительно	Демонстрирует частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены.
Неудовлетворительно	Демонстрирует непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу. Выполненная попытка решить задачу

Оценка	Описание
	неправильная.

Рефераты

Оценка	Описание
Отлично	Цель написания реферата достигнута, задачи решены. Актуальность темы исследования корректно и полно обоснована. Собственная позиция аргументирована. Сформулированные выводы корректны. Формальные требования полностью соблюдены.
Хорошо	Цель и задачи выполнения реферата достигнуты. Актуальность темы реферата подтверждена. Собственная позиция аргументирована не в полной мере. Сформулированные выводы корректны. Формальные требования полностью соблюдены.
Удовлетворительно	Цель и задачи реферата достигнуты частично. Актуальность темы реферата определена неубедительно. Собственная позиция аргументирована не в полной мере. Сформулированные выводы корректны частично. В реферате выявлены отклонения от формальных требований.
Неудовлетворительно	Цель и задачи исследования в реферате не достигнуты. Содержание работы не соответствует заявленной теме. Актуальность темы реферата не указана. Собственная позиция не аргументирована. Отсутствует логика содержания материала. Сформулированные выводы корректны частично. Реферат выполнен со значительными отклонениями от формальных требований.

3. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ КОНТРОЛЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ

3.1. Оценочные средства для текущего контроля

3.1.1. Контрольные вопросы

1. Анатомо-физиологические особенности мочевой системы у беременных и при гинекологических заболеваниях
2. Причины изменений органов мочевой системы у беременных. Расширение и гипокинезия верхних мочевых путей.
3. Гипотония детрузора, венозный застой в малом тазу. Гормональный фон и состояние иммунной системы.
4. Причины изменений в органах мочевой системы и нарушения уродинамики при гинекологических заболеваниях.
5. Этиопатогенез и особенности течения инфекций нижних мочевых путей (ИНМП) у женщин
6. Распространенность ИНМП у женщин в различные возрастные периоды. Пути проникновения инфекции в мочевой пузырь, структура наиболее частых уропатогенов, структура редких уропатогенов, местные и общие факторы, способствующие появлению и прогрессированию ИНМП.
7. Острые и хронические циститы. Цистоскопическая картина острых и хронических циститов. Клиническая картина. Методы лабораторной диагностики. Дифференциальная диагностика. Оценка лабораторных и микробиологических результатов исследований.
8. Пути проникновения инфекции в почку. Структура уропатогенов. Факторы, способствующие развитию пиелонефрита. Патогенез острого пиелонефрита.
9. Методы исследования верхних мочевых путей у беременных

10. Лабораторная и инструментальная диагностика пиелонефрита: обязательные, рекомендуемые, факультативные и не рекомендуемые методы исследования. Значение бактериологических исследований мочи для определения тактики лечения.
11. Пиелонефрит и беременность. Классификация пиелонефритов. Особенности клинической картины заболевания у беременных. Дифференциальная диагностика с острыми заболеваниями органов брюшной полости, инфекционными заболеваниями, заболеваниями дыхательных путей.
12. Бактериемический шок у беременных с пиелонефритом. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика.
13. Современные принципы лечения ИВМП, антибактериальная терапия, фототерапия, диспансерное наблюдение
14. Группы антибактериальных препаратов, используемых для лечения ИВМП. Антибиотики и другие препараты, которые не рекомендуется применять для лечения пиелонефрита беременных.
15. Методы восстановления пассажа мочи при обструктивных пиелонефритах. Противорецидивное лечение.
16. Фитотерапия. Лечение гнойных форм пиелонефрита у беременных.
17. Классификация расстройств мочеиспускания у женщин. Причины расстройств мочеиспускания.
18. Дифференциальная диагностика причин расстройств мочеиспускания. Формирование алгоритма обследования в зависимости от причин расстройств мочеиспускания.
19. Специальные методы исследования в идентификации причин расстройств мочеиспускания.
20. Причины стресс-недержания мочи у женщин, диагностика
21. Определения понятия, этиопатогенез стресс-недержания мочи у женщин. Стадии течения заболевания.
22. Значение состояния мышц тазового дна в развитии стресс-недержания мочи. Диагностика заболевания. Дифференциальная диагностика от других видов недержания мочи.
23. Лечение и реабилитация женщин со стресс-недержанием мочи
24. Консервативное лечение. Показания, противопоказания, результаты. Хирургическое лечение. Показания.
25. Слинговые операции. Ближайшие и отдаленные результаты. Операции по укреплению мышц тазового дна. Результаты.
26. Гиперактивный мочевой пузырь (ТАМИ). Определение понятия. Частота, патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
27. Роль специальных методов исследования в диагностике и оценке эффективности лечения ГАМ

3.1.2. Тестовые задания

(Выберите один или несколько правильных ответов):

1. К факторам, вызывающим изменение мочевой системы при беременности, относятся все перечисленные, кроме
 - а) эндокринных
 - б) температурных
 - в) механических
 - г) нейрогуморальных
2. Нарушения уродинамики отмечаются обычно
 - а) с 2-4-й недели беременности
 - б) с 5-6-й недели беременности
 - в) с 7-10-й недели беременности

- г) с 11-20-й недели беременности
 - д) с 21-30-й недели беременности
- 18

3. Диурез увеличивается у беременной:

- а) в первом триместре
- б) во втором триместре
- в) в третьем триместре
- г) в первом и втором триместре
- д) во втором и третьем триместре

4. Диурез у беременной уменьшается:

- а) в первом триместре
- б) во втором триместре
- в) в третьем триместре
- г) в первом и втором триместре
- д) в первом и третьем триместре

5. Максимальное увеличение емкости мочевого пузыря соответствует

- а) 1-2 месяцам беременной матки
- б) 3-4 месяцам беременной матки
- в) 5-6 месяцам беременной матки
- г) 7-8 месяцам беременной матки
- д) 9 месяцам беременной матки

6. Наибольшее смещение мочевого пузыря вызывает

- а) ягодичное предлежание плода
- б) головное предлежание плода при глубоком стоянии головки
- в) поперечное предлежание плода
- г) головное предлежание плода при высоком стоянии головки

7. Нормальная функция мочевого пузыря восстанавливается после родов

- а) на 1-3-й неделе
- б) на 4-6-й неделе
- в) на 9-10-й неделе
- г) на 11-15-й неделе
- д) на 16-20-й неделе

8. Наиболее щадящим методом диагностики урологической патологии при беременности является

- а) инструментальный
- б) радиологический
- в) рентгенологический
- г) ультразвуковой
- д) ядерно-магнитный

9. Наибольшее влияние на беременность оказывает

- а) удвоение мочевых путей
- б) поясничная дистопия почек
- в) тазовая дистопия почек
- г) перекрестная поясничная дистопия
- д) нефроптоз

10. Острый пиелонефрит беременных развивается при первой беременности чаще всего

- а) в 1-2-й месяц беременности
- б) на 2-3-й месяц беременности
- в) на 4-5-й месяц беременности
- г) на 6-7-й месяц беременности
- д) на 8-9-й месяц беременности

11. При повторных беременностях острый пиелонефрит чаще всего развивается

- а) в 1-й месяц беременности
- б) на 2-3-й месяц беременности
- в) на 4-5-й месяц беременности
- г) на 6-7-й месяц беременности
- д) на 8-9-й месяц беременности

12. Основными рентгенологическими признаками пиелонефрита беременных при экскреторной урографии являются все перечисленные, исключая:

- а) нормальные размеры почки
- б) увеличение почки
- в) "белую почку"
- г) сдавленные и изъязвленные чашечки

13. Эффективному лечению пиелонефрита беременных способствует одно из условий

- а) антибиотикотерапия
- б) применение уроантисептиков и диуретиков
- в) восстановление уродинамики
- г) санация первичных гнойных очагов
- д) верно все вышеперечисленное

14. Показанием к срочному оперативному лечению пиелонефрита беременных является

- а) олигурия
- б) высокая лихорадка
- в) уретерогидронефроз
- г) хроническая почечная недостаточность
- д) острый гнойный пиелонефрит

15. Тонус верхних мочевых путей и уродинамика после родов у женщин нормализуется через:

- а) одну неделю
- б) 2-4 недели
- в) 2 месяца
- г) 4 месяца
- д) 6 месяцев

16. Прерывание беременности показано

- а) при одиночном камне лоханки почки
- б) при оксалатурии
- в) при камне чашечки почки
- г) при одиночном камне мочеточника (размером 3|3 мм)
- д) при двусторонних камнях почек и хронической почечной недостаточности

17. Оптимальные сроки для планового оперативного лечения мочекаменной болезни при

беременности

- а) 1-3 недели беременности
- б) 4-8 недель беременности
- в) 9-12 недель беременности
- г) 14-18 недель беременности
- д) 19-20 недель беременности

18. Частота вовлечения мочевой системы при воспалительных заболеваниях половых органов составляет

- а) 5%
- б) 20%
- в) 21-25%
- г) 31-40%
- д) 50%

19. Изменения в мочевой системе при опухолях гениталий зависят

- а) от размеров опухоли гениталий
 - б) от локализации опухоли гениталий
 - в) от нейрогуморального воздействия
 - г) от гормональных сдвигов
 - д) от всего перечисленного
- 21

20. Частота поражения почек и мочеточников при фибромиомах матки составляет

- а) 10% случаев
- б) 20% случаев
- в) 30% случаев
- г) 40% случаев
- д) 50% случаев

21. Удаление миомы матки абсолютно показано

- а) при дизурии
- б) при цисталгии
- в) при цистите
- г) при нарушении уродинамики и частных обострениях пиелонефрита

22. Эндометриоз мочевого пузыря чаще всего диагностируется в возрасте

- а) 10-20 лет
- б) 21-30 лет
- в) 31-40 лет
- г) 41-50 лет
- д) 51-60 лет

23. Основным методом диагностики эндометриоза мочевого пузыря является

- а) ультразвуковое исследование
- б) экскреторная урография
- в) нисходящая цистография
- г) восходящая цистография
- д) цистоскопия

24. Основным методом лечения эндометриоза мочевого пузыря у женщин в климактерическом периоде является

- а) инстилляция дибунола

- б) диатермокоагуляция
- в) резекция мочевого пузыря
- г) цистэктомия
- д) лучевая и гормональная терапия

25. Возможны следующие виды повреждений мочеточников при гинекологических операциях

- а) рассечение
- б) перевязка
- в) раздавливание
- г) удаление терминального отдела
- д) все перечисленное

3.1.3. Ситуационные задачи

Задача № 1.

Больная 28 лет. При сроке беременности 19 нед, через 12 дней после перенесенной ангины, вновь повысилась температура тела, появились олигурия, отеки, артериальное давление поднялось до 180/110 мм рт. ст. В связи с острой почечной недостаточностью применен гемодиализ. Доставлена в клинику при сроке беременности 33—34 нед. При поступлении состояние больной тяжелое. Отмечаются одышка, отеки в области поясницы и брюшной стенки; артериальное давление 195/95 мм рт. ст. В моче белок 16,5 г/л, эритроциты и лейкоциты густо покрывают все поля зрения, гиалиновые цилиндры; относительная плотность мочи 1,009.

При исследовании мочи по Каковскому—Аддису количество лейкоцитов 8,28-106 /сут, эритроцитов 387,54 .106 /сут, цилиндров 1,08 .105 . Клубочковая фильтрация составила 53 мл/мин, канальцевая реабсорбция 99,6%. Анализ крови: эр 2,7.10¹² в 1 мл, Нв 69 г/л, л 12,6-109 в 1 мкл, СОЭ 59 мм/ч. Остаточный азот крови увеличился с 0,49 до 1,19 г/л. Мочевина крови— 11,3 ммоль. Учитывая тяжесть состояния больной, решено срочно прервать беременность на фоне лечения оксациллином, преднизолоном, фуросемидом (лазиксом), неоконпенсаном, , дибазолом, папаверином, кислородом и витаминами. После вскрытия плодного пузыря плод принял поперечное положение, произошла преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, сопровождавшаяся обильным кровотечением. Произведено абдоминальное кесарево сечение. Извлечен мальчик массой 2050 г и длиной тела 46 см в состоянии асфиксии. Ребенок умер через 3 ч. Послеоперационный период осложнился гипокоагуляцией, анемией, двусторонней бронхопневмонией, эндомиометритом. Активный воспалительный процесс в почках продолжался. Остаточный азот и мочевина крови оставались высокими. На 40-й день после операции больная переведена в нефрологическое отделение.

Вопросы:

- 1) Ваш диагноз?
- 2) Чем обусловлена тяжесть состояния больной перед преждевременным родоразрешением?
- 3) Каким развившимся осложнением можно объяснить гипокоагуляцию в послеоперационном периоде?
- 4) Рекомендации по укреплению здоровья

Задача № 2.

Больная 27 лет. Поступила с четвертой беременностью при сроке 20 нед. 8 лет назад во время первой беременности артериальное давление поднялось до 180/120 мм рт. ст., появились отеки и протеинурия до 10 г/л. При сроке 30 нед развилась преэклампсия, и плод погиб внутриутробно. Через год — вторая беременность. Она сопровождалась такой же клинической картиной, преэклампсией и рождением мертвого плода при сроке беременности 32 нед. После родоразрешения артериальное давление оставалось повышенным, составляло 260/120 мм рт.

ст. и практически не поддавалось лечению. Еще через 2 года произошел самопроизвольный аборт при сроке беременности 10 нед. В 25 лет госпитализирована в Институт кардиологии РАМН, где произвели пункционную биопсию почки: диагностирован мембранозно—пролиферативный хронический гломерулонефрит. Выявлены увеличение левого желудочка сердца, клубочковая фильтрация составила 116 мл/мин. Артериальное давление удалось снизить со 180/120 до 140/90 мм рт. ст. Выписана с клиническим диагнозом: гипертоническая форма хронического гломерулонефрита с сохранной функцией почек. Настоящая беременность четвертая. С IV месяца состояние больной ухудшилось. Вновь повысилось артериальное давление, которое не удавалось снизить назначением дибазола, папаверина, клофелина, допегита. Поступила с жалобами на головную боль, одышку при физической нагрузке. Отеков не было. Граница сердца расширена влево до среднеключичной линии. На верхушке сердца выслушивался дующий систолический шум, акцент II тона на аорте. Артериальное давление 170/100 мм рт. ст. В моче белок 0,23-1,98 г/л. Относительная плотность мочи 1,022, лейкоцитов 8—10 в поле зрения, эритроциты единичные, выщелоченные, цилиндры гиалиновые и зернистые, единичные. Анализ крови: Нb 112 г/л, эр. 6,8-1012 в 1 мкл; СОЭ 43 мм/ч. На глазном дне сужение артерий сетчатки. Остаточный азот крови составил 0,27 г/л, мочевины крови 5,66 ммоль/л, общий белок крови 63 г/л, холестерин крови 4,37 ммоль/л, клубочковая фильтрация почек 58,4 мл/мин, канальцевая реабсорбция 98,8%. Плод погиб внутриутробно на 2-й день после госпитализации женщины.

Вопросы:

- 1) Ваш диагноз?
- 2) Что явилось причиной развития хронического поражения почек?
- 3) Что послужило причиной невынашивания и антенатальной смерти плодов при всех последующих беременностях?

Задача № 3.

Больная 24 лет. В самом начале беременности выявлены обширные отеки, и больная направлена в терапевтическое отделение, где диагностирован хронический гломерулонефрит. Беременность было рекомендовано прервать, но больная категорически отказалась. При сроке беременности 18 нед поступила с массивными отеками лица, рук, живота, ног, поясницы. Артериальное давление 110/70 мм рт. ст. В моче 9,9 г/л белка, относительная плотность мочи 1,008—1,021, выщелоченных эритроцитов 30—40 в поле зрения, зернистые цилиндры. Проба Нечипоренко: эритроцитов 106 .103 , лейкоцитов 4,25.103. Анализ крови: эр 2,7.1012 — 3,4.1012 в 1 мкл, Нb 77-102 г/л, л 6,2- 109 в 1 мкл, СОЭ 56 мм/ч. Общий белок крови 46—63 г/л, холестерин крови 6,8—9,8 ммоль/л, остаточный азот 0,195—0,265 г/л. Содержание натрия в сыворотке крови 147 ммоль/л, калия 4,86 ммоль/л, кальция 2,1 ммоль/л. Клубочковая фильтрация почек 34 мл/мин, канальцевая реабсорбция 97,2%. Почечный кровоток 454 мл/мин. Состояние плода оставалось удовлетворительным. Лечение: трансфузии альбумина (5 раз — 1,25л), плазмы (4 раза —1,25л), крови (6 раз — 1,5 л), гипотиазид, верошпирон, микроволновая

терапия на область почек. Отеки значительно уменьшились, протеинурия, гипопропротеинемия и анемия стали менее выраженными. При сроке беременности 38 нед произведено кесарево сечение. Родился живой мальчик массой 2800 г, длиной 47 см в удовлетворительном состоянии. Мать и ребенок выписаны через 2 нед.

Вопросы:

- 1) Ваш диагноз?
- 2) Чем обусловлено внутривенное введение альбумина?
- 3) Отсутствие каких синдромов обусловило благоприятный прогноз для данной пациентки?
- 4) Что в тактике ведения больной также обусловило благоприятный прогноз?

Задача № 4.

Вы - дежурный врач приёмного покоя. Первобеременная 25 лет доставлена «машиной скорой помощи» с беременностью сроком 24-25 недель и с жалобами на резкую боль в правой

поясничной области, повышение температуры тела до 38,5 С, озноб, частое болезненное мочеиспускание. Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Симптом Пастернацкого справа резко положительный. Живот мягкий. Матка в обычном тонусе. Положение плода неустойчивое. Сердцебиение плода ясное, 140 уд. в мин.

Вопросы:

1. Определите первичный план обследования.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Какова ваша тактика, обоснуйте.
4. Прогноз для плода?

Задача №5.

Пациентка М., 25 лет, лечится по поводу рецидивирующего течения пиелонефрита. При ультразвуковом обследовании выявлено двустороннее расширение чашечно-лоханочной системы, видны расширенные мочеточники.

Ваш предварительный диагноз и план обследования

Ответ: Двусторонний уретерогидронефроз. ХБП. Хр. пиелонефрит, активная фаза. Показана МСКТ с контрастированием, нефросцинтиграфия. Биохимические исследования (мочевина, креатинин, калий, натрий, хлор, кальций).

3.1.4. Тематика рефератов

1. Пиелонефрит беременных.
2. Проблемы развития урогинекологии
3. Беременность и урологические заболевания
4. Изменения мочевой системы при заболеваниях женских половых органов
5. Повреждения мочевых путей при акушерских и гинекологических операциях
6. Мочеполовые свищи у женщин
7. Заболевания мочеиспускательного канала и его железистого аппарата
8. Недержание мочи
9. Профилактика урологических осложнений в акушерской и гинекологической практике
10. Вопросы трудовой экспертизы и реабилитации в урогинекологии.
11. Хроническая болезнь почек и беременность.
12. Общие принципы ведения беременных с урологической патологией.
13. Нефрогенная гипертония и беременность.
14. Порядок оказания специализированной урологической помощи в России.

3.2. Оценочные средства для промежуточной аттестации

3.2.1. Контрольные вопросы для зачета

1. Анатомо-физиологические особенности мочевой системы у беременных и при гинекологических заболеваниях
2. Причины изменений органов мочевой системы у беременных. Расширение и гипокинезия верхних мочевых путей.
3. Гипотония детрузора, венозный застой в малом тазу. Гормональный фон и состояние иммунной системы.
4. Причины изменений в органах мочевой системы и нарушения уродинамики при гинекологических заболеваниях.
5. Этиопатогенез и особенности течения инфекций нижних мочевых путей (ИНМП) у женщин
6. Распространенность ИНМП у женщин в различные возрастные периоды. Пути проникновения инфекции в мочевой пузырь, структура наиболее частых уропатогенов,

структура редких уропатогенов, местные и общие факторы, способствующие появлению и прогрессированию ИНМП.

7. Острые и хронические циститы. Цистоскопическая картина острых и хронических циститов. Клиническая картина. Методы лабораторной диагностики. Дифференциальная диагностика. Оценка лабораторных и микробиологических результатов исследований.

8. Пути проникновения инфекции в почку. Структура уропатогенов. Факторы, способствующие развитию пиелонефрита. Патогенез острого пиелонефрита.

9. Методы исследования верхних мочевых путей у беременных

10. Лабораторная и инструментальная диагностика пиелонефрита: обязательные, рекомендуемые, факультативные и не рекомендуемые методы исследования. Значение бактериологических исследований мочи для определения тактики лечения.

11. Пиелонефрит и беременность. Классификация пиелонефритов. Особенности клинической картины заболевания у беременных. Дифференциальная диагностика с острыми заболеваниями органов брюшной полости, инфекционными заболеваниями, заболеваниями дыхательных путей.

12. Бактериемический шок у беременных с пиелонефритом. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика.

13. Современные принципы лечения ИВМП, антибактериальная терапия, фототерапия, диспансерное наблюдение

14. Группы антибактериальных препаратов, используемых для лечения ИВМП. Антибиотики и другие препараты, которые не рекомендуется применять для лечения пиелонефрита беременных.

15. Методы восстановления пассажа мочи при обструктивных пиелонефритах. Противорецидивное лечение.

16. Фитотерапия. Лечение гнойных форм пиелонефрита у беременных.

17. Классификация расстройств мочеиспускания у женщин. Причины расстройств мочеиспускания.

18. Дифференциальная диагностика причин расстройств мочеиспускания. Формирование алгоритма обследования в зависимости от причин расстройств мочеиспускания.

19. Специальные методы исследования в идентификации причин расстройств мочеиспускания.

20. Причины стресс-недержания мочи у женщин, диагностика

21. Определения понятия, этиопатогенез стресс-недержания мочи у женщин. Стадии течения заболевания.

22. Значение состояния мышц тазового дна в развитии стресс-недержания мочи. Диагностика заболевания. Дифференциальная диагностика от других видов недержания мочи.

23. Лечение и реабилитация женщин со стресс-недержанием мочи

24. Консервативное лечение. Показания, противопоказания, результаты. Хирургическое лечение. Показания.

25. Слинговые операции. Ближайшие и отдаленные результаты. Операции по укреплению мышц тазового дна. Результаты.

26. Гиперактивный мочевой пузырь (ТАМИ). Определение понятия. Частота, патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

27. Роль специальных методов исследования в диагностике и оценке эффективности лечения ГАМ

4. МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ПРОЦЕДУРЫ ОЦЕНИВАНИЯ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ И НАВЫКОВ ОРДИНАТОРОВ

Оценивание знаний, умений и навыков ординаторов, характеризующих этапы формирования компетенций, осуществляется путем проведения процедур текущего контроля и промежуточной аттестации в соответствии с Положением о порядке организации и проведения текущего контроля успеваемости, порядке и формах проведения промежуточной аттестации ординаторов.

Шкала оценивания

При проведении промежуточной аттестации знания обучающихся оцениваются в соответствии с установленными рабочей программой формами контроля.

При проведении промежуточной аттестации в форме экзамена, зачёта с оценкой знания ординаторов оцениваются по пятибалльной системе оценок («отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно»).

При проведении промежуточной аттестации в форме зачета знания ординаторов оцениваются: «зачтено»/ «не зачтено».

Оценку «отлично» заслуживает ординатор, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебно-программного материала, умение свободно выполнять задания, предусмотренные рабочей программой дисциплины (модуля), усвоивший обязательную и знакомый с дополнительной литературой, рекомендованной программой.

При использовании для контроля тестовой программы – если ординатор набрал 85%–100% правильных ответов.

Оценку «хорошо» заслуживает ординатор, показавший полное знание программного материала, усвоивший основную литературу, рекомендованную рабочей программой дисциплины (модуля), способный к самостоятельному пополнению и обновлению знаний в ходе дальнейшего обучения и профессиональной деятельности.

При использовании для контроля тестовой программы – если ординатор набрал 65%–84% правильных ответов.

Оценку «удовлетворительно» заслуживает ординатор, показавший знание основного учебно-программного материала в объеме, необходимом для дальнейшего обучения и профессиональной деятельности, справляющийся с выполнением заданий, предусмотренных рабочей программой дисциплины (модуля), знакомый с основной литературой по программе.

При использовании для контроля тестовой программы – если ординатор набрал 55%–64% правильных ответов.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, показавшему пробелы в знании основного учебно-программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных рабочей программой дисциплины (модуля) заданий.

При использовании для контроля тестовой программы – если ординатор набрал менее 55% правильных ответов.

Оценку «зачтено» заслуживает ординатор, показавший знание основного учебно-программного материала в объеме, необходимом для дальнейшего обучения и профессиональной деятельности, справляющийся с выполнением заданий, предусмотренных рабочей программой дисциплины (модуля), знакомый с рекомендованной литературой по программе.

При использовании для контроля тестовой программы – если ординатор набирает 55 % и более правильных ответов.

Оценка «не зачтено» выставляется обучающемуся, показавшему пробелы в знании основного учебно-программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных рабочей программой дисциплины (модуля) заданий.

При использовании для контроля тестовой программы – если ординатор набирает менее 55% правильных ответов.