

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«РОССИЙСКИЙ БИОТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ (РОСБИОТЕХ)»

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ

«УРОЛОГИЯ»

Уровень образования:	Специалитет
Специальность	31.05.01 Лечебное дело
Направленность программы	Лечебное дело
Форма обучения	Очная
Срок освоения образовательной программы в соответствии с ФГОС (очная форма)	6 лет
Год начала подготовки	2023
В соответствии с утвержденным УП:	Протокол № 14 от 07.08.2023 г.
шифр и наименование дисциплины	Б1.О.38 Урология
семестры реализации дисциплины	7 семестр
форма контроля	Зачет в 7 семестре

г. Москва 2023 г.

1. Область применения.

Фонд оценочных средств (ФОС) является неотъемлемой частью программы дисциплины при реализации основной профессиональной образовательной программы (ОПОП) высшего образования (ВО) по специальности:

31.05.01 Лечебное дело

Направленность: Лечебное дело

Оценочные фонды разрабатываются для проведения оценки степени соответствия фактических результатов обучения при изучении дисциплины запланированным результатам обучения, соотнесенных с установленными в программе индикаторами достижения компетенций, а также сформированности компетенций, установленных программой специалитета.

Таблица 1
Паспорт фонда оценочных средств

Индекс и содержание компетенции	Индикатор достижения компетенции	Планируемые результаты обучения
ОПК – 4 Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза	ОПК-4.2 Применяет медицинские изделия в соответствии с порядком оказания медицинской помощи	Знать методы диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного, современные методы клинического, лабораторного инструментального обследования больных (включая эндоскопические, рентгенологические методы ультразвуковую диагностику.
	ОПК-4.3 Проводит обследование пациента для установления диагноза	Уметь провести первичное обследование систем и органов мочевыделительной системы с использованием медицинских изделий; наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достаточного результата; применять различные способы введения лекарственных препаратов
		Практический опыт владения методами общеклинического обследования; первичного обследования систем и органов мочевыделительной системы с использованием медицинских изделий; различными способами введения лекарственных препаратов.
ОПК – 7 Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности	ОПК-7.2 Использует современные принципы лечения заболеваний и состояний в профессиональной	Знать современные методы лечения заболеваний в соответствии с современными клиническими рекомендациями в урологии
		Уметь составлять план медикаментозного лечения с учетом течения заболевания, общего состояния

	<p>деятельности ОПК-7.3 Осуществляет контроль эффективности и безопасности назначенного лечения</p>	<p>организма, наличия сопутствующей патологии в урологии</p> <p>Практический опыт применения современной эффективной и безопасной фармакотерапии для лечения различных заболеваний в урологии</p>
<p>ПК – 2 Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза</p>	<p>ПК-2.1 Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента, проведение полного физикального обследования; формирует предварительный диагноз и составляет план обследования</p>	<p>Знать анатомо-физиологические, возрастно-половые и индивидуальные особенности строения и развития здорового и больного организма; основные нормативно-технические документы по охране здоровья населения.</p>
	<p>ПК-2.2 Проводит дифференциальную диагностику заболеваний внутренних органов от других заболеваний</p>	<p>Уметь определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента, провести физикальное обследование пациента; оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи; провести первичное обследование систем и органов: поставить предварительный диагноз - синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих</p>
	<p>ПК-2.3 Устанавливает диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)</p>	<p>Практический опыт владения навыками постановки предварительного диагноза; методами общеклинического обследования навыками постановки предварительного диагноза о правильном ведении медицинской документации; методами общеклинического обследования; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; алгоритмом развернутого клинического диагноза</p>
	<p>ПК-2.4 Использует медицинские изделия в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями</p>	

	(протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи	
--	--	--

2. Цели и задачи фонда оценочных средств.

Целью ФОС является установление соответствия уровня подготовки обучающихся требованиям федерального государственного образовательного стандарта ФГОС ВО по ОПОП.

ФОС предназначен для решения задач контроля достижения целей реализации ОПОП ВО и обеспечения соответствия результатов обучения области, сфере, объектам профессиональной деятельности, области знаний и типам задач профессиональной деятельности.

3. Перечень оценочных средств, используемых для оценивания сформированности компетенций, критерии и шкалы оценивания в рамках изучения дисциплины.

3.1. Оценочные материалы для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации (с ключом ответов).

7 семестр изучения в соответствии с УП форма промежуточной аттестации – зачет	
Код и наименование проверяемой компетенции:	ОПК – 4 Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза
Код и наименование индикатора достижения компетенции:	ОПК-4.2 Применяет медицинские изделия в соответствии с порядком оказания медицинской помощи ОПК-4.3 Проводит обследование пациента для установления диагноза
Код и наименование проверяемой компетенции:	ОПК – 7 Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности
Код и наименование индикатора достижения компетенции:	ОПК-7.2 Использует современные принципы лечения заболеваний и состояний в профессиональной деятельности ОПК-7.3 Осуществляет контроль эффективности и безопасности назначенного лечения
Код и наименование проверяемой компетенции:	ПК – 2 Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза
Код и наименование индикатора достижения компетенции:	ПК-2.1 Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента, проведение полного физикального обследования; формирует предварительный диагноз и составляет план обследования ПК-2.2 Проводит дифференциальную диагностику заболеваний внутренних органов от других заболеваний ПК-2.3 Устанавливает диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) ПК-2.4 Использует медицинские изделия в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

Тестовые задания
КОМПЕТЕНЦИИ ОПК-4, ОПК-7, ПК-2

Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов

Правильные ответы на тестовые задания обозначены +

1. При эндоректальном ультразвуковом исследовании в 30% случаев рак предстательной железы визуализируется в
 - 1) переходной зоне (+)
 - 2) правой доле
 - 3) центральной зоне
 - 4) левой доле
2. При орхите паротитной этиологии отсутствует такой симптом как
 - 1) отек мошонки
 - 2) увеличение размера яичка
 - 3) острая задержка мочеиспускания (+)
 - 4) болезненность яичка
3. Ретроградная интратрениальная хирургия целесообразна у пациентов с
 - 1) коралловидными камнями почек
 - 2) единичными крупными камнями лоханки
 - 3) единичными некрупными конкрементами чашечно-лоханочной системы (+)
 - 4) камнями дивертикулов чашечек
4. Количество клеток сперматогенеза в эякуляте в среднем составляет (в процентах)
 - 1) 2-4 (+)
 - 2) 6-8
 - 3) 4-6
 - 4) 8-10
5. Согласно классификации TNM 2009 года опухоль почки диаметром 4 см без выхода за границы почки относят к стадии
 - 1) T1b
 - 2) T2a
 - 3) T1a (+)
 - 4) T1c
6. Характерным для гормональных показателей для пациентов с синдромом де ля Шапелля является
 - 1) повышенный уровень ФСГ, нормальный или сниженный уровень тестостерона (+)
 - 2) повышенный уровень тестостерона и ингибина В
 - 3) нормальный уровень гонадотропинов и тестостерона
 - 4) сниженный уровень ЛГГ и ФСГ
7. Глюкоза определяется в моче при её уровне в сыворотке крови выше (в мг/дл)
 - 1) 180 (+)
 - 2) 75
 - 3) 100
 - 4) 150
8. Для нефрокальциноза характерно наличие
 - 1) бессимптомной бактериурии
 - 2) гематурии
 - 3) пиурии

- 4) гипоцитратурии (+)
9. При раке простаты мрт малого таза проводят пациентам
 - 1) при планировании хирургического лечения
 - 2) с объемом простаты >50 см³
 - 3) имеющим промежуточный онкологический риск (+)
 - 4) с низким онкологическим риском
10. Характеризуя парадоксальную ишурию, отмечают
 - 1) сочетание задержки мочеиспускания с недержанием мочи (+)
 - 2) недержание мочи
 - 3) хроническую задержку мочеиспускания
 - 4) невозможность самостоятельного мочеиспускания
11. Для купирования почечной колики применяют
 - 1) ацетилсалициловую кислоту
 - 2) слабительные препараты
 - 3) метамизол натрия (+)
 - 4) бисопролол
12. К неинфекционным камням относят
 - 1) фосфат магния и аммониевые
 - 2) ксантиновые
 - 3) урат-аммониевые
 - 4) мочекислые (+)
13. Конечная эффективность имплантации гиалуроновой кислоты под кожу головки полового члена при первичном преждевременном семяизвержении через 1 год после процедуры составляет около (в процентах)
 - 1) 90
 - 2) 50 (+)
 - 3) 70
 - 4) 30
14. Под гидроцеле понимают
 - 1) жидкость в полости мошонки между оболочками яичка (+)
 - 2) расширение канальцевых структур яичка
 - 3) расширение вен семенного канатика
 - 4) кисту придатка яичка
15. Для лечения активной фазы инфекции мочевых путей гентамицин назначается детям младше 2 лет в дозе (в мг/кг/сутки)
 - 1) 6-8
 - 2) 9-12
 - 3) 2-5 (+)
 - 4) 13-15
16. При комбинированных ранениях почки лечение необходимо начать с
 - 1) люмботомии
 - 2) лапаротомии (+)
 - 3) нефростомии
 - 4) нефрэктомии
17. Для оценки отдаленного метастазирования применяется
 - 1) УЗИ органов брюшной полости
 - 2) МСКТ органов малого таза
 - 3) МРТ органов малого таза
 - 4) остеосцинтиграфия (+)
18. Достижение эрекции является эффективным при местном введении препарата
 - 1) анальгина
 - 2) папаверина
 - 3) кетонала
 - 4) альпростадилы (+)

19. Повышение температуры тела с потрясающим ознобом у больного с камнем нижней трети правого мочеточника является проявлением

- 1) разрыва мочеточника
- 2) перитонита
- 3) острого пиелонефрита (+)
- 4) острого простатита

20. Положительный результат диафаноскопии характерен для

- 1) острого орхоэпидидимита
- 2) хронического эпидидимита
- 3) водянки оболочек яичка (+)
- 4) пахово-мошоночной грыжи

21. Критерием биохимического рецидива после радикальной простатэктомии является

- 1) ПСА более 0,2 нг/мл в 2 последовательных анализах (+)
- 2) ПСА более 1 нг/мл
- 3) нарастание ПСА более чем на 0,2 нг/мл за 3 месяца
- 4) ПСА более 4 нг/мл

22. С целью купирования почечной колики показано назначение

- 1) антибактериальной терапии
- 2) гормональной терапии
- 3) уросептиков
- 4) нестероидных противовоспалительных препаратов и альфа-блокаторов (+)

23. Яичковые артерии обычно отходят от

- 1) брюшной аорты ниже почечных артерий (+)
- 2) почечных артерий
- 3) надпочечниковых артерий
- 4) брюшной аорты выше верхней брыжеечной артерии

24. Достоверными методами диагностики уретроцеле являются УЗИ и

- 1) цистоскопия (+)
- 2) восходящая цистография
- 3) экскреторная урография
- 4) урофлоуметрия

25. Допустимый (физиологический) объем остаточной мочи составляет

- 1) 3% от выделенного объема
- 2) 20% от выделенного объема
- 3) 10% от выделенного объема (+)
- 4) до 100 мл

26. Первый этап лечения больных с фибропластической индурацией полового члена включает

- 1) консервативную терапию (+)
- 2) комбинированную терапию
- 3) операцию – удаление бляшек
- 4) магнитолазерную терапию

27. При повреждении устья мочеточника в ходе простатэктомии необходимо

- 1) выполнить пункционную нефростомию
- 2) выполнить уретерокутанеостомию
- 3) выполнить уретероцистонеостомию
- 4) установить катетер-стент (+)

28. Более детальная оценка распространенности рака предстательной железы на соседние органы возможна с помощью

- 1) компьютерной томографии
- 2) магнитно-резонансной томографии (+)
- 3) ультразвукового исследования
- 4) радиоизотопного исследования

29. Одной из наиболее частых причин рецидивирования кальцийсодержащих камней является

- 1) недостаток витамина В6
- 2) гипервитаминоз Д
- 3) гиперпаратиреоз (+)
- 4) недостаток или дефицит витамина Д

30. На передней брюшной стенке верхний край предпузырной фасции доходит до уровня

- 1) середины высоты лонного сочленения
- 2) верхнего края лонного сочленения
- 3) полукруглой линии
- 4) пупочного кольца (+)

Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов

31. Острый эпидимит в большинстве случаев является следствием

- 1) гематогенного распространения инфекции при остром простатите
- 2) каналикулярно-восходящей бактериальной инфекции при остром простатите (+)
- 3) острого цистита
- 4) гематогенного распространения инфекции при остром пиелонефрите

32. После пиелолитотомии, нефролитотомии или нефростомии по поводу коралловидного камня показана антибактериальная терапия

- 1) капельным орошением лоханки раствором антибиотиков
- 2) цефалоспоридами, аминогликозидами курсами по 6 дней внутримышечно с учётом чувствительности микрофлоры (+)
- 3) антибиотиками (эритромицин, тетрацилин и др.) в таблетках курсами по 6 дней с учётом чувствительности микрофлоры
- 4) антибиотиками внутривенно в течение трёх недель

33. Больному с ушибом мошонки и гематомой по УЗИ 8×6×9 см следует рекомендовать

- 1) пункцию гематомы с постоянной ирригацией раствором фурациллина
- 2) холод на мошонку
- 3) только пункцию гематомы
- 4) операцию – вскрытие и дренирование гематомы (+)

34. Тестостерон образуется в

- 1) клетках Сертоли
- 2) сперматогониях
- 3) сперматоцитах
- 4) клетках Лейдига (+)

35. Экстренная дистанционная литотрипсия без катетеризации мочевых путей возможна при камне

- 1) нижней трети мочеточника (+)
- 2) лоханки
- 3) лоханочно-мочеточникового сегмента
- 4) верхней трети мочеточника

36. Чрескожная нефролитотрипсия чаще всего завершается

- 1) нефротомией
- 2) нефростомией (+)
- 3) бужированием нефростомического хода
- 4) пункцией чашечно-лоханочной системы

37. Несвоевременная диагностика стеноза артерии почечного трансплантата может привести к развитию

- 1) тромбоза вены трансплантата

- 2) разрыва супрастенотической аневризмы
- 3) сосудистого отторжения
- 4) дисфункции трансплантата (+)

38. Наличие на ультразвуковом исследовании почек и мочевого пузыря выраженного расширения собирательной системы и нормальных размеров мочеточника является признаком

- 1) гидронефроза (+)
- 2) мультикистоза
- 3) карбункула
- 4) мегауретера

39. Одной из возможных причин тератоспермии является травма

- 1) мошонки (+)
- 2) органов малого таза
- 3) паховой области
- 4) промежности

40. Наиболее оптимальным методом диагностики у беременных женщин с подозрением на мочекаменную болезнь является

- 1) УЗИ органов мочеполовой системы (+)
- 2) МСКТ органов брюшной полости
- 3) экскреторная урография
- 4) обзорный снимок

41. При подозрении на аплазию почки ребенку на первичном этапе диагностики необходимо провести

- 1) ультразвуковое исследование (+)
- 2) обзорную рентгенографию
- 3) экскреторную урографию
- 4) радиозотопное исследование

42. Под действием ренина происходит

- 1) сужение приносящей артериолы клубочка (+)
- 2) гипертрофия сосудистых петель клубочка
- 3) уменьшение размеров пор базальной мембраны
- 4) расширение приносящей артериолы клубочка

43. Появление болей в паховой области и в животе при остром эпидидимите свидетельствует о возникновении

- 1) острого аппендицита
- 2) пиелонефрита
- 3) дифферентита (+)
- 4) колита

44. Наиболее достоверным диагностическим критерием конкремента в почке при УЗИ является

1) гиперэхогенное образование неправильной формы на границе коркового и мозгового вещества почки с нечеткой акустической тенью

2) линейное гиперэхогенное образование без акустической тени на границе паренхимы и почечного синуса

3) гиперэхогенное образование в проекции чашечно-лоханочной системы с акустической тенью в виде «дорожки» (+)

4) округлое образование повышенной эхогенности с четкими ровными контурами в проекции паренхимы почки без акустической тени

45. При выявлении при ультразвуковом исследовании в ангиомиолипоме обызвествлений необходимо исключить

- 1) почечно-клеточный рак (+)
- 2) лимфому почки
- 3) инфаркт почки
- 4) онкоцитому

46. Тактика активного наблюдения подразумевает, что в случае прогрессирования рака будет проведено _____ лечение

- 1) радикальное (+)
- 2) симптоматическое
- 3) паллиативное
- 4) неинвазивное

47. Показанием для выполнения цистоскопии считают

- 1) дизурию с пиурией
- 2) безболевою макрогематурию (+)
- 3) макрогематурию с дизурией
- 4) микрогематурию с дизурией

48. К фактору, обуславливающему возникновение вторичного пиелонефрита, относится

- 1) недержание мочи
- 2) острый простатит
- 3) камень мочеочника (+)
- 4) острый цистит

49. Безопасность уретры при проведении криоабляции простаты обеспечивает

1) наполнение мочевого пузыря теплым изотоническим раствором перед операцией

2) грелка с теплым раствором, уложенная на лонное сочленение

3) катетер, согревающий уретру (+)

4) интраоперационное промывание мочевого пузыря теплым изотоническим раствором через цистостомический дренаж

50. Оптимальная тактика при выявлении после биопсии простаты участков пролиферации, неотличимых от аденокарциномы, включает

- 1) гормональную терапию
- 2) наблюдение, контроль ПСА
- 3) немедленную повторную биопсию
- 4) иммуногистохимическое исследование (+)

51. Приапизм чаще всего сочетается с

- 1) хронической почечной недостаточностью
- 2) болезнью Пейрони
- 3) серповидноклеточной анемией (+)
- 4) болезнью Паркинсона

52. При мочекаменной болезни, связанной с наличием уратных камней, с помощью диеты следует

- 1) подкислять мочу
- 2) стремиться к нейтральным показателям pH
- 3) не измерять pH мочи
- 4) подщелачивать мочу (+)

53. Повторная диагностическая тур стенки мочевого пузыря по поводу опухоли (через 2-6 недель) не выполняется, если

1) первая ТУР стенки с опухолью была нерадикальной

2) по данным гистологического заключения в образце тканей, полученном в ходе предыдущей ТУР, нет мышечного слоя стенки мочевого пузыря

3) по данным гистологического заключения в образце тканей, полученном в ходе предыдущей ТУР, имеются гистологические признаки низкодифференцированной опухоли

4) по данным гистологического заключения в образце тканей, полученном в ходе предыдущей ТУР, имеется мышечный слой стенки мочевого пузыря (+)

54. Наиболее часто встречающейся аномалией мочевых путей является

- 1) тазовая дистопия почки
- 2) экстрофия мочевого пузыря

- 3) уретероцеле
 4) удвоение мочеточника (+)
55. В минимальное инструментальное обследование необходимое пациенту с клиникой острого пиелонефрита включают
- (+)
- 1) ультразвуковое исследование почек, обзорную рентгенографию мочевых путей
 - 2) ретроградную пиелографию
 - 3) хромоцистографию
 - 4) цистоскопию, 3-х стаканную пробу
56. При мочеполовом туберкулёзе изолированное поражение чаще всего происходит в
- 1) паренхиме почки (+)
 - 2) мочеточнике
 - 3) мочевом пузыре
 - 4) почечной лоханке
57. Окклюзия мочеточника единственной или единственной функционирующей почки вызовет _____ анурию
- 1) экскреторную (+)
 - 2) ренальную
 - 3) секреторную
 - 4) смешанную
58. Эндометриоз мочевого пузыря чаще всего встречается в возрасте (в годах)
- 1) 51-60
 - 2) 21-30
 - 3) 41-50 (+)
 - 4) 10-20
59. Через год после позадилоной простатэктомии при контрольном обследовании у пациента выявлен пса общий – 0,3 нг/мл, а по данным мрт в запирающей ямке визуализируется лимфатический узел размером до 1,6 см, накапливающий контрастный препарат, наиболее оптимальной тактикой в данном случае является
- 1) выполнение расширенной тазовой лимфаденэктомии (+)
 - 2) динамическое наблюдение
 - 3) химиотерапия
 - 4) гормональная терапия
60. Эмфизематозный пиелонефрит обычно развивается у больных
- 1) сахарным диабетом (+)
 - 2) пузырно-мочеточниковым рефлюксом
 - 3) с иммунодефицитом
 - 4) с дисметаболической нефропатией
61. Лейкоцитурия характеризуется выявлением под микроскопом в поле зрения более _____ лейкоцитов
- 1) 5-6 (+)
 - 2) 8
 - 3) 4
 - 4) 1-2

Практико-ориентированные задания (ситуационные задачи).

1. Больной 45 лет явился на прием к урологу с жалобами на выделение при половом сношении спермы бурого цвета.

При лабораторном исследовании выявлена гемоспермия.

— какова причина гемоспермии?

— тактика врача в данном случае?

Ответ: гемоспермия может быть следствием воспалительных или новообразовательных процессов в простатической уретре. Необходимо пальцевое исследование простаты и инструментальное исследование - уретроскопия.

2. Больной 65 лет поступил в клинику с жалобами на учащенное (в ночное время) затрудненное мочеиспускание. Дважды выделение крови с мочой.

Правильного телосложения. Живот мягкий. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Мочевой пузырь перкуторно не определяется. Наружные половые органы сформированы правильно. Простата гладкая, эластичная, безболезненная, увеличена в размерах. Срединная бороздка определяется нечетко, слизистая прямой кишки над простатой подвижна. Больной мочится с натуживанием, тонкой струей. Остаточной мочи 70 мл, микрогематурия.

— заболеванием какого органа объясняются указанные расстройства?

Ответ: затрудненное, учащенное, особенно по ночам мочеиспускание, выделение мочи тонкой струей, увеличение размеров простаты, наличие остаточной мочи — характерные признаки аденомы простаты. Вместе с тем микрогематурия и двукратная макрогематурия требуют установления источника гематурии.

3. У больной 32 лет типичная картина правосторонней почечной колики. На обзорной рентгенограмме мочевой системы в проекции нижней трети правого мочеточника определяется тень камня размерами 0,8 * 0,4 см. После инъекции баралгина 5 мл в/в и теплой ванны боли стихли, но через 30 минут возобновились вновь. Произведена блокада круглой связки матки по Лорину-Эпштейну. Боли утихли на короткий срок, а затем возобновились вновь. Больная беспокойна, принимает различные положения, стонет, просит о помощи — что следует предпринять для купирования почечной колики?

Ответ: почечная колика у больной обусловлена нарушением оттока мочи из правой почки и повышением внутривисцерального давления. Причиной тому является камень в нижней трети мочеточника. Учитывая малую эффективность ранее проведенных мероприятий, показана катетеризация правого мочеточника с проведением клюва катетера проксимальнее конкремента. Восстановленный отток мочи из почки и снижение внутривисцерального давления позволит купировать приступ почечной колики.

4. У больной 44 лет, страдающей камнем нижней трети левого мочеточника, 6 часов назад возник приступ левосторонней почечной колики, повысилась температура тела до 38,4 °С, был потрясающий озноб. Живот болезнен в левом подреберье, пальпируется болезненный нижний полюс левой почки. На обзорной рентгенограмме мочевой системы в проекции юкставезикального отдела левого мочеточника определяется тень конкремента размерами 0,5 * 0,4 см. — какой консервативный метод лечения позволит надеяться на купирование острого пиелонефрита?

Ответ: так как у больной имеется нарушение оттока мочи из левой почки, острый пиелонефрит является вторичным, назначение антибактериальной терапии при не восстановленном оттоке мочи может повлечь массовую гибель микробов и поступление эндотоксинов в общий ток крови через форникальные вены. При этом может развиваться бактериотоксический шок, создающий непосредственную угрозу для жизни больной. Малый срок заболевания (6 часов) позволяет надеяться, что у больной серозная фаза пиелонефрита и восстановление оттока мочи из почки в сочетании с антибактериальной терапией, а также дезинтоксикацией приведут к регрессии воспалительных изменений в почечной ткани. Поэтому больной показана катетеризация лоханки левой почки с последующим назначением антибиотиков и проведением дезинтоксикационной терапии.

5. В урологическое отделение поступила женщина 35 лет с жалобами на приступообразные боли в правой поясничной области, сопровождающиеся тошнотой, рвотой и частыми позывами к мочеиспусканию. На обзорном снимке мочевых путей, на

уровне поперечного отростка 4-го поясничного позвонка справа определяется тень подозрительная на конкремент, овальной формы, размерами 0,5 * 0,5 см.

— какие дополнительные рентгенологические исследования необходимо произвести, чтобы установить характер обнаруженной тени?

Ответ: больной необходимо произвести экскреторную урографию, с помощью которой можно выяснить расширение чашечно-лоханочной системы справа и положительный симптом "указательного пальца" (Симптом Лихтенберга).

При неудовлетворительных данных урографии больной показана катетеризация правого мочеточника с последующей обзорной рентгенографией мочевых путей в двух проекциях. Совпадение указанной тени с тенью мочеточникового катетера на обоих снимках будет достоверным подтверждением наличия камня в правом мочеточнике.

6. У больного 60 лет безболевая макрогематурия с червеобразными сгустками крови. При цистоскопии слизистая мочевого пузыря нормальная, из устья левого мочеточника обнаружено выделение крови. На обзорной рентгенограмме мочевых путей контуры почек не определяются, теней подозрительных на конкременты в проекции мочевых путей нет. На экскреторных урограммах патологических изменений в проекции чашечно-лоханочной системы не выявлено. Пассаж контрастного вещества по мочеточникам не нарушен.

— о каком заболевании в первую очередь следует думать, и какие рентгенологические исследования следует произвести для установления диагноза?

Ответ: в первую очередь следует думать об опухоли левой почки. Для установления диагноза следует произвести ультразвуковое исследование, как «скрининг-гест», а затем компьютерную, магнитно-резонансную, или мультиспиральную томографию для определения распространенности процесса.

7. Больной 55 лет поступил в урологическую клинику с жалобами на учащенное болезненное мочеиспускание, выделение крови с мочой. Болен в течение 4-х месяцев. Живот мягкий безболезненный. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Предстательная железа не увеличена с гладкой поверхностью, безболезненная. На обзорном снимке мочевой системы теней подозрительных на конкременты нет. За время пребывания в клинике у больного появилась тотальная безболевая макрогематурия с бесформенными сгустками крови, в связи с чем, была произведена срочная цистоскопия.

На левой боковой стенке мочевого пузыря обнаружена грубоворсинчатая опухоль в три поля зрения цистоскопа, на широком основании, не отбрасывающая тень. Правое устье мочеточника расположено в типичном месте, щелевидной формы. Левое устье мочеточника не определяется.

— какие рентгенологические методы исследования надо выполнить для выбора характера и объема оперативного лечения?

Ответ: у больного с опухолью мочевого пузыря необходимо выяснить состояние верхних мочевых путей, больше слева, так как при цистоскопии левое устье мочеточника не видно, для чего производится экскреторная урография. Нисходящая цистограмма позволит оценить контуры мочевого пузыря и размеры дефекта наполнения. О степени распространенности опухолевого процесса можно судить, выполнив компьютерную томографию органов малого таза и ультразвуковую полицистоскопию.

8. Больной 65 лет жалуется на позывы к мочеиспусканию при ходьбе и тряской езде. Иногда происходит прерывание струи мочи при мочеиспускании.

— ваш предположительный диагноз?

— какие исследования предлагаете провести для уточнения диагноза?

— какую терапию предлагаете?

Ответ: можно предполагать камень мочевого пузыря. Для уточнения диагноза целесообразны УЗИ, цистоскопия и рентгенография таза. Они позволят выявить

рентгенонегативный конкремент и установить наличие гиперплазии простаты или другое препятствие к оттоку мочи. При обнаружении камня мочевого пузыря показана цистолитотрипсия, при сочетании его с гиперплазией простаты или склерозом стенки мочевого пузыря — цистолитотомия с аденомэктомией или клиновидной резекцией шейки мочевого пузыря, так как эти заболевания, вызывая затруднение мочеиспускания, способствуют камнеобразованию.

9. У больной 37 лет внезапно возникла острая боль в правой поясничной области, иррадиирующая в бедро: поведение беспокойное, мочеиспускание учащенное. В анализе мочи свежие эритроциты.

- ваш предположительный диагноз?
- какие исследования предлагаете провести для уточнения диагноза?
- какую терапию предлагаете?

Ответ: почечная колика справа. Для уточнения диагноза целесообразно ультразвуковое исследование и обзорный снимок мочевых путей, хромоцистоскопия. При УЗИ будет обнаружен камень в почке, дилатация чашечно-лоханочной системы при локализации его в лоханке, дилатация вышележащих мочевых путей при камне мочеточника; на обзорном снимке мочевой системы в проекции почки или мочеточника справа может быть обнаружен рентгенопозитивный конкремент; при хромоцистоскопии будет запаздывание или отсутствие выделения раствора индигокармина из устья правого мочеточника. При подтверждении диагноза показана горячая ванна, внутривенное и внутримышечное введение 5 мл баралгина.

10. У больной 40 лет в течение 3 дней боль в пояснице слева, сопровождающаяся повышением температуры тела до 39-40° С, с ознобами, пиурией. Из анамнеза известно, что год назад обнаружен камень верхней трети левого мочеточника размером 3,0*1,0 см, предлагали оперативное лечение, от которого больная отказалась.

- ваш предположительный диагноз?
- какие исследования предлагаете провести для уточнения диагноза?
- какую терапию предлагаете?

Ответ: острый левосторонний калькулезный пиелонефрит. Для уточнения диагноза необходимо УЗИ почек, обзорный снимок мочевой системы, экскреторная урография. При подтверждении диагноза показана срочная операция — уретеролитотомия, нефростомия слева с последующей противовоспалительной терапией.

11. Больная 30 лет поступила в клинику с жалобами на боль в поясничной области, повышение температуры тела до 39° С, озноб. Больна 2-й день.

Правильного телосложения. Температура тела 39° С. Пульс 100 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. В легких везикулярное дыхание. Язык сухой, не обложен. Живот мягкий. Симптом Пастернацкого положителен слева. Положителен бимануальный симптом острого пиелонефрита. Дизурии нет. Микрогематурия, лейкоцитурия.

При УЗИ отмечается дилатация чашечно-лоханочной системы слева. Подвижность левой почки ограничена. Ультразвуковая картина правой почки не изменена.

На обзорном снимке мочевой системы, на уровне поперечного отростка L3 слева, — тень, подозрительная на конкремент, размерами 9*4 мм. На экскреторных урограммах патологических образований в чашечно-лоханочной системе правой почки нет. Пассаж контрастного вещества по мочеточнику не нарушен. Слева умеренная пиелоектазия. Расширение мочеточника вышеописанной тени конкремента. Положительный симптом Лихтенберга. При обзорной урографии тень конкремента совпадает с тенью контрастированного мочеточника при экскреторной урографии.

1. Ваш диагноз?
2. Какие лечебные мероприятия показаны?

Ответ:

1. Камень левого мочеточника. Острый обструктивный левосторонний пиелонефрит.

2. Катетеризация левого мочеточника. В случае непреодолимого препятствия (камень мочеточника) показана операция пункционная нефростомия. После восстановления оттока мочи из левой почки назначение антибактериального противовоспалительного лечения.

12. Больная 30 лет поступила в клинику с жалобами на тупую боль в поясничной области справа, временами повышение температуры тела до 37,4° С, выделение мутной мочи, повышение артериального давления до 180/115 мм рт. ст. Неоднократно находилась на обследовании и лечении в урологических стационарах по поводу хронического пиелонефрита.

Правильного телосложения. Пульс 90 уд/мин., ритмичный, напряженный. АД 180/110 мм рт. ст. Тоны сердца глухие, акцент второго тона на аорте. Живот мягкий. Симптом Пастернацкого положителен справа. Временами дизурия, лейкоцитурия.

При УЗИ обращает на себя внимание уменьшение размеров правой почки (8,0 * 4,0 см), контуры ее неровные. Левая почка размерами 11,0 * 5,0 см с ровным контуром.

На обзорном снимке мочевой системы в проекции мочевых путей теней конкрементов не выявлено. Контуры почек определяются не четко. На экскреторных урограммах патологических изменений в чашечно-лоханочной системе и мочеточнике слева не выявлено. Справа почка 8 * 4 см. бобовидной формы с неровным контуром. Чашечки деформированы местами, колбовидной формы. На аортограммах артериальные сосуды правой почки сужены, местами бессосудистые участки, положительный симптом "обгорелого дерева".

1. Ваш диагноз?
2. Какова лечебная тактика?

Ответ:

1. Хронический пиелонефрит, сморщенная правая почка, нефрогенная гипертензия.

2. Жалобы, анамнез и данные обследования указывают на терминальную стадию хронического пиелонефрита, при которой показана нефрэктомия справа.

13. Больная 30 лет доставлена в стационар с диагнозом острый пиелонефрит. Больна в течение 2-х дней. Отмечает боль в поясничной области справа, повышение температуры

тела до 38,7° С, был озноб. К врачу не обращалась.

При осмотре состояние средней тяжести, кожные покровы гиперемированы. Пульс 108 уд/мин. Язык сухой, обложен белесоватым налетом. Живот мягкий. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого положителен справа. Положителен бимануальный симптом острого пиелонефрита. Лейкоцитоз. Лейкоцитурия.

На обзорном снимке мочевой системы теней конкрементов не выявлено. Контур поясничной мышцы (m.psoas) справа и тень правой почки не определяются.

— какие диагностические меры позволят подтвердить диагноз острого пиелонефрита?

Ответ:

1. УЗИ почек — дилатация чашечно-лоханочной системы справа, ограничение подвижности правой почки.

2. Хромоцистоскопия — по отсутствию выделения индиго-кармина из правого устья.

3. Экскреторная урография — по отсутствию выделения контрастного вещества с больной стороны, наличию "немой почки", наличию симптома Лихтенберга и неподвижности больной почки при дыхательных движениях (урография на вдохе и выдохе).

14. *Больной 65 лет* обратился с жалобами на сильные позывы, невозможность самостоятельного мочеиспускания, боль внизу живота. Указанные симптомы нарастают в течение 14 часов.

- предположительный диагноз?
- диагностические и лечебные рекомендации?

Ответ: учитывая пожилой возраст пациента, можно думать об острой задержке мочи, обусловленной гиперплазией (ГПЖ) предстательной железы. Целесообразно взять кровь для исследования простатического специфического антигена. Выполнить трансабдоминальное ультразвуковое исследование. После пальцевого исследования простаты показана катетеризация мочевого пузыря, лучше катетером Тиммана. При отсутствии почечной недостаточности необходима экскреторная урография с нисходящей цистографией. В дальнейшем — подготовка больного к простатэктомии.

15. *Больной 70 лет* жалуется на слабость, головную боль, тошноту, рвоту, непроизвольное выделение мочи из уретры покаплям. Кожные покровы бледные, язык сухой обложен ко-

ричевым налетом. Живот мягкий, почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Перкуторно мочевой пузырь определяется на 6 см над лоном.

Предстательная железа равномерно увеличена, плотно-эластичной консистенции, поверхность ее гладкая, междолевая бороздка сглажена. Мочевина сыворотки крови 180 мг %.

- предположительный диагноз?
- лечебные рекомендации?

Ответ: непроизвольное выделение мочи при переполненном мочевом пузыре, и увеличение предстательной железы являются проявлением парадоксальной ишурии, характерной для гиперплазии простаты III стадии. Этой стадии сопутствуют явления почечной недостаточности: анемия, электролитные нарушения, интоксикация, что проявляется у данного больного слабостью, тошнотой, головной болью. Больному показана цистостомия с последующей дезинтоксикационной терапией, коррекцией электролитных нарушений и подготовка к возможному последующему этапу лечения — простатэктомии.

16. *Больной 62 лет* в течение последних 3-х лет отмечает затрудненное мочеиспускание, выделение мочи вялой и тонкой струей. Кожные покровы обычной окраски, язык влажный, не обложен. Живот мягкий, безболезненный. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Мочевой пузырь перкуторно не определяется. Наружные половые органы не изменены. При ректальном исследовании простата умеренно увеличена, правая доля ее бугристая, каменистой консистенции, безболезненная. Слизистая прямой кишки над правой долей неподвижна. ПСА — 21,4 нг/мл.

- предположительный диагноз?
- какие исследования необходимо предпринять для уточнения диагноза?

Ответ: учитывая затрудненное мочеиспускание вялой струей, каменистую консистенцию правой доли простаты, повышение уровня ПСА, можно думать о раке простаты. Для уточнения диагноза необходимы рентгенография костей позвоночника и таза, экскреторная урография с нисходящей цистографией для уточнения состояния верхних мочевых путей и проникновения опухоли в просвет мочевого пузыря. Главным обязательным и достоверным методом, позволяющим диагностировать опухоль и установить ее характер, является пункционная биопсия простаты под ультразвуковым контролем с последующим гистологическим исследованием полученных тканей.

17. Больной 59 лет обратился в клинику нервных болезней в связи с пояснично-крестцовым радикулитом. Болен в течение года, периодические обострения. Лечение, в том числе

синусоидальными токами, не эффективно. При обследовании по системам органов без особенностей. Дизурии нет. Наружные половые органы без изменений. При ректальном

исследовании простата не увеличена, мягко-эластической консистенции, гладкая. ПСА 25 нг/мл.

— предположительный диагноз?

— какие исследования необходимо предпринять для уточнения диагноза?

Ответ: наличие пояснично-крестцового радикулита, плохо поддающегося лечению, при повышенных показателях ПСА, обязывает исключить рак простаты с метастазами в кости, несмотря на отсутствие изменений в простате при пальцевом исследовании. Показана секстантная пункционная биопсия простаты под ультразвуковым контролем, а также рентгенография таза и позвоночника.

18. Больной 70 лет жалуется на слабость, головокружение, плохой аппетит, жажду. При нарастающей симптоматике болен 1-1,5 года. Не лечился. Язык сухой, обложен налетом.

Почки не пальпируются, однако, их область болезненна. Перкуторно мочевого пузыря определяется над лобком на три поперечных пальца. При ректальном исследовании простата увеличена, каменистой консистенции, парапростатическая клетчатка инфильтрирована. При УЗИ гидронефротическая трансформация с обеих сторон. ПСА — 120 нг/мл. Креатини сыворотки крови – 450 ммоль/л.

— о каком заболевании необходимо думать?

— какие исследования необходимо провести для установления диагноза?

— определите лечебную тактику.

Ответ: данные пальпации простаты, повышенные показатели ПСА указывают на возможность рака простаты, наличие гидронефротической трансформации — на сдавление нижних третей мочеточников раковым инфильтратом, приводящим к хронической почечной недостаточности.

Необходимы рентгенография таза и позвоночника для исключения метастазов, трансректальная биопсия простаты для подтверждения диагноза.

При верификации диагноза показана паллиативная терапия — кастрация (медикаментозная или хирургическая) и прием антиандрогенов (флуцинон).

19. Дежурному урологу, только что закончившему экстренную операцию, в 2 часа 30 минут из приемного покоя сообщили, что поступил больной с безболевым тотальной гематурией.

— какова должна быть тактика уролога, экстренность диагностических и лечебных процедур?

Ответ: тотальная гематурия наблюдается при заболеваниях почек и мочевого пузыря. Наиболее частыми причинами тотальной гематурии является опухоль мочевой системы. Гематурия раз возникнув, может в последующем не повториться. Поэтому в момент гематурии важно выяснить источник кровотечения, чтобы при последующем обследовании акцентировать внимание на пораженном органе. Для выяснения источника кровотечения в момент гематурии абсолютно показана цистоскопия.

20. У больного 52 лет, в правом подреберье пальпируется ballotирующее образование размером 10*8 см, с плотной бугристой поверхностью. При перкуссии над образованием тимпанит. Данные экскреторной урографии не позволяют с уверенностью исключить заболевание правой почки.

— какие методы обследования позволят подтвердить или исключить урологические заболевания?

Ответ: наличие бугристой опухоли, положительный симптом ballotирования и тимпанит над образованием указывают на локализацию процесса в забрюшинном пространстве. Тимпанит при перкуссии обусловлен наличием кишечных газов в восходящем отделе и печеночном углу толстой кишки. Если бы при перкуссии над образованием было притупление, следовало бы думать о локализации процесса в брюшной полости. Необходимо исключить опухоль почки. Для установки диагноза и определения тактики лечения показаны: ультразвуковое сканирование, компьютерная и/или МР-томография, спиральная компьютерная томография, сосудистое исследование почек, экходоплерография.

21. Дежурному урологу, только что закончившему экстренную операцию, в 2 часа 30 минут из приемного покоя сообщили, что поступил больной с безболевым тотальной гематурией. — какова должна быть тактика уролога, экстренность диагностических и лечебных процедур?

Ответ: тотальная гематурия наблюдается при заболеваниях почек и мочевого пузыря. Наиболее частыми причинами тотальной гематурии являются опухоли мочевой системы. Гематурия раз возникнув, может в последующем не повториться. Поэтому в момент гематурии важно выяснить источник кровотечения, чтобы при последующем обследовании акцентировать внимание на пораженном органе. Для выяснения источника кровотечения в момент гематурии абсолютно показана цистоскопия.

22. У больного 34 лет, работающего на предприятии анилиновых красителей, в последние 3 месяца учащенное, иногда болезненное мочеиспускание. Периодически отмечает тупую

боль внизу живота. Обращался в кожно-венерологический диспансер, где проведенное обследование исключило гонорею и трихомониаз.

При объективном обследовании патологических образований не выявлено. В анализе крови обращает на себя внимание ускорение СОЭ до 20 мм/час. В анализе мочи удельный вес 1020, реакция кислая, лейкоциты — 3-5 в поле зрения, эритроциты свежие 8-10 в поле зрения.

— о каком заболевании следует думать?

— что нужно предприятия для установления диагноза?

Ответ: указание на контакт больного с анилиновыми красителями должно насторожить внимание врача в отношении возможности опухоли мочевого пузыря. Наличие дизурии и боли внизу живота может быть проявлением поражения мочевого пузыря. Наиболее полную информацию о наличии или отсутствии опухоли в мочевом пузыре можно получить, сделав больному цистоскопию. Этот метод не только позволит установить диагноз опухоли, но и определит распространенность опухоли в мочевом пузыре, отношение ее к устьям. Данные цистоскопии будут иметь ведущее значение в определении лечебной тактики и объема оперативного пособия.

23. Больной 69 лет поступил в клинику с жалобами на учащенное (в ночное время) затрудненное мочеиспускание. Дважды выделение с мочой бесформенных сгустков. Правильного телосложения. Живот мягкий. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Мочевой пузырь перкуторно не определяется. Наружные половые органы сформированы правильно. Простата гладкая, эластичная, безболезненная, увеличена в размерах. Срединная бороздка определяется нечетко, слизистая прямой кишки над простатой подвижна. Больной мочится с натуживанием. Тонкой струей. Остаточной мочи 80 мл, микрогематурия. При УЗИ мочевого пузыря патологических изменений не выявлено.

— заболеванием какого органа объясняются указанные расстройства?

— какие лабораторные тесты позволят уточнить диагноз?

Ответ: затрудненное, учащенное, особенно по ночам мочеиспускание, выделение мочи тонкой струей, увеличение размеров простаты, наличие остаточной мочи —

характерные признаки аденомы простаты. Вместе с тем микрогематурия и двукратная макрогематурия с бесформенными сгустками требуют установления источника гематурии.

3.2. Критерии и шкалы оценивания.

Текущий контроль по дисциплине

Оценивание обучающегося на занятиях осуществляется в соответствии с локальным актом университета (положением), регламентирующим проведение текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся и организации учебного процесса с применением балльно-рейтинговой системы оценки качества обучения.

Оценивание практико-ориентированных заданий (ситуационные задачи):

Критерии оценки решения проблемно-ситуационной задачи:

5 «отлично» – комплексная оценка предложенной ситуации; знание теоретического материала, правильный выбор тактики действий; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций в соответствии с алгоритмами действий;

4 «хорошо» – комплексная оценка предложенной ситуации, незначительные затруднения при ответе на теоретические вопросы; правильный выбор тактики действий; логическое обоснование теоретических вопросов с дополнительными комментариями преподавателя; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций в соответствии с алгоритмами действий;

3 «удовлетворительно» – затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации; неполный ответ, требующий наводящих вопросов преподавателя; выбор тактики действий в соответствии с ситуацией возможен при наводящих вопросах преподавателя, правильное последовательное, но неуверенное выполнение манипуляций в соответствии с алгоритмами действий;

2 «неудовлетворительно» – неверная оценка ситуации; неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента; неправильное выполнение практических манипуляций, проводимое с нарушением безопасности пациента и медперсонала.

Оценивание практико-ориентированных заданий (мануальные практические навыки):

Критерии оценки выполнения практических навыков:

5 «отлично» – рабочее место оснащается с соблюдением всех требований к подготовке для выполнения манипуляций; практические действия выполняются последовательно в соответствии с алгоритмом выполнения манипуляций; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; выдерживается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима; все действия обосновываются;

4 «хорошо» – рабочее место не полностью самостоятельно оснащается для выполнения практических манипуляций; практические действия выполняются последовательно, но не уверенно; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; нарушается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями; все действия обосновываются с уточняющими вопросами преподавателя;

3 «удовлетворительно» – рабочее место не полностью оснащается для выполнения практических манипуляций; нарушена последовательность их выполнения; действия неуверенные, для обоснования действий необходимы наводящие и дополнительные вопросы и комментарии преподавателя; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима;

2 «неудовлетворительно» – затруднения с подготовкой рабочего места, невозможность самостоятельно выполнить практические манипуляции; совершаются действия, нарушающие безопасность пациента и медперсонала, нарушаются требования санэпидрежима, техники безопасности при работе с аппаратурой, используемыми материалами.

Промежуточная аттестация по дисциплине

Форма промежуточной аттестации 7 семестр — Зачет.

На промежуточной аттестации обучающийся оценивается– зачтено; не зачтено.

Результат обучения по дисциплине считается достигнутым при получении обучающимся оценки «зачтено» по каждому из контрольных мероприятий, относящихся к данному результату обучения.

Критерии оценки образовательных результатов обучающихся на зачете по дисциплине

Качество освоения ОПОП - рейтинговые баллы	Оценка зачета (нормативная) в 5-балльной шкале	Уровень достижений компетенций	Критерии оценки образовательных результатов
90-100	Зачтено	Высокий (продвинутый)	<p>ЗАЧТЕНО заслуживает обучающийся, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала на занятиях и самостоятельной работе. При этом, рейтинговая оценка (средний балл) его текущей аттестации по дисциплине входит в диапазон 90-100.</p> <p>При этом, на занятиях, обучающийся исчерпывающе, последовательно, чётко и логически стройно излагал учебно-программный материал, умел тесно увязывать теорию с практикой, свободно справлялся с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, предусмотренные программой. Причем обучающийся не затруднялся с ответом при видоизменении предложенных ему заданий, правильно обосновывал принятое решение, демонстрировал высокий уровень усвоения основной литературы и хорошо знакомство с дополнительной литературой, рекомендованной программой дисциплины.</p> <p>Как правило, оценку «отлично» выставляют обучающемуся, усвоившему взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значение для приобретаемой профессии, проявившему творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.</p> <p>Рейтинговые баллы назначаются обучающемуся с учётом баллов текущей (на занятиях) и (или) рубежной аттестации (контроле).</p>

66-89	Зачтено	Хороший (базовый)	<p>ЗАЧТЕНО заслуживает обучающийся, обладающий осознанное (твердое) знание учебно-программного материала на занятиях и самостоятельной работе. При этом, рейтинговая оценка (средний балл) его текущей аттестации по дисциплине входит в диапазон 66-89.</p> <p>На занятиях обучающийся грамотно и по существу излагал учебно-программный материал, не допускал существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применял теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владел необходимыми навыками и приёмами их выполнения, уверенно демонстрировал хороший уровень усвоения основной литературы и достаточное знакомство с дополнительной литературой, рекомендованной программой дисциплины.</p> <p>Как правило, оценку «хорошо» выставляют обучающемуся, показавшему систематический характер знаний по дисциплине и способным к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.</p> <p>Рейтинговые баллы назначаются обучающемуся с учётом баллов текущей (на занятиях) и (или) рубежной аттестации (контроле).</p>
50-65	Зачтено	Достаточный (минимальный)	<p>ЗАЧТЕНО заслуживает обучающийся, обладающий минимальные (достаточные) знания учебно-программного материала на занятиях и самостоятельной работе. При этом, рейтинговая оценка (средний балл) его текущей аттестации по дисциплине входит в диапазон 50-65.</p> <p>На занятиях обучающийся демонстрирует знания только основного материала в объеме, необходимом для дальнейшей учебы и предстоящей профессиональной работы, слабое усвоение деталей, допускает неточности, в том числе в формулировках, нарушает логическую последовательность в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических заданий и работ, знакомый с основной литературой, слабо (недостаточно) знаком с дополнительной литературой, рекомендованной программой.</p> <p>Как правило, оценку «удовлетворительно» выставляют обучающемуся, допускавшему погрешности в ответах на занятиях и при выполнении заданий, но обладающим необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.</p> <p>Рейтинговые баллы назначаются обучающемуся с учётом баллов текущей (на занятиях) и (или) рубежной аттестации (контроле).</p>

Менее 50	Не зачтено	Недостаточный (ниже минимального)	<p>НЕ ЗАЧТЕНО выставляется обучающемуся, который не знает большей части учебно-программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы на занятиях и самостоятельной работе.</p> <p>Как правило, оценка «неудовлетворительно» ставится обучающемуся продемонстрировавшего отсутствие целостного представления по дисциплине, предмете, его взаимосвязях и иных компонентов.</p> <p>При этом, обучающийся не может продолжить обучение или приступить к профессиональной деятельности по окончании вуза без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.</p> <p>Компетенции, закреплённые за дисциплиной, сформированы на недостаточном уровне или не сформированы.</p> <p>Рейтинговые баллы назначаются обучающемуся с учётом баллов текущей (на занятиях) и (или) рубежной аттестации (контроле).</p>
----------	------------	-----------------------------------	---

При оценивании результатов обучения по дисциплине посредством тестирования в ходе промежуточной аттестации используются следующие критерии и шкалы.

Промежуточная аттестация может при необходимости, проводится в форме компьютерного тестирования. Обучающемуся отводится для подготовки ответа на один вопрос открытого и закрытого типа не менее 5 минут.

Итоговая оценка выставляется с использованием следующей шкалы.

Оценка	Правильно решенные тестовые задания (%)
«зачтено»	60-100
«незачтено»	0-59