

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Мальцев Сергей Борисович
Должность: Ректор
Дата подписания: 29.08.2026 13:04:47
Уникальный программный ключ:
1bcb6e8dd25337659310c8c6c08f3bb1f12d77b7

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

УТВЕРЖДАЮ

Ректор _____ С.Б. Мальцев

25 июня 2026 г.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДИСЦИПЛИНЫ
«УРОГИНЕКОЛОГИЯ»**

Специальность	<u>31.08.68 Урология</u>
Квалификация	<u>врач-хирург</u>
Форма обучения	<u>очная</u>
Срок освоения ОПОП	<u>2 года</u>
Кафедра	<u>хирургии и урологии им. профессора Б.И. Мирошникова</u>

**Санкт- Петербург
2026 г.**

ПАСПОРТ

Индекс компетенции	Формулировка компетенции	Оценочные средства
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
		ситуационные задачи
		рефераты
ПК-6	готовность к ведению, родовспоможению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании урологической медицинской помощи	контрольные вопросы
		ситуационные задачи
		рефераты

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

[illegible]

		ческие состояния, симптомы, синдромы, нозологические формы, соответствие кодам классификационной системе МКБ-10 Владеть: навыками обследования урологических пациентов, диагностики патологических состояний, симптомов, синдромов, нозологического диагноза в соответствии с кодами МКБ-10	Пороговый уровень сформированности компетенции	«удовлетворительно»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает общие знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции, имеет представление об их применении, но применяет их с ошибками.
2	ПК-6 готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании урологической медицинской помощи	Знать: основы акушерства и гинекологии, национальные рекомендации и стандарты оказания специализированной акушерско-гинекологической медицинской помощи профиля Уметь: сбор анамнеза, гинекологический и акушерский осмотры, алгоритмы обследования при онкопатологии, интеграция данных, выбор лечения Владеть: методами ведения и лечения больных урогинекологического профиля	Компетенция не сформирована	«неудовлетворительно»/ «не зачтено»	Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.

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 работы обучающегося, представляющий	Темы рефератов	Содержательные: соответствие содержания работы заявленной теме; степень раскрытия темы;

		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.		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. Формальные: 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).
--	--	---	--	--

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
5	Балл «5» ставится в том случае, когда 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.
4	Балл «4» ставится в том случае, когда 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.
3	Балл «3» ставится в том случае, когда 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.
2	Балл «2» ставится в том случае, когда 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
85-100 %	5
65-84 %	4
55-64 %	3
0-54 %	2

Разбор ситуационных задач

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

Рефераты

Оценка	Описание
5	Цель написания реферата достигнута, задачи решены. Актуальность темы исследования корректно и полно обоснована. Собственная позиция аргументирована. Сформулированные выводы корректны. Формальные требования полностью соблюдены.
4	Цель и задачи выполнения реферата достигнуты. Актуальность темы реферата подтверждена. Собственная позиция аргументирована не в полной мере. Сформулированные выводы корректны. Формальные требования полностью соблюдены..
3	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.
2	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 ТЕКУЩЕГО И ПРОМЕЖУТОЧНОГО КОНТРОЛЯ

3.1. Оценочные средства для текущего контроля

3.1.1. Вопросы для устного опроса

ПК-5; ПК-6

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,
14. диспансерное наблюдение
15. Группы антибактериальных препаратов, используемых для лечения ИВМП. Антибиотики и другие препараты, которые не рекомендуется применять для лечения пиелонефрита
16. беременных.
17. Методы восстановления пассажа мочи при обструктивных пиелонефритах. Противоречивое лечение.
18. Фитотерапия. Лечение гнойных форм пиелонефрита у беременных.
19. Классификация расстройств мочеиспускания у женщин. Причины расстройств мочеиспускания.
20. Дифференциальная диагностика причин расстройств мочеиспускания. Формирование алгоритма обследования в зависимости от причин расстройств мочеиспускания.
21. Специальные методы исследования в идентификации причин расстройств мочеиспускания.
22. Причины стресс-недержания мочи у женщин, диагностика
23. Определения понятия, этиопатогенез стресс-недержания мочи у женщин. Стадии течения заболевания.
24. Значение состояния мышц тазового дна в развитии стресс-недержания мочи. Диагностика заболевания. Дифференциальная диагностика от других видов недержания мочи.
25. Лечение и реабилитация женщин со стресс-недержанием мочи
26. Консервативное лечение. Показания, противопоказания, результаты. Хирургическое лечение. Показания.
27. Слинговые операции. Ближайшие и отдаленные результаты. Операции по укреплению мышц тазового дна. Результаты.
28. Гиперактивный мочевой пузырь (ТАМИ). Определение понятия. Частота, патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
29. Роль специальных методов исследования в диагностике и оценке эффективности лечения ГАМ

3.1.2. Ситуационные задачи

Раздел 2: Заболевания мочеполовой системы у женщин

ПК-5; ПК-6

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, Нб 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), неокомпенсаном, 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 мочевины 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

Эталон ответа:

- 1) Диагноз: сочетание беременности и острого гломерулонефрита.
- 2) Азотемией.
- 3) ДВС-синдромом
- 4) Заболевание требует длительного интенсивного лечения, которое в ряде случаев безразлично для плода и дальнейшего развития беременности. В то же время неполноценное лечение способствует переходу болезни в хроническое состояние. Поэтому острый гломерулонефрит и обострение хронического нефрита относятся к III степени риска, являются противопоказанием к беременности.

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 24 недель состояние больной ухудшилось. Вновь повысилось артериальное давление, которое не удавалось снизить назначением 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: Hb 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?

Эталон ответа:

- 1) Диагноз: сочетание беременности и гипертонической формы хронического гломерулонефрита.
- 2) Преэклампсия тяжелой степени, осложнившая первую беременность, привел к гибели плода и вызвал развитие гломерулонефрита.
- 3) Гипертоническая форма заболевания послужила 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, Нб 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, гипопроteinемия 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?

Эталон ответа:

- 1) Диагноз: сочетание беременности с нефротической формой гломерулонефрита.
- 2) Гипоальбуминемией.
- 3) Синдромов артериальной гипертензии и азотемии.
- 4) Длительное наблюдение и лечение в стационаре.

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 моче-

испускание. 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?

Эталон ответа:

1. Общий анализ мочи, Клинический анализ крови, биохимический анализ крови: мочевины, креатинина, белок, глюкоза, АЛТ, АСТ. С-реактивный белок, посев мочи на флору с чувствительностью к антибиотикам, УЗИ почек, плода

2. Острый пиелонефрит.

3. Комплексное консервативное лечение, пролонгирование беременности: назначения антибактериальной терапии (широкого спектра до получения результатов посева), детоксикационная инфузионная терапия, при необходимости терапия направленная на пролонгирование беременности

4. Возможно внутриутробное инфицирование 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.

Вопросы:

Ваш предварительный диагноз и план обследования

Эталон ответа:

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

ПК-5; ПК-6

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 гипертензия и беременность.
14. Порядок оказания специализированной урологической помощи в России.

3.2. Оценочные средства для промежуточной аттестации

3.2.1. Контрольные вопросы для зачета

ПК-5; ПК-6

15. Анатомо-физиологические особенности мочевой системы у беременных и при гинекологических заболеваниях
16. Причины изменений органов мочевой системы у беременных. Расширение и гипокинезия верхних мочевых путей.
17. Гипотония детрузора, венозный застой в малом тазу. Гормональный фон и состояние иммунной системы.
18. Причины изменений в органах мочевой системы и нарушения уродинамики при гинекологических заболеваниях.
19. Этиопатогенез и особенности течения инфекций нижних мочевых путей (ИНМП) у женщин
20. 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.
21. Острые и хронические циститы. Цистоскопическая картина острых и хронических циститов. Клиническая картина. Методы лабораторной диагностики. Дифференциальная диагностика. Оценка лабораторных и микробиологических результатов исследований.
22. Пути проникновения инфекции в почку. Структура уропатогенов. Факторы, способствующие развитию пиелонефрита. Патогенез острого пиелонефрита.
23. Методы исследования верхних мочевых путей у беременных
24. Лабораторная и инструментальная диагностика пиелонефрита: обязательные, рекомендуемые, факультативные и не рекомендуемые методы исследования. Значение бактериологических исследований мочи для определения тактики лечения.
25. Пиелонефрит и беременность. Классификация пиелонефритов. Особенности клинической картины заболевания у беременных. Дифференциальная диагностика с острыми заболеваниями органов брюшной полости, инфекционными заболеваниями, заболеваниями дыхательных путей.
26. Бактериемический шок у беременных с пиелонефритом. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика.
27. Современные принципы лечения ИВМП, антибактериальная терапия, фототерапия,
28. диспансерное наблюдение
29. Группы антибактериальных препаратов, используемых для лечения ИВМП. Антибиотики и другие препараты, которые не рекомендуется применять для лечения пиелонефрита
30. беременных.
31. Методы восстановления пассажа мочи при обструктивных пиелонефритах. Противоречивое лечение.
32. Фитотерапия. Лечение гнойных форм пиелонефрита у беременных.
33. Классификация расстройств мочеиспускания у женщин. Причины расстройств мочеиспускания.
34. Дифференциальная диагностика причин расстройств мочеиспускания. Формирование алгоритма обследования в зависимости от причин расстройств мочеиспускания.
35. Специальные методы исследования в идентификации причин расстройств мочеиспускания.
36. Причины стресс-недержания мочи у женщин, диагностика
37. Определения понятия, этиопатогенез стресс-недержания мочи у женщин. Стадии течения заболевания.

38. Значение состояния мышц тазового дна в развитии стресс-недержания мочи. Диагностика заболевания. Дифференциальная диагностика от других видов недержания мочи.
39. Лечение и реабилитация женщин со стресс-недержанием мочи
40. Консервативное лечение. Показания, противопоказания, результаты. Хирургическое лечение. Показания.
41. Слингвые операции. Ближайшие и отдаленные результаты. Операции по укреплению мышц тазового дна. Результаты.
42. Гиперактивный мочевой пузырь (ТАМИ). Определение понятия. Частота, патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
43. Роль специальных методов исследования в диагностике и оценке эффективности лечения ГАМ

4. МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ПРОЦЕДУРЫ ОЦЕНИВАНИЯ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ, НАВЫКОВ И (или) ОПЫТА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ

Оценивание знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, 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.

Подготовка оценочных материалов для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации, проведения контроля остаточных знаний, диагностической работы и других оценочных мероприятий

Тестирование:

Тестирование представляет собой выполнение обучающимися тестовых заданий, включающих в себя:

1. Выполнение тестовых заданий с выбором одного правильного ответа (время для расчета общего времени проведения оценочного мероприятия составляет не менее 3 (трех) минут на одно задание);
2. Выполнение тестовых заданий на установление правильной последовательности или соответствия (время для расчета общего времени проведения оценочного мероприятия составляет не менее 5 (пяти) минут на одно задание);
3. Выполнение тестовых заданий с развернутым ответом (время для расчета общего времени проведения оценочного мероприятия составляет не менее 7 (семи) минут на одно задание).

Эталоны правильных ответов (ключи правильных ответов) к тестовым заданиям представлены в фонде оценочных средств дисциплины.

Письменные и устные задания, предполагающие предоставление обучающимся развернутого мотивированного ответа:

- ситуационные задачи, практические задания, лабораторные работы, учебно-исследовательские работы, учебные истории болезней (далее – практические задания) (время для расчета общего времени проведения оценочного мероприятия составляет не менее 30 (тридцати) минут.

Решение/выполнение практических заданий определено следующими «ключами»:

Шаг 1. Изучение условий практических заданий, предполагающее внимательное прочтение. На данном этапе важно понять какие процессы происходят, какие роли выполняют «участники практического задания», какие данные предоставлены и что требуется решить/выполнить (то есть какой результат должен быть получен).

Шаг №2. Анализ условий практического задания. В данном случае важно определить описанные тенденции, стороны, числовые данные (показатели или иные точные сведения). Не

помешает соотнести заявленные сведения с теоретическими канонами и определить: какие формулы допустимы, какие правила применимы в данной ситуации или случае, нормы и пр.

Шаг №3. Сортировка данных и построение логики решения. На данном этапе важно классифицировать сведения и установить их связь с определёнными научными, учебными и иными критериями, подобрать наиболее подходящие условия, формулы, алгоритмы, методики, правила и пр.

Шаг №4. Определение точной последовательности действий. В данном случае важно определить достаточность данных для решения/выполнения практического задания, необходимость и способы получения дополнительной или недостающей информации для выработки решения. По результатам четвертого шага ординатор должен определить точную последовательность действий и описать ее в виде решения по этапам, обосновав каждый момент.

Шаг №5. Оформление практического задания. Данный вариант зависит от условий его реализации: достаточно устно озвучить решение и обосновать его, в виде письменного ответа на задание – представить в соответствующем виде (кратко, емко и обоснованно изложив ход мыслей и решения, результат).

- *ответы на вопросы для опроса в ходе текущего контроля, ответы на вопросы для зачета/зачета с оценкой, ответы на вопросы экзамена* (время для расчета общего времени проведения оценочного мероприятия составляет не менее 25 (двадцати пяти) минут;

Подготовка к устному ответу строится с применением разработанного «ключа»:

Шаг №1. Вдумайтесь в формулировку данного вопроса.

Шаг №2. Посмотрите на вопрос, как на задачу. Проведите анализ (какими фактами Вы располагаете, к какому выводу можно подвести слушателей).

Шаг №3. Выделите главную мысль; разбейте знания по вопросу на смысловые абзацы; убедитесь, что всё понятно.

Шаг №4. Разделите лист ответа на две части.

- в левой наметьте план ответа. Следите, чтобы этапы плана не нарушали логических рассуждений.

- в правой части сделайте необходимые выборки к пунктам плана: примеры, правила, формулировки, схематические записи. Убедитесь, что каждый этап плана обоснован. Особое внимание обратите на наиболее важные факты.

Шаг №5 Выстройте четкий с применением профессиональных терминов, логический ответ. Минимизируйте при ответе «общую информацию», строго отвечайте на поставленный вопрос. Речь должна быть внятной, аргументы доказательными. Будьте готовы к возможным дополнительным уточняющим вопросам по заявленной теме.

При выполнении письменных и устных заданий, предполагающих предоставление обучающимся развернутого мотивированного ответа необходимо подробно ответить на поставленные теоретические вопросы, описать ход выполнения (решения) практической составляющей, сформулировать выводы и интерпретировать полученные результаты.

Практические навыки – (10-25 минут) демонстрируются с применением разработанного «ключа»:

Шаг №1. Выслушайте/прочтите объяснения преподавателя. Этап теоретического осмысления работы.

Шаг №2. Показ. Этап инструктажа.

Шаг №3. Проба. Этап, на котором 2-3 ординатора выполняют работу, а остальные наблюдают и под руководством преподавателя делают замечания, если в процессе работы допускается ошибка.

Шаг №4. Выполнение работы. Этап, на котором каждый самостоятельно выполняет задание. В ходе демонстрации практических навыков обучающемуся необходимо:

- оснастить рабочее место с соблюдением всех требований к подготовке для выполнения практического навыка (при необходимости),

- соблюдать все требования к безопасности;

- выполнить последовательно практические действия в соответствии с алгоритмом выполнения на специализированном оборудовании (манекене, муляже и пр.), ординаторе-волонтере, т.п.

- все действия обосновать.

Шаг №5. Контроль. На этом этапе работы ординаторов принимаются и оцениваются. Учитывается качество выполнения, бережное отношение к времени, скорость и правильное выполнение задания.

Доклады, рефераты, эссе – (15-25 минут) выполняются с использованием разработанного «ключа»:

Шаг №1. Тема реферата, доклада, эссе выбирается ординатором самостоятельно из предлагаемого перечня с учетом собственных интересов и возможностей.

Шаг №2. Реферат, доклад, эссе выполняется на основе теоретического анализа и обобщения данных научно-методической литературы.

Шаг №3. После выбора темы необходимо подобрать источники литературы и ознакомиться с их содержанием. При подборе литературы следует пользоваться электронными библиотечными системами, возможностями читального зала, консультаций профессорско-преподавательского состава кафедры. Литература по теме должна быть законспектирована и выписана на отдельные карточки. Это ускорит в дальнейшем составление списка литературы, плана реферата.

Шаг №4. После ознакомления с литературой разрабатывается структура (содержание) реферата.

Шаг №5. Теоретические выводы подкрепляются практическим материалом по выбранной теме.

Шаг №6. Подготовка реферата, доклада, эссе к защите с использованием презентации.

Шаг №7. Обсуждение в группе и оценка защиты реферата, доклада, эссе.

Общая продолжительность общего времени проведения оценочного мероприятия не должна превышать два академических часа (90 минут)