

УТВЕРЖДЕНА

Директор
ЧОУ ДПО «Научно-образовательный
Институт ММЦ»


Фомина М.В.
«26» 03 2026 г.



ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат: 028DE39600D1B336874C86699DA48FEF6D
Владелец: ФОМИНА МАРИЯ ВЛАДИМИРОВНА
Действителен: с 13.01.2026 до 13.04.2027

**ОСНОВНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ
ПРОГРАММА ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПРОГРАММА
ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ
В ОРДИНАТУРЕ
(общая характеристика)**

Специальность **31.08.68 Урология**

Квалификация **Врач-уролог**

Нормативный срок освоения программы: **2 года**

Форма обучения: **очная**

Санкт-Петербург
2026 г.

СОДЕРЖАНИЕ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	4
1.1. <i>Введение</i>	<i>4</i>
1.2. <i>Нормативные документы для разработки программы ординатуры</i>	<i>4</i>
2. ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ	5
2.1. <i>Цель (миссия) основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры</i>	<i>5</i>
2.2. <i>Трудоемкость программы ординатуры</i>	<i>5</i>
2.3. <i>Срок освоения программы ординатуры</i>	<i>5</i>
2.4. <i>Квалификация, присваиваемая выпускникам</i>	<i>5</i>
2.5. <i>Требования к абитуриенту</i>	<i>5</i>
3. ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВЫПУСКНИКА ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.68 УРОЛОГИЯ	6
3.1. <i>Область профессиональной деятельности выпускника</i>	<i>6</i>
3.2. <i>Объекты профессиональной деятельности выпускника</i>	<i>6</i>
3.3. <i>Виды профессиональной деятельности выпускника</i>	<i>6</i>
3.4. <i>Задачи профессиональной деятельности выпускника</i>	<i>6</i>
4. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОСВОЕНИЯ ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ	7
5. ОБЩИЕ ТРЕБОВАНИЯ К СТРУКТУРЕ ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ	8
5.1. <i>Структура программы ординатуры</i>	<i>8</i>
6. ТРЕБОВАНИЯ К УСЛОВИЯМ РЕАЛИЗАЦИИ ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ	9
6.1. <i>Документы, регламентирующие содержание и организацию образовательного процесса при реализации программы ординатуры</i>	<i>9</i>
6.1.1. <i>Учебный план</i>	<i>9</i>
6.1.2. <i>Календарный учебный график</i>	<i>9</i>
6.1.3. <i>Рабочие программы дисциплин (модулей)</i>	<i>10</i>
6.1.4. <i>Рабочие программы практик</i>	<i>10</i>
6.1.5. <i>Программа государственной итоговой аттестации</i>	<i>11</i>
6.1.6. <i>Оценочные средства</i>	<i>11</i>
6.1.7. <i>Методические материалы</i>	<i>12</i>
6.1.8. <i>Рабочая программа воспитания</i>	<i>12</i>
6.1.9. <i>Календарный план воспитательной работы</i>	<i>13</i>
6.1.10. <i>Формы аттестации</i>	<i>13</i>
6.2. <i>Условия реализации программы ординатуры</i>	<i>13</i>

6.2.1. Кадровое обеспечение программы ординатуры	13
6.2.2. Учебно-методическое, информационное и материально-техническое обеспечение программы ординатуры.....	14
6.2.3. Финансовое обеспечение реализации программы ординатуры	16
7. ОСОБЕННОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА ДЛЯ ИНВАЛИДОВ И ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ	16

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Введение

Основная профессиональная образовательная программа высшего образования – программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре (далее программа ординатуры, ОПОП ВО) по специальности 31.08.68 Урология, реализуемая в ЧОУ ДПО «Научно-образовательный Институт ММЦ» (далее – Институт ММЦ) представляет собой комплекс основных характеристик образования (объем, содержание, планируемые результаты), организационно-педагогических условий, форм аттестации, который представлен в виде общей характеристики программы ординатуры, учебного плана, календарного учебного графика, рабочих программ дисциплин (модулей), практики, оценочных средств и методических материалов, иных компонентов, включенных в ОПОП ВО по решению Института ММЦ.

ОПОП ВО регламентирует цели, ожидаемые результаты, содержание, условия и технологии реализации образовательного процесса, оценку качества подготовки выпускника по данной специальности и включает в себя:

- общую характеристику образовательной программы;
- учебный план;
- календарный учебный график;
- рабочие программы дисциплин (модулей);
- рабочие программы практик;
- программу государственной итоговой аттестации (ГИА);
- оценочные средства;
- методические материалы;
- формы аттестации;
- иные компоненты.

1.2. Нормативные документы для разработки программы ординатуры

Нормативную правовую базу разработки ОПОП ВО составляют:

- Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 №273-ФЗ;
- Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования подготовки кадров высшей квалификации по специальности 31.08.68 Урология, утверждённый приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от «26» августа 2014 г. №1111;
- Приказ Министерства науки и высшего образования РФ от 07.01.2025 № 312 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности образовательным программам высшего образования – программам ординатуры»
- Приказ Министерства образования и науки РФ от 12 сентября 2013 г. №1061 «Об утверждении перечней специальностей и направлений подготовки высшего образования»;
- Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 18 марта 2016 г. № 227 «Об утверждении порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки»;
- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 3 сентября 2013 г. № 620н «Об утверждении Порядка организации и проведения практической подготовки обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования, фармацевтического образования»;
- Иные нормативные документы исполнительных органов власти Российской Федерации, регулирующие деятельность Института ММЦ по реализации программы ординатуры;
- Локальные нормативные акты;
- Устав Института ММЦ.

2. ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ

ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ

2.1. Цель (миссия) основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры

Целью (миссией) программы ординатуры по специальности 31.08.68 Урология является подготовка квалифицированного врача–уролога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности в сфере здравоохранения.

2.2. Трудоемкость программы ординатуры

Объем программы ординатуры составляет 120 зачетных единиц, не включая объем факультативных дисциплин.

Срок получения образования по программе ординатуры: в очной форме, включая каникулы, предоставляемые после прохождения государственной итоговой аттестации, вне зависимости от применяемых образовательных технологий, составляет 2 года. Объем программы ординатуры в очной форме обучения, реализуемый за один учебный год, составляет 60 з.е.;

при обучении по индивидуальному учебному плану срок устанавливается организацией самостоятельно, но не более срока получения образования, установленного для соответствующей формы обучения, при обучении по индивидуальному учебному плану лиц с ограниченными возможностями здоровья организация вправе продлить срок не более чем на один год по сравнению со сроком, установленным для соответствующей формы обучения. Объем программы ординатуры за один учебный год при обучении по индивидуальному учебному плану не может составлять более 75 з.е.

Обучение по программе ординатуры осуществляется в очной форме.

В реализации практической подготовки обучающихся и государственной итоговой аттестации не допускается применения электронного обучения, дистанционных образовательных технологий.

Образовательный процесс по программе ординатуры разделяется на учебные годы (курсы).

Учебный год начинается с 1 сентября. Институт может перенести срок начала учебного года не более чем на 2 месяца.

В учебном году устанавливаются каникулы общей продолжительностью не менее 6 недель. Срок получения высшего образования по программе ординатуры включает каникулы, предоставляемые по заявлению обучающегося, после прохождения государственной итоговой аттестации.

Реализация программы ординатуры по специальности 31.08.68 Урология возможна с использованием сетевой формы.

Образовательная деятельность по программе ординатуры по специальности 31.08.68 Урология осуществляется на государственном языке Российской Федерации.

2.3. Срок освоения программы ординатуры

Срок получения образования по программе ординатуры в очной форме, включая каникулы, предоставляемые после прохождения государственной итоговой аттестации, вне зависимости от применяемых образовательных технологий, составляет 2 года.

2.4. Квалификация, присваиваемая выпускникам

Квалификация выпускника – Врач-уролог.

2.5. Требования к абитуриенту

К освоению программы ординатуры по специальности 31.08.68 Урология допускаются лица, имеющие высшее медицинское образование по одной из специальностей: 31.05.01 Лечебное дело, 31.05.02 Педиатрия.

3. ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

ВЫПУСКНИКА ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.68 УРОЛОГИЯ

3.1. Область профессиональной деятельности выпускника

Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путем обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

3.2. Объекты профессиональной деятельности выпускника

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

- физические лица (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее - подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее - взрослые);
- население;
- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

3.3. Виды профессиональной деятельности выпускника

Виды профессиональной деятельности, к которым готовятся выпускники, освоившие программу ординатуры:

- профилактическая;
- диагностическая;
- лечебная;
- реабилитационная;
- психолого-педагогическая;
- организационно-управленческая.

Программа ординатуры включает в себя все виды профессиональной деятельности, к которым готовится ординатор.

3.4. Задачи профессиональной деятельности выпускника

Выпускник, освоивший программу ординатуры, готов решать следующие профессиональные задачи:

профилактическая деятельность:

предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;

проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;

проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения различных возрастно-половых групп, характеризующих состояние их здоровья;

диагностическая деятельность:

диагностика заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования;

диагностика неотложных состояний;

диагностика беременности;

проведение медицинской экспертизы;

лечебная деятельность:

оказание специализированной медицинской помощи;

участие в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;

оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;

реабилитационная деятельность:

проведение медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения;

психолого-педагогическая деятельность:

формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья

окружающих;

организационно-управленческая деятельность:

применение основных принципов организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях;

организация и управление деятельностью медицинских организаций и их структурных подразделений;

организация проведения медицинской экспертизы;

организация оценки качества оказания медицинской помощи пациентам;

ведение учетно-отчетной документации в медицинской организации и ее структурных подразделениях;

создание в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны труда;

соблюдение основных требований информационной безопасности.

4. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОСВОЕНИЯ ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ

В результате освоения программы ординатуры у выпускника должны быть сформированы универсальные и профессиональные компетенции.

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими универсальными компетенциями:

готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);

готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать профессиональными компетенциями:

профилактическая деятельность:

готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);

готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);

готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

диагностическая деятельность:

готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

лечебная деятельность:

готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании урологической

медицинской помощи (ПК-6);

готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

психолого-педагогическая деятельность:

готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

организационно-управленческая деятельность:

готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);

готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);

готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

5. ОБЩИЕ ТРЕБОВАНИЯ К СТРУКТУРЕ ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ

5.1. Структура программы ординатуры

Структура программы ординатуры по специальности 31.08.68 Урология включает обязательную часть (базовую) и часть, формируемую участниками образовательных отношений (вариативную).

Программа ординатуры состоит из следующих блоков:

Блок 1 "Дисциплины (модули)", который включает дисциплины (модули), относящиеся к базовой части программы, и дисциплины (модули), относящиеся к ее вариативной части.

Блок 2 "Практики", относящийся как к базовой части программы, так и к ее вариативной части.

Блок 3 "Государственная итоговая аттестация", который в полном объеме относится к базовой части программы и завершается присвоением квалификации "Врач-уролог". В Блок 3 "Государственная итоговая аттестация" входит подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена.

Структура программы ординатуры

Структура программы ординатуры		Объем программы ординатуры в з.е.
Блок 1	Дисциплины (модули)	45
	Базовая часть	39
	Вариативная часть	6
Блок 2	Практики	72
	Базовая часть	60
	Вариативная часть	12

Блок 3	Государственная итоговая аттестация	3
	Базовая часть	3
Объем программы ординатуры		120

6. ТРЕБОВАНИЯ К УСЛОВИЯМ РЕАЛИЗАЦИИ ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ

6.1. *Документы, регламентирующие содержание и организацию образовательного процесса при реализации программы ординатуры*

Программа ординатуры представляет собой комплекс основных характеристик образования, организационно-педагогических условий, форм аттестации, который представлен в виде:

- общей характеристики программы ординатуры;
- учебного плана;
- календарного учебного графика;
- рабочих программ дисциплин (модулей);
- рабочих программ практик;
- программа государственной итоговой аттестации;
- оценочных средств;
- методических материалов.

6.1.1. *Учебный план*

Компетентностно-ориентированный учебный план по 31.08.68 Урология составлен с учетом требований к структуре программы ординатуры, сформулированных в разделе VI Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (далее - ФГОС ВО) по специальности 31.08.68 Урология (уровень подготовки кадров высшей квалификации).

Учебным планом программы ординатуры определяется перечень, трудоемкость и распределение по периодам обучения дисциплин (модулей), практик, промежуточной аттестации обучающихся и государственной итоговой аттестации.

6.1.2. *Календарный учебный график*

В календарном учебном графике представлена последовательность и календарные периоды реализации ОПОП ВО специальности 31.08.68 Урология:

- теоретическое обучение и производственная (клиническая) практика (базовая часть);
- экзаменационные сессии;
- производственная (клиническая) практика (вариативная часть);
- подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена;
- каникулы.

В календарном учебном графике обозначены нерабочие праздничные дни, отражена продолжительность обучения (за исключением нерабочих праздничных дней и каникул).

6.1.3. *Рабочие программы дисциплин (модулей)*

В рабочих программах дисциплин (модулей) отражены: цели и задачи дисциплины (модуля); место дисциплины (модуля) в структуре ОПОП ВО; роль дисциплины в формировании компетенций выпускника; требования к результатам освоения дисциплины; разделы дисциплины и компетенции, которые формируются при их изучении; форма контроля; объем дисциплины и виды учебной работы; содержание дисциплины, структурированное по разделам дисциплины и видам занятий; тематические планы по соответствующим формам

учебных занятий (лекций, семинаров, практических занятий, клинических практических занятий); примеры оценочных средств, в том числе для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации; самостоятельная работа; учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины (модуля); материально-техническое обеспечение дисциплины (модуля); специализированные условия для обучающихся-инвалидов и обучающихся-лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Ответственность за разработку рабочей программы дисциплины (модуля) несет кафедра, за которой закреплена учебная дисциплина (модуль). Рабочая программа дисциплины (модуля) обсуждается на заседании кафедры и утверждается директором Института ММЦ. Электронная версия доступна на официальном сайте Института ММЦ и в рамках электронной информационно-образовательной среды (далее – ЭИОС).

Рабочие программы дисциплин приведены в приложении.

6.1.4. Рабочие программы практик

Цель проведения практики, как одной из форм практической подготовки обучающихся, - обеспечение закрепления и развития практических навыков и умений у ординаторов для достижения планируемых результатов освоения образовательной программы и обеспечения их готовности к осуществлению профессиональной деятельности в оказании медицинской помощи гражданам в порядке, установленном Минздравом России.

В соответствии с ФГОС ВО по специальности 31.08.68 Урология (уровень подготовки кадров высшей квалификации) в Блок 2 «Практики» входят производственная (клиническая) практика (базовая часть) и производственная (клиническая) практика (вариативная часть). По каждому виду практики разработаны и утверждены рабочие программы практик.

Способы проведения производственной (клинической) практики:

- стационарная;
- выездная.

Стационарная практика проводится в профильных организациях и учреждениях, расположенных на территории города Санкт-Петербург.

Выездной является практика, которая проводится за пределами места нахождения образовательной организации.

Выбор мест прохождения практик для лиц с ограниченными возможностями здоровья производится с учетом состояния здоровья обучающихся и требований по доступности.

В рабочей программе практики отражены:

- организационно-методический раздел: цели и задачи практики, место практики в структуре основной профессиональной образовательной программы, место проведения практики, способы проведения практики, роль практики в формировании компетенций выпускника, требования к результатам освоения практики, форма контроля;

- объем практики;
- содержание практики;
- формы отчетности;
- фонды оценочных средств;
- учебно-методическое и информационное обеспечение практики;
- материально-техническое обеспечение практики;
- методические рекомендации по прохождению практики;
- специализированные условия для обучающихся-инвалидов и обучающихся-лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Рабочие программы практик представлены в приложении.

6.1.5. Программа государственной итоговой аттестации

Порядок проведения государственной итоговой аттестации регламентируется Положением о порядке и форме проведения государственной итоговой аттестации по

образовательным программам высшего образования – программам ординатуры.

В программе государственной итоговой аттестации раскрываются общие положения, результаты освоения программы ординатуры, порядок проведения государственной итоговой аттестации, порядок подведения результатов государственной итоговой аттестации, программа государственного экзамена, учебно-методическое и информационное обеспечение, материально-техническое обеспечение.

6.1.6. Оценочные средства

В соответствии с требованиями ФГОС ВО и Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры для проведения контроля качества освоения программы ординатуры посредством текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся и государственной итоговой аттестации обучающихся Институтом разработаны и утверждены оценочные средства. Оценочные средства представлены Фондами оценочных средств, разработанными в соответствии с Положением о фонде оценочных средств по программам подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре.

В Фонде оценочных средств (далее - ФОС) представлены компетентностно-ориентированные оценочные средства по дисциплинам(модулям), практикам, ГИА, позволяющие дать оценку соответствия планируемых результатов реальным результатам освоения ОПОП ВО.

Примеры оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся входят в рабочие программы дисциплин(модулей), программу государственной итоговой аттестации. ФОС для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся по практикам входит в состав рабочей программы практики.

Оценочные средства дисциплин(модулей) включают в себя:

- паспорт ФОС;
- перечень компетенций с указанием этапов их формирования, уровня освоения, шкалы оценивания и обобщенных критериев проверки сформированности компетенций;
- критерии оценки, шкалы оценивания по видам оценочных средств;
- оценочные средства для контроля результатов обучения (в т.ч. оценочные средства для текущего контроля и оценочные средства для промежуточной аттестации);
- методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений и навыков ординаторов.

Оценочные средства по практикам содержат:

- критерии оценки, шкалы оценивания по видам оценочных средств;
- оценочные средства для текущего контроля;
- оценочные средства для промежуточной аттестации.

Оценочные средства для государственной итоговой аттестации включают в себя:

- общие положения;
- перечень компетенций, которыми должны овладеть обучающиеся, в результате освоения образовательной программы;
- описание показателей и критериев оценивания компетенций и шкал оценивания;
- контрольные задания, необходимые для оценки результатов освоения программы ординатуры;
- методические материалы, определяющие процедуру оценивания результатов освоения программы ординатуры.

Оценочные средства включают: контрольные вопросы, практические задания для практических занятий, клинических практических занятий, семинаров, зачетов и экзаменов; тесты, ситуационные задачи; перечень практических навыков и умений с критериями их оценки; тематику рефератов и т.п., а также иные формы контроля, позволяющие оценить соответствие результатов сформированности компетенций планируемым результатам освоения ОПОП.

Текущий контроль успеваемости обеспечивает оценивание хода освоения дисциплин

(модулей) и прохождения практик, промежуточная аттестация обучающихся – оценивание промежуточных и окончательных результатов обучения по дисциплинам (модулям) и прохождения практик.

В соответствии с учебным планом промежуточная аттестация проводится в форме экзаменов, зачетов с оценками (дифференцированных зачетов) и зачетов.

ФОС разрабатываются профильными кафедрами и утверждаются ректором. Оценочные средства представлены в приложении.

6.1.7. Методические материалы

Методические материалы – это материалы, раскрывающие формы, средства, методы обучения, элементы педагогических технологий или сами технологии обучения и воспитания. Они могут быть, как индивидуальной, так и коллективной работой.

Методические материалы направлены на профессионально-педагогическое совершенствование мастерства преподавателя, а также повышения качества подготовки обучающихся.

Методические материалы ориентируют обучающегося на освоение учебного материала, написание рефератов, выработку у ординатора навыков и умений при организации самостоятельной работы.

Структура разделов методических материалов:

- титульный лист;
- содержание;
- основная часть;
- список использованной литературы;
- приложение (при необходимости).

Основную часть методических материалов составляет обучающий блок, в него входит:

- теоретическая часть – как правило, здесь излагается научно-педагогическое обоснование, характеризуется методологическая позиция применительно к конкретному виду работы обучающегося, обладающему своими специфическими чертами;
- практическая часть – систематизируется и классифицируется фактический материал, содержатся практические рекомендации, алгоритмы, приводятся характерные примеры тех или иных форм и методик работы.

Институтом разработаны и утверждены:

Методические рекомендации по организации самостоятельной работы обучающихся;

Методические рекомендации по прохождению производственной (клинической) практики;

Методические рекомендации по оформлению реферата.

Методические материалы являются компонентом основной профессиональной образовательной программы и представлены в приложении.

6.1.8. Рабочая программа воспитания

В соответствии с Федеральным законом от 31.07.2020г. № 304-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации по вопросам воспитания обучающихся» воспитание - «деятельность, направленная на развитие личности, создание условий для самоопределения и социализации обучающихся на основе социокультурных, духовно-нравственных ценностей и принятых в российском обществе правил и норм поведения в интересах человека, семьи, общества и государства, формирование у обучающихся чувства патриотизма, гражданственности, уважения к памяти защитников Отечества и подвигам Героев Отечества, закону и правопорядку, человеку труда и старшему поколению, взаимного уважения, бережного отношения к культурному наследию и традициям многонационального народа Российской Федерации, природе и окружающей среде».

В Институте ММЦ воспитательная работа является важной и неотъемлемой частью образовательного процесса. Она направлена на создание благоприятных условий для личностного и профессионального становления выпускников Института ММЦ, формирование необходимых универсальных и профессиональных компетенций, таких базовых социально-личностных качеств, как духовность, нравственность, патриотизм, гражданственность,

трудолюбие, ответственность, инициативность, способность к творческому самовыражению и активной жизненной позиции, приверженность к здоровому образу жизни и культурным ценностям.

Основные цели, задачи и направления воспитательной работы отражены в рабочей программе воспитания. Содержание рабочей программы воспитания включает в себя:

- общие положения;
- содержание и условия реализации воспитательной работы;
- управление системой воспитательной работы.

6.1.9. Календарный план воспитательной работы

Он содержит последовательность реализации основных направлений воспитательной работы Института ММЦ, включая участие обучающихся в мероприятиях с указанием видов деятельности, места и формата проведения, названия мероприятия и организаторов, формы проведения мероприятия и т.д.

6.1.10. Формы аттестации

Формы аттестации определяются учебным планом специальности 31.08.68 Урология.

6.2. Условия реализации программы ординатуры

Ресурсное обеспечение данной ОПОП ВО формируется на основе требований к условиям реализации ОПОП ВО, определяемых ФГОС ВО по специальности 31.08.68 Урология (уровень подготовки кадров высшей квалификации).

6.2.1. Кадровое обеспечение программы ординатуры

Реализация программы ординатуры обеспечивается руководящими и научно-педагогическими работниками Института ММЦ, а также лицами, привлекаемыми к реализации ОПОП по договорам гражданско-правового характера.

Доля штатных научно-педагогических работников (в приведенных к целочисленным значениям ставок) составляет более 70 процентов от общего количества научно-педагогических работников Института ММЦ.

Доля научно-педагогических работников (в приведенных к целочисленным значениям ставок), имеющих образование, соответствующее профилю преподаваемой дисциплины (модуля), в общем числе научно-педагогических работников, реализующих программу ординатуры, составляет более 70 процентов.

Доля научно-педагогических работников (в приведенных к целочисленным значениям ставок), имеющих ученую степень (в том числе ученую степень, присвоенную за рубежом и признаваемую в Российской Федерации) и (или) ученое звание (в том числе ученое звание, полученное за рубежом и признаваемое в Российской Федерации), в общем числе научно-педагогических работников, реализующих программу ординатуры, составляет более 65 процентов.

Доля работников (в приведенных к целочисленным значениям ставок) из числа руководителей и работников организаций, деятельность которых связана с направленностью (спецификой) реализуемой программы ординатуры (имеющих стаж работы в данной профессиональной области не менее 3 лет), в общем числе работников, реализующих программу ординатуры, составляет более 10 процентов.

Квалификация руководящих и научно-педагогических работников Института ММЦ соответствует квалификационным характеристикам, установленным Квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам, утвержденными Министерством здравоохранения РФ, и квалификационным характеристикам, установленным в Едином квалификационном справочнике должностей руководителей, специалистов и служащих, разделе «Квалификационные характеристики должностей руководителей специалистов высшего профессионального и дополнительного профессионального образования, утвержденном приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 11 января 2011 г. №1н, и профессиональными стандартами (при наличии).

6.2.2. Учебно-методическое, информационное и материально-техническое обеспечение

программы ординатуры

Образовательная программа обеспечена учебно-методической документацией и методическими материалами.

Перечень учебников, учебно-методических пособий и информационных ресурсов представлен в рабочих программах дисциплин (модулей), рабочих программах практик, Программе ГИА.

Библиотечный фонд укомплектован в соответствии с нормативными требованиями. Каждый обучающийся в течение всего периода обучения обеспечивается индивидуальным неограниченным доступом к электронно-библиотечным системам (электронным библиотекам) к электронной информационно-образовательной среде Института ММЦ.

Электронно-библиотечные системы (электронные библиотеки) и электронная информационно-образовательная среда обеспечивают возможность доступа обучающихся из любой точки, в которой имеется доступ к информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», как на территории Института ММЦ, так и вне его.

Электронная информационно-образовательная среда Института ММЦ обеспечивает:

- доступ к учебным планам, рабочим программам дисциплин (модулей), практик, к изданиям электронных библиотечных систем и электронным образовательным ресурсам, указанным в рабочих программах;
- фиксацию хода образовательного процесса, результатов промежуточной аттестации и результатов освоения основной образовательной программы;
- проведение всех видов занятий, процедур оценки результатов обучения, реализация которых предусмотрена с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий;
- формирование электронного портфолио обучающегося, в том числе сохранение работ обучающегося, рецензий и оценок на эти работы со стороны любых участников образовательного процесса;
- взаимодействие между участниками образовательного процесса, в том числе синхронное и (или) асинхронное посредством сети «Интернет».

Функционирование электронной информационно-образовательной среды Института ММЦ обеспечивается соответствующими средствами информационно-коммуникационных технологий и квалификацией работников, ее использующих и поддерживающих.

Электронная информационно-образовательная среда функционирует в строгом соответствии с законодательством Российской Федерации.

Каждый обучающийся обеспечен доступом к электронно-библиотечной системе (электронным библиотекам) «ЛАНЬ», содержащим издания по основным изучаемым дисциплинам с предоставлением доступа к базам данных и сформированным на основании прямых договоров с правообладателями. При этом обеспечена возможность осуществления одновременного индивидуального доступа к таким системам 100% обучающихся.

Для обучающихся обеспечен доступ к современным профессиональным базам данных и информационным справочным системам, состав которых определен в рабочих программах дисциплин (модулей) и ежегодно обновляется.

При наличии в Институте ММЦ обучающихся – инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, они обеспечиваются печатными и (или) электронными образовательными ресурсами в формах, адаптированных к ограничениям их здоровья.

Институт располагает материально-технической базой, соответствующей действующим санитарным и противопожарным правилам и нормам, обеспечивающим проведение всех видов дисциплинарной и междисциплинарной подготовки, практической работы обучающихся, предусмотренных учебным планом.

Для реализации программы ординатуры по специальности 31.08.68 Урология Институт располагает специально оборудованными помещениями для проведения учебных занятий, в том числе:

- аудитории, оборудованные мультимедийными и иными средствами обучения, позволяющими использовать симуляционные технологии, с типовыми наборами

профессиональных моделей и результатов лабораторных и инструментальных исследований в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально;

- аудитории, оборудованные фантомной и симуляционной техникой, имитирующей медицинские манипуляции и вмешательства, в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально; анатомический зал и (или) помещения, предусмотренные для работы с биологическими моделями;

- помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами, оснащенные специализированным оборудованием и (или) медицинскими изделиями (тонометр, стетоскоп, фонендоскоп, термометр, медицинские весы, ростометр, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, электрокардиограф, облучатель бактерицидный, аппарат наркозно-дыхательный, аппарат искусственной вентиляции легких, инфузомат, отсасыватель послеоперационный, дефибриллятор с функцией синхронизации, стол операционный хирургический многофункциональный универсальный, хирургический, микрохирургический инструментарий, универсальная система ранорасширителей с прикреплением к операционному столу, аппарат для мониторинга основных функциональных показателей, анализатор дыхательной смеси, электроэнцефалограф, дефибриллятор с функцией синхронизации, урофлоуметр, уродинамические системы, урологическое кресло (детское, взрослое), система терапии недержания мочи и сексуальных расстройств, ультразвуковой сканер, экстракорпоральный литотриптер, интракорпоральный литотриптер, эндоскопическая стойка для проведения цистоскопии и малоинвазивных операций на мочевом пузыре, мочеточниках, уретре) и расходным материалом в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально, а также иное оборудование, необходимое для реализации программы ординатуры.

Помещения для самостоятельной работы обучающихся оснащены компьютерной техникой с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду Института ММЦ.

Институт обеспечен комплектом лицензионного программного обеспечения, его состав определяется в рабочих программах дисциплин (модулей), рабочих программах практик, программе государственной итоговой аттестации и подлежит ежегодному обновлению.

Организация практической подготовки ординаторов осуществляется на основании договора между Институтом и медицинской организацией ООО «ММЦ ВТ», судебно-экспертным учреждением или иной организацией, осуществляющей деятельность в сфере охраны здоровья.

Типовая форма указанного договора утверждается федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, по согласованию с федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере общего образования, и федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере высшего образования.

Указанный договор содержит положения, определяющие виды деятельности, по которым осуществляется практическая подготовка обучающихся, сроки осуществления практической подготовки в соответствии с учебным планом, перечень работников Института ММЦ, количество обучающихся, участвующих в практической подготовке, порядок и условия использования необходимого для организации практической подготовки имущества сторон договора, порядок участия обучающихся, работников образовательной организации в соответствующей деятельности, включая порядок их участия в оказании медицинской помощи гражданам, ответственность Института ММЦ за вред, причиненный при осуществлении практической подготовки обучающихся, в том числе пациентам.

6.2.3. Финансовое обеспечение реализации программы ординатуры

Финансовое обеспечение реализации программы ординатуры осуществляется в объеме не ниже установленных Министерством образования и науки Российской Федерации базовых нормативных затрат на оказание государственной услуги в сфере образования для данного уровня образования и специальности с учетом корректирующих коэффициентов, учитывающих специфику образовательных программ на основании соответствующей Методики определения нормативных затрат, утвержденной федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере высшего образования.

7. ОСОБЕННОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА ДЛЯ ИНВАЛИДОВ И ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

При наличии в контингенте обучающихся по образовательной программе инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по личному заявлению обучающихся образовательная программа адаптируется с учетом особых образовательных потребностей таких обучающихся.

При обучении по индивидуальному учебному плану лиц с ограниченными возможностями здоровья срок освоения образовательной программы может быть увеличен по их желанию не более чем на 1 год по сравнению со сроком получения образования, установленного для соответствующей формы обучения.

Для лиц с ограниченными возможностями здоровья выбор мест прохождения практик учитывает состояние здоровья и требования по доступности.

Материально-техническое обеспечение для лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов предусматривает оснащение учебных аудиторий техническими средствами обучения в соответствии с нозологией данной категории обучающихся.

Обучающиеся из числа лиц с ограниченными возможностями здоровья обеспечиваются печатными и (или) электронными образовательными ресурсами в формах, адаптированных к ограничениям их здоровья.

Важным фактором социальной адаптации ординаторов с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов является индивидуальное сопровождение, которое имеет непрерывный и комплексный характер.

Сопровождение привязано к структуре образовательного процесса, определяется его целями, построением, содержанием и методами, имеет предупреждающий характер и особенно актуально, когда у обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и обучающихся-инвалидов возникают проблемы учебного адаптационного, коммуникативного характера, препятствующие своевременному формированию необходимых компетенций.

Механизм организации образовательной деятельности для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по образовательным программам, реализуемым Институтом, определяется Положением об организации образовательного процесса для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья Института ММЦ.

Разработчики:

Заведующий кафедрой урологии, к.м.н. Орлов Игорь Николаевич, д.м.н. Каганцов Илья Маркович, Басок Станислав Михайлович, к.м.н. Сушина Ирина Викторовна

Рецензент:

Топузов Т.М. - заведующий отделением урологии №1 Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения Клиническая больница Святителя Луки, врач-уролог, к.м.н.

Частное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования
"Научно-образовательный Институт "Мой медицинский центр"



ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат: 028DE39600D1B336874C86699DA48FEF6D
Владелец: ФОМИНА МАРИЯ ВЛАДИМИРОВНА
Действителен: с 13.01.2026 до 13.04.2027

УЧЕБНЫЙ ПЛАН

по программе ординатуры

31.08.68

31.08.68 Урология

УТВЕРЖДАЮ

Директор

Фомина М.В.

20.08.2026 г.



Квалификация: Врач-уролог
Форма обучения: очная
Срок обучения: 2г

Год начала подготовки 2026
Образовательный стандарт № 1111
26.08.2014

Виды профессиональной деятельности

профилактическая;
диагностическая;
лечебная;
реабилитационная;
психолого-педагогическая;
организационно-управленческая.

СОГЛАСОВАНО

Руководитель по образовательной и научной
деятельности

Заведующий кафедры урологии

И.Н. Липовицкая

И.Н. Орлов

Индекс	Наименование	Формы контроля		Итого акад. часов					з.е.		Курс 1										Курс 2													
		Экзам-ен	Зачет	Эксперт-ное	По плану	в том числе			Эксперт-ные	Факт	Семестр 1					з.е.	Семестр 2					з.е.	Семестр 3					з.е.	Семестр 4					з.е.
						Контакт- н. раб. (по учеб. зан.)	СР	Контроль			Часов						Часов						Часов						Часов					
											Лек	Пр./Кл	ин./Кл	СР/Кл	Контроль/Атт		Лек	Пр./Кл	ин./Кл	СР/Кл	Контроль/Атт		Лек	Пр./Кл	ин./Кл	СР/Кл	Контроль/Атт		Лек	Пр./Кл	ин./Кл	СР/Кл	Контроль/Атт	
Блок 1. Дисциплины (модули)				1620	1620	870	615	135	45	45	26	196	22	190	34	13	28	234	40	240	34	16	20	150	22	134	34	10	12	110	8	52	34	6
Обязательная часть				1404	1404	762	507	135	39	39	26	196	22	190	34	13	22	186	40	186	34	13	14	102	22	80	34	7	12	110	8	52	34	6
Б1.О.01	Урология	1234		1116	1116	625	356	135	31	31	20	180	8	154	34	11	20	186	14	142	34	11	8	80	14	44	34	5	6	80	8	16	34	4
Б1.О.02	Общественное здоровье и здравоохранение		4	72	72	36	36		2	2																		6	30		36		2	
Б1.О.03	Педагогика		2	72	72	28	44		2	2						2		26	44		2													
Б1.О.04	Гигиена и эпидемиология чрезвычайных ситуаций		1	72	72	36	36		2	2	6	16	14	36		2																		
Б1.О.05	Микробиология		3	72	72	36	36		2	2												6	22	8	36		2							
Вариативная часть																																		
Б1.В.01	Клиническая лабораторная диагностика		3	108	108	54	54		3	3												6	48		54		3							
Дисциплины (модули) по выбору 1 (ДВ.1)				108	108	54	54		3	3						6	48		54		3													
Б1.ДВ.01	Урогинекология		2	108	108	54	54		3	3						6	48		54		3													
Б1.ДВ.02	Онкология		2	108	108	54	54		3	3						6	48		54		3													
Б1.ДВ.03	Анестезиология и реаниматология		2	108	108	54	54		3	3						6	48		54		3													
Б1.В.ДЭ.01	Ультразвуковая диагностика		2	108	108	54	54		3	3						6	48		54		3													
Блок 2. Практика				2592	2592	175	2417		72	72			38	574		17			42	462		14			38	682		20			56	700		21
Базовая часть				2160	2160	143	2017		60	60			38	574		17			42	462		14			38	682		20			24	300		9
Б2.О.01 (П)	Производственная (клиническая) практика (базовая часть)	1234		2160	2160	143	2017		60	60			38	574		17			42	462		14			38	682		20			24	300		9
Вариативная часть				432	432	32	400		12	12																				32	400		12	
Б2.В.01 (П)	Производственная (клиническая) практика (вариативная часть)		4	432	432	32	400		12	12																				32	400		12	
Блок 3. Государственная итоговая аттестация				108	108	9	99		3	3																				6	99	3	3	
Б3.О.01 (Г)	Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена	4		108	108	9	99		3	3																				6	99	3	3	
ФТД. Факультативные дисциплины				144	144	44	100		4	4						2	20		50		2	2	20		50		2							
ФТД.В.01	Информационные технологии в общественном здравоохранении		2	72	72	22	50		2	2						2	20		50		2													
ФТД.В.02	Медицинская деонтология		3	72	72	22	50		2	2											2	20		50		2								

УТВЕРЖДЕНА

Директор
ЧОУ ДПО «Научно-образовательный
Институт ММЦ»

Фомина М.В.

«23»

03

2026 г.



ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат: 028DE39600D1B336874C86699DA48FEF6D
Владелец: ФОМИНА МАРИЯ ВЛАДИМИРОВНА
Действителен: с 13.01.2026 до 13.04.2027

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ
основной профессиональной образовательной программы
высшего образования – уровень подготовки кадров высшей квалификации
(ординатура)
Специальность: 31.08.68 Урология

«УРОЛОГИЯ»

Длительность обучения: 1116 академических часов

Трудоемкость: 31 ЗЕТ

Форма обучения: очная

Санкт-Петербург

2026 г.

1. Цели и задачи дисциплины

Цель:

подготовка квалифицированного врача-уролога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности.

Задачи:

1. формирование базовых, фундаментальных медицинских знаний по специальности 31.08.68. «Урология»;
2. подготовка врача-уролога, обладающего клиническим мышлением, хорошо ориентирующегося в сложной патологии, имеющего углубленные знания смежных дисциплин;
3. формирование умений в освоении новейших технологий и методик в сфере своих профессиональных интересов;
4. формирование компетенций врача уролога:
 - диагностика и дифференциальная диагностика урологических заболеваний;
 - комплексное лечение больных в стационарных и амбулаторных условиях с учётом
 - возраста, тяжести заболевания, наличия сопутствующей патологии;
 - основные диагностические и лечебные процедуры;
 - выбор метода обезболивания и различные методы местной анестезии;
 - предоперационная подготовка и послеоперационное ведение урологических больных;
 - экстренные и плановые операции при урологических заболеваниях;
 - профилактика и метафилактика урологических болезней.

2. Место дисциплины в структуре ОПОП ВО

Дисциплина «Урология» относится к базовой части Блока 1 ОПОП ВО.

Для изучения данной учебной дисциплины необходимы следующие знания, умения и навыки:

Знания:

- Основные приемы сбора анамнеза и жалоб по системам органов
- Лучевые методы диагностики хирургических заболеваний
- Основные хирургические инструменты и их предназначение

Умения:

- Собирать анамнез, провести физикальное обследование
- Формулировать показания к лучевым методам диагностики
- Пользоваться хирургическими простыми инструментами

Навыки:

- Методы физикального обследования больного
- Владеть дифференциальной диагностикой хирургических заболеваний
- Пользоваться простейшими медицинскими инструментами

3. Роль дисциплины в формировании компетенций выпускника.

Данная дисциплина является составляющей в формировании следующих универсальных и профессиональных компетенций: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-6, ПК-8.

4. Требования к результатам освоения дисциплины:

№ п/п	Номер/ индекс компе- тенции	Содержание компетенции	В результате изучения учебной дисциплины обучающи- еся должны:			
			Знать	Уметь	Владеть	Оценочные средства
1	2	3	4	5	6	7
1.	УК-1	готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	основы законодательства об охране здоровья граждан, основные нормативные и регламентирующие документы в здравоохранении Российской Федерации	применить основы законодательства об охране здоровья граждан, основные нормативные и регламентирующие документы в здравоохранении Российской Федерации	абстрактным мышлением и синтезом	Опрос. Тестовые задания. Ситуационные задачи. Рефераты
	профилактическая деятельность:					
2.	ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	Знать нормативные документы, регулирующие мероприятия, направленные на сохранение и укрепление здоровья.	Умение применить квалификационные знания и умения при возникновении задач, связанных с сохранением и укреплением здоровья в плановой и экстренной работе урологического отделения	Владеть методами ранней диагностики, а также выявлений причин и условий возникновения опасных для здоровья состояний в урологическом отделении	Опрос. Тестовые задания. Ситуационные задачи. Рефераты

3.	ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	Принципы работы в профилактических медицинских учреждениях, принципы диспансеризации населения на местах	Организовывать потоки больных, для проведения диспансеризации, а также владеть навыками физического, инструментального и лабораторного обследования больных	Владеть методиками проведения ранней диагностики урологических заболеваний	Опрос. Тестовые задания. Ситуационные задачи. Рефераты
4.	ПК-4	готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	Знать методики сбора социально-гигиенических и медико-статистических показателей здоровья взрослых и подростков	Уметь применять принципы медико-статистического анализа для проведения статистических выкладок о показателях здоровья взрослых и подростков	Владеть статистическими методами и применять их на практике	Опрос. Тестовые задания. Ситуационные задачи. Рефераты
5.	ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании урологической медицинской помощи	Знать методы ведения и лечения пациентов, нуждающихся в оказании урологической помощи.	Уметь применять знания и навыки по ведению и лечению пациентов урологического профиля	Владеть методами ведения и лечения больных урологического профиля	Опрос. Тестовые задания. Ситуационные задачи. Рефераты
реабилитационная деятельность:						
6.	ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нужда-	Знать принципы лекарственной, немедикаментозной терапии, мед. Реабилитации	Уметь применять методы немедикаментозной терапии и принципы реабилитации у боль-	Владеть навыками оказания мед помощи в реабилитационных центрах	Опрос. Тестовые задания. Ситуационные задачи. Рефераты

		ющихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении		ных, нуждающихся в сан-кур. лечении		

5. Разделы дисциплины и компетенции, которые формируются при их изучении:

№ п/п	Код компетенции	Наименование раздела дисциплины	Содержание раздела
1.	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-6 ПК-8	Заболевание почек и мочевыводящих путей	Уросемиотика. Доинструментальное обследование инструментальные методы обследования ультразвуковая диагностика радиоизотопные методы обследования рентгенологическое исследование аномалии органов мочеполовой системы - эмбриогенез почек и мочевых путей неспецифические воспалительные заболевания почек, мочевых путей, половых органов мочекаменная болезнь дистанционная литотрипсия. контактная литотрипсия. перкутанная литотрипсия. гидронефроз, гидроуретеронефроз нефрогенная гипертензия повреждения почек и мочевого пузыря. повреждение уретры и наружных половых органов ятрогенная травма в урологии. Урогинекология острая почечная недостаточность хроническая почечная недостаточность нейрогенная дисфункция мочевого пузыря недержание мочи Уродинамика в урологии. паразитарные заболевания мочеполовых органов эхинококкоз почки шистосоматоз мочеполовых органов филяриатоз мочеполовых органов туберкулёз мочеполовой системы (фтизиурология) мочеполовые свищи у женщин ургентная урология
2.	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-6 ПК-8	Заболевания предстательной железы	Уросемиотика Доинструментальное обследование инструментальные методы обследования ультразвуковая диагностика радиоизотопные методы обследования рентгенологическое исследование неспецифические воспалительные заболевания, мочевых путей, половых органов доброкачественная гиперплазия предстательной железы. этиология. патогенез. диагностика. лечение

			рак предстательной железы. этиология. патогенез. дифференциальная диагностика при заболеваниях предстательной железы. ятрогенная травма в урологии. Эректильная дисфункция. этиология. патогенез. лечение. современные методы лечения преждевременной эякуляции нейрогенная дисфункция мочевого пузыря недержание мочи Уродинамика в урологии. Ургентная урология
3.	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-6 ПК-8	Заболевания наружных половых органов	Уросемиотика Доинструментальное обследование инструментальные методы обследования ультразвуковая диагностика радиоизотопные методы обследования рентгенологическое исследование неспецифические воспалительные заболевания почек, мочевых путей, половых органов повреждение уретры и наружных половых органов ятрогенная травма в урологии. Урогинекология водянка оболочек яичка Приапизм болезнь пейрони (фибропластическая индурация полового члена) Эректильная дисфункция. этиология. патогенез. лечение. современные методы лечения преждевременной эякуляции ургентная урология
4.	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-6 ПК-8	Онкоурология	Уросемиотика Доинструментальное обследование инструментальные методы обследования ультразвуковая диагностика радиоизотопные методы обследования рентгенологическое исследование аномалии органов мочеполовой системы - эмбриогенез почек и мочевых путей злокачественные новообразования почки, почечной лоханки и мочеточника новообразования мочевого пузыря. этиология. патогенез. диагностика. лечение. доброкачественная гиперплазия предстательной железы. этиология. патогенез. диагностика. лечение рак предстательной железы. этиология. патогенез. дифференциальная диагностика при заболеваниях предстательной железы.

6. Форма контроля

Текущий контроль осуществляется лектором и преподавателем, ведущим практические занятия, семинары и клинические практические занятия, в соответствии с тематическим планом (п.8.3, п.8.4, п. 8.5).

Промежуточная аттестация: 1, 2 курсы – экзамен.

Примерные оценочные средства представлены в п.9.

7. Объем дисциплины и виды учебной работы.

Общая трудоёмкость дисциплины составляет **31** зачетную единицу.

Вид учебной работы	Всего часов	Объем по курсам	
		1 курс	2 курс
Контактная работа	620,6	426,3	194,3
Лекции (Лек)	54	40	14
Практические занятия (Пр), в том числе в форме практической подготовки	190	110	80
Клинические практические занятия (Кл), в том числе в форме практической подготовки	336	256	80
Семинары (Сем)	36	18	18
Консультация (Конс)	4	2	2
Промежуточная аттестация Экзамен (Атт)	0,6	0,3	0,3
Самостоятельная работа (СР)	428	332	96
Подготовка к экзамену (Контроль)	67,4	33,7	33,7
Общая трудоемкость дисциплины:			
академические часы:	1116	792	324
зачетные единицы:	31	22	9

8. Содержание дисциплины

Разделы дисциплины и виды занятий

№ п/п	Наименование раздела дисциплины	Лек	Пр	Сем	Кл
1	Заболевания почек и мочевыводящих путей	20	80	14	180
2	Заболевания предстательной железы	20	30	4	76
3	Заболевания наружных половых органов	8	60	10	40
4	Онкоурология	6	20	8	40
	Итого:	54	190	36	336

Тематический план лекций

№ п/п	Тема и ее краткое содержание	Часы	Наглядные пособия
1	Уросемиотика Боль у урологических больных. Происхождение, локализация и иррадиация боли. Почечная колика. Дифференциальная диагностика. Расстройство мочеиспускания и их связь с заболеваниями половых органов у женщин и мужчин. Остаточная моча и методы ее определения. Острая и хроническая задержка мочеиспускания, причины у детей и взрослых. Функциональные нарушения мочевого пузыря. Ночное недержание мочи. Этиология и патогенез. Методы лечения.	2	Мультимедийные презентации
2	Доинструментальные методы исследования Изменения количества мочи. Полиурия, её причины. Изменение удельного веса мочи. Олигурия. Анурия, её виды. Химическое и микроскопическое исследование мочи. Изменение реакции мочи и его причины. Протеинурия, её виды. Цилиндрурия. Пиурия. Гематурия: причины и виды. Тактика врача при гематурии. Значение и техника проведения двухстаканной пробы. Оксалурия, уратурия, фосфатурия. Секрет предстательной железы. Знание его в диагностике заболеваний предстательной железы. Анализ эякулята. Значение его в диагностики заболеваний мужских половых органов.	2	Мультимедийные презентации
3	Инструментальные методы обследования. Цистоскопия. Хромоцистоскопия. Уретроцистоскопия. Бужирование уретры. Методика их проведения и диагностическое значение. Особенности катетеризации мочевого пузыря у мужчин и женщин. Катетеризация мочеточников. Показания, ошибки, опасности, осложнения.	2	Мультимедийные презентации
4	Ультразвуковая диагностика Ультразвуковая диагностика почек, мочевого пузыря, предстательной железы, семенных пузырьков, органов мошонки. Пункция кисты почки, пункционная нефростомия с помощью ультразвукового датчика. Биопсия почки, предстательной железы с помощью ультразвукового датчика.	2	Мультимедийные презентации
5	Радиоизотопные методы обследования Изотопная ренография. Статистическая и динамическая нефросцинтиграфия. Непрямая радиоизотопная ангиография. Лимофсцинтиграфия. Сцинтиграфия печени. Радиоиммунология.	2	Мультимедийные презентации
6	Рентгенологическое исследование. Обзорный снимок почек и верхних мочевых путей. Экскреторная урография, её модификации, диагностические возможности. Ретроградная уретеропиелография. Методика выполнения. Пневмоперитонеум, его	2	Мультимедийные презентации

	рентгенологическая картина. Нисходящая, восходящая, микционная цистография, полицистография, уретрография, генитография, вагинография, венотестикулография, урокинематография, компьютерная томография, магнитноядерный резонанс, лимфография, почечная артерио и венография (брюшная аорта, селективная почечная артериография, фармакоангиография, селективная почечная венография), тазовая артерио- и венография (показания, диагностическая информация).		
7	Аномалии органов мочеполовой системы - эмбриогенез почек и мочевых путей. Классификация аномалий почек и мочеточников. Аплазия и гипоплазия почки. Заболевания гипоплазированной почки и их лечение. Отличие гипоплазированной почки от сморщенной. Удвоенная почка. Особенности диагностики. Полное и частичное удвоение почки. Третья добавочная почка. Диагностика аномалий количества. Аномалии расположения, частота. Особенности кровоснабжения. Виды дистопии почки. Клиническая картина. Особенности диагностики и нефроптоза. Аномалии взаимоотношения. Галетообразная, S-образная, L - образная почки. Подковообразная почка и её формы. Особенности диагностики её заболеваний и операций на ней. Аномалии структуры. Поликистоз почек. Эмбриогенез. Клиника. Диагностика. Лечение: оперативное и консервативное. Показания. Мультикистозная почка. Эмбриогенез. Диагностика. Лечение. Солитарная киста почки. Этиология. Патогенез. Содержимое кист. Клиника. Диагностика, лечение. Пункция кисты. Оперативное лечение. Дермоидная киста почки. Ретенционные изменения в почечных чашечках (гидрокалик, дивертикул), причина, диагностика, дифференциальная диагностика (уратный камень, папиллярная опухоль шейки чашечки, туберкулез, сдавление внутрпочечным сосудом). Аномалии мозгового вещества почки: тубуломедулярная дилатация, медуллокаликотозная дистопия, медулярная гипоплазия (мегакалиоз), диагностика, дифференциальная диагностика (некроз почечных сосочков, туберкулез, гидрокаликоз, пиелонефрит, сморщенная почка). Губчатая почка. Диагностика. Лечение. Лоханочная киста. Окололоханочная киста. Диагностика, лечение. Вазоренальные и вазоуретральные аномалии. Аномалии мочеточника: количество, расположение (эктопия) структура стенки (ахалазия, мегауретер, дивертикул). Этиология, Патогенез, Клиника. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Диагностика, лечение. Симптомы эктопии устья мочеточника.	2	Мультимедийные презентации

	Диагностика. Оперативное лечение. Уретероцеле. Диагностика. Виды оперативного лечения и показания. Ретрокавальный мочеточник. Диагностика, лечение. Дивертикул мочеточника. Клиническое значение. Ахалазия мочеточника. Патанатомия и патфизиология нервно-мышечного аппарата мочеточника при ахалазии. Особенности клинического течения. Диагностика. Лечение. Показания к операции на мочеточнике. Экстрофия мочевого пузыря: признаки, клиническое течение. Осложнения. Лечение и его особенности: сроки и виды операций. Дивертикул мочевого пузыря: врожденный и приобретенный. Этиология. Патогенез. Клиника. Дифдиагностика. Лечение. Показания к операции и её техника. Незаращение урахуса. Эмбриогенез. Диагностика. Лечение. Особенности операции. Аномалии уретры: стриктура, дивертикул. Клиника. Диагностика, Лечение. Эписпадия. Гипоспадия: анатомические особенности уретры и полового члена. Диагностика. Срок хирургического лечения. Особенности оперативного лечения и его этапы. Клапаны уретры Оперативное Лечение. Парауретральный ход. Анатомические особенности. Клиника. Лечение. Удвоение уретры. Диагностика, лечение. Прямокишечно-уретральные свищи. Прямокишечно-мочепузырные свищи. Уретровагинальные свищи. Диагностика. Лечение. Аномалии структуры яичек. Половая недостаточность и бесплодие. Монорхизм. Крипторхизм. Клиника. Диагностика. Лечение: сроки хирургического лечения. Опасности. Осложнения. Эктопия и перекрут яичек. Показания к оперативному лечению. Техника.		
8	Неспецифические воспалительные заболевания почек, мочевых путей, половых органов Острый и хронический цистит. Этиология. Патогенез. Классификация цистита. Современное отношение к диагнозу «Хронический цистит». Симптоматология. Клиника. Диагностика. Простая язва мочевого пузыря. Лейкоплакия мочевого пузыря. Цисталгия. Лечение. Острый пиелонефрит. Пути проникновения инфекции. Виды возбудителей. Роль рефлюксов (пузырно-мочеточникового, лоханочно-почечного) в патогенезе пиелонефрита. Современное отношение климфогенному пути распространения инфекции при пиелонефритме. Патанатомия. Генез бактериурии и пиурии. Их клиническое течение. Клиника острого пиелонефрита: перивчного и вторичного. Общие и местные симптомы заболевания. Диагностика острого пиелонефрита. Диагностическое значение хромоцистоскопии, обзорной урографии. Симптом «белой почки». Возможности	2	Мультимедийные презентации

	экскреторной урографии. Апостематозный пиелонефрит, карбункул, абсцесс почки, некроз почечных сосочков: клиника, диагностика, лечение. Бактериемический шок: причины, клиника по стадиям, особенности лечения и результаты его, профилактика. Хронические пиелонефрит. Этиология, патогенез: факторы перехода острого воспаления в хроническое. Классификация по активности воспаления. Патанатомия. Симптоматика. Диагностика: количественные методики определения лейкоцитурии, теста активных лейкоцитов, клеток Штернгеймера-Мальбина, метода определения степени бактериурии, данные хромоцистоскопии. Рентгенологические признаки хронического пиелонефрита по данным экскреторной урографии. Значение изотопной ренографии и скеннирования в определении хронического пиелонефрита, его стадий. Фармакоренография, значение изотопной ренографии с бактериальными аллергенами для выявления латентного хронического пиелонефрита. Значение биопсии почки: чрескожной и открытой: достоинства и недостатки, осложнения. Лечение хронического пиелонефрита: антибактериальное, иммуностимулирующее, санаторно-курортное, оперативное. Пионефроз - конечная стадия хронического воспалительного процесса. Клиника, диагностика, лечение. Паранефрит. Этиология, Патогенез. Симптоматика и клиническое течение. Пути распространения гнояников. Диагностика. Лечение: консервативное, оперативное. Забрюшинный фиброз (болезнь Ормонда). Сущность заболевания. Патогенез. Симптоматика и клиническое течение. Диагностика. Лечение. Виды операций. Простатит: острый и хронический. Простатовезикулит. Гонорейный, трихомонадный, неспецифический, вирусный, кандидамикотический. Задний уретрит хламидиозной этиологии. Диагностика, клиника, лечение. Симптоматика, дифференциальная диагностика, осложнения. Баланит и баланопостит. Лечение. Осложнения, Эпидидимит. Острый и хронический. Дифференциальная диагностика с туберкулезом. Эпидидимоорхит. Кавернит. Диагностика. Лечение: оперативное, консервативное. Фимоз и парафимоз. Лечение		
9	Пиелонефрит беременных и послеродового периода. Особенности течения пиелонефрита беременных, лечение, профилактика пиелонефрит у детей. Особенности течения. Лечение: консервативное и оперативное. Показания. Виды операций, техника их выполнения, тактические особенности в зависимости от состояния	2	Мультимедийные презентации

	пассажа мочи и степени тяжести воспалительного процесса в почке. Экспресс-диагностика чувствительности флоры мочи к антибактериальным препаратам.		
10	Хронические пиелонефрит. Этиология, патогенез: факторы перехода острого воспаления в хроническое. Классификация по активности воспаления. Патанатомия. Симптоматика. Диагностика: количественные методики определения лейкоцитурии, теста активных лейкоцитов, клеток Штернгеймера-Мальбина, метода определения степени бактериурии, данные хромоцистоскопии. Рентгенологические признаки хронического пиелонефрита по данным экскреторной урографии. Значение изотопной ренографии и скеннирования в определении хронического пиелонефрита, его стадий. Фармакоренография, значение изотопной ренографии с бактериальными аллергенами для выявления латентного хронического пиелонефрита. Значение биопсии почки: чрескожной и открытой: достоинства и недостатки, осложнения. Лечение хронического пиелонефрита: антибактериальное, иммуностимулирующее, санаторно-курортное, оперативное.	2	Мультимедийные презентации
11	Основы экспертизы качества мед. помощи в урологии. Врачебные ошибки при неосложненной инфекции мочевых путей. Неспецифические воспалительные заболевания. Фармакотерапия. Ятрогенные повреждения мочеполовой системы, фармакотерапия больных с неосложненной инфекцией мочеполовых путей. Типичные ошибки фармакотерапии при лечении инфекции мочевых путей	2	Мультимедийные презентации
12	Мочекаменная болезнь. Этиология и патогенез заболевания. Роль тубулопатий в литогенезе. Роль анатомического фактора (врожденного и приобретенного генеза) в камнеобразовании, нарушенной гемодинамики почки, уродинамики. Виды камней: по химическому составу, по отношению к рентгеновским лучам. Взаимосвязь этих свойств. Функционально-морфологические последствия наличия камня в почке и в мочевых путях (уростаз, инфицирование мочевых путей, хроническая почечная недостаточность). Клиническая симптоматика уролитиаза: симптомы, типичные для заболевания и симптоматика его осложнений, боль, примесь крови в моче: степень выраженности, механизм. Симптоматика осложнений: 1 группа осложнений - нарушение уродинамики: гидрокаликоз, гидронефроз, уретерогидронефроз. 2 группа осложнений верхних	2	Мультимедийные презентации

	мочевых путей: от лабораторно констатируемой лейкоцитурии до различных степеней проявления острого и хронического пиелонефрита, вплоть до карбункула почки или калкулезного пионефроза. 3 группа осложнений: хроническая почечная недостаточность от субкомпенсированной дотерминальной стадий. Диагностика: обзорная урография, обнаружение рентгенонегативного камня. Диагностика осложнений: оценка состояния уродинамики (хромоцистоскопия у женщин, ультразвуковое сканирование почек, изотопная ренография, экстреторная урография). Оценка инфицированности мочевых путей, - степени воспалительного процесса в почке (общий анализ мочи, посев мочи, анализ мочи по Нечипоренко, общий анализ крови); оценка функционального состояния почек (клиренс по эндогенному креатинину, азотовыделительная функция, дефицит секреции по данным изотопной ренографии). Уратный нефролитиаз. Диагностика рентгенонегативных камней (экскреторная урография, ультразвуковое сканирование, ретроградная уретеропиелография). Лечение. Консервативное: медикаментозный литолиз уратов; инструментальное - литоэкстракция и литотрипсия из ретроградного доступа. Оперативное: чрескожная трансренальная литоэкстракция из пункционного доступа и литотрипсия. Показания, техника исполнения. Открытые оперативные вмешательства. Показания. Гиперурикемия, нормализация нарушенного пуринового обмена. Двусторонний и рецидивный уролитиаз. Особенности диагностики. Роль определения паратгормона из вен шеи в диагностике. Лечебная тактика. Камни мочевого пузыря (первичные, вторичные), простаты, уретры. Клиника, диагностика, лечение. дистанционная литотрипсия. контактная литотрипсия. перкутанная литотрипсия. Физические принципы литотрипсии. ДЛТ, показания, осложнения, последствия, возможности современных литотрипторов в лечении МКБ.		
13	Гидронефроз, гидроуретеронефроз Этиология и патогенез. Патологическая анатомия и физиология. Клиника, диагностика, лечение. Виды пластических операций. Поздний гидроуретеронефроз. Особенности диагностики (оценка функционального резерва почки после её декомпрессии путём установки стента или пункционной нефростомии. Принципы и возможности оценки функционального состояния и активности стенки верхних мочевых путей со стороны	2	Мультимедийные презентации

	поражения. Роль функциональных показателей контрлатеральной почки и определение лечебной тактики.		
14	Злокачественные новообразования почки, почечной лоханки и мочеточника Почечно-клеточный рак. Виды опухолей почки (аденокарциномы, опухоль Вильмса). Этиологические факторы. Патологическая анатомия. Патогенез метастазирования. Стадии опухолевого процесса по международной системе. Симптоматика (клиническая и параклиническая). Роль и последовательность диагностических этапов: обзорная и экскреторная урография. Статистическая сцинтиграфия почек. Ультразвуковое сканирование. Ангиография почек, компьютерная томография. Диагностика метастазов. Лечение. Оперативные доступы к почке. Химиотерапия. Значение предоперационной эмболизации почечной артерии. Показания, осложнения. Особенности операции в зависимости от вида и локализации опухоли. Лимфаденэктомия. Комбинированное лечение. Папиллярный рак лоханки почки. Этапы диагностики. Значение ретроградной уретеропиелогграфии. Значение пункционной биопсии почек. Диагностика метастазов. Лечение. Особенности операции. Рак мочеточника. Клиника. Диагностика. Лечение	2	Мультимедийные презентации
15	Новообразования мочевого пузыря. Этиология.патогенез. диагностика. лечение. Опухоли мочевого пузыря: доброкачественные, злокачественные. Рак мочевого пузыря. Этиология. Патогенез. Метастазирование. Классификация, Симптоматика. Клиника. Диагностика. Роль тазовой артериофлебо- и лимфографии. Значение радиоизотопных методов исследования. Последовательность диагностических этапов. Лечение: оперативное, лучевое, химиотерапия, комплексное, комбинированное. Виды операций и показания к ним, ТУР в лечении опухолей мочевого пузыря. Отдаленные результаты.	2	Мультимедийные презентации
16	Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. этиология. патогенез. диагностика. Лечение Аденома предстательной железы. Этиология и патогенез. Патологическая анатомия. Стадии заболевания и их симптоматика. Диагностика. Особенности ректального исследования. Значение цистографии: нисходящей по Кнайзе-Шоберу; показания к последней. Показания к цистоскопии при аденоме простаты. Лечение: аденомэктомия одно- и двухмоментная, экстренная, плановая, отсроченная. Показания. Роль троакарной эпицистостомии. Виды аденомэктомии в зависимости	2	Мультимедийные презентации

	от подхода к простате и дренирование мочевого пузыря. Трансуретральная электрорезекция предстательной железы. Ближайшие и поздние осложнения. Их лечение. Показания к вазорезекции. Консервативное лечение.		
17	Рак предстательной железы. этиология. патогенез. Рак простаты. Этиология. Патогенез. Патанатомия. Метастазирование. Стадии рака. Диагностика. Виды пункционной биопсии простаты. Показания к ним при раке простаты. Лечение: консервативное, оперативное.	2	Мультимедийные презентации
18	Дифференциальная диагностика при заболеваниях предстательной железы. ПСА и его производные, как предиктор рака предстательной железы, ТРУЗИ, диагностические возможности и недостатки, ПРИ, диагностические возможности, биопсия простаты, техника проведения, обезболивание, осложнения.	2	Мультимедийные презентации
19	Нефрогенная гипертензия Вазоренальная гипертензия. Классификация: виды поражений почечной артерии. Патогенез: ренин-ангиотензин-альдостероновые факторы, ренопривная гипертензия, гипотензивные факторы почки. Схема строения ЮГА. Диагностический алгоритм синдрома гипертензии. Симптоматика. Значение анамнеза. Клиническое течение. Данные анализов крови, мочи, тестов глобальной функции почек, исследование глазного дна. Аускультация живота, измерение артериального давления на верхних и нижних конечностях, в различных положениях тела больного. Урографические признаки поражения почечной артерии. Показания к аортографии, селективной артериографии почки, флеботонометрии, флебографии. Значение дигитальной субтранкционной артериографии. Диагностическое значение отдельных клиренсов-тестов. Фармакологическая блокада ангиотензина. Ангиографические признаки различных видов поражения почечной артерии: атеросклеротический и фибромускулярные стенозы, аневризма, неспецифический аортоартериит, тромбоз и т.д. Признаки гемодинамически значимого стеноза почечной артерии. Активность ренина и его диагностическая роль. Показания к оперативному лечению. Хирургические доступы к сосудам почки. Виды операций в зависимости от характера поражений. Эстракорпоральная хирургия сосудов почки. Использование микрохирургической техники, аутотрансплантации. Показания к баллонной дилатации стеноза почечной артерии. Особенности послеоперационного ведения. Результаты. Паренхиматозная гипертензия: этиология, патогенез, симптоматика, диагностика. Лечение: при	2	Мультимедийные презентации

	одно- и двухстороннем пиелонефрите. Принципы гипотензивной терапии при нефрогенной гипертензии. Гипертензия как следствие других урологических заболеваний (травмы, опухоли, кисты почек, мочекаменная болезнь, поликистоз почек, гидронефроз).		
20	Повреждения почек и мочевого пузыря. Механизм закрытой травмы почек. Классификация повреждений почки. Клиническая картина закрытых травм почки. Местные и общие симптомы при различных видах повреждений почек. Диагностическое значение обзорной рентгенографии обзорной рентгенографии, экскреторной урографии, сканирования, почечной ангиографии и венографии. Хромоцистоскопия для уточнения стороны и характера повреждения почек. Показания к применению экскреторной урографии при различных видах повреждения почки, ретроградной пиелографии. Возможности ангиографии, венографии и сканирования почек в уточнении диагноза и определении объёма оперативного вмешательства. Лечение закрытых повреждений почек. Принципы консервативного лечения повреждений почек. Показания к органосохраняющим и органоуносящим операциям при разрывах почки. Оперативные доступы к почке. Осложнения и последствия травмы почек. Повреждения мочеточников. Механизм закрытых и открытых повреждений. Клиника травмы мочеточника. Диагностическая ценность экскреторной урографии, ретроградной пиелографии, уретеропиелографии, хромоцистоскопии. Возможность первичного шва мочеточника и способы его пластического восстановления. Механизм повреждения мочевого пузыря с переломом костей таза и повреждением внутренних органов. Патогенез внутри- и внебрюшинных разрывов мочевого пузыря. Отрыв шейки пузыря. Клиническая картина вне- и внутрибрюшинном разрыве мочевого пузыря. Диагностические тесты: при повреждении мочевого пузыря. Выполнение восходящей цистографии, отсроченная цистография. Условия для диагностики повреждений задней стенки. Ценность катетеризации мочевого пузыря, цистоскопии и других диагностических приемов. Лечебная тактика при разрывах мочевого пузыря. Виды дренирования.	2	Мультимедийные презентации
21	Повреждение уретры и наружных половых органов Травма уретры. Механизм повреждения уретры. Тяжесть разрыва задней уретры. Клиническая картина повреждений уретры. Возможность катетеризации уретры. Диагностическая ценность уретрографии при распознавании повреждений уретры. Тактика ведения	1	Мультимедийные презентации

	больных с разрывами уретры. Показания к первичному шву уретры. Условия его выполнения. Стриктура уретры. Клиническая картина данного осложнения. Методы диагностики сужений мочеиспускательного канала и дифференциальная диагностика его с различными заболеваниями. Способы пластических операций, показания к консервативному лечению. Повреждения полового члена. Механизм и виды повреждений полового члена. Клиническая картина открытых, закрытых и сочетанных повреждений. Значение различных диагностических приёмов в выявлении характера травмы полового члена. Способы лечения различных видов повреждений полового члена. Осложнения повреждений кавернозных тел. Методы пластического восстановления полового члена после травматической его ампутации. Повреждения яичек. Механизм и виды травм яичка. Клиническая картина и методы диагностики различных видов открытых и закрытых повреждений яичек. Зависимость исхода ранения от характера повреждений яичка. Лечебная тактика при травме яичка.		
22	Ятрогенная травма в урологии. Современные аспекты ятрогении в урологической практике врача стационара. Последствия ятрогенных осложнений и возможные пути их устранения, ятрогенные осложнения в эндоурологии. Урогинекология Пузырно-влагалищные свищи, причины, клиника, диагностика, лечение. Пузырно ректальные свищи, причины, клиника, диагностика, лечение.	1	Мультимедийные презентации
23	Хроническая почечная недостаточность Определение понятия ХПН. Заболевания, предшествующие ХПН. Патогенез ХПН, теория уремии. Патологическая анатомия. Разнообразный характер патоморфологических изменений в почках. Классификация ХПН. Стадии течения ХПН. Клинико-лабораторная диагностика каждой из них. Деление терминальной ХПН на периоды клинического течения. Симптоматология и клиническое течение ХПН. Зависимость степени выраженности клинических проявлений от стадии болезни, интеркуррентных заболеваний, артериальной гипертензии. Состояние ЦНС, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, костно-суставного аппарата, нервно-психической сферы, мочевыделительной системы при ХПН. Диагностическое лечение лабораторных, рентгенологических, инструментальных методов обследования. Дифференциальный диагноз между гломерулонефритом, пиелонефритом, различными стадиями ХПН.	1	Мультимедийные презентации

	Схема обследования больных при диагностике первичного заболевания почек и ХПН. Лечение. Задачи консервативной терапии. Показания к применению методов диализа и почечной трансплантации. Метод перитонеального диализа. Показания и условия проведения перитонеального диализа. Гемодиализ. Различные модификации артериовенозного шунтирования, их недостатки. Преимущества артериовенозного подкожного анастомоза. Показания к хроническому гемодиализу. Осложнения при проведении гемодиализа. Трансплантация почки. Проблемы тканевой несовместимости и пути улучшения результатов пересадки почки. Показания и противопоказания к пересадке почки. Предоперационная подготовка, техника операции, послеоперационный период. Прогноз при ХПН в зависимости от стадии заболевания.		
24	Водянка оболочек яичка Понятие водянки оболочек яичка. Классификация водянки оболочек яичка. Формы клинического течения заболевания. Клиника острой и хронической водянки оболочек яичка. Дифференциальная диагностика водянки яичка, пахово-мошоночной грыжи, варикоцеле, опухоли яичка. Лечение. Способы оперативного вмешательства при водянке яичка. Течение послеоперационного периода. Возможные осложнения.	1	Мультимедийные презентации
25	Приапизм Определение понятия приапизма и его отличие от физиологической эрекции. Приапизм, как симптом различных заболеваний и как самостоятельная нозологическая форма. Лечебная тактика в зависимости от причин возникновения приапизма. Влияние приапизма на половую функцию и ее зависимость от длительности заболевания. Патогенез импотенции. Способы оперативных вмешательств и их возможности в сексуальной реабилитации больных, перенесших приапизм. Болезнь Пейрони (фибропластическая индурация полового члена) Этиология болезни Пейрони, возможность сочетания с другими системными заболеваниями. Патоморфологический субстрат и его локализация. Классическая триада симптомов. Механизм возникновения эректильной деформации. Дифференциальная диагностика болезни Пейрони. Показания к консервативному и оперативному лечению. Наиболее распространенные виды консервативного лечения, его эффективность, способы оперативных вмешательств. Техника операции Несбита. Прогноз в отношении выздоровления или восстановления половой функции.	1	Мультимедийные презентации
26	Эректильная дисфункция. этиология. патогенез. лечение.	1	Мультимедийные презентации

	Эректильная дисфункция и хронический простатит. современные методы лечения преждевременной эякуляции преждевременная эякуляция как проявление эректильной дисфункции, медикаментозная и поведенческие методы лечения преждевременной эякуляции.		
27	Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря. Поражение центральной и периферической иннервации при нейрогенной дисфункции мочевого пузыря. Этиология и патогенез. Причины нарушения функции мочевого пузыря. Симптоматика и клиническое течение нейрогенной дисфункции мочевого пузыря в зависимости от локализации повреждений нервной системы. Клиника гипорефлекторного, гиперрефлекторного, арефлекторного, склеротического мочевого пузыря. Значение анамнеза, объективного, лабораторного, эндоскопического, рентгенологического методов исследования диагностики нейрогенной дисфункции мочевого пузыря. Дифференциальная диагностика дисфункции мочевого пузыря, аденомы и рака простаты, болезни Мариона, стриктуры уретры и других заболеваний. Показания к консервативному и оперативному методам лечения. Прогноз.	1	Мультимедийные презентации
28	Недержание мочи. Стрессовое недержание мочи, этиология, клиника, лечение. Гиперактивный мочевой пузырь, диагностика лечение.	1	Мультимедийные презентации
29	Уродинамика в урологии. Урофлоуметрия, диагностика в лечении урологических больных, цистометрия. Техника выполнения, интерпретация результатов. Паразитарные заболевания мочеполовых органов, возбудители основных паразитарных заболеваний мочеполовых органов, диагностика, методы их лечения, прогноз.	1	Мультимедийные презентации
30	Эхинококкоз почки. Эхинококкоз почки: возбудители заболевания. Частота поражения почки и других внутренних органов. Пути проникновения возбудителя заболевания в почку. Характер роста гидатидозных кист при различных формах эхинококкоза почки. Симптоматика и клиническое течение эхинококкоза почки. Значение специфических реакций и объективных методов обследования диагностики эхинококкоза почки. Место рентгенологических методов при распознавании эхинококкоза. Дифференциальная диагностика эхинококкоза почки с кистой, опухолью, забрюшинной опухолью, гидронефрозом. Методы лечения эхинококкоза почки. Показания к органосохраняющим и органонуносящим опера-	1	Мультимедийные презентации

	тивным вмешательствам. Меры профилактики эхинококкоза почки. Значение санитарно-просветительных мероприятий. Прогноз.		
31	Шистозоматоз мочеполовх органов Шистозоматоз мочеполовых органов: Этиология и патогенез шистозоматоза мочеполовых органов, возбудитель шистозоматоза, цикл его развития. Распространенность заболевания. Характеристика общих и местных изменений при шистозоматозе. Стадии клинического течения острого и хронического шистозоматоза, их характеристика. Значение анамнеза в диагностике шистозоматоза. Ценность инструментальных методов исследования в распознавании заболевания. Роль экскреторной урографии в выявлении осложнений шистозоматоза. Дифференциальная диагностика шистозоматоза с опухолевым и туберкулезным поражением мочевого пузыря. Содержание лекарственной терапии шистозоматоза мочеполовых органов. Показания к оперативному вмешательству. Меры профилактики шистозоматоза и прогноз.	1	Мультимедийные презентации
32	Филяриатоз мочеполовых органов Филяриатоз мочеполовых органов: Понятие филяриатоза мочеполовых органов, распространенность заболевания. Пути проникновения возбудителя в организм человека, локализация патологического процесса. Общие и местные симптомы заболевания. Методы диагностики филяриатоза. Роль лимфографии в установлении показаний к оперативному лечению. Характеристика консервативной химиотерапии. Профилактика заболевания.	1	Мультимедийные презентации
33	Туберкулёз мочеполовой системы (фтизиурология). Туберкулёз почки и мочевых путей. Этиология и патогенез. Патанатомия. Классификация. Симптоматика и клиническое течение. Диагностика. Дифференциальная диагностика с хроническим неспецифическим пилонефритом. Лечение: консервативное, оперативное. Критерий излечённости. Прогноз. Туберкулез мужских половых органов. Этиология и патогенез. Патанатомия. Симптоматика и клиническое течение. Диагностика, лечение. Осложнения. Прогноз. Актиномикоз мочеполовых органов. Этиология и патогенез. Клиника, диагностика, лечение.	1	Мультимедийные презентации
34	Мочеполовые свищи у женщин. Механизм происхождения и локализация мочеполовых свищей у женщин. Основные группы свищей. Симптоматика. Зависимость характера и степени выраженности основного симптома мочеполового свища от его локализации и размеров. Значение анамнеза,	1	Мультимедийные презентации

	рентгенологических и эндоскопических исследований в диагностике мочеполовых свищей у женщин. Исходы пластических восстановительных операций. Частота рецидивов свищей. Ургентная урология. Экстренные состояния в урологии, методы оказания срочной помощи, интенсивная терапия при них. Почечная колика - клиника, дифференциальная диагностика, лечебные мероприятия. Острая задержка мочи. Причины. Методы лечения. Анурия - этиологические факторы. Виды анурии. Стадии развития. Клинические проявления. Методы диагностики. Лечение. Показания к операции. Исходы лечения. Гематурия - источник, локализация, причины кровотечения, характеристика, виды гематурии, показания к консервативному и оперативному методам лечения.		
	Итого:	54	

Тематический план практических занятий и формы текущего контроля

№ п/п	Тема и ее краткое содержание	Часы	Формы текущего контроля
1	Уросемиотика	6	Реферат, Разбор ситуационных задач
2	Доинструментальное обследование	8	Реферат, Разбор ситуационных задач
3	Инструментальные методы обследования	8	Реферат, Разбор ситуационных задач
4	Ультразвуковая диагностика	6	Реферат, Разбор ситуационных задач
5	Радиоизотопные методы обследования	6	Реферат, Разбор ситуационных задач
6	Рентгенологическое исследование	6	Реферат, Разбор ситуационных задач
7	Аномалии органов мочеполовой системы - эмбриогенез почек и мочевых путей	6	Реферат, Разбор ситуационных задач
8	Неспецифические воспалительные заболевания почек, мочевых путей, половых органов	6	Реферат, Разбор ситуационных задач
9	Мочекаменная болезнь	6	Реферат, Разбор ситуационных задач
10	Дистанционная литотрипсия. Контактная литотрипсия. Перкутанная литотрипсия.	6	Реферат, Разбор ситуационных задач
11	Гидронефроз, гидроуретеронефроз	4	Реферат, Разбор ситуационных задач
12	Злокачественные новообразования почки, почечной лоханки и мочеточника	6	Реферат, Разбор ситуационных задач
13	Новообразования мочевого пузыря. этиология. патогенез. диагностика. лечение.	6	Реферат, Разбор ситуационных задач

14	Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. этиология. патогенез. диагностика. лечение	6	Реферат, Разбор ситуационных задач
15	Рак предстательной железы. этиология. патогенез.	6	Реферат, Разбор ситуационных задач
16	Дифференциальная диагностика при заболеваниях предстательной железы.	6	Реферат, Разбор ситуационных задач
17	Нефрогенная гипертензия	6	Реферат, Разбор ситуационных задач
18	Повреждения почек и мочевого пузыря.	6	Реферат, Разбор ситуационных задач
19	Повреждение уретры и наружных половых органов	6	Реферат, Разбор ситуационных задач
20	Ятрогенная травма в урологии.	6	Реферат, Разбор ситуационных задач
21	Урогинекология	6	Реферат, Разбор ситуационных задач
22	Острая почечная недостаточность	6	Реферат, Разбор ситуационных задач
23	Хроническая почечная недостаточность	6	Реферат, Разбор ситуационных задач
24	Водянка оболочек яичка	4	Реферат, Разбор ситуационных задач
25	Приапизм	4	Реферат, Разбор ситуационных задач
26	Болезнь пейрони (фибропластическая индурация полового члена)	4	Реферат, Разбор ситуационных задач
27	Эректильная дисфункция. этиология. патогенез. лечение.	4	Реферат, Разбор ситуационных задач
28	Современные методы лечения преждевременной эякуляции	6	Реферат, Разбор ситуационных задач
29	Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря	4	Реферат, Разбор ситуационных задач
30	Недержание мочи	4	Реферат, Разбор ситуационных задач
31	Уродинамика в урологии.	4	Реферат, Разбор ситуационных задач
32	Паразитарные заболевания мочеполовых органов	4	Реферат, Разбор ситуационных задач
33	Эхинококкоз почки	2	Реферат, Разбор ситуационных задач
34	Шистосоматоз мочеполовых органов	2	Реферат, Разбор ситуационных задач
35	Филяриатоз мочеполовых органов	2	Реферат, Разбор ситуационных задач
36	Туберкулёз мочеполовой системы (фтизиурология)	2	Реферат, Разбор ситуационных задач
37	Мочеполовые свищи у женщин	2	Реферат, Разбор ситуационных задач
38	Ургентная урология	2	Реферат, Разбор ситуационных задач
	ИТОГО:	190	

Тематический план семинаров и формы текущего контроля

№ п/п	Тема и ее краткое содержание	Часы	Формы текущего контроля
1	Уросемиотика	1	Реферат, Тесты, Опрос

2	Доинструментальное обследование Инструментальные методы обследования	1	Реферат, Тесты, Опрос
3	Ультразвуковая диагностика	1	Реферат, Тесты, Опрос
4	Радиоизотопные методы обследования	1	Реферат, Тесты, Опрос
5	Рентгенологическое исследование	1	Реферат, Тесты, Опрос
6	Аномалии органов мочеполовой системы - эмбриогенез почек и мочевых путей	1	Реферат, Тесты, Опрос
7	Неспецифические воспалительные заболевания почек, мочевых путей, половых органов	1	Реферат, Тесты, Опрос
8	Пиелонефрит беременных и послеродового периода.	1	Реферат, Тесты, Опрос
9	Хронический пиелонефрит. этиология, патогенез: факторы перехода острого воспаления в хроническое	1	Реферат, Тесты, Опрос
10	Основы экспертизы качества мед. помощи в урологии. врачебные ошибки при неосложненной инфекции мочевых путей. неспецифические воспалительные заболевания. фармакотерапия.	1	Реферат, Тесты, Опрос
11	Мочекаменная болезнь	1	Реферат, Тесты, Опрос
12	Дистанционная литотрипсия. контактная литотрипсия. перкутанная литотрипсия.	1	Реферат, Тесты, Опрос
13	Гидронефроз, гидроуретеронефроз	1	Реферат, Тесты, Опрос
14	Злокачественные новообразования почки, почечной лоханки и мочеточника	1	Реферат, Тесты, Опрос
15	Новообразования мочевого пузыря. этиология. патогенез. диагностика. лечение.	1	Реферат, Тесты, Опрос
16	Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. этиология. патогенез. диагностика. лечение	1	Реферат, Тесты, Опрос
17	Рак предстательной железы. этиология. патогенез.	1	Реферат, Тесты, Опрос
18	Дифференциальная диагностика при заболеваниях предстательной железы.	1	Реферат, Тесты, Опрос
19	Повреждение уретры и наружных половых органов Ятрогенная травма в урологии	1	Реферат, Тесты, Опрос
20	Урогинекология	1	Реферат, Тесты, Опрос
21	Острая почечная недостаточность Хроническая почечная недостаточность	1	Реферат, Тесты, Опрос
22	Водянка оболочек яичка	1	Реферат, Тесты, Опрос
23	Приапизм	1	Реферат, Тесты, Опрос
24	Болезнь пейрони (фибропластическая индурация полового члена)	1	Реферат, Тесты, Опрос
25	Эректильная дисфункция. этиология. патогенез. лечение.	1	Реферат, Тесты, Опрос
26	Современные методы лечения преждевременной эякуляции	1	Реферат, Тесты, Опрос
27	Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря	1	Реферат, Тесты, Опрос
28	Недержание мочи	1	Реферат, Тесты, Опрос

29	Уродинамика в урологии.	2	Реферат, Тесты, Опрос
30	Паразитарные заболевания мочеполовых органов	1	Реферат, Тесты, Опрос
31	Эхинококкоз почки	1	Реферат, Тесты, Опрос
32	Шистосоматоз мочеполовых органов Филяриатоз мочеполовых органов	1	Реферат, Тесты, Опрос
33	Туберкулёз мочеполовой системы (фтизиурология)	1	Реферат, Тесты, Опрос
34	Мочеполовые свищи у женщин	1	Реферат, Тесты, Опрос
35	Ургентная урология	1	Реферат, Тесты, Опрос
	ИТОГО:	36	

Тематический план клинических практических занятий и формы текущего контроля

№ п/п	Тема и ее краткое содержание	Часы	Формы текущего контроля
1	Уросемиотика	14	Реферат, Разбор ситуационных задач
2	Доинструментальное обследование	16	Реферат, Разбор ситуационных задач
3	Инструментальные методы обследования	16	Реферат, Разбор ситуационных задач
4	Ультразвуковая диагностика	14	Реферат, Разбор ситуационных задач
5	Радиоизотопные методы обследования	14	Реферат, Разбор ситуационных задач
6	Рентгенологическое исследование	14	Реферат, Разбор ситуационных задач
7	Аномалии органов мочеполовой системы - эмбриогенез почек и мочевых путей	14	Реферат, Разбор ситуационных задач
8	Неспецифические воспалительные заболевания почек, мочевых путей, половых органов	12	Реферат, Разбор ситуационных задач
9	Мочекаменная болезнь	14	Реферат, Разбор ситуационных задач
10	Дистанционная литотрипсия. контактная литотрипсия. перкутанная литотрипсия.	12	Реферат, Разбор ситуационных задач
11	Гидронефроз, гидроуретеронефроз	12	Реферат, Разбор ситуационных задач
12	Злокачественные новообразования почки, почечной лоханки и мочеточника	14	Реферат, Разбор ситуационных задач
13	Новообразования мочевого пузыря. этиология. патогенез. диагностика. лечение.	14	Реферат, Разбор ситуационных задач
14	Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. этиология. патогенез. диагностика. лечение	16	Реферат, Разбор ситуационных задач
15	Рак предстательной железы. этиология. патогенез.	14	Реферат, Разбор ситуационных задач
16	Дифференциальная диагностика при заболеваниях предстательной железы.	16	Реферат, Разбор ситуационных задач
17	Нефрогенная гипертензия	16	Реферат, Разбор ситуационных задач
18	Повреждения почек и мочевого пузыря.	14	Реферат, Разбор ситуационных задач
19	Повреждение уретры и наружных половых органов	4	Реферат, Разбор ситуационных задач

20	Ятрогенная травма в урологии.	2	Реферат, Разбор ситуационных задач
21	Урогинекология	4	Реферат, Разбор ситуационных задач
22	Острая почечная недостаточность	2	Реферат, Разбор ситуационных задач
23	Хроническая почечная недостаточность	4	Реферат, Разбор ситуационных задач
24	Водянка оболочек яичка	2	Реферат, Разбор ситуационных задач
25	Приапизм	4	Реферат, Разбор ситуационных задач
26	Болезнь пейрони (фибропластическая индурация полового члена)	4	Реферат, Разбор ситуационных задач
27	Эректильная дисфункция. этиология. патогенез. лечение.	4	Реферат, Разбор ситуационных задач
28	Современные методы лечения преждевременной эякуляции	4	Реферат, Разбор ситуационных задач
29	Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря	4	Реферат, Разбор ситуационных задач
30	Недержание мочи	2	Реферат, Разбор ситуационных задач
31	Уродинамика в урологии.	6	Реферат, Разбор ситуационных задач
32	Паразитарные заболевания мочеполовых органов	6	Реферат, Разбор ситуационных задач
33	Эхинококкоз почки	4	Реферат, Разбор ситуационных задач
34	Шистосоматоз мочеполовых органов	4	Реферат, Разбор ситуационных задач
35	Филяриатоз мочеполовых органов	4	Реферат, Разбор ситуационных задач
36	Туберкулёз мочеполовой системы (фтизиурология)	6	Реферат, Разбор ситуационных задач
37	Мочеполовые свищи у женщин	6	Реферат, Разбор ситуационных задач
38	Ургентная урология	4	Реферат, Разбор ситуационных задач
	ИТОГО:	336	

9. Примеры оценочных средств

9.1. Оценочные средства для текущего контроля

9.1.1. Примеры вопросов к опросу

1. Каковы этиология и патогенез почечной колики?
2. Что такое анурия?
3. Каков патогенз ДГПЖ?

9.1.2. Примеры тестовых заданий

1. ПОЧЕЧНАЯ КОЛИКА — СИМПТОМОКОМПЛЕКС, КОТОРЫЙ ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ
 - камнях почек и мочеточников
 - кисте почки
 - ренальной гипертензии
 - поликистозе почек
2. ПОВЕДЕНИЕ БОЛЬНОГО ПРИ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКЕ
 - беспрерывно меняет положение тела

- лежа на боку
- вынужденное положение сидя на стуле
- вертикальное положение

3. ТИПИЧНАЯ ИРРАДИАЦИЯ БОЛЕЙ ПРИ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКЕ

- в паховую область, бедро, половые органы
- в плечо, лопатку
- в мечевидный отросток грудины
- в эпигастральную область

9.1.3. Примерная тематика рефератов

- 1) Мочекаменная болезнь
- 2) ДГПЖ

9.1.4. Примеры ситуационных задач

№1. Больной 45 лет доставлен в ГБ с жалобами на интенсивные боли в поясничных областях, больше справа, повышением температуры тела до 37,8°C. Из анамнеза выяснено, что многие годы лечится амбулаторно по поводу подагры, мочекишечного диатеза и хронического пиелонефрита. После употребления алкоголя, обильной мясной пищи 2 дня тому назад заметил появление мочи кирпично-красного цвета и отметил уменьшение ее количества. При осмотре: общее состояние средней тяжести, кожные покровы сухие, наблюдается деформация 1 плюснефаланговых суставов стоп без отека и гиперемии кожи. Температура тела – 37,9°C. Пульс 98 уд./мин, АД – 160/80 мм. рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий болезненный в пояснично-подреберных областях, больше справа. Почки четко не пальпируются. Симптом XII ребра слабо (+) с обеих сторон. ОАМ: лейкоциты ед. в поле зрения, эритроциты до 10 в п/зр, соли ураты ++++. ОАК: Нб – 110г/л; L- 12,9х10⁹/л. без сдвига формулы, СОЭ 36 мм/час. На обзорной урограмме теней подозрительных на конкремент в проекции органов мочевой системы не выявлено. При УЗИ почек отмечается 2-стороннее расширение чашечно-лоханочных систем с обеих сторон и нижней трети правого мочеточника где визуализируется гиперэхогенное включение до 0,5 см в диаметре.

Ответ: Острая уратная нефропатия, мочевого криз с развитием острой интратенальной и постренальной почечной недостаточности, уратный нефролитиаз, уратный камень нижней трети правого мочеточника. Острая почечная недостаточность на фоне отравления суррогатами алкоголя, пищевыми продуктами. Для уточнения диагноза необходимо провести общий анализ мочи и крови, биохимический анализ крови (уровень азота мочевины, креатинина, мочевой кислоты), УЗИ и ДГ почек, мочеточников, мочевого пузыря, МСКТ, катетеризация/стентирование правого мочеточника.

№2 В приемный покой ГБ доставлен больной 37 лет с жалобами на повторяющиеся в течение суток боли в поясничной области слева, сопровождающиеся рвотой, повышение температуры тела до 37,2° С. При осмотре пациент ведет себя беспокойно, температура тела 36,6° С, пульс 76 уд./мин, АД 140/70 мм.рт.ст. Почки не пальпируются, при наличии болезненности в левой подреберно-поясничной, (+) симптоме XII ребра слева. ОАМ: лейкоцитов 6-8 в поле зрения, эритроцитов – до 10 в п/зр. ОАК: НВ 110 г/л; Л – 10,9х10⁹/л без сдвига лейкоцитарной формулы влево, СОЭ - 18 мм/час. Рентгенологически на обзорной урограмме в проекции левой почки определяется «плотная тень»

размерами 1,0x1,2 см. При УЗИ почек выявлено увеличение размеров левой почки без четких очаговых изменений в паренхиме, расширение чашечно-лоханочной системы с наличием гиперэхогенного образования размерами 1,0x1,2 см в области левого пиелоретерального сегмента, с «акустической тенью».

Ответ: Обтурирующий камень пиелоретерального сегмента слева, почечная колика слева. Биохимический анализ крови с определением уровня мочевины, креатинина, фибриногена, проведение МСКТ, ДГ почек, экскреторной урографии. Клиническая картина обусловлена обтурацией камнем пиелоретерального сегмента слева, быстрым повышением внутрилоханочного и интерстициального давления. Учитывая размеры камня необходимо срочное восстановление пассажа мочи из левой почки катетеризацией/стентированием мочеточника, лоханки левой почки, либо пункционной нефропиелостомией с последующим проведением ДЛТ, КЛТ либо открытой пиелолитотомией.

9.2. Оценочные средства для промежуточной аттестации

9.2.1. Примеры тестовых заданий

1. ПИЕЛОНЕФРИТ БЕРЕМЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ ЧАСТО СЛЕДСТВИЕМ

- А латентно протекающей хронической инфекции
- Б впервые возникшего острого процесса
- В эндогенных очагов инфекции
- Г воспалительного процесса в гениталиях

2. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АПОСТЕМАТОЗНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕНЫ

- А в корковом слое
- Б в мозговом слое
- В в чашках
- Г в лоханке

3. В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО СЕРОЗНОГО И ГНОЙНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

- А экскурсионная внутривенная урография
- Б обзорный снимок мочевых путей
- В клиническая картина
- Г ультразвуковое исследование почек

4. КАКИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ

- А пенициллины
- Б тетрациклины
- В аминогликозиды
- Г цефалоспорины

5. ПИЕЛОНЕФРОСТОМИЧЕСКИЙ ДРЕНАЖ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У БЕРЕМЕННЫХ

УДАЛЯЕТСЯ ПОСЛЕ РОДОВ ЧЕРЕЗ?

- А 1 мес
- Б 2 - 2 дня
- В 1 нед
- Г 2 нед

6. ПРИ НЕКРОЗЕ ПОЧЕЧНЫХ СОСОЧКОВ ЧАСТЫМ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А макрогематурия
- Б лейкоцитурия
- В бактериурия
- Г цилиндрурия

7. КАКОЙ ПАРАНЕФРИТ ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ ВСТРЕЧАЕТСЯ ЧАЩЕ?

- А задний
- Б нижний
- В верхний
- Г боковой

8. ПРИ КАКОЙ ФОРМЕ ПИЕЛОНЕФРИТА МАССА ПОЧКИ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ?

- А при ксантогранулематозном
- Б при первичном
- В при вторичном
- Г при эмфизематозном

9. В КАКОЙ СТАДИИ ПИЕЛОНЕФРИТА МАССА ПОЧКИ УМЕНЬШАЕТСЯ?

- А при сморщенной почке
- Б при остром серозном воспалении
- В при карбункуле почки
- Г при жировом перерождении почки

10. В КАКИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПУЗЫРНО- МОЧЕТОЧНИКОВЫЙ РЕФЛЮКС?

- А дети
- Б подростки
- В молодые люди
- Г средний возраст

11. ЧЕРЕЗ КАКОЙ ТРЕУГОЛЬНИК ГНОЙ ИЗ ПАРАНЕФРАЛЬНОГО ПРО-СТРАНСТВА МОЖЕТ ПРОРВАТЬСЯ В ПЛЕВРАЛЬНУЮ ПОЛОСТЬ?

- А Богдалека
- Б Лъето
- В Пти
- Г Лесгафта-Грюнфельда

12. БАКТЕРИЕМИЧЕСКИЙ ШОК ЯВЛЯЕТСЯ

- А острой формой течения уросепсиса
- Б острой формой с 2-3 атаками
- В острой формой и последующим затяжным течением
- Г подострой формой

9.2.2. Примеры контрольных вопросов для экзамена:

1. Бесплодие у мужчин. Этиология, патогенез, классификация, методы диагностики.
2. Особенности урологической помощи в поликлиниках и стационарах.
3. Консервативное секторного бесплодия у мужчин.
4. Цистоскопия. Показания, методика, оценка результатов.
5. Физиотерапия при лечении эректильной дисфункции. Показания, противопоказания.
6. Эферентные методы бесплодия у мужчин.
7. Термотерапия при ДГПЖ. Показания, методика.
8. Динамическая кавернозография. Показания, методика, осложнения.
9. Динамическая кавернозография. Расшифровка результатов исследования.
10. Спермограмма. Расшифровка основных показателей.
11. Рентгенологические методы диагностики аномалий развития почек. Расшифровка рентгенограмм.
12. Компьютерная томография в дифференциальной диагностике гидронефроза.
13. Принципы диспансеризации урологических больных.
14. Рентгенодиагностика стриктур уретры. Расшифровка уретрограмм.
15. Туберкулёз придатка яичка. Патогенез, клиника, диагностика и лечение
16. Приапизм. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
17. Острый цистит. Клиника, диагностика, лечение.
18. Эписпадия. Клиника, диагностика, хирургическое лечение.
19. Варикоцеле. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
20. Острый пиелонефрит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
21. Гипоспадия. Клиника, диагностика, хирургическое лечение.
22. Экстрофия мочевого пузыря. Клиника, диагностика, хирургическое лечение.

10. Самостоятельная работа

Самостоятельная работа	Всего часов	Объем по курсам	
		1	2
Проработка лекций, подготовка к практическим занятиям и семинарам (все разделы дисциплины). Тестирование, написание рефератов	428	332	96

11. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины:

а) основная литература:		
1. Урология / А. И. Неймарк, Б. А. Неймарк, А. В. Давыдов [и др.] ; под редакцией А. И. Неймарк. — 2-е изд., стер. — Санкт-Петербург : Лань, 2023. — 172 с. — ISBN 978-5-507-45578-2. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/276440	https://e.lanbook.com	
2. Урология : учебник / А. В. Строчкий, А. А. Жебентяев, Н. А. Нечипоренко [и др.] ; под редакцией А. В. Строчкого. — 3-е изд., испр. — Минск : Новое знание, 2024. — 304 с. — ISBN 978-985-24-0708-3. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/513963	https://e.lanbook.com	
3. Нечипоренко, Н. А. Урология : учебное пособие / Н. А. Нечипоренко, А. Н. Нечипоренко, В. А. Филиппович. — Гродно : ГрГМУ, 2025. — 228 с. — ISBN 978-985-595-958-9. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/518464	https://e.lanbook.com	
4. Урология : учебное пособие / А. В. Строчкий, А. А. Жебентяев, Н. А. Нечипоренко, Д. Н. Руденко ; под редакцией А. В. Строчкого. — Минск : Новое знание, 2016. — 224 с. — ISBN 978-985-475-786-5. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/90704	https://e.lanbook.com	
5. Боковой, С. П. Неотложная урология : руководство / С. П. Боковой. — Архангельск : СГМУ, 2015. — 124 с. — ISBN 978-5-91702-202-4. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/365297	https://e.lanbook.com	
6. Чумаков, П. И. Урология: симптомы, диагноз, лечение : учебно-методическое пособие / П. И. Чумаков, Р. С. Францев, И. В. Павленко. — Ставрополь : СтГМУ, 2022. — 124 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/359792	https://e.lanbook.com	
7. Общая и детская урология-андрология : учебное пособие / А. В. Гудков, В. С. Бощенко, С. П. Селиванов [и др.]. — Томск : СибГМУ, 2020. — 108 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/276278	https://e.lanbook.com	
б) современные профессиональные базы данных:		
• Медико-биологический информационный портал для специалистов http://www.medline.ru; • Медицинский сервер "MedLinks.Ru - Вся медицина в Интернет" http://www.medlinks.ru; • Медицинский портал http://www.medportal.ru		

• Медицинский видеопортал Med-Edu.ru http://www.med-edu.ru/ • Портал российского врача МЕДВЕСТИК https://medvestnik.ru/	
в) информационные справочные системы:	
• Рубрикатор клинических рекомендаций http://cr.rosminzdrav.ru/ • Международная классификация болезней 10-го пересмотра https://mkb-10.com/ • Информационно-аналитический портал Remedium.ru http://www.remedium.ru • Энциклопедия лекарств от РЛС https://www.rlsnet.ru	

12. Материально–техническое обеспечение дисциплины:

Учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации: 191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 223;

Специализированная мебель: доска (меловая); стол преподавателя, стол студенческий четырёхместный, стул студенческий;

Технические средства обучения: мультимедиа-проектор, экран, ноутбук преподавателя, системный блок, монитор.

Специальные технические средства обучения: Roger Pen (Индивидуальный беспроводной передатчик Roger в форме ручки), Roger MyLink (приемник сигнала системы Roger Pen) (для обучающихся с нарушениями слуха); IntelliKeys (проводная клавиатура с русским шрифтом Брайля с матовым покрытием черного цвета), 191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 223).

Учебные аудитории для проведения учебных занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации: 191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 223;

Специализированная мебель: доска (меловая); стол преподавателя, стол студенческий четырёхместный, стул студенческий;

Технические средства обучения: мультимедиа-проектор, экран, ноутбук преподавателя, системный блок, монитор.

Специальные технические средства обучения: Roger Pen (Индивидуальный беспроводной передатчик Roger в форме ручки), Roger MyLink (приемник сигнала системы Roger Pen) (для обучающихся с нарушениями слуха); IntelliKeys (проводная клавиатура с русским шрифтом Брайля с матовым покрытием черного цвета), (191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 223).

Помещения для самостоятельной работы обучающихся, оснащенные компьютерной техникой, в т.ч. специализированной, с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспеченные доступом к электронной информационно-образовательной среде: 191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 223

Помещения для хранения и профилактического обслуживания учебного оборудования: 1191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 316.

13. Специализированные условия для обучающихся-инвалидов и обучающихся-лиц с ограниченными возможностями здоровья

Указанные ниже условия инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья применяются при наличии указанных лиц в группе обучающихся в зависимости от нозологии заболеваний или нарушений в работе отдельных органов.

Обучение обучающихся с нарушением слуха

Обучение обучающихся с нарушением слуха выстраивается через реализацию следующих педагогических принципов:

- наглядности,
- индивидуализации,
- коммуникативности на основе использования информационных технологий, разработанного учебно-дидактического комплекса, включающего пакет специальных учебно-методических презентаций
- использования учебных пособий, адаптированных для восприятия обучающимися с нарушением слуха.

К числу проблем, характерных для лиц с нарушением слуха, можно отнести:

- замедленное и ограниченное восприятие;
- недостатки речевого развития;
- недостатки развития мыслительной деятельности;
- пробелы в знаниях; недостатки в развитии личности (неуверенность в себе и неоправданная зависимость от окружающих, низкая коммуникабельность, эгоизм, пессимизм, заниженная или завышенная самооценка, неумение управлять собственным поведением);
- некоторое отставание в формировании умения анализировать и синтезировать воспринимаемый материал, оперировать образами, сопоставлять вновь изученное с изученным ранее; хуже, чем у слышащих сверстников, развит анализ и синтез объектов. Это выражается в том, что глухие и слабослышащие меньше выделяют в объекте детали, часто опускают малозаметные, но существенные признаки.

При организации образовательного процесса со слабослышащей аудиторией необходима особая фиксация на артикуляции выступающего - следует говорить громче и четче, подбирая подходящий уровень.

Специфика зрительного восприятия слабослышащих влияет на эффективность их образной памяти - в окружающих предметах и явлениях они часто выделяют несущественные признаки. Процесс запоминания у обучающихся с нарушенным слухом во многом опосредуется деятельностью по анализу воспринимаемых объектов, по соотнесению нового материала с усвоенным ранее.

Некоторые основные понятия изучаемого материала обучающимся необходимо объяснять дополнительно. На занятиях требуется уделять повышенное внимание специальным профессиональным терминам, а также использованию профессиональной лексики. Для лучшего усвоения специальной терминологии необходимо каждый раз писать на доске используемые термины и контролировать их усвоение.

Внимание в большей степени зависит от изобразительных качеств воспринимаемого материала: чем они выразительнее, тем легче слабослышащим обучающимся выделить информативные признаки предмета или явления.

В процессе обучения рекомендуется использовать разнообразный наглядный материал. Сложные для понимания темы должны быть снабжены как можно большим количеством наглядного материала. Особую роль в обучении лиц с нарушенным слухом, играют видеоматериалы. По возможности, предъявляемая видеоинформация может сопровождаться текстовой бегущей строкой или сурдологическим переводом.

Видеоматериалы помогают в изучении процессов и явлений, поддающихся видеофиксации, анимация может быть использована для изображения различных динамических моделей, не поддающихся видеозаписи.

Обучение обучающихся с нарушением зрения.

Специфика обучения слепых и слабовидящих обучающихся заключается в следующем:

- дозирование учебных нагрузок;

– применение специальных форм и методов обучения, оригинальных учебников и наглядных пособий, а также оптических и тифлопедагогических устройств, расширяющих познавательные возможности обучающихся;

- специальное оформление учебных кабинетов;
- организация лечебно-восстановительной работы;
- усиление работы по социально-трудовой адаптации.

Во время проведения занятий следует чаще переключать обучающихся с одного вида деятельности на другой.

Во время проведения занятия педагоги должны учитывать допустимую продолжительность непрерывной зрительной нагрузки для слабовидящих обучающихся. К дозированию зрительной работы надо подходить строго индивидуально.

Искусственная освещенность помещений, в которых занимаются обучающиеся с пониженным зрением, должна составлять от 500 до 1000 лк, поэтому рекомендуется использовать дополнительные настольные светильники. Свет должен падать с левой стороны или прямо. Ключевым средством социальной и профессиональной реабилитации людей с нарушениями зрения, способствующим их успешной интеграции в социум, являются информационно-коммуникационные технологии.

Ограниченность информации у слабовидящих обуславливает схематизм зрительного образа, его скудность, фрагментарность или неточность.

При слабовидении страдает скорость зрительного восприятия; нарушение бинокулярного зрения (полноценного видения двумя глазами) у слабовидящих может приводить к так называемой пространственной слепоте (нарушению восприятия перспективы и глубины пространства), что важно при черчении и чтении чертежей.

При зрительной работе у слабовидящих быстро наступает утомление, что снижает их работоспособность. Поэтому необходимо проводить небольшие перерывы.

Слабовидящим могут быть противопоказаны многие обычные действия, например, наклоны, резкие прыжки, поднятие тяжестей, так как они могут способствовать ухудшению зрения. Для усвоения информации слабовидящим требуется большее количество повторений и тренировок.

При проведении занятий в условиях повышенного уровня шума, вибрации, длительных звуковых воздействий, может развиваться чувство усталости слухового анализатора и дезориентации в пространстве.

При лекционной форме занятий слабовидящим следует разрешить использовать звукозаписывающие устройства и компьютеры, как способ конспектирования, во время занятий.

Информацию необходимо представлять исходя из специфики слабовидящего обучающегося: **крупный шрифт (16–18 размер)**, дисковый накопитель (чтобы прочитать с помощью компьютера со звуковой программой), аудиофайлы. Всё записанное на доске должно быть озвучено.

Необходимо комментировать свои жесты и надписи на доске и передавать словами то, что часто выражается мимикой и жестами. При чтении вслух необходимо сначала предупредить об этом: Не следует заменять чтение пересказом.

При работе на компьютере следует использовать принцип максимального снижения зрительных нагрузок, дозирование и чередование зрительных нагрузок с другими видами деятельности, использование специальных программных средств для увеличения изображения на экране или для озвучивания информации; — принцип работы с помощью клавиатуры, а не с помощью мыши, в том числе с использованием «горячих» клавиш и освоение слепого десятипальцевого метода печати на клавиатуре.

Обучение обучающихся с нарушением опорно-двигательного аппарата (ОДА).

Обучающиеся с нарушениями ОДА представляют собой многочисленную группу лиц, имеющих различные двигательные патологии, которые часто сочетаются с нарушениями в познавательном, речевом, эмоционально-личностном развитии. Обучение обучающихся с нарушениями

ОДА должно осуществляться на фоне лечебно-восстановительной работы, которая должна вестись в следующих направлениях: посильная медицинская коррекция двигательного дефекта; терапия нервно-психических отклонений.

Специфика поражений ОДА может замедленно формировать такие операции, как сравнение, выделение существенных и несущественных признаков, установление причинно-следственной зависимости, неточность употребляемых понятий.

При тяжелом поражении нижних конечностей руки присутствуют трудности при овладении определенными предметно-практическими действиями.

Поражения ОДА часто связаны с нарушениями зрения, слуха, чувствительности, пространственной ориентации. Это проявляется замедленном формировании понятий, определяющих положение предметов и частей собственного тела в пространстве, неспособности узнавать и воспроизводить фигуры, складывать из частей целое. В письме выявляются ошибки в графическом изображении букв и цифр (асимметрия, зеркальность), начало письма и чтения с середины страницы.

Нарушения ОДА проявляются в расстройстве внимания и памяти, рассредоточенности, сужении объема внимания, преобладании слуховой памяти над зрительной. Эмоциональные нарушения проявляются в виде повышенной возбудимости, проявлении страхов, склонности к колебаниям настроения.

Продолжительность занятия не должна превышать 1,5 часа (в день 3 часа), после чего рекомендуется 10—15-минутный перерыв. Для организации учебного процесса необходимо определить учебное место в аудитории, следует разрешить обучающемуся самому подбирать комфортную позу для выполнения письменных и устных работ (сидя, стоя, облокотившись и т.д.).

При проведении занятий следует учитывать объем и формы выполнения устных и письменных работ, темп работы аудитории и по возможности менять формы проведения занятий. С целью получения лицами с поражением опорно-двигательного аппарата информации в полном объеме звуковые сообщения нужно дублировать зрительными, использовать наглядный материал, обучающие видеоматериалы.

При работе с обучающимися с нарушением ОДА необходимо использовать методы, активизирующие познавательную деятельность учащихся, развивающие устную и письменную речь и формирующие необходимые учебные навыки.

Физический недостаток существенно влияет на социальную позицию обучающегося, на его отношение к окружающему миру, следствием чего является искажение ведущей деятельности и общения с окружающими. У таких обучающихся наблюдаются нарушения личностного развития: пониженная мотивация к деятельности, страхи, связанные с передвижением и перемещением, стремление к ограничению социальных контактов.

Эмоционально-волевые нарушения проявляются в повышенной возбудимости, чрезмерной чувствительности к внешним раздражителям и пугливости. У одних отмечается беспокойство, суетливость, расторможенность, у других - вялость, пассивность и двигательная заторможенность.

При общении с человеком в инвалидной коляске, нужно сделать так, чтобы ваши глаза находились на одном уровне. На неё нельзя облокачиваться.

Всегда необходимо лично убеждаться в доступности мест, где запланированы занятия.

Лица с психическими проблемами могут испытывать эмоциональные расстройства. Если человек, имеющим такие нарушения, расстроен, нужно спросить его спокойно, что можно сделать, чтобы помочь ему. Не следует говорить резко с человеком, имеющим психические нарушения, даже если для этого имеются основания. Если собеседник проявляет дружелюбность, то такой обучающийся будет чувствовать себя спокойно.

При общении с людьми, испытывающими затруднения в речи, не допускается перебивать и поправлять. Необходимо быть готовым к тому, что разговор с человеком с затрудненной речью займет больше времени.

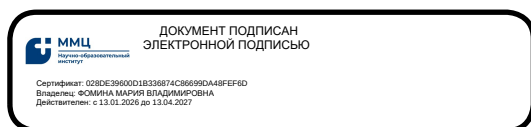
Необходимо задавать вопросы, которые требуют коротких ответов или кивка.

Общие рекомендации по работе с обучающимися-инвалидами и обучающимися-лицами с ограниченными возможностями здоровья.

- Использование указаний, как в устной, так и письменной форме;
- Поэтапное разъяснение заданий;
- Последовательное выполнение заданий;
- Повторение обучающимися инструкции к выполнению задания;
- Обеспечение аудио-визуальными техническими средствами обучения;
- Разрешение использовать диктофон для записи ответов учащимися;
- Составление индивидуальных планов занятий, позитивно ориентированных и учитывающих навыки и умения обучающегося.

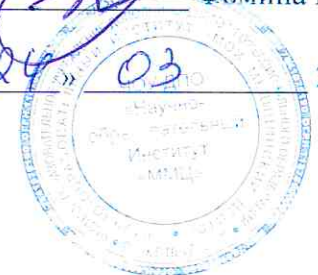
14. Лист изменений в программе

№	Дата внесения изменений	№ протокола, дата	Содержание изме- нения	Подпись



УТВЕРЖДЕНА

Директор
ЧОУ ДПО «Научно-образовательный
Институт ММЦ»


Фомина М.В.
«24» 03 2026 г.


РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ
основной профессиональной образовательной программы
высшего образования – уровень подготовки кадров высшей квалификации (ординатура)
Специальность: 31.08.68 Урология

«ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

Длительность обучения: 72 академических часа

Трудоемкость: 2 ЗЭТ

Форма обучения: очная

Санкт-Петербург

2026 г.

1. Цели и задачи дисциплины

Цель:

формирование у врача-специалиста возможностей применения основных принципов организации профилактики, оказания медицинской помощи и управления персоналом в деятельности медицинских организаций и их структурных подразделений.

Задачи:

-Ознакомление со статистикой общественного здоровья и статистикой здравоохранения, ознакомление с методикой изучения заболеваемости населения, основных демографических процессов и других показателей состояния здоровья населения.

-Изучение организационных принципов охраны здоровья населения в современных условиях с овладением необходимыми для практического врача навыками организации профилактики, оказания медицинской помощи и управления персоналом.

2. Место дисциплины в структуре ОПОП ВО:

Дисциплина «Общественное здоровье и здравоохранение» относится к базовой части Блока 1 ОПОП ВО.

Для изучения данной учебной дисциплины необходимы следующие знания, умения и навыки:

способность и готовность использовать знания организационной структуры, управленческой и экономической деятельности медицинских организаций различных типов по оказанию медицинской помощи взрослому населению и подросткам, анализировать показатели работы их структурных подразделений, проводить оценку эффективности современных медико-организационных и социально-экономических технологий при оказании медицинских услуг пациентам

Знания:

- нормы зарубежного права, информационное право, основные принципы и положения конституционного, гражданского, трудового, семейного, административного и уголовного права в области общественного здоровья и здравоохранения;

- обязанности, права, место врача в обществе в точки зрения организации здравоохранения;

- ведение типовой учетно-отчетной документации в медицинских учреждениях;

- основные принципы управления и организации медицинской помощи населению;

- организацию работы младшего и среднего медицинского персонала в медицинских организациях с точки зрения организации здравоохранения;

- основы организации медицинской (амбулаторно-поликлинической и стационарной) помощи различным группам населения, принципы диспансеризации населения, реабилитации больных;

- методы диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного терапевтического, хирургического и инфекционного профиля, современные методы клинического, лабораторного и инструментального обследования больных (включая эндоскопические, рентгенологические методы, ультразвуковую диагностику) с точки зрения организации медицинской помощи населению;

- гигиену медицинских организаций;- особенности организации и объем работы врача амбулаторно-поликлинического звена, со- временные диагностические возможности поликлинической службы, методы проведения неотложных мероприятий, показания для плановой госпитализации больных;

- особенности организации оказания медицинской помощи при проведении массовых и

спортивных мероприятий в чрезвычайных ситуациях и при катастрофах в мирное и военное время;

- организацию акушерской и гинекологической помощи населению;
- структуру инфекционной службы, гигиенические требования к устройству, организации работы и режиму инфекционных больниц, отделений, боксов;
- основы законодательства РФ по охране здоровья населения, основные нормативно-технические документы;
- социальное страхование и социальное обеспечение, основы организации страховой медицины Российской Федерации;
- финансирование системы здравоохранения, планирование, финансирование учреждений здравоохранения;
- методику расчета показателей медицинской статистики; основы применения статистического метода в медицинских исследованиях, использование статистических показателей при оценке состояния здоровья населения и деятельности медицинских организаций.

Умения:

- ориентироваться в действующих нормативно-правовых актах о труде, применять нормы трудового законодательства в конкретных практических ситуациях в области охраны здоровья населения;
- защищать гражданские права врачей и пациентов различного возраста в области охраны здоровья граждан;
- анализировать экономические проблемы и общественные процессы, быть активным субъектом экономической деятельности как организатор здравоохранения;
- производить расчеты по результатам эксперимента, проводить элементарную статистическую обработку экспериментальных данных;
- планировать, анализировать и оценивать качество медицинской помощи, состояние здоровья населения и влияние на него факторов окружающей и производственной среды.

Навыки:

- базовыми технологиями преобразования информации: текстовые, табличные редакторы, поиск в сети Интернет;
- правильным ведением медицинской документации;
- оценками состояния общественного здоровья;
- консолидирующими показателями, характеризующими степень развития экономики.

3. Роль дисциплины в формировании компетенций выпускника.

Данная дисциплина является составляющей в формировании следующих компетенций: УК-2; ПК-10; ПК-11.

4. Требования к результатам освоения дисциплины:

Номер/ индекс компетен- ции	Содержание компетенции	В результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны:		
		Знать	Уметь	Владеть
1	2	3	4	5

УК-2	готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	- взаимоотношения «врач-пациент», взаимоотношения в коллективе; - морально-этические нормы, правила и принципы профессионального врачебного поведения, права пациента и врача, основы современного медицинского законодательства; - принципы ведения дискуссий в условиях плюрализма мнений и основные способы разрешения конфликтов; - основные направления психологии, психологию личности и малых групп	- обеспечивать рабочие отношения во всеми членами коллектива; - организовать работу младшего и среднего медицинского персонала в медицинских организациях; - применять нормы законодательства в конкретных практических ситуациях; - соблюдать и защищать права врачей и пациентов	- навыками изложения собственной точки зрения, анализа и логического мышления, морально-этической аргументации, ведения дискуссий и круглых столов, в принципах врачебной деонтологии и медицинской этики; - навыками информирования пациентов и их родственников в соответствии с требованиями правил «информированного согласия»
ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	- взаимоотношения «врач-пациент», взаимоотношения в коллективе; - основные принципы маркетинга медицинских услуг; - основные направления психологии, психологию личности и малых групп; основы организации профилактики; - основы организации медицинской деятельности.	- соблюдать правила поведения врача с позиций современного маркетинга; - планировать собственную деятельность и работу рабочей группы; - давать распоряжения персоналу; - осуществлять контроль исполнения	- навыками общения с людьми; - навыками формирования приказов; формирования планов; навыками принятия решений

ПК-11	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	- основы статистического анализа; - возможности использования статистических показателей при оценке состояния здоровья населения и деятельности медицинских организаций.	- проводить базовую статистическую обработку данных; анализировать и оценивать качество медицинской помощи, состояние здоровья населения и влияние на него факторов окружающей и производственной среды.	- владеть показателями, характеризующими состояние здоровья населения и результаты деятельности организаций и подразделений здравоохранения, методикой расчета показателей медицинской статистики.

5. Разделы дисциплины и компетенции, которые формируются при их изучении:

№ п/п	Код компетенции	Наименование раздела дисциплины	Содержание раздела
1	УК-2, ПК-10, ПК-11	Общественное здоровье и охрана здоровья населения в деятельности медицинской организации	Общественное здоровье и профилактика в реализации охраны здоровья населения. Методы изучения и анализа состояния общественного здоровья и здравоохранения. Оценка состояния здоровья населения.
2	УК-2, ПК-10	Правовое регулирование медицинской деятельности	Правовые и социально-этические аспекты медицинской деятельности. Нормативно-правовое регулирование медицинских экспертиз.
3	УК-2, ПК-10, ПК-11	Управление в медицинской организации	Обязательное медицинское страхование и его реализация в системе финансирования здравоохранения. Управление качеством медицинской помощи. Управление в деятельности врача.

6. Форма контроля

Текущий контроль осуществляется лектором и преподавателем, ведущим занятия семинарского типа, в соответствии с тематическим планом (п.8.3).

Промежуточная аттестация: **4 семестр** - зачет.

Оценочные средства представлены в фонде оценочных средств дисциплины

7. Объем дисциплины и виды учебной работы.

Общая трудоёмкость дисциплины составляет **2** зачетные единицы.

Вид учебной работы	Всего часов	Объем по семестрам
		4 семестр
Контактная работа	36,2	36,2
Лекции (Лек)	6	6
Практические занятия (Пр)	30	30
Промежуточная аттестация Зачет (Кчз)	0,2	0,2
Самостоятельная работа (СР)	35,8	35,8
Общая трудоемкость дисциплины:		
академические часы:	72	72
зачетные единицы:	2	2

8. Содержание дисциплины

8.1. Разделы дисциплины и виды занятий

№ п/п	Наименование раздела дисциплины	Лек	Пр
1	Организация системы охраны здоровья в Российской Федерации	2	6

2	Организационно-управленческие основы медицинской деятельности	2	6
3	Управление и экономика здравоохранения	2	18
	Итого:	6	30

8.2 Тематический план занятий лекционного типа

№ п/п	Тема и ее краткое содержание	Часы	Наглядные пособия
1	Управление здравоохранением в системе государственного управления в РФ.	2	Мультимедийная презентация
2	Нормативные требования к медицинской деятельности. Порядки, клинические рекомендации и стандарты при оказании медицинской помощи.	2	Мультимедийная презентация
3	Основы теории управления здравоохранением.	2	Мультимедийная презентация
	Итого:	6	

8.3. Тематический план занятий семинарского типа (семинары, практические занятия, клинические практические занятия и пр.) и формы текущего контроля

№ темы	Тема и ее краткое содержание	Часы	Формы текущего контроля
1	Управление здравоохранением в системе государственного управления в РФ. Система государственного управления в РФ, Ветви власти. Уровни управления. Органы управления здравоохранением. Виды медицинских организаций. номенклатура, организационно-правовые формы.	2	Опрос Тестирование Решение ситуационных задач
2	Организация охраны здоровья граждан. Исторические мировые системы здравоохранения. Система государственного финансирования здравоохранения (Семашко, Бевеиджа). Система негосударственного финансирования здравоохранения (США). Система Бисмарка.	2	Опрос Тестирование Решение ситуационных задач
3	Обязательное медицинское страхование в РФ. Источники финансирования здравоохранения: страховая и бюджетная медицина. Программа государственных гарантий, территориальная программа госгарантий. Формирование тарифов ОМС. Права и обязанности застрахованных лиц в системе ОМС.	2	Опрос Тестирование Решение ситуационных задач
4	Нормативно-правовое регулирование здравоохранения. Система нормативно-правовых документов, регулирующих охрану здоровья граждан в РФ, Допуск юридических и физических лиц к медицинской деятельности: лицензирование и аккредитация. Порядок использования лекарственных средств и медицинских изделий. Права пациентов и медицинских работников.	6	Опрос Тестирование Решение ситуационных задач

5	Нормативные требования к медицинской деятельности. Классификаторы (видов медицинской деятельности и пр.) и номенклатуры в медицине. Порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации и стандарты в медицинской деятельности. МКБ-10(11). Главные медицинские специалисты, ведущие медицинские учреждения, научные журналы.	6	Опрос Тестирование Решение ситуационных задач
6	Управление качеством и безопасностью медицинской деятельности. Требования ВОЗ. Факторы безопасной деятельности. Виды контроля качества и безопасности медицинской деятельности в РФ. Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности: определения, задачи, организация. Мероприятия по обеспечению безопасности медицинского труда, предварительные и периодические медицинские осмотры.	6	Опрос Тестирование Решение ситуационных задач
7	Основы теории управления здравоохранением. Менеджмент и маркетинг в здравоохранении. Школы менеджмента: научного управления, классическая, психологическая, количественная. Универсальная модель управленческого процесса Н. Винера, процессный, системный и ситуационный подходы в управлении.	2	Опрос Тестирование Решение ситуационных задач
8	Затраты медицинской организации: виды, классификация. Ресурсное обеспечение медицинской помощи. Себестоимость медицинских услуг, ценообразование в здравоохранении. Экономикс. Спрос и предложение. Стоимость медицинских услуг. Бизнес-планирование. Рынок медицинских услуг.	4	Опрос Тестирование Решение ситуационных задач
	Итого:	30	

9. Самостоятельная работа

Самостоятельная работа	Всего часов	Объем по семестрам
		4 семестр
Проработка лекций, подготовка к практическим занятиям (все разделы дисциплины). Тестирование, подготовка к зачету.	35,8	35,8

10. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины:

1. Лукина Е. А. Общественное здоровье и здравоохранение. Практикум : учебное пособие для СПО / Е. А. Лукина. — Санкт Петербург : Лань, 2023. — 88 с. : ил. — Текст : непосредственный. ISBN 9785507452569» (Лукина, Е. А. Общественное здоровье и здравоохранение. Практикум / Е. А. Лукина. — Санкт-Петербург : Лань, 2023. — ISBN 978-5-507-45256-9. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/292895>.

2. Зайцев, В. М. Прикладная медицинская статистика : учебное пособие / В. М. Зайцев, В. Г. Лифляндский, В. И. Маринкин. — 2-е изд. — Санкт-Петербург : ФОЛИАНТ, 2006. — ISBN 5-93929-135-X. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/143972>.

3. Статистика здравоохранения: учебное пособие / О.В. Куделина, Н.Я. Несветаило, А.В. Нагайцев, И.П. Шибалков. — Томск: СибГМУ, 2016. — 122 с.» (Статистика здравоохранения : учебное пособие / О. В. Куделина, Н. Я. Несветаило, А. В. Нагайцев, И. П. Шибалков. — Томск : СибГМУ, 2016. — 122 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/105959>.

4. Применение описательных эпидемиологических исследований в оценке состояния здоровья населения : учебно-методическое пособие для студентов / Т. А. Баянова, Н. А. Кравченко, Н. Ю. Куприянова, Н. А. Азьмуко ; ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России, Кафедра эпидемиологии. — Иркутск : ИГМУ, 2019. — 39 с.» (Применение описательных эпидемиологических исследований в оценке состояния здоровья населения для студентов : учебно-методическое пособие / Т. А. Баянова, Н. А. Кравченко, Н. Ю. Куприянова, Н. А. Азьмуко. — Иркутск : ИГМУ, 2019. — 39 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/158773>.

5. Использование принципов доказательной медицины в организации медико-статистического исследования: учебно-методическое пособие / О.В. Могучая, Г.Н. Мариничева, В.Н. Филатов. — СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2019. — 80 с. (Могучая, О. В. Использование принципов доказательной медицины в организации медико-статистического исследования : учебно-методическое пособие / О. В. Могучая, Г. Н. Мариничева, В. Н. Филатов. — Санкт-Петербург : СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2019. — 80 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/242444>.

6. Мазунина, С. Д., Татаренко, С. А., Исакова, Л. В. Основы применения бережливых технологий в управлении медицинской организацией : учебное пособие / С. Д. Мазунина, С. А. Татаренко, Л. В. Исакова. — Киров : ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, 2024. — 103 с.» (Мазунина, С. Д. Основы применения бережливых технологий в управлении медицинской организацией : учебное пособие / С. Д. Мазунина, С. А. Татаренко, Л. В. Исакова. — Киров : Кировский ГМУ, 2024. — 103 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/509898>.

7. Мурашева, С.В. Организационно-управленческая деятельность в разрешении трудовых споров: учебное пособие / С.В. Мурашева. — Орёл: ОГУ имени И.С. Тургенева, 2023. — 100 с. ISBN 978-5-9929-1451-1 (Мурашева, С. В. Организационно-управленческая деятельность в разрешении трудовых споров : учебное пособие / С. В. Мурашева. — Орел : ОГУ имени И.С. Тургенева, 2023. — ISBN 978-5-9929-1451-1. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/409562>.

8. Администрирование и менеджмент в здравоохранении: учебное пособие для обучающихся по программе магистратуры по направлению подготовки 32.04.01 Общественное здравоохранение, направленность (профиль) «Управление в здравоохранении» / сост. : О.В. Медведева, Н.В. Чвырева, Н.А. Афонина [и др.]; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. — Рязань: ОТСиОП, 2024. — 234 с. (Администрирование и менеджмент в здравоохранении : учебное пособие / составители О. В. Медведева [и др.]. — Рязань : РязГМУ, 2024. — 234 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/460325>.

9. Чалых, М.В. Общественное здоровье и здравоохранение: методы, показатели и факторы: учебное пособие / М.В. Чалых, Ж.В. Пахомова. — Орёл: ОГУ имени И.С. Тургенева, 2023. — 124 с. ISBN 978-5-9929-1454-2» (Чалых, М. В. Общественное здоровье и здравоохранение: методы, показатели и факторы : учебное пособие / М. В. Чалых, Ж. В. Пахомова. — Орел : ОГУ имени И.С. Тургенева, 2023. — ISBN 978-5-9929-1454-2. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/409505/>

современные профессиональные базы данных:

Медико-биологический информационный портал для специалистов Медлайн.ру. URL: https://medline.ru Медицинский сервер "MedLinks.Ru - Вся медицина в Интернет". URL: http://www.medlinks.ru Медицинский портал MED Портал. URL: http://www.medportal.ru Медицинский видеопортал Med-Edu.ru. URL: https://www.med-edu.ru Портал МЕДВЕСТИНИК. URL: https://medvestnik.ru Электронная библиотечная система «Консультант студента». URL: https://www.studentlibrary.ru/	
информационные справочные системы:	
Рубрикатор клинических рекомендаций. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru Международная классификация болезней 10-го пересмотра. URL: https://mkb-10.com	
Информационно-аналитический портал Remedium.ru. URL: http://www.remedium.ru Энциклопедия лекарств РЛС. URL: https://www.rlsnet.ru Рецензируемый научно-практический журнал «Здоровье Российской Федерации». URL: https://www.rfhealth.ru/jour Научная электронная библиотека eLIBRARY.RU. URL: https://www.elibrary.ru Справочно-информационная система «MadBaseGeotar» - фонд Электронной медицинской библиотеки «Консультант врача». URL: www.rosmedlib.ru	

11. Материально-техническое обеспечение дисциплины:

Учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации: 191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 223;

Специализированная мебель: доска (меловая); стол преподавателя, стол студенческий четырёхместный, стул студенческий;

Технические средства обучения: мультимедиа-проектор, экран, ноутбук преподавателя, системный блок, монитор;

Специальные технические средства обучения: Roger Pen (Индивидуальный беспроводной передатчик Roger в форме ручки), Roger MyLink (приемник сигнала системы Roger Pen) (для обучающихся с нарушениями слуха); IntelliKeys (проводная клавиатура с русским шрифтом Брайля с матовым покрытием черного цвета), (191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 223).

Учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации: 191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 223;

Специализированная мебель: стол преподавателя, стол студенческий четырёхместный, стул студенческий;

Технические средства обучения: мультимедиа-проектор, экран, ноутбук преподавателя, системный блок, монитор;

Специальные технические средства обучения: Roger Pen (Индивидуальный беспроводной передатчик Roger в форме ручки), Roger MyLink (приемник сигнала системы Roger Pen) (для обучающихся с нарушениями слуха); IntelliKeys (проводная клавиатура с русским шрифтом Брайля с матовым покрытием черного цвета), (191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 223).

Помещения для самостоятельной работы обучающихся, оснащенные компьютерной техникой, в том числе специализированной, с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспеченные доступом к электронной информационно-образовательной среде Института: 191186, г. Санкт-Петербург,

пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 223.

Помещения для хранения и профилактического обслуживания учебного оборудования 191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 316.

12. Специализированные условия для обучающихся-инвалидов и обучающихся-лиц с ограниченными возможностями здоровья

Указанные ниже условия инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья применяются при наличии указанных лиц в группе обучающихся в зависимости от нозологии заболеваний или нарушений в работе отдельных органов.

Обучение обучающихся с нарушением слуха

Обучение обучающихся с нарушением слуха выстраивается через реализацию следующих педагогических принципов:

- наглядности,
- индивидуализации,
- коммуникативности на основе использования информационных технологий, разработанного учебно-дидактического комплекса, включающего пакет специальных учебно-методических презентаций
- использования учебных пособий, адаптированных для восприятия обучающимися с нарушением слуха.

К числу проблем, характерных для лиц с нарушением слуха, можно отнести:

- замедленное и ограниченное восприятие;
- недостатки речевого развития;
- недостатки развития мыслительной деятельности;
- пробелы в знаниях; недостатки в развитии личности (неуверенность в себе и неоправданная зависимость от окружающих, низкая коммуникабельность, эгоизм, пессимизм, заниженная или завышенная самооценка, неумение управлять собственным поведением);
- некоторое отставание в формировании умения анализировать и синтезировать воспринимаемый материал, оперировать образами, сопоставлять вновь изученное с изученным ранее; хуже, чем у слышащих сверстников, развит анализ и синтез объектов. Это выражается в том, что глухие и слабослышащие меньше выделяют в объекте детали, часто опускают малозаметные, но существенные признаки.

При организации образовательного процесса со слабослышащей аудиторией необходима особая фиксация на артикуляции выступающего - следует говорить громче и четче, подбирая подходящий уровень.

Специфика зрительного восприятия слабослышащих влияет на эффективность их образной памяти - в окружающих предметах и явлениях они часто выделяют несущественные признаки. Процесс запоминания у обучающихся с нарушенным слухом во многом опосредуется деятельностью по анализу воспринимаемых объектов, по соотнесению нового материала с усвоенным ранее.

Некоторые основные понятия изучаемого материала обучающимся необходимо объяснять дополнительно. На занятиях требуется уделять повышенное внимание специальным профессиональным терминам, а также использованию профессиональной лексики. Для лучшего

усвоения специальной терминологии необходимо каждый раз писать на доске используемые термины и контролировать их усвоение.

Внимание в большей степени зависит от изобразительных качеств воспринимаемого материала: чем они выразительнее, тем легче слабослышащим обучающимся выделить информативные признаки предмета или явления.

В процессе обучения рекомендуется использовать разнообразный наглядный материал. Сложные для понимания темы должны быть снабжены как можно большим количеством наглядного материала. Особую роль в обучении лиц с нарушенным слухом, играют видеоматериалы. По возможности, предъявляемая видеoinформация может сопровождаться текстовой бегущей строкой или сурдологическим переводом.

Видеоматериалы помогают в изучении процессов и явлений, поддающихся видеофиксации, анимация может быть использована для изображения различных динамических моделей, не поддающихся видеозаписи.

Обучение обучающихся с нарушением зрения.

Специфика обучения слепых и слабовидящих обучающихся заключается в следующем:

- дозирование учебных нагрузок;
- применение специальных форм и методов обучения, оригинальных учебников и наглядных пособий, а также оптических и тифлопедагогических устройств, расширяющих познавательные возможности обучающихся;
- специальное оформление учебных кабинетов;
- организация лечебно-восстановительной работы;
- усиление работы по социально-трудовой адаптации.

Во время проведения занятий следует чаще переключать обучающихся с одного вида деятельности на другой.

Во время проведения занятия педагоги должны учитывать допустимую продолжительность непрерывной зрительной нагрузки для слабовидящих обучающихся. К дозированию зрительной работы надо подходить строго индивидуально.

Искусственная освещенность помещений, в которых занимаются обучающиеся с пониженным зрением, должна составлять от 500 до 1000 лк, поэтому рекомендуется использовать дополнительные настольные светильники. Свет должен падать с левой стороны или прямо. Ключевым средством социальной и профессиональной реабилитации людей с нарушениями зрения, способствующим их успешной интеграции в социум, являются информационно-коммуникационные технологии.

Ограниченность информации у слабовидящих обуславливает схематизм зрительного образа, его скудность, фрагментарность или неточность.

При слабовидении страдает скорость зрительного восприятия; нарушение бинокулярного зрения (полноценного видения двумя глазами) у слабовидящих может приводить к так называемой пространственной слепоте (нарушению восприятия перспективы и глубины пространства), что важно при черчении и чтении чертежей.

При зрительной работе у слабовидящих быстро наступает утомление, что снижает их работоспособность. Поэтому необходимо проводить небольшие перерывы.

Слабовидящим могут быть противопоказаны многие обычные действия, например, наклоны, резкие прыжки, поднятие тяжестей, так как они могут способствовать ухудшению зрения. Для усвоения информации слабовидящим требуется большее количество повторений и тренировок.

При проведении занятий в условиях повышенного уровня шума, вибрации, длительных звуковых воздействий, может развиваться чувство усталости слухового анализатора и дезориентации в пространстве.

При лекционной форме занятий слабовидящим следует разрешить использовать звукозаписывающие устройства и компьютеры, как способ конспектирования, во время занятий. Информацию необходимо представлять исходя из специфики слабовидящего обучающегося: **крупный шрифт (16–18 размер)**, дисковый накопитель (чтобы прочитать с помощью компьютера со звуковой программой), аудиофайлы. Всё записанное на доске должно быть озвучено.

Необходимо комментировать свои жесты и надписи на доске и передавать словами то, что часто выражается мимикой и жестами. При чтении вслух необходимо сначала предупредить об этом: Не следует заменять чтение пересказом.

При работе на компьютере следует использовать принцип максимального снижения зрительных нагрузок, дозирование и чередование зрительных нагрузок с другими видами деятельности, использование специальных программных средств для увеличения изображения на экране или для озвучивания информации; — принцип работы с помощью клавиатуры, а не с помощью мыши, в том числе с использованием «горячих» клавиш и освоение слепого десятипальцевого метода печати на клавиатуре.

Обучение обучающихся с нарушением опорно-двигательного аппарата (ОДА).

Обучающиеся с нарушениями ОДА представляют собой многочисленную группу лиц, имеющих различные двигательные патологии, которые часто сочетаются с нарушениями в познавательном, речевом, эмоционально-личностном развитии. Обучение обучающихся с нарушениями ОДА должно осуществляться на фоне лечебно-восстановительной работы, которая должна вестись в следующих направлениях: посильная медицинская коррекция двигательного дефекта; терапия нервно-психических отклонений.

Специфика поражений ОДА может замедленно формировать такие операции, как сравнение, выделение существенных и несущественных признаков, установление причинно-следственной зависимости, неточность употребляемых понятий.

При тяжелом поражении нижних конечностей руки присутствуют трудности при овладении определенными предметно-практическими действиями.

Поражения ОДА часто связаны с нарушениями зрения, слуха, чувствительности, пространственной ориентации. Это проявляется замедленном формировании понятий, определяющих положение предметов и частей собственного тела в пространстве, неспособности узнавать и воспроизводить фигуры, складывать из частей целое. В письме выявляются ошибки в графическом изображении букв и цифр (асимметрия, зеркальность), начало письма и чтения с середины страницы.

Нарушения ОДА проявляются в расстройстве внимания и памяти, расщепленности, сужении объема внимания, преобладании слуховой памяти над зрительной. Эмоциональные нарушения проявляются в виде повышенной возбудимости, проявлении страхов, склонности к колебаниям настроения.

Продолжительность занятия не должна превышать 1,5 часа (в день 3 часа), после чего рекомендуется 10—15-минутный перерыв. Для организации учебного процесса необходимо определить учебное место в аудитории, следует разрешить обучающемуся самому подбирать комфортную позу для выполнения письменных и устных работ (сидя, стоя, облокотившись и т.д.).

При проведении занятий следует учитывать объем и формы выполнения устных и письменных работ, темп работы аудитории и по возможности менять формы проведения занятий. С целью получения лицами с поражением опорно-двигательного аппарата информации в полном объеме звуковые сообщения нужно дублировать зрительными, использовать наглядный материал, обучающие видеоматериалы.

При работе с обучающимися с нарушением ОДА необходимо использовать методы, активизирующие познавательную деятельность учащихся, развивающие устную и письменную речь и формирующие необходимые учебные навыки.

Физический недостаток существенно влияет на социальную позицию обучающегося, на его отношение к окружающему миру, следствием чего является искажение ведущей деятельности и общения с окружающими. У таких обучающихся наблюдаются нарушения личностного развития: пониженная мотивация к деятельности, страхи, связанные с передвижением и перемещением, стремление к ограничению социальных контактов.

Эмоционально-волевые нарушения проявляются в повышенной возбудимости, чрезмерной чувствительности к внешним раздражителям и пугливости. У одних отмечается беспокойство, суеверность, расторможенность, у других - вялость, пассивность и двигательная заторможенность.

При общении с человеком в инвалидной коляске, нужно сделать так, чтобы ваши глаза находились на одном уровне. На неё нельзя облокачиваться.

Всегда необходимо лично убеждаться в доступности мест, где запланированы занятия.

Лица с психическими проблемами могут испытывать эмоциональные расстройства. Если человек, имеющим такие нарушения, расстроен, нужно спросить его спокойно, что можно сделать, чтобы помочь ему. Не следует говорить резко с человеком, имеющим психические нарушения, даже если для этого имеются основания. Если собеседник проявляет дружелюбность, то такой обучающийся будет чувствовать себя спокойно.

При общении с людьми, испытывающими затруднения в речи, не допускается перебивать и поправлять. Необходимо быть готовым к тому, что разговор с человеком с затрудненной речью займет больше времени.

Необходимо задавать вопросы, которые требуют коротких ответов или кивка.

Общие рекомендации по работе с обучающимися-инвалидами и обучающимися-лицами с ограниченными возможностями здоровья.

- Использование указаний, как в устной, так и письменной форме;
- Поэтапное разъяснение заданий;
- Последовательное выполнение заданий;
- Повторение обучающимися инструкции к выполнению задания;
- Обеспечение аудио-визуальными техническими средствами обучения;
- Разрешение использовать диктофон для записи ответов учащимися;
- Составление индивидуальных планов занятий, позитивно ориентированных и

учитывающих навыки и умения обучающегося.

13. Лист изменений в программе

№	Дата внесения изменений	№ протокола, дата	Содержание изменения	Подпись



ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ
Сертификат: 028DE39600D1B336874C86699DA48FEF6D
Владелец: ФОМИНА МАРИЯ ВЛАДИМИРОВНА
Действителен: с 13.01.2026 до 13.04.2027

УТВЕРЖДЕНА

Директор
ЧОУ ДПО «Научно-образовательный
Институт ММЦ»

Фомина М.В.



«24» 03 2026 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ
основной профессиональной образовательной программы
высшего образования – уровень подготовки кадров высшей квалификации
(ординатура)
Специальность: 31.08.68 Урология

«ПЕДАГОГИКА»

Длительность обучения: 72 академических часа

Трудоемкость: 2 ЗЭТ

Форма обучения: очная

Санкт-Петербург

2026 г.

1. Цель и задачи дисциплины:

Цель:

общетеоретическая и комплексная психолого-педагогическая подготовка, создающая готовность к участию в психолого-педагогической деятельности по программам высшего медицинского образования, в порядке, установленном соответствующим федеральным органом исполнительной власти, в сочетании с готовностью к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.

Задачи:

- Получение знаний в области организации, планирования и практического осуществления обучения по программам высшего медицинского образования.
- Получение знаний в области психолого-педагогических методов создания мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.
- Формирование умений подготовки занятий.
- Навыков подготовки визуальных средств обучения для проведения занятий.

2. Место дисциплины в структуре ОПОП ВО:

Дисциплина «Педагогика» относится к базовой части Блока 1 ОПОП ВО.

Для изучения данной учебной дисциплины необходимы следующие знания, умения и навыки:

Знания:

- методов и приемов медико-социологического анализа проблем; форм и методов научного познания, их эволюции;
- морально-этических норм;
- основных этических документов отечественных и международных профессиональных ассоциаций, и организаций;
- основных принципов и положений конституционного, гражданского и уголовного права;
- законов и иных нормативных правовых актов в Российской Федерации, применяемых в сфере здравоохранения, технического регулирования, обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, в сфере защиты прав потребителей;
- основных методов исследования личности, создания опросников;
- основные теории личности;
- компьютерных программ, используемых для подготовки презентаций;
- компьютерных программ для создания графиков и рисунков.

Умения:

- самостоятельно работать с учебной, научной и справочной литературой;
- делать обобщающие выводы;
- ориентироваться в действующих нормативно-правовых актах об охране персональных данных, применять нормы законодательства об охране персональных данных в конкретных практических ситуациях;
- проводить текстовую и графическую обработку документов с использованием стандартных программных средств.

Навыки:

- навыки изложения самостоятельной точки зрения, анализа и логического мышления, публичной речи, морально-этической аргументации, ведения дискуссий и круглых

столов;

- владеть принципами деонтологии и этики;
- этические и деонтологические аспекты профессиональной деятельности;
- навыки работы с нормативной, нормативно-технической, законодательной и правовой документацией в пределах профессиональной деятельности;
- работы с опросными психологическими методиками;
- владеть компьютерными презентационными системами.

3. Роль дисциплины в формировании компетенций выпускника.

Данная дисциплина является составляющей в формировании следующих компетенций: УК-3; ПК-9.

4. Требования к результатам освоения дисциплины:

№ п/п	Номер/ индекс компе- тенции	Содержание компетенции	В результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны:		
			Знать	Уметь	Владеть
1	2	3	4	5	6
1.	УК-3	готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения	нормативно-правовую базу организации обучения по направлению здравоохранения, психологические основы обучения, основные принципы дидактики	планировать проведение семинарских и практических занятий	навыками подготовки правильно построенных презентаций для использования в учебном процессе

2.	ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	психологические аспекты мотивации к сохранению здоровья, основные понятия теории личности	планировать проведение профилактических встреч	навыками подготовки правильно построенных презентаций для использования в просветительной работе

5. Разделы дисциплины и компетенции, которые формируются при их изучении:

№ п/п	Код компетенции	Наименование раздела дисциплины	Содержание раздела
1.	УК-3	Правовые основы организации высшего медицинского образования	Нормативно-правовые основы подготовки медицинских и фармацевтических работников в Российской Федерации. Структура высшего образования. Уровни. Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации». Аккредитация специалиста. Профессиональные стандарты. Федеральные государственные образовательные стандарты. Нормативные требования к организации обучения. Повышение квалификации. Непрерывное медицинское образование.
2.	УК-3	Основы дидактики	Содержание образования. Принципы дидактики. Дидактические теории и концепции. Методы обучения. Виды лекций. Семинарские и практические занятия и их подготовка. Компетентностный подход в образовании. Инновационные образовательные системы. Конструирование тестов проверки знаний.
3.	УК-3, ПК-9	Педагогическая психология	Теории обучения. Бихевиоризм, когнитивизм, конструктивизм. Роль преподавателя в каждой из этих теорий. Особенности обучения взрослых. Экспериментальное обучение К.Роджерса. Андрагогические постулаты М.Нолса. Формирование окружения для обучения. Личные представления о реальности. Конструктивистское интервью. Изучение индивидуальных профилей компетентности. Использование данных об индивидуальных предпочтениях при планировании обучения. Планирование контакта с аудиторией. Индивидуальные особенности и интенсификация обучения. Теория Колба и круг восприятия обучения. Планирование обучения по типам Колба. Четырехмерная модель личности К.Г.Юнга. Модель личности в психологии Юнга. Развитие концепции четырехмерной модели личности в работах Майрса и Бриггс. Опросник MBTI. Особенности обучения личности

			различным профилем личности по MBTI. Соотношение между профилем личности преподавателя и обучающегося. Предпочтения различных методов и форм обучения. Структура индивидуальности. Темперамент и свойства нервной системы. Организация деятельности с учетом темперамента. Типология личности. Акцентуации характера. Механизмы психологической защиты – история открытия и изучения. Вытеснение. Регрессия. Проекция. Интроекция. Рационализация. Интеллектуализация. Компенсация. Смещение. Роль психологической защиты в образовании. Распознавание негативного действия механизмов психологической защиты в процессе обучения и преподавания.
4.	ПК-9	Мотивация	Понятие мотивации. Виды мотивации. Мотивы для обучения. Понятие о первичных и вторичных мотивах. Теория валентностей К. Левина, положительные и отрицательные валентности. Модель мотивации Хоула. Оценка мотивов обучаемых. Иерархия потребностей. Гигиенические и мотивационные факторы Герцберга. Теория ожиданий Вроома. Теория подкрепления (бихевиоризм) и мотивация. Использование теоретических знаний при мотивации к здоровому образу жизни. Психологические теории эмоций. Основные свойства эмоций. Эмоции как мотивирующая система.

6. Форма контроля

Текущий контроль осуществляется лектором и преподавателем, ведущим занятия семинарского типа, в соответствии с тематическим планом (п. 8.3).

Промежуточная аттестация: **2 семестр** - зачет.

Оценочные средства представлены в фонде оценочных средств дисциплины.

7. Объем дисциплины и виды учебной работы.

Общая трудоёмкость дисциплины составляет **2** зачетные единицы.

Вид учебной работы	Всего часов	Объем по семестрам
		2 семестр
Контактная работа:	28,2	28,2
Лекции (Лек)	2	2
Семинары (Сем)	26	26
Промежуточная аттестация Зачет (кчз)	0,2	0,2
Самостоятельная работа (СР)	43,8	43,8
Общая трудоёмкость дисциплины, академ.час:	72	72

8. Содержание дисциплины

8.1. Разделы дисциплины и виды занятий

№ п/п	Наименование раздела дисциплины	Лек	Сем
1.	Правовые основы организации высшего медицинского образования	2	4
2.	Основы дидактики	-	6
3.	Педагогическая психология	-	8
4.	Мотивация	-	8
	Итого:	2	26

8.2. Тематический план занятий лекционного типа

№ п/п	Тема и ее краткое содержание	Часы
	Раздел 1	
1	Правовые основы организации высшего медицинского образования	2
	Итого:	2

8.3. Тематический план занятий семинарского типа (семинары, практические занятия, клинические практические занятия и пр.) и формы текущего контроля

№ п/п	Наименование темы семинара	Часы	Формы текущего контроля
1	Правовые основы организации высшего медицинского образования		
1.1	Законодательство об образовании в приложении к медицине	2	Устный опрос
1.2	Организация повышения квалификации и профессиональной переподготовки	2	Устный опрос
2	Основы дидактики		
2.1	Дидактика в медицинском образовании	2	Устный опрос
2.2	Компетентностный подход в образовании и инновационные методы обучения	4	Устный опрос
3	Педагогическая психология		
3.1	Теории обучения	2	Устный опрос
3.2	Особенности обучения взрослых	2	Устный опрос
3.3	Психодинамические теории и базирующиеся на них подходы к обучению	4	Устный опрос
4	Мотивация		
4.1	Общие понятия о мотивации	2	Устный опрос
4.2	Мотивация в образовании	4	Устный опрос
4.3	Мотивация к здоровому образу жизни	2	Устный опрос
	Итого:	26	

9. Самостоятельная работа

Самостоятельная работа	Всего часов	Объем по семестрам
		2 семестр
Проработка лекций, подготовка к семинарам (все разделы дисциплины). Подготовка к зачету	43,8	43,8

10. Учебно–методическое и информационное обеспечение дисциплины:

Учебная литература:

1. Основы педагогики и методики преподавания: учебное пособие / Сост.: А.Ф. Амиров, О.В. Кудашкина, Е.Е. Липатова. – Уфа: Изд-во ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, 2017. – 130 с. (Основы педагогики и методики преподавания : учебное пособие / составители А. Ф. Амиров [и др.]. — Уфа : БГМУ, 2017. — 130 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/155754>.

2. Психология и педагогика: практикум для студ. мед. ву-зов. В 2-х ч. Ч.1. / Сост.: А.Ф. Амиров, А.В. Бехтерева, Ю.В.Ивановский, Ю.Е. Коньшина, О.В. Кудашкина, Е.Е. Липатова, С.М. Мочалов, Л.В. Мурзагалина, А.А. Хусаенова. — Уфа:ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, 2019. — 149 с.» (Психология и педагогика : учебное пособие : в 2 частях / составители А. Ф. Амиров [и др.]. — Уфа : БГМУ, [б. г.]. — Часть 1 — 2019. — 149 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/139110>.

3. Васильева, Е. Ю. Педагогика в клинической практике врача : учебное пособие / Е. Ю. Васильева, М. Ю. Гайкина, Т. В. Тагаева. — Архангельск : СГМУ, 2017. — 118 с. — ISBN 978-5-91702-242-0. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/185532>.

4. Основы психологических знаний : учебное пособие / Г. В. Безродная, Т. Н. Гриневецкая, Д. А. Севостьянов [и др.] ; под редакцией Г. В. Безродной. — Новосибирск : НГМУ, 2017. — 205 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/144997>

Ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»:

Наименования ресурса сети «Интернет»	Электронный адрес ресурса
Портал непрерывного медицинского и фармацевтического образования МЗ РФ	https://edu.rosminzdrav.ru/
Дидактика профессионального образования	https://studbooks.net/55055/pedagogika/didaktika_professionalnogo_obrazovaniya
Эффективная мотивация здорового образа жизни	https://mysihologiya.ru/motivatsiya/effektivnaya-motivatsiya-zdorovogo-obraza-zhizni
Научная электронная библиотека «КиберЛенинка»	http://cyberleninka.ru/
ЭБС «Библиороссика»	http://bibliorossica.com
Научная электронная библиотека eLIBRARY.RU	https://elibrary.ru
База данных PubMed	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/

11. Материально-техническое обеспечение дисциплины

Учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации: 191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 223

Специализированная мебель: кресла, стулья, столы.

Технические средства обучения: персональные компьютеры с выходом в Интернет, мультимедиа-проектор.

Специальные технические средства обучения: Roger Pen (Индивидуальный беспроводной передатчик Roger в форме ручки), Roger MyLink (приемник сигнала системы Roger Pen) (для обучающихся с нарушениями слуха); IntelliKeys (проводная клавиатура с русским шрифтом Брайля с матовым покрытием черного цвета), (191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера

«А», кабинет 223).

Учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации: 191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 223

Специализированная мебель: кресла, стулья, столы.

Технические средства обучения: персональные компьютеры с выходом в Интернет, мультимедиа-проектор.

Специальные технические средства обучения: Roger Pen (Индивидуальный беспроводной передатчик Roger в форме ручки), Roger MyLink (приемник сигнала системы Roger Pen) (для обучающихся с нарушениями слуха); IntelliKeys (проводная клавиатура с русским шрифтом Брайля с матовым покрытием черного цвета), (191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 223).

Помещения для самостоятельной работы, оснащенные компьютерной техникой, в том числе специализированной, с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспеченные доступом к электронной информационно-образовательной среде: 191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 223

Помещения для хранения и профилактического обслуживания учебного оборудования: 191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 316

12. Специализированные условия для обучающихся-инвалидов и обучающихся-лиц с ограниченными возможностями здоровья

Указанные ниже условия инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья применяются при наличии указанных лиц в группе обучающихся в зависимости от нозологии заболеваний или нарушений в работе отдельных органов.

Обучение обучающихся с нарушением слуха

Обучение обучающихся с нарушением слуха выстраивается через реализацию следующих педагогических принципов:

- наглядности,
- индивидуализации,
- коммуникативности на основе использования информационных технологий, разработанного учебно-дидактического комплекса, включающего пакет специальных учебно-методических презентаций
- использования учебных пособий, адаптированных для восприятия обучающимися с нарушением слуха.

К числу проблем, характерных для лиц с нарушением слуха, можно отнести:

- замедленное и ограниченное восприятие;
- недостатки речевого развития;
- недостатки развития мыслительной деятельности;
- пробелы в знаниях; недостатки в развитии личности (неуверенность в себе и неоправданная зависимость от окружающих, низкая коммуникабельность, эгоизм, пессимизм, заниженная или завышенная самооценка, неумение управлять собственным поведением);
- некоторое отставание в формировании умения анализировать и синтезировать воспринимаемый материал, оперировать образами, сопоставлять вновь изученное с изученным ранее; хуже, чем у слышащих сверстников, развит анализ и синтез объектов. Это выражается в том, что глухие и слабослышащие меньше выделяют в объекте детали, часто опускают малозаметные, но существенные признаки.

При организации образовательного процесса со слабослышащей аудиторией необходима особая фиксация на артикуляции выступающего - следует говорить громче и четче, подбирая подходящий уровень.

Специфика зрительного восприятия слабослышащих влияет на эффективность их образной памяти - в окружающих предметах и явлениях они часто выделяют несущественные признаки. Процесс запоминания у обучающихся с нарушенным слухом во многом опосредуется

деятельностью по анализу воспринимаемых объектов, по соотнесению нового материала с усвоенным ранее.

Некоторые основные понятия изучаемого материала обучающимся необходимо объяснять дополнительно. На занятиях требуется уделять повышенное внимание специальным профессиональным терминам, а также использованию профессиональной лексики. Для лучшего усвоения специальной терминологии необходимо каждый раз писать на доске используемые термины и контролировать их усвоение.

Внимание в большей степени зависит от изобразительных качеств воспринимаемого материала: чем они выразительнее, тем легче слабослышащим обучающимся выделить информативные признаки предмета или явления.

В процессе обучения рекомендуется использовать разнообразный наглядный материал. Сложные для понимания темы должны быть снабжены как можно большим количеством наглядного материала. Особую роль в обучении лиц с нарушенным слухом, играют видеоматериалы. По возможности, предъявляемая видеoinформация может сопровождаться текстовой бегущей строкой или сурдологическим переводом.

Видеоматериалы помогают в изучении процессов и явлений, поддающихся видеофиксации, анимация может быть использована для изображения различных динамических моделей, не поддающихся видеозаписи.

Обучение обучающихся с нарушением зрения.

Специфика обучения слепых и слабовидящих обучающихся заключается в следующем:

- дозирование учебных нагрузок;
- применение специальных форм и методов обучения, оригинальных учебников и наглядных пособий, а также оптических и тифлопедагогических устройств, расширяющих познавательные возможности обучающихся;
- специальное оформление учебных кабинетов;
- организация лечебно-восстановительной работы;
- усиление работы по социально-трудовой адаптации.

Во время проведения занятий следует чаще переключать обучающихся с одного вида деятельности на другой.

Во время проведения занятия педагоги должны учитывать допустимую продолжительность непрерывной зрительной нагрузки для слабовидящих обучающихся. К дозированию зрительной работы надо подходить строго индивидуально.

Искусственная освещенность помещений, в которых занимаются обучающиеся с пониженным зрением, должна составлять от 500 до 1000 лк, поэтому рекомендуется использовать дополнительные настольные светильники. Свет должен падать с левой стороны или прямо. Ключевым средством социальной и профессиональной реабилитации людей с нарушениями зрения, способствующим их успешной интеграции в социум, являются информационно-коммуникационные технологии.

Ограниченность информации у слабовидящих обуславливает схематизм зрительного образа, его скудность, фрагментарность или неточность.

При слабовидении страдает скорость зрительного восприятия; нарушение бинокулярного зрения (полноценного видения двумя глазами) у слабовидящих может приводить к так называемой пространственной слепоте (нарушению восприятия перспективы и глубины пространства), что важно при черчении и чтении чертежей.

При зрительной работе у слабовидящих быстро наступает утомление, что снижает их работоспособность. Поэтому необходимо проводить небольшие перерывы.

Слабовидящим могут быть противопоказаны многие обычные действия, например, наклоны, резкие прыжки, поднятие тяжестей, так как они могут способствовать ухудшению зрения. Для усвоения информации слабовидящим требуется большее количество повторений и тренировок.

При проведении занятий в условиях повышенного уровня шума, вибрации, длительных звуковых воздействий, может развиваться чувство усталости слухового анализатора и дезориентации в пространстве.

При лекционной форме занятий слабовидящим следует разрешить использовать звукозаписывающие устройства и компьютеры, как способ конспектирования, во время занятий. Информацию необходимо представлять исходя из специфики слабовидящего обучающегося: **крупный шрифт (16–18 размер)**, дисковый накопитель (чтобы прочитать с помощью компьютера со звуковой программой), аудиофайлы. Всё записанное на доске должно быть озвучено.

Необходимо комментировать свои жесты и надписи на доске и передавать словами то, что часто выражается мимикой и жестами. При чтении вслух необходимо сначала предупредить об этом: Не следует заменять чтение пересказом.

При работе на компьютере следует использовать принцип максимального снижения зрительных нагрузок, дозирование и чередование зрительных нагрузок с другими видами деятельности, использование специальных программных средств для увеличения изображения на экране или для озвучивания информации; — принцип работы с помощью клавиатуры, а не с помощью мыши, в том числе с использованием «горячих» клавиш и освоение слепого десятипальцевого метода печати на клавиатуре.

Обучение обучающихся с нарушением опорно-двигательного аппарата (ОДА).

Обучающиеся с нарушениями ОДА представляют собой многочисленную группу лиц, имеющих различные двигательные патологии, которые часто сочетаются с нарушениями в познавательном, речевом, эмоционально-личностном развитии. Обучение обучающихся с нарушениями ОДА должно осуществляться на фоне лечебно-восстановительной работы, которая должна вестись в следующих направлениях: посильная медицинская коррекция двигательного дефекта; терапия нервно-психических отклонений.

Специфика поражений ОДА может замедленно формировать такие операции, как сравнение, выделение существенных и несущественных признаков, установление причинно-следственной зависимости, неточность употребляемых понятий.

При тяжелом поражении нижних конечностей руки присутствуют трудности при овладении определенными предметно-практическими действиями.

Поражения ОДА часто связаны с нарушениями зрения, слуха, чувствительности, пространственной ориентации. Это проявляется замедленном формировании понятий, определяющих положение предметов и частей собственного тела в пространстве, неспособности узнавать и воспроизводить фигуры, складывать из частей целое. В письме выявляются ошибки в графическом изображении букв и цифр (асимметрия, зеркальность), начало письма и чтения с середины страницы.

Нарушения ОДА проявляются в расстройстве внимания и памяти, расщепленности, сужении объема внимания, преобладании слуховой памяти над зрительной. Эмоциональные нарушения проявляются в виде повышенной возбудимости, проявлении страхов, склонности к колебаниям настроения.

Продолжительность занятия не должна превышать 1,5 часа (в день 3 часа), после чего рекомендуется 10—15-минутный перерыв. Для организации учебного процесса необходимо определить учебное место в аудитории, следует разрешить обучающемуся самому подбирать комфортную позу для выполнения письменных и устных работ (сидя, стоя, облокотившись и т.д.).

При проведении занятий следует учитывать объем и формы выполнения устных и письменных работ, темп работы аудитории и по возможности менять формы проведения занятий. С целью получения лицами с поражением опорно-двигательного аппарата информации в полном объеме звуковые сообщения нужно дублировать зрительными, использовать наглядный материал, обучающие видеоматериалы.

При работе с обучающимися с нарушением ОДА необходимо использовать методы, активизирующие познавательную деятельность учащихся, развивающие устную и письменную речь и формирующие необходимые учебные навыки.

Физический недостаток существенно влияет на социальную позицию обучающегося, на его отношение к окружающему миру, следствием чего является искажение ведущей деятельности и общения с окружающими. У таких обучающихся наблюдаются нарушения личностного развития: пониженная мотивация к деятельности, страхи, связанные с передвижением и перемещением, стремление к ограничению социальных контактов. Эмоционально-волевые нарушения

проявляются в повышенной возбудимости, чрезмерной чувствительности к внешним раздражителям и пугливости. У одних отмечается беспокойство, суетливость, расторможенность, у других - вялость, пассивность и двигательная заторможенность.

При общении с человеком в инвалидной коляске, нужно сделать так, чтобы ваши глаза находились на одном уровне. На неё нельзя облакачиваться.

Всегда необходимо лично убеждаться в доступности мест, где запланированы занятия.

Лица с психическими проблемами могут испытывать эмоциональные расстройства. Если человек, имеющим такие нарушения, расстроен, нужно спросить его спокойно, что можно сделать, чтобы помочь ему. Не следует говорить резко с человеком, имеющим психические нарушения, даже если для этого имеются основания. Если собеседник проявляет дружелюбность, то такой обучающийся будет чувствовать себя спокойно.

При общении с людьми, испытывающими затруднения в речи, не допускается перебивать и поправлять. Необходимо быть готовым к тому, что разговор с человеком с затрудненной речью займет больше времени.

Необходимо задавать вопросы, которые требуют коротких ответов или кивка.

Общие рекомендации по работе с обучающимися-инвалидами и обучающимися-лицами с ограниченными возможностями здоровья.

- Использование указаний, как в устной, так и письменной форме;
- Поэтапное разъяснение заданий;
- Последовательное выполнение заданий;
- Повторение обучающимися инструкции к выполнению задания;
- Обеспечение аудио-визуальными техническими средствами обучения;
- Разрешение использовать диктофон для записи ответов учащимися;
- Составление индивидуальных планов занятий, позитивно ориентированных и учитывающих навыки и умения обучающегося.

—

13. Лист изменений в программе

№	Дата внесения изменений	№ протокола, дата	Содержание изменения	Подпись

УТВЕРЖДЕНА

Директор
ЧОУ ДПО «Научно-образовательный
Институт ММЦ»

Фомина М.В.

«25» 03 2026 г.



ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ



Сертификат: 028DE39600D1B336874C86699DA48FEF6D
Владелец: ФОМИНА МАРИЯ ВЛАДИМИРОВНА
Действителен: с 13.01.2026 до 13.04.2027

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ
основной профессиональной образовательной программы
высшего образования – уровень подготовки кадров высшей квалификации
(ординатура)
Специальность: 31.08.68 Урология

«ГИГИЕНА И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ»

Длительность обучения: 72 академических часа

Трудоемкость: 2 ЗЕТ

Форма обучения: очная

Санкт-Петербург

2026 г.

1. Цели и задачи дисциплины:

Цель:

приобрести профессиональные компетенции путем овладения теоретическими знаниями и практическими умениями по проведению профилактических и противоэпидемических мероприятий в очагах чрезвычайных ситуаций, необходимых при осуществлении будущей профессиональной деятельности.

Задачи:

- ознакомить обучающихся с основными принципами и задачами противоэпидемического обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях;
- ознакомить обучающихся с организацией работы учреждений и формирований санитарно-эпидемиологической службы при возникновении ЧС;
- ознакомить обучающихся с характеристикой чрезвычайных ситуаций при использовании биологических, химических агентов, радиоактивных веществ;
- ознакомить обучающихся с характеристикой наиболее значимых инфекционных болезней, возникающих при ЧС;
- научить обучающихся оценивать радиационную, химическую и экологическую обстановку в районах чрезвычайных ситуаций;
- научить обучающихся организации противоэпидемических мероприятий среди пострадавшего населения в ЧС;
- научить обучающихся организации санитарно-противоэпидемических мероприятий при размещении и работе полевых госпиталей различного профиля в ЧС;
- научить обучающихся планировать и организовывать комплекс санитарно-гигиенических, противоэпидемических и профилактических мероприятий при ЧС.

2. Место дисциплины в структуре ОПОП ВО:

Дисциплина «Гигиена и эпидемиология чрезвычайных ситуаций» относится к базовой части Блока 1 ОПОП ВО.

Для изучения данной учебной дисциплины необходимы следующие знания, умения и навыки:

Знания:

- основы организационной структуры и задачи Государственной системы по предупреждению и действиям в чрезвычайных ситуациях Всероссийской службы медицины катастроф и Федеральной службы медицинской службы гражданской обороны;
- способы и средства защиты персонала лечебно-профилактических учреждений, населения и медицинского имущества при стихийных бедствиях, производственных авариях и катастрофах, а также от воздействия поражающих факторов современных средств поражения;
- порядок действия по сигналам оповещения органов гражданской обороны и чрезвычайных ситуаций;
- основы устойчивой работы лечебно-профилактических учреждений при чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени;
- особенности работы в районах стихийных бедствий, аварий и катастроф, в зонах радиоактивного и химического загрязнения и в очагах поражения;
- мероприятия по медицинскому снабжению учреждений и формирований службы медицины катастроф и лекарственному обеспечению населения при чрезвычайных ситуациях.

Умения:

- практически осуществлять мероприятия по защите персонала лечебно-профилактических учреждений и медицинского имущества от воздействия поражающих факторов стихийных бедствий, аварий, катастроф, современных средств поражения;
- оценивать радиационную, химическую и экологическую обстановку в районах чрезвычайных ситуаций;

- выполнять обязанности начальника отделения медицинского снабжения формирования Всероссийской службы медицины катастроф и Федеральной медицинской службы гражданской обороны при ликвидации медико-санитарных последствий стихийных бедствий, аварий, катастроф и применения современных средств поражения.

Навыки:

- методиками по защите персонала лечебно-профилактических учреждений и медицинского имущества от воздействия поражающих факторов стихийных бедствий, аварий, катастроф, современных средств поражения;

- методиками оценивания радиационной, химической и экологической обстановки в районах чрезвычайных ситуаций;

- методиками оказания первой медицинской, доврачебной и первой врачебной помощи пораженному населению в военное время и чрезвычайных ситуациях мирного времени учреждений, населения и медицинского имущества при стихийных бедствиях, производственных авариях и катастрофах, а также от воздействия поражающих факторов современных средств поражения.

3 Роль дисциплины в формировании компетенций выпускника.

Данная дисциплина является составляющей в формировании следующих компетенций: ПК-3; ПК-7; ПК-12.

4. Требования к результатам освоения дисциплины:

№ п/п	Номер/ индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны:		
			Знать	Уметь	Владеть
1	2	3	4	5	6
1.	ПК-3	готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	принципы предупреждения возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий; принципы организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудше-	проводить профилактические и противоэпидемические мероприятия; организовывать защиту населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки; оказывать медицинскую помощь при стихийных бедствиях и	методами оценки медико-тактической обстановки в очагах чрезвычайных ситуаций и очагах массового поражения; методикой проведения основных мероприятий по защите пациентов от поражающих факторов чрезвычайных ситуаций; навыками
			нии радиационной обстановки, правила оказания медицинской помощи при стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	иных чрезвычайных ситуациях	организации и проведения основных мероприятий по санитарной и специальной обработке

2.	ПК-7	готовность к участию в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	современные методы, средства, способы проведения лечебно-эвакуационных мероприятий при оказании медицинской помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях; организацию медико-санитарного обеспечения населения при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций; санитарно-гигиенические и противоэпидемиологические мероприятия при эвакуации населения	выполнять лечебно-эвакуационные мероприятия по оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, определять вид и объем оказываемой медицинской помощи пострадавшим; оказывать врачебную помощь пострадавшим в очагах поражения при чрезвычайных ситуациях и на этапах медицинской эвакуации; проводить сердечно-легочную реанимацию при терминальных состояниях; проводить мероприятия противошоковой терапии	методикой оценки состояний, угрожающих жизни; алгоритмом проведения медицинской сортировки, способами оказания медицинской помощи и медицинской эвакуации пострадавших; навыком выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях.
3.	ПК-12	готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	мероприятия по защите населения при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях; правила и порядок медицинской	организовать медицинскую помощь и эвакуацию при чрезвычайных ситуациях.	методами оценки медико-тактической обстановки в очагах чрезвычайных ситуаций и очагах массового поражения; алгоритмом проведения медицинской сортировки, способами оказания

			эвакуации; принципы сортировки пострадавших в чрезвычайных ситуациях		медицинской помощи и медицинской эвакуации пострадавших в чрезвычайных ситуациях; навыками организации и проведения основных мероприятий по санитарной и специальной обработке методами ведения отчетной документации, способностями оценивать эффективность взаимодействия при ликвидации последствий чрезвычайной ситуации с другими службами ЧС

5. Разделы дисциплины и компетенции, которые формируются при их изучении:

№ п/п	Код компетенции	Наименование раздела дисциплины	Содержание раздела
1	ПК-3, ПК-7, ПК-12	Основные понятия военной инфектологии	Понятия инфекционный процесс, восприимчивость макроорганизма, патогенность микроорганизма, понятия об иммунитете. Основные принципы и задачи противоэпидемического обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях.
2	ПК-3, ПК-7, ПК-12	Бактериозы в условиях ЧС	Наиболее распространенные бактериозы. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническая картина. Современные методы специфической диагностики инфекционных бактериальных заболеваний; Клиника характерных осложнений и неотложных состояний инфекционных бактериальных заболеваний; Показания к госпитализации и амбулаторному лечению инфекционных бактериальных больных. Основные принципы лечения инфекционных бактериальных заболеваний в условиях ЧС. Планирование и проведение профилактических и противоэпидемических

			мероприятий в районах стихийных бедствий и других катастроф.
3	ПК-3, ПК-7, ПК-12	Протозойные инфекции в условиях ЧС	Малярия клиника, диагностика лечение. Амебиаз клиника, диагностика, лечение. Основные принципы лечения протозойных инфекций в условиях ЧС Планирование и проведение профилактических и противоэпидемических мероприятий в районах стихийных бедствий и других катастроф.
4	ПК-3, ПК-7, ПК-12	Гельминтозы в условиях ЧС	Трематодозы, нематодозы, санитарная эпидемиология, клиника. Основные принципы диагностики и лечения гельминтозов в условиях ЧС. Планирование и проведение профилактических и противоэпидемических мероприятий в районах стихийных бедствий и других катастроф.
5	ПК-3, ПК-7, ПК-12	Вирусные заболевания в условиях ЧС	Грипп, ОРЗ, ГЛПС эпидемиология, клиника. Основные принципы диагностики лечения вирусных заболеваний в условиях ЧС. Планирование и проведение профилактических и противоэпидемических мероприятий в районах стихийных бедствий и других катастроф.

6. Форма контроля

Текущий контроль осуществляется лектором и преподавателем, ведущим занятия семинарского типа, в соответствии с тематическим планом (п.8.3 и п.8.4).

Промежуточная аттестация: 1 семестр - зачет.

Оценочные средства представлены в фонде оценочных средств дисциплины.

7. Объем дисциплины и виды учебной работы.

Общая трудоёмкость дисциплины составляет 2 зачетные единицы.

Вид учебной работы	Всего часов	Объем по семестрам
		1 семестр
Контактная работа	36,2	36,2
Лекции (Лек)	6	6
Практические занятия (Пр), в том числе в форме практической подготовки	16	16
Семинары (Сем)	14	14
Промежуточная аттестация Зачет (кчз)	0,2	0,2
Самостоятельная работа (СР)	35,8	35,8
Общая трудоемкость дисциплины, академ.час:	72	72

8. Содержание дисциплины

8.1. Разделы дисциплины и виды занятий

№ п/п	Наименование раздела дисциплины	Лек	Пр	Сем

1	Основные понятия военной инфектологии	2	2	-
2	Бактериозы в условиях ЧС	2	2	2
3	Протозойные инфекции в условиях ЧС	-	4	4
4	Гельминтозы в условиях ЧС	-	4	4
5	Вирусные заболевания в условиях ЧС	2	4	4
	Итого:	6	16	14

8.2. Тематический план занятий лекционного типа

№ п/п	Тема и ее краткое содержание	Часы	Наглядные пособия
1	Основные понятия военной инфектологии	2	
1.1	Гигиенические и эпидемиологические аспекты чрезвычайных ситуаций. Основные принципы и задачи противоэпидемического обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях	2	Мультимедийная презентация
2	Бактериозы в условиях ЧС	2	
2.1	Наиболее распространенные бактериозы. Основные принципы лечения инфекционных бактериальных заболеваний в условиях ЧС	2	Мультимедийная презентация
5	Вирусные заболевания в условиях ЧС	2	
5.1	Вирусные заболевания. Планирование и проведение профилактических и противоэпидемических мероприятий	2	Мультимедийная презентация
	Итого:	6	

8.3. Тематический план занятий семинарского типа (семинары, практические занятия, клинические практические занятия и пр.) и формы текущего контроля

№ п/п	Тема и ее краткое содержание	Часы	Формы текущего контроля
1	Основные понятия военной инфектологии	2	Устный опрос
2	Бактериозы в условиях ЧС	2	Устный опрос, решение ситуационных задач
3	Протозойные инфекции в условиях ЧС	4	Собеседование по контрольным вопросам
4	Гельминтозы в условиях ЧС	4	Решение ситуационных задач
5	Вирусные заболевания в условиях ЧС	4	Устный опрос
	Итого:	16	

8.4. Тематический план занятий семинарского типа (семинары, практические занятия, клинические практические занятия и пр.) и формы текущего контроля

№ п/п	Тема и ее краткое содержание	Часы	Формы текущего контроля
1	Клиника характерных осложнений и неотложных состояний инфекционных бактериальных заболеваний; показания к госпитализации и амбулаторному лечению инфекционных бактериальных больных; основные принципы лечения инфекционных бактериальных заболеваний в условиях ЧС.	2	Защита рефератов
2	Основные принципы лечения протозойных инфекций в условиях ЧС Планирование и проведение профилактических и противоэпидемических мероприятий в районах стихийных бедствий и других катастроф.	4	Защита рефератов
3	Основные принципы диагностики и лечения гельминтозов в условиях ЧС. Планирование и проведение профилактических и противоэпидемических мероприятий в районах стихийных бедствий и других катастроф.	4	Защита рефератов
4	Основные принципы диагностики лечения вирусных заболеваний в условиях ЧС. Планирование и проведение профилактических и противоэпидемических мероприятий в районах стихийных бедствий и других катастроф.	4	Защита рефератов
	Итого:	14	

9. Самостоятельная работа

Самостоятельная работа	Всего часов	Объем по семестрам
		1 семестр
Проработка лекций, подготовка к практическим занятиям и семинарам (все разделы дисциплины).	35,8	35,8

10. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины:

а) основная литература и дополнительная литература	
1. Солодовников, Ю. Л. Гигиена и экология человека. Цикл лекций и практических занятий : учебное пособие для вузов / Ю. Л. Солодовников. — Санкт-Петербург : Лань, 2026. — 468 с. — ISBN 978-5-507-55985-5. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/512777	https://e.lanbook.com
2. Зорина, И. Г. Гигиена питания как основа санитарно-эпидемиологического благополучия населения : учебное пособие для вузов / И. Г. Зорина, В. Д. Соколов, В. В. Макарова. — 2-е изд., стер. — Санкт-Петербург : Лань, 2026. — 308 с. — ISBN 978-5-507-56490-3. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/516779	
3. Зорина, И. Г. Гигиенические навыки здорового образа жизни : учебное пособие для вузов / И. Г. Зорина, В. Д. Соколов, К. Н.	

Засекина. — Санкт-Петербург : Лань, 2026. — 228 с. — ISBN 978-5-507-53582-8. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/510253 4. Зорина, И. Г. Социально-гигиенический мониторинг. Методы мониторинга содержания солей тяжелых металлов в пищевых продуктах : учебное пособие для вузов / И. Г. Зорина, В. Д. Соколов, С. Б. Легошина. — Санкт-Петербург : Лань, 2026. — 120 с. — ISBN 978-5-507-54633-6. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/518199 5. Зорина, И. Г. Эпидемиология чрезвычайных ситуаций : учебное пособие для вузов / И. Г. Зорина. — 2-е изд., стер. — Санкт-Петербург : Лань, 2025. — 168 с. — ISBN 978-5-507-52597-3. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/455723 6. Еремин, А. Л. Информационная и цифровая гигиена : учебное пособие для вузов / А. Л. Еремин. — 2-е изд., стер. — Санкт-Петербург : Лань, 2024. — 92 с. — ISBN 978-5-507-47641-1. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/399716 7. Зорина, И. Г. Санитарно-гигиенические лабораторные исследования / И. Г. Зорина, Л. А. Емельянова. — 2-е изд., стер. — Санкт-Петербург : Лань, 2023. — 196 с. — ISBN 978-5-507-45852-3. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/288929	
б) современные профессиональные базы данных:	
• Медико-биологический информационный портал для специалистов Медлайн.ру. URL: https://medline.ru • Медицинский сервер "MedLinks.Ru - Вся медицина в Интернет". URL: http://www.medlinks.ru • Медицинский портал MED Портал. URL: http://www.medportal.ru • Медицинский видеопортал Med-Edu.ru. URL: https://www.med-edu.ru • Портал МЕДВЕСТИК. URL: https://medvestnik.ru • Электронная библиотечная система «Консультант студента». URL: https://www.studentlibrary.ru/	
в) информационные справочные системы:	
• Рубрикатор клинических рекомендаций. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru	
• Международная классификация болезней 10-го пересмотра. URL: https://mkb-10.com • Информационно-аналитический портал Remedium.ru. URL: http://www.remedium.ru • Энциклопедия лекарств РЛС. URL: https://www.rlsnet.ru • Научная электронная библиотека eLIBRARY.RU. URL: https://www.elibrary.ru • Справочно-информационная система «MadBaseGeotar» - фонд Электронной медицинской библиотеки «Консультант врача». URL: www.rosmedlib.ru	

11. Материально–техническое обеспечение дисциплины:

Учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа, групповых и

индивидуальных консультаций, текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации: 191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 223;

Специализированная мебель: доска (меловая); стол преподавателя, стол студенческий четырёхместный, стул студенческий;

Технические средства обучения: мультимедиа-проектор, экран, ноутбук преподавателя, системный блок, монитор;

Специальные технические средства обучения: Roger Pen (Индивидуальный беспроводной передатчик Roger в форме ручки), Roger MyLink (приемник сигнала системы Roger Pen) (для обучающихся с нарушениями слуха); IntelliKeys (проводная клавиатура с русским шрифтом Брайля с матовым покрытием черного цвета), (191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 223).

Учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации: 191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 223;

Специализированная мебель: стол преподавателя, стол студенческий четырёхместный, стул студенческий;

Технические средства обучения: мультимедиа-проектор, экран, ноутбук преподавателя, системный блок, монитор;

Специальные технические средства обучения: Roger Pen (Индивидуальный беспроводной передатчик Roger в форме ручки), Roger MyLink (приемник сигнала системы Roger Pen) (для обучающихся с нарушениями слуха); IntelliKeys (проводная клавиатура с русским шрифтом Брайля с матовым покрытием черного цвета), (191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 223).

Помещения для самостоятельной работы обучающихся, оснащенные компьютерной техникой, в том числе специализированной, с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспеченные доступом к электронной информационно-образовательной среде Института: 191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 223.

Помещения для хранения и профилактического обслуживания учебного оборудования: 191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 316.

12. Специализированные условия для обучающихся-инвалидов и обучающихся-лиц с ограниченными возможностями здоровья

Указанные ниже условия инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья применяются при наличии указанных лиц в группе обучающихся в зависимости от нозологии заболеваний или нарушений в работе отдельных органов.

Обучение ординаторов с нарушением слуха

Обучение обучающихся с нарушением слуха выстраивается через реализацию следующих педагогических принципов:

- наглядности,
- индивидуализации,
- коммуникативности на основе использования информационных технологий, разработанного учебно-дидактического комплекса, включающего пакет специальных учебно-методических презентаций
- использования учебных пособий, адаптированных для восприятия обучающимися с нарушением слуха.

К числу проблем, характерных для лиц с нарушением слуха, можно отнести:

- замедленное и ограниченное восприятие;

- недостатки речевого развития;
- недостатки развития мыслительной деятельности;
- пробелы в знаниях; недостатки в развитии личности (неуверенность в себе и неоправданная зависимость от окружающих, низкая коммуникабельность, эгоизм, пессимизм, заниженная или завышенная самооценка, неумение управлять собственным поведением);
- некоторое отставание в формировании умения анализировать и синтезировать воспринимаемый материал, оперировать образами, сопоставлять вновь изученное с изученным ранее; хуже, чем у слышащих сверстников, развит анализ и синтез объектов. Это выражается в том, что глухие и слабослышащие меньше выделяют в объекте детали, часто опускают малозаметные, но существенные признаки.

При организации образовательного процесса со слабослышащей аудиторией необходима особая фиксация на артикуляции выступающего - следует говорить громче и четче, подбирая подходящий уровень.

Специфика зрительного восприятия слабослышащих влияет на эффективность их образной памяти - в окружающих предметах и явлениях они часто выделяют несущественные признаки. Процесс запоминания у обучающихся с нарушенным слухом во многом опосредуется деятельностью по анализу воспринимаемых объектов, по соотнесению нового материала с усвоенным ранее.

Некоторые основные понятия изучаемого материала обучающимся необходимо объяснять дополнительно. На занятиях требуется уделять повышенное внимание специальным профессиональным терминам, а также использованию профессиональной лексики. Для лучшего усвоения специальной терминологии необходимо каждый раз писать на доске используемые термины и контролировать их усвоение.

Внимание в большей степени зависит от изобразительных качеств воспринимаемого материала: чем они выразительнее, тем легче слабослышащим обучающимся выделить информативные признаки предмета или явления.

В процессе обучения рекомендуется использовать разнообразный наглядный материал. Сложные для понимания темы должны быть снабжены как можно большим количеством наглядного материала. Особую роль в обучении лиц с нарушенным слухом, играют видеоматериалы. По возможности, предъявляемая видеoinформация может сопровождаться текстовой бегущей строкой или сурдологическим переводом.

Видеоматериалы помогают в изучении процессов и явлений, поддающихся видеофиксации, анимация может быть использована для изображения различных динамических моделей, не поддающихся видеозаписи.

Обучение ординаторов с нарушением зрения.

Специфика обучения слепых и слабовидящих обучающихся заключается в следующем:

- дозирование учебных нагрузок;
- применение специальных форм и методов обучения, оригинальных учебников и наглядных пособий, а также оптических и тифлопедагогических устройств, расширяющих познавательные возможности обучающихся;
- специальное оформление учебных кабинетов;
- организация лечебно-восстановительной работы;
- усиление работы по социально-трудовой адаптации.

Во время проведения занятий следует чаще переключать обучающихся с одного вида деятельности на другой.

Во время проведения занятия педагоги должны учитывать допустимую продолжительность непрерывной зрительной нагрузки для слабовидящих обучающихся. К дозированию зрительной работы надо подходить строго индивидуально.

Искусственная освещенность помещений, в которых занимаются обучающиеся с пониженным зрением, должна составлять от 500 до 1000 лк, поэтому рекомендуется использовать дополнительные настольные светильники. Свет должен падать с левой стороны или прямо. Ключевым средством социальной и профессиональной реабилитации

людей с нарушениями зрения, способствующим их успешной интеграции в социум, являются информационно-коммуникационные технологии.

Ограниченность информации у слабовидящих обуславливает схематизм зрительного образа, его скудность, фрагментарность или неточность.

При слабовидении страдает скорость зрительного восприятия; нарушение бинокулярного зрения (полноценного видения двумя глазами) у слабовидящих может приводить к так называемой пространственной слепоте (нарушению восприятия перспективы и глубины пространства), что важно при черчении и чтении чертежей.

При зрительной работе у слабовидящих быстро наступает утомление, что снижает их работоспособность. Поэтому необходимо проводить небольшие перерывы.

Слабовидящим могут быть противопоказаны многие обычные действия, например, наклоны, резкие прыжки, поднятие тяжестей, так как они могут способствовать ухудшению зрения. Для усвоения информации слабовидящим требуется большее количество повторений и тренировок.

При проведении занятий в условиях повышенного уровня шума, вибрации, длительных звуковых воздействий, может развиваться чувство усталости слухового анализатора и дезориентации в пространстве.

При лекционной форме занятий слабовидящим следует разрешить использовать звуко-записывающие устройства и компьютеры, как способ конспектирования, во время занятий.

Информацию необходимо представлять исходя из специфики слабовидящего обучающегося: **крупный шрифт (16–18 размер)**, дисковый накопитель (чтобы прочитать с помощью компьютера со звуковой программой), аудиофайлы. Всё записанное на доске должно быть озвучено.

Необходимо комментировать свои жесты и надписи на доске и передавать словами то, что часто выражается мимикой и жестами. При чтении вслух необходимо сначала предупредить об этом. Не следует заменять чтение пересказом.

При работе на компьютере следует использовать принцип максимального снижения зрительных нагрузок, дозирование и чередование зрительных нагрузок с другими видами деятельности, использование специальных программных средств для увеличения изображения на экране или для озвучивания информации; — принцип работы с помощью клавиатуры, а не с помощью мыши, в том числе с использованием «горячих» клавиш и освоение слепого десяти-пальцевого метода печати на клавиатуре.

Обучение ординаторов с нарушением опорно-двигательного аппарата (ОДА).

Обучающиеся с нарушениями ОДА представляют собой многочисленную группу лиц, имеющих различные двигательные патологии, которые часто сочетаются с нарушениями в познавательном, речевом, эмоционально-личностном развитии. Обучение обучающихся с нарушениями ОДА должно осуществляться на фоне лечебно-восстановительной работы, которая должна вестись в следующих направлениях: посильная медицинская коррекция двигательного дефекта; терапия нервно-психических отклонений.

Специфика поражений ОДА может замедленно формировать такие операции, как сравнение, выделение существенных и несущественных признаков, установление причинно-следственной зависимости, неточность употребляемых понятий.

При тяжелом поражении нижних конечностей руки присутствуют трудности при овладении определенными предметно-практическими действиями.

Поражения ОДА часто связаны с нарушениями зрения, слуха, чувствительности, пространственной ориентации. Это проявляется замедленном формировании понятий, определяющих положение предметов и частей собственного тела в пространстве, неспособности узнавать и воспроизводить фигуры, складывать из частей целое. В письме выявляются ошибки в графическом изображении букв и цифр (асимметрия, зеркальность), начало письма и чтения с середины страницы.

Нарушения ОДА проявляются в расстройстве внимания и памяти, рассредоточенности, сужении объема внимания, преобладании слуховой памяти над

зрительной. Эмоциональные нарушения проявляются в виде повышенной возбудимости, проявлении страхов, склонности к колебаниям настроения.

Продолжительность занятия не должна превышать 1,5 часа (в день 3 часа), после чего рекомендуется 10—15-минутный перерыв. Для организации учебного процесса необходимо определить учебное место в аудитории, следует разрешить обучающемуся самому подбирать комфортную позу для выполнения письменных и устных работ (сидя, стоя, облокотившись и т.д.).

При проведении занятий следует учитывать объём и формы выполнения устных и письменных работ, темп работы аудитории и по возможности менять формы проведения занятий. С целью получения лицами с поражением опорно-двигательного аппарата информации в полном объёме звуковые сообщения нужно дублировать зрительными, использовать наглядный материал, обучающие видеоматериалы.

При работе с обучающимися с нарушением ОДА необходимо использовать методы, активизирующие познавательную деятельность учащихся, развивающие устную и письменную речь и формирующие необходимые учебные навыки.

Физический недостаток существенно влияет на социальную позицию обучающегося, на его отношение к окружающему миру, следствием чего является искажение ведущей деятельности и общения с окружающими. У таких обучающихся наблюдаются нарушения личностного развития: пониженная мотивация к деятельности, страхи, связанные с передвижением и перемещением, стремление к ограничению социальных контактов.

Эмоционально-волевые нарушения проявляются в повышенной возбудимости, чрезмерной чувствительности к внешним раздражителям и пугливости. У одних отмечается беспокойство, суетливость, расторможенность, у других - вялость, пассивность и двигательная заторможенность.

При общении с человеком в инвалидной коляске, нужно сделать так, чтобы ваши глаза находились на одном уровне. На неё нельзя облокачиваться.

Всегда необходимо лично убеждаться в доступности мест, где запланированы занятия. Лица с психическими проблемами могут испытывать эмоциональные расстройства.

Если человек, имеющим такие нарушения, расстроен, нужно спросить его спокойно, что можно сделать, чтобы помочь ему. Не следует говорить резко с человеком, имеющим психическое нарушение, даже если для этого имеются основания. Если собеседник проявляет дружелюбие, то такой обучающийся будет чувствовать себя спокойно.

При общении с людьми, испытывающими затруднения в речи, не допускается перебивать и поправлять. Необходимо быть готовым к тому, что разговор с человеком с затрудненной речью займет больше времени.

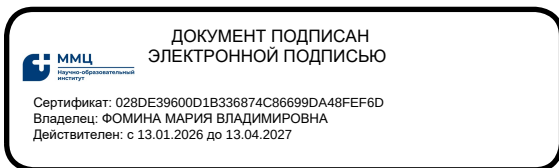
Необходимо задавать вопросы, которые требуют коротких ответов или кивка.

Общие рекомендации по работе с обучающимися-инвалидами и обучающимися-лицами с ограниченными возможностями здоровья.

- Использование указаний, как в устной, так и письменной форме;
- Поэтапное разъяснение заданий;
- Последовательное выполнение заданий;
- Повторение обучающимися инструкции к выполнению задания;
- Обеспечение аудио-визуальными техническими средствами обучения;
- Разрешение использовать диктофон для записи ответов учащимися;
- Составление индивидуальных планов занятий, позитивно ориентированных и учитывающих навыки и умения обучающегося.

13. Лист изменений в программе

№	Дата внесения изменений	№ протокола, дата	Содержание изменения	Подпись

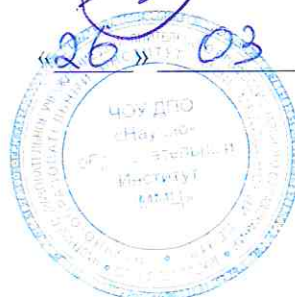


УТВЕРЖДЕНА

Директор
ЧОУ ДПО «Научно-образовательный
Институт ММЦ»

 Фомина М.В.

«26» 03 2026 г.



РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ
основной профессиональной образовательной программы
высшего образования – уровень подготовки кадров высшей квалификации (ординатура)
Специальность: 31.08.68 Урология

«МИКРОБИОЛОГИЯ»

Длительность обучения: 72 академических часа

Трудоемкость: 2 ЗЭТ

Форма обучения: очная

Санкт-Петербург

2026 г.

1. Цели и задачи дисциплины:

Цель:

Сформировать систему компетенций для владения основными принципами методов проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий на основе усвоения теоретических данных о роли и свойствах эпидемически опасных микроорганизмах, методах их микробиологической диагностики, применения основных антибактериальных, противовирусных и биологических препаратов.

Задачи:

- формирование научных знаний об общих закономерностях и конкретных причинах возникновения, развития эпидемических процессов;
- изучение качественного и количественного состава условно патогенной и патогенной микрофлоры в биологическом материале и объектах окружающей среды;
- изучение патологии органов и систем в форме отдельных инфекционных болезней и болезненных состояний, принципов и методов выявления возбудителя; принципов профилактики инфекционных заболеваний;
- формирование представлений о специфической профилактике возникновения инфекционных заболеваний;

2. Место дисциплины в структуре ОПОП ВО:

Дисциплина «Микробиология» относится к базовой части Блока 1 ОПОП ВО.

Для изучения данной учебной дисциплины необходимы следующие знания, умения и навыки:

Знания:

- роли микробиологических методов при оценке факторов среды обитания человека и реакции организма на их воздействия, а также роли отдельных видов микроорганизмов в цепочке причинно-следственных связей в системе "факторы среды обитания человека здоровье населения".

Умения:

- выбирать микробиологические методы, необходимые для оценки факторов среды обитания человека и реакции организма на их воздействия, а также применять нормы законодательства в конкретных практических ситуациях.

Навыки:

- владеть микробиологическими методами, необходимыми для оценки факторов среды обитания человека и реакции организма на их воздействия, владеть методами оценки этиологического компонента в патогенезе различных инфекционных заболеваний человека.

Роль дисциплины в формировании компетенций выпускника.

Данная дисциплина является составляющей в формировании следующей компетенции: ПК-3.

3. Требования к результатам освоения дисциплины:

№ п/п	Номер/индекс компет енции	Содержание компетенции	В результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны:		
			Знать	Уметь	Владеть

1.	ПК-3	готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	Понятие об антимикробных химиотерапевтических препаратах, антибиотиках, антисептиках, дезинфектантах. Основы санитарной микробиологии в медицинской организации. Основы организации санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в медицинской организации и в очагах ООИ.	Применить теоретические знания для осознанного соблюдения требований санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий. Участвовать в организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций.	Навыками осознанного соблюдения противоэпидемического режима в медицинской организации. Участия в планировании и оценке эпидемиологического обследования в медицинских организациях, очагах особо опасных инфекций.

4. Разделы дисциплины и компетенции, которые формируются при их изучении:

№ п/п	Код компетенции	Наименование раздела дисциплины	Содержание раздела
1.	ПКЗ	Раздел 1. Эпидемиологические мероприятия и микробиологический мониторинг в МО и очагах ООИ.	1. Воздействие физических и химических факторов на микроорганизмы. Асептика и антисептика. Понятие об антимикробных химиотерапевтических препаратах, антибиотиках, антисептиках, дезинфектантах. Методы и способы стерилизации и дезинфекции. Основные группы антимикробных препаратов. Понятие о чувствительности, устойчивости и толерантности бактерий к антибиотикам. 2. Противоэпидемический режим медицинской организации. Противоэпидемические мероприятия в многопрофильном госпитале. Определение эпидемического процесса. Причины и условия развития эпидемического (эпизоотического) процесса. Понятие об источнике инфекции. Характеристика источников инфекции, вызванных паразитами различных биолого-экологических групп. Неоднородность людей по восприимчивости. 3. Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи. Эпидемиология, микробиологическая характеристика ИСМП.

			4. Микробиологический мониторинг в многопрофильном стационаре. Проблемы антибиотикорезистентности и ее преодоления. Приобретенная антибиотико-чувствительность бактерий, ее мониторинг. Методы определения чувствительности бактерий к антибиотикам. Практическое значение фагов в биологии и медицине
			5. Биотерроризм. Защита от биоружия. Общая характеристика биологического оружия и его поражающих свойств, тактика и способы применения, средства доставки и виды биологических боеприпасов. Основы теории биологического аэрозоля. Понятие об очаге биологического заражения, характеристика его параметров
2.	ПКЗ	Раздел 2. Микробиология и эпидемиология наиболее актуальных для медицинской организации инфекций.	6. Основы санитарной микробиологии воды, воздуха. Санитарная микробиология в МО. Санитарная микробиология в МО. Задачи и методы санитарно-микробиологических исследований. Методы санитарно-микробиологических исследований воды. Контроль загрязнения воздушной среды в лечебно-профилактических учреждениях.
			7. Микробиологическая характеристика микроорганизмов группы ESKAPE Эпидемиологическая и микробиологическая характеристика микроорганизмов группы ESKAPE. Основные виды микроорганизмов. Факторы патогенности. Факторы антибиотикорезистентности.
			8. Сепсис. Определение, классификация, эпидемиология. Методы диагностики, мониторинга, терапии. Сепсис. Определение, классификация, эпидемиология. Методы диагностики, мониторинга, терапии. Эпидемиология и микробиология инфекций, передаваемых воздушно-капельным путем. Эпидемиология и микробиология кишечных инфекций
			9. Эпидемиология и вирусология гриппа, ОРВИ Орто и парамиксовирусы. Аденовирусы. Коронавирусы. Вирусы гриппа. Общие сведения об инфекции. Эпидемиологическая актуальность гриппа. Классификация. Биологические свойства вирусов. Патогенез и иммунитет. Методы и схема вирусологической диагностики: исследуемый материал, ранняя лабораторная диагностика. Серологическая диагностика. Вакцинопрофилактика. Виды вакцин, способы их применения.

5. Форма контроля

Текущий контроль осуществляется лектором и преподавателем, ведущим занятия семинарского типа, в соответствии с тематическим планом (п.8.3 и п.8.4).

Промежуточная аттестация: **3 семестр** зачет.

Оценочные средства представлены в фонде оценочных средств дисциплины.

6. Объем дисциплины и виды учебной работы

Общая трудоёмкость дисциплины составляет **2** зачетные единицы.

Вид учебной работы	Всего часов	Объем по семестрам
		3 семестр
Контактная работа	36,2	36,2
Лекции (Лек)	6	6
Практические занятия (Пр)	22	22
Семинары (Сем)	8	8
Промежуточная аттестация Зачет (кчз)	0,2	0,2
Самостоятельная работа (СР)	35,8	35,8
Общая трудоемкость дисциплины, академ.час:	72	72

7. Содержание дисциплины

7.1. Разделы дисциплины и виды занятий

№ п/п	Наименование раздела дисциплины	Лек	Пр	Сем
1	Воздействие физических и химических факторов на микроорганизмы. Асептика и антисептика.	2	2	
2	Противоэпидемический режим медицинской организации.	2	2	
3	Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи. Эпидемиология, микробиологическая характеристика.		4	
4	Микробиологический мониторинг в многопрофильном стационаре. Проблемы антибиотикорезистентности и ее преодоления.		4	
5	Биотерроризм. Защита от бакоружия.			4
6	Основы санитарной микробиологии воды, воздуха. Санитарная микробиология в ЛПУ.		4	
7	Эпидемиологическая и микробиологическая характеристика микроорганизмов группы ESKAPE		4	
8	Сепсис. Определение, классификация, эпидемиология. Методы диагностики, мониторинга, терапии.	2	2	
9	Эпидемиология и вирусология гриппа, ОРВИ.			4
	Итого:	6	22	8

7.2. Тематический план занятий лекционного типа

№ п/п	Тема и ее краткое содержание	Часы	Наглядные пособия
1	Воздействие физических и химических факторов на микроорганизмы. Понятие об антимикробных химиотерапевтических препаратах, антибиотиках, антисептиках, дезинфектантах. Основные группы антимикробных препаратов. Классификация, механизмы взаимодействия бактериофага с клеткой. Практическое значение фагов в биологии и медицине.	2	Мультимедийная презентация
2	Противоэпидемические мероприятия в многопрофильном госпитале.	2	Мультимедийная презентация
3	Сепсис. Определение, классификация, эпидемиология. Методы диагностики, мониторинга, терапии.	2	Мультимедийная презентация
	Итого	6	

7.3. Тематический план занятий семинарского типа (семинары, практические занятия, клинические практические занятия и пр.) и формы текущего контроля

№ п/п	Тема и ее краткое содержание	Часы	Формы текущего контроля
1.	Воздействие физических и химических факторов на микроорганизмы. Понятие об антимикробных химиотерапевтических препаратах, антибиотиках, антисептиках, дезинфектантах.	2	Устный опрос, решение ситуационных задач
2.	Основы санитарной микробиологии воды, воздуха. Санитарная микробиология в ЛПУ. Методы санитарно-микробиологических исследований воды. Использование санитарно-микробиологических методов в контроле медицинских учреждений	4	Устный опрос, решение ситуационных задач
3.	Противоэпидемические мероприятия в многопрофильном госпитале.	2	Устный опрос, решение ситуационных задач
4.	Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи. Эпидемиология, микробиологическая характеристика.	4	Устный опрос, решение ситуационных задач
5.	Эпидемиологическая и микробиологическая характеристика микроорганизмов группы ESKAPE	4	Устный опрос, решение ситуационных задач
6.	Факторы антибиотикорезистентности, методы их исследования и преодоления.	4	Устный опрос, решение ситуационных задач
7.	Сепсис. Определение, классификация, эпидемиология. Методы диагностики, мониторинга, терапии.	2	Устный опрос, решение ситуационных задач
	Итого	22	

7.4. Тематический план занятий семинарского типа (семинары, практические занятия, клинические практические занятия и пр.) и формы текущего контроля

№ п/п	Тема и ее краткое содержание	Часы	Формы текущего контроля
1	Эпидемиология и вирусология гриппа, ОРВИ.	4	Устный опрос, решение ситуационных задач
2	Биотерроризм. Защита от биоружия.	4	Устный опрос, решение ситуационных задач
	Итого	8	

8. Самостоятельная работа

Самостоятельная работа	Всего часов	Объем по семестрам
		3 семестр
Проработка лекций, подготовка к практическим занятиям и семинарам (все разделы дисциплины).	35,8	35,8

9. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины:

а) основная литература: 1. Санитарная микробиология : учебное пособие для вузов / Р. Г. Госманов, А. Х. Волков, А. К. Галиуллин, А. И. Ибрагимова. — 5-е изд., стер. — Санкт-Петербург : Лань, 2025. — 252 с. — ISBN 978-5-507-50681-1. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/456842 2. Лелевич, С. В. Клиническая микробиология / С. В. Лелевич, О. М. Волчкевич, Е. А. Сидорович. — 2-е изд., стер. — Санкт-Петербург : Лань, 2022. — 308 с. — ISBN 978-5-507-44781-7. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/243320 3. Демидова, Е. И. Краткий курс общей микробиологии : учебное пособие / Е. И. Демидова. — Улан-Удэ : БГУ, 2026. — 132 с. — ISBN 978-5-9793-2096-0. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/519064 4. Bochkareva, O. P. Medical microbiology. General course: study guide : учебное пособие / O. P. Bochkareva. — Томск : СибГМУ, 2025. — 244 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/519541 5. Медицинская паразитология. Атлас : учебное пособие для вузов / О. Г. Макеев, О. И. Кабонина, П. А. Ошурков, С. В. Костюкова. — 4-е изд., стер. — Санкт-Петербург : Лань, 2022. — 136 с. — ISBN 978-5-507-44782-4. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/243002	https://e.lanbook.com
б) современные профессиональные базы данных:	

• Информационно-аналитический портал Remedium.ru. URL: http://www.remedium.ru • Энциклопедия лекарств РЛС. URL: https://www.rlsnet.ru • Научная электронная библиотека eLIBRARY.RU. URL: https://www.elibrary.ru • Справочно-информационная система «MadBaseGeotar» фонд Электронной медицинской библиотеки «Консультант врача». URL: www.rosmedlib.ru	
• Медико-биологический информационный портал для специалистов Медлайн.ру. URL: https://medline.ru • Медицинский сервер "MedLinks.Ru Вся медицина в Интернет". URL: http://www.medlinks.ru • Медицинский портал MED Портал. URL: http://www.medpor-tal.ru • Медицинский видеопортал Med-Edu.ru. URL: https://www.med-edu.ru • Портал МЕДВЕСТИК. URL: https://medvestnik.ru Электронная библиотечная система «Консультант студента». URL: https://www.studentlibrary.ru/	
в) информационные справочные системы:	
• Микробиология. Медицинская микробиология. Рисунки по микробиологии. Статьи по микробиологии http://www.meduniver.com/Medical/Microbiology/ • Рубрикатор клинических рекомендаций. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru • Международная классификация болезней 10-го пересмотра. URL: https://mkb-10.com	

10. Материально–техническое обеспечение дисциплины:

Учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации: 191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 223;

Специализированная мебель: доска (меловая); стол преподавателя, стол студенческий четырёхместный, стул студенческий;

Технические средства обучения: мультимедиа-проектор, экран, ноутбук преподавателя, системный блок, монитор;

Специальные технические средства обучения: Roger Pen (Индивидуальный беспроводной передатчик Roger в форме ручки), Roger MyLink (приемник сигнала системы Roger Pen) (для обучающихся с нарушениями слуха); IntelliKeys (проводная клавиатура с русским шрифтом Брайля с матовым покрытием черного цвета), (191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 223).

Учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации: 191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 223;

Специализированная мебель: стол преподавателя, стол студенческий четырёхместный, стул студенческий;

Технические средства обучения: мультимедиа-проектор, экран, ноутбук преподавателя, системный блок, монитор;

Специальные технические средства обучения: Roger Pen (Индивидуальный беспроводной передатчик Roger в форме ручки), Roger MyLink (приемник сигнала системы Roger Pen) (для обучающихся с нарушениями слуха); IntelliKeys (проводная клавиатура с русским шрифтом Брайля с матовым покрытием черного цвета), (191186, г. Санкт-Петербург,

пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 223).

Помещения для самостоятельной работы обучающихся, оснащенные компьютерной техникой, в том числе специализированной, с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспеченные доступом к электронной информационно-образовательной среде Института: 191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 223.

Помещения для хранения и профилактического обслуживания учебного оборудования 191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 316.

11. Специализированные условия для обучающихся-инвалидов и обучающихся лиц с ограниченными возможностями здоровья

Указанные ниже условия инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья применяются при наличии указанных лиц в группе обучающихся в зависимости от нозологии заболеваний или нарушений в работе отдельных органов.

Обучение ординаторов с нарушением слуха

Обучение обучающихся с нарушением слуха выстраивается через реализацию следующих педагогических принципов:

- наглядности,
- индивидуализации,
- коммуникативности на основе использования информационных технологий, разработанного учебно-дидактического комплекса, включающего пакет специальных учебно-методических презентаций
- использования учебных пособий, адаптированных для восприятия обучающимися с нарушением слуха.

К числу проблем, характерных для лиц с нарушением слуха, можно отнести:

- замедленное и ограниченное восприятие;
- недостатки речевого развития;
- недостатки развития мыслительной деятельности;
- пробелы в знаниях; недостатки в развитии личности (неуверенность в себе и неоправданная зависимость от окружающих, низкая коммуникабельность, эгоизм, пессимизм, заниженная или завышенная самооценка, неумение управлять собственным поведением);
- некоторое отставание в формировании умения анализировать и синтезировать воспринимаемый материал, оперировать образами, сопоставлять вновь изученное с изученным ранее; хуже, чем у слышащих сверстников, развит анализ и синтез объектов. Это выражается в том, что глухие и слабослышащие меньше выделяют в объекте детали, часто опускают малозаметные, но существенные признаки.

При организации образовательного процесса со слабослышащей аудиторией необходима особая фиксация на артикуляции выступающего следует говорить громче и четче, подбирая подходящий уровень.

Специфика зрительного восприятия слабослышащих влияет на эффективность их образной памяти в окружающих предметах и явлениях они часто выделяют несущественные

признаки. Процесс запоминания у обучающихся с нарушенным слухом во многом опосредуется деятельностью по анализу воспринимаемых объектов, по соотнесению нового материала с усвоенным ранее.

Некоторые основные понятия изучаемого материала обучающимся необходимо объяснять дополнительно. На занятиях требуется уделять повышенное внимание специальным профессиональным терминам, а также использованию профессиональной лексики. Для лучшего усвоения специальной терминологии необходимо каждый раз писать на доске используемые термины и контролировать их усвоение.

Внимание в большей степени зависит от изобразительных качеств воспринимаемого материала: чем они выразительнее, тем легче слабослышащим обучающимся выделить

информативные признаки предмета или явления.

В процессе обучения рекомендуется использовать разнообразный наглядный материал. Сложные для понимания темы должны быть снабжены как можно большим количеством наглядного материала. Особую роль в обучении лиц с нарушенным слухом, играют видеоматериалы. По возможности, предъявляемая видеoinформация может сопровождаться текстовой бегущей строкой или сурдологическим переводом.

Видеоматериалы помогают в изучении процессов и явлений, поддающихся видеофиксации, анимация может быть использована для изображения различных динамических моделей, не поддающихся видеозаписи.

Обучение ординаторов с нарушением зрения.

Специфика обучения слепых и слабовидящих обучающихся заключается в следующем:

- дозирование учебных нагрузок;
- применение специальных форм и методов обучения, оригинальных учебников и наглядных пособий, а также оптических и тифлопедагогических устройств, расширяющих познавательные возможности обучающихся;
- специальное оформление учебных кабинетов;
- организация лечебно-восстановительной работы;
- усиление работы по социально-трудовой адаптации.

Во время проведения занятий следует чаще переключать обучающихся с одного вида деятельности на другой.

Во время проведения занятия педагоги должны учитывать допустимую продолжительность непрерывной зрительной нагрузки для слабовидящих обучающихся. К дозированию зрительной работы надо подходить строго индивидуально.

Искусственная освещенность помещений, в которых занимаются обучающиеся с пониженным зрением, должна составлять от 500 до 1000 лк, поэтому рекомендуется использовать дополнительные настольные светильники. Свет должен падать с левой стороны или прямо. Ключевым средством социальной и профессиональной реабилитации людей с нарушениями зрения, способствующим их успешной интеграции в социум, являются информационно-коммуникационные технологии.

Ограниченность информации у слабовидящих обуславливает схематизм зрительного образа, его скудность, фрагментарность или неточность.

При слабовидении страдает скорость зрительного восприятия; нарушение бинокулярного зрения (полноценного видения двумя глазами) у слабовидящих может приводить к так называемой пространственной слепоте (нарушению восприятия перспективы и глубины пространства), что важно при черчении и чтении чертежей.

При зрительной работе у слабовидящих быстро наступает утомление, что снижает их работоспособность. Поэтому необходимо проводить небольшие перерывы.

Слабовидящим могут быть противопоказаны многие обычные действия, например, наклоны, резкие прыжки, поднятие тяжестей, так как они могут способствовать ухудшению зрения. Для усвоения информации слабовидящим требуется большее количество повторений и тренировок.

При проведении занятий в условиях повышенного уровня шума, вибрации, длительных звуковых воздействий, может развиваться чувство усталости слухового анализатора и дезориентации в пространстве.

При лекционной форме занятий слабовидящим следует разрешить использовать звукозаписывающие устройства и компьютеры, как способ конспектирования, во время занятий.

Информацию необходимо представлять исходя из специфики слабовидящего обучающегося: **крупный шрифт (16–18 размер)**, дисковый накопитель (чтобы прочитать с помощью компьютера со звуковой программой), аудиофайлы. Всё записанное на доске должно быть озвучено.

Необходимо комментировать свои жесты и надписи на доске и передавать словами то, что часто выражается мимикой и жестами. При чтении вслух необходимо сначала

предупредить об этом. Не следует заменять чтение пересказом.

При работе на компьютере следует использовать принцип максимального снижения зрительных нагрузок, дозирование и чередование зрительных нагрузок с другими видами деятельности, использование специальных программных средств для увеличения изображения на экране или для озвучивания информации; — принцип работы с помощью клавиатуры, а не с помощью мыши, в том числе с использованием «горячих» клавиш и освоение слепого десятипальцевого метода печати на клавиатуре.

Обучение ординаторов с нарушением опорно-двигательного аппарата (ОДА).

Обучающиеся с нарушениями ОДА представляют собой многочисленную группу лиц, имеющих различные двигательные патологии, которые часто сочетаются с нарушениями в познавательном, речевом, эмоционально-личностном развитии. Обучение обучающихся с нарушениями ОДА должно осуществляться на фоне лечебно-восстановительной работы, которая должна вестись в следующих направлениях: посильная медицинская коррекция двигательного дефекта; терапия нервно-психических отклонений.

Специфика поражений ОДА может замедленно формировать такие операции, как сравнение, выделение существенных и несущественных признаков, установление причинно-следственной зависимости, неточность употребляемых понятий.

При тяжелом поражении нижних конечностей руки присутствуют трудности при овладении определенными предметно-практическими действиями.

Поражения ОДА часто связаны с нарушениями зрения, слуха, чувствительности, пространственной ориентации. Это проявляется замедленном формировании понятий, определяющих положение предметов и частей собственного тела в пространстве, неспособности узнавать и воспроизводить фигуры, складывать из частей целое. В письме выявляются ошибки в графическом изображении букв и цифр (асимметрия, зеркальность), начало письма и чтения с середины страницы.

Нарушения ОДА проявляются в расстройстве внимания и памяти, рассредоточенности, сужении объема внимания, преобладании слуховой памяти над зрительной. Эмоциональные нарушения проявляются в виде повышенной возбудимости, проявлении страхов, склонности к колебаниям настроения.

Продолжительность занятия не должна превышать 1,5 часа (в день 3 часа), после чего рекомендуется 10—15-минутный перерыв. Для организации учебного процесса необходимо определить учебное место в аудитории, следует разрешить обучающемуся самому подбирать комфортную позу для выполнения письменных и устных работ (сидя, стоя, облокотившись и т.д.).

При проведении занятий следует учитывать объем и формы выполнения устных и письменных работ, темп работы аудитории и по возможности менять формы проведения занятий. С целью получения лицами с поражением опорно-двигательного аппарата информации в полном

объеме звуковые сообщения нужно дублировать зрительными, использовать наглядный материал, обучающие видеоматериалы.

При работе с обучающимися с нарушением ОДА необходимо использовать методы, активизирующие познавательную деятельность учащихся, развивающие устную и письменную речь и формирующие необходимые учебные навыки.

Физический недостаток существенно влияет на социальную позицию обучающегося, на его отношение к окружающему миру, следствием чего является искажение ведущей деятельности и общения с окружающими. У таких обучающихся наблюдаются нарушения личностного развития: пониженная мотивация к деятельности, страхи, связанные с передвижением и перемещением, стремление к ограничению социальных контактов.

Эмоционально-волевые нарушения проявляются в повышенной возбудимости, чрезмерной чувствительности к внешним раздражителям и пугливости. У одних отмечается беспокойство, суетливость, расторможенность, у других вялость, пассивность и двигательная заторможенность.

При общении с человеком в инвалидной коляске, нужно сделать так, чтобы ваши глаза

находились на одном уровне. На неё нельзя облокачиваться.

Всегда необходимо лично убеждаться в доступности мест, где запланированы занятия.

Лица с психическими проблемами могут испытывать эмоциональные расстройства.

Если человек, имеющим такие нарушения, расстроен, нужно спросить его спокойно, что можно сделать, чтобы помочь ему. Не следует говорить резко с человеком, имеющим психические нарушения, даже если для этого имеются основания. Если собеседник проявляет дружелюбность, то такой обучающийся будет чувствовать себя спокойно.

При общении с людьми, испытывающими затруднения в речи, не допускается перебивать и поправлять. Необходимо быть готовым к тому, что разговор с человеком с затрудненной речью займет больше времени.

Необходимо задавать вопросы, которые требуют коротких ответов или кивка.

Общие рекомендации по работе с обучающимися-инвалидами и обучающимися лицами с ограниченными возможностями здоровья.

- Использование указаний, как в устной, так и письменной форме;
- Поэтапное разъяснение заданий;
- Последовательное выполнение заданий;
- Повторение обучающимися инструкции к выполнению задания;
- Обеспечение аудио-визуальными техническими средствами обучения;
- Разрешение использовать диктофон для записи ответов учащихся;
- Составление индивидуальных планов занятий, позитивно ориентированных и

учитывающих навыки и умения обучающегося.

12.Лист изменений в программе

№	Дата внесения изменений	№ протокола, дата	Содержание изменения	Подпись

УТВЕРЖДЕНА

Директор
ЧОУ ДПО «Научно-образовательный
Институт ММЦ»

Фомина М.В.
«26» 03 2026 г.



РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ
основной профессиональной образовательной программы
высшего образования – уровень подготовки кадров высшей квалификации
(ординатура)
Специальность: 31.08.68 Урология

«КЛИНИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА»

Длительность обучения: 108 академических часов

Трудоемкость: 3 ЗЕТ

Форма обучения: очная

Санкт-Петербург

2026 г.

1. Цели и задачи дисциплины:

Цель:

Сформировать систему компетенций для владения основными принципами и алгоритмами проведения диагностики состояния организма и наличия типических патологических процессов методами клинической лабораторной диагностики на основе усвоения теоретических данных о роли и свойствах лабораторных показателей и методах их определения.

Задачи:

- формирование базовых знаний в области современных методов клинической лабораторной диагностики и основ лабораторной медицины;
- освоение основных лабораторных алгоритмов диагностики состояния здоровья населения при различных формах патологии с учетом чувствительности и специфичности, допустимой вариации лабораторных методов;

2. Место дисциплины в структуре ОПОП ВО:

Дисциплина «Клиническая лабораторная диагностика» относится к вариативной части Блока 1 ОПОП ВО.

Для изучения данной учебной дисциплины необходимы следующие знания, умения и навыки:

Знания:

- диагностическую информативность лабораторных симптомов и синдромов – понятия специфичности, чувствительности тестов, прогностической значимости.
- правила проведения преаналитического этапа: сбора, хранения и транспортировки биоматериала; влияние фармакотерапии и организации доаналитического этапа на результаты лабораторных исследований. Влияние возраста, беременности на результаты лабораторных тестов.
- современные методы различных видов лабораторного анализа – гематологических, биохимических, иммунологических, коагулологических, молекулярно-генетических, общеклинических исследований.
- алгоритмы лабораторной диагностики различных заболеваний, методику проведения исследований, выполняемых непосредственно у постели больного, организацию лабораторного мониторинга при неотложных состояниях.
- ассортимент лабораторных методов с учетом организационной структуры учреждений здравоохранения.

Умения:

- провести лабораторное обследование больных с помощью экспресс-методов (при отравлениях, массовых поражениях, катастрофах, авариях);
- оценить результаты общего анализа крови, мочи, мокроты, кала, анализа желудочного и дуоденального содержимого, плеврального выпота, а также биохимического анализа крови, пробы Зимницкого, Реберга, Нечипоренко.
- оформить документацию, предусмотренную нормативными документами МЗ РФ;

Навыки:

- интерпретации результатов клинико-лабораторного обследования при диагностике профессиональных болезней и при проведении профилактических медицинских осмотров
- владения алгоритмом назначения и интерпретации основных диагностических мероприятий неотложных и угрожающих жизни состояниях.
- владения правилами сбора биологического материала для лабораторных исследований.

3. Роль дисциплины в формировании компетенций выпускника.

Данная дисциплина является составляющей в формировании следующих

профессиональных компетенций: ПК-5; ПК-6; ПК-10.

4. Требования к результатам освоения дисциплины:

№ п/п	Номер/ индекс компе- тенции	Содержание компетенции	В результате изучения учебной дисциплины обуча- ющиеся должны:		
			Знать	Уметь	Владеть
1.	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	современные методы клинической, лабораторной, диагностики больных с инфекционными и неинфекционными заболеваниями, необходимые для постановки диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.	выбирать по показаниям и использовать в профессиональной деятельности возможности различных методов клинико-диагностического обследования и оценки функционального состояния организма для своевременной диагностики заболевания. Интерпретировать результаты лабораторных методов исследования.	владеть методами назначения и интерпретации результатов лабораторного обследования с целью диагностики и дифференциальной диагностики основных клинических синдромов.
2	ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании урологической медицинской помощи	методы клинικο-диагностического обследования органов и систем при лечении пациентов с урологическими заболеваниями	применять знания, полученные на теоретических занятиях по составлению алгоритмов клинικο-диагностического обследования при ведении пациентов с урологическими заболеваниями	навыками применения клинικο-лабораторного обследования органов и систем при ведении и лечении пациентов с урологическими заболеваниями
3	ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны	основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан	применять основные принципы организации и управления в сфере охраны	навыками решения ситуационных задач с применением основных принципов

		здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	в медицинских организациях и КДЛ	здоровья граждан в медицинских организациях и КДЛ	организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и КДЛ

5. Разделы дисциплины и компетенции, которые формируются при их изучении:

№ п/п	Код компетенции	Наименование раздела дисциплины	Содержание раздела
1.	ПК-5 ПК-6 ПК-10	Раздел 1. Организация лабораторной службы. Организационные основы КДЛ.	Организация лабораторной службы. Виды лабораторий, виды лабораторных исследований. Устройство лаборатории. Виды оборудования. Клиническая биохимия как часть КЛД. Контроль качества лабораторных исследований. Методы гематологических исследований. Кроветворение и его регуляция. Морфологические и функциональные характеристики эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов. Микроскопия мазков крови. Диагностика заболеваний печени Лабораторные тесты при заболеваниях печени и их диагностическая значимость. Метаболизм билирубина, его строение и биологическая роль. Методика определения общего, прямого и непрямого билирубина в сыворотке ручным способом и с использованием автоматического биохимического анализатора. Функции, особенности и методики определения печеночных трансаминаз, щелочной фосфатазы, ГГТФ, изоферментов ЛДГ. Интерпретация результатов исследования при гипо- и гиперферментемиях.
2.	ПК-5 ПК-6	Раздел 2. Клиническая лабораторная диагностика состояния органов и систем.	Лабораторная диагностика заболеваний почек. Механизм клубочковой фильтрации, канальцевой реабсорбции и секреции. Продукты азотистого обмена, их образование и выведение. Классификация заболеваний почек. Стадии острой и хронической почечной недостаточности. Методики определения креатинина сыворотки и мочи, референтные значения, диагностическая значимость. Методика расчета скорости клубочковой фильтрации, нормальные значения и диагностическая значимость. Методики определения показателей общего анализа мочи. Инфекции урогенитального тракта. ПЦР мочи. Кислотно-щелочной и водно-электролитный баланс организма. Формы нарушения кислотно-щелочного баланса.

			Алкалоз и ацидоз: респираторный, метаболический, компенсированный, декомпенсированный. Клинико-диагностическое значение изменений показателей КЩС. Неотложные состояния в анестезиологии и реаниматологии. Лабораторная диагностика заболеваний поджелудочной железы. Основные лабораторные маркеры панкреатита (панкреатическая амилаза, липаза, трипсин) и методики их определения. Референтные пределы активности ферментов в дуоденальном соке и в сыворотке крови. Решение ситуационных задач. Строение островков Лангерганса, функции клеток. Гормоны поджелудочной железы и их биологическая роль. Типы сахарного диабета и механизм их развития. Методика определения антител к клеткам поджелудочной железы. Определение проинсулина, инсулина и С-пептида в крови. Диагностика заболеваний сердечно-сосудистой системы Нарушения липидного обмена. Классификация липидов и липопротеинов. Атеросклероз, определение, теории развития, стадии. Липидный профиль: входящие в него параметры, их референтные пределы. Методики определения и расчета параметров липидного профиля. Диагностическое значение определения содержания холестерина и его фракций в составе липопротеинов крови. Основные показатели атеросклероза: общий холестерол, α-холестерол (ЛПВП), индекс атерогенности.

6. Форма контроля

Текущий контроль осуществляется лектором и преподавателем, ведущим занятия семинарского типа, в соответствии с тематическим планом (п.8.3).

Промежуточная аттестация: **3 семестр** - зачет.

Оценочные средства представлены в фонде оценочных средств дисциплины

7. Объем дисциплины и виды учебной работы.

Общая трудоёмкость дисциплины составляет **3** зачетные единицы.

Вид учебной работы	Всего часов	Объем по семестрам
		3 семестр
Контактная работа	54,2	54,2
Лекции (Лек)	6	6
Практические занятия (Пр), в том числе в форме практической подготовки	48	48

Промежуточная аттестация Зачет (кчз)	0,2	0,2
Самостоятельная работа (СР)	53,8	53,8
Общая трудоемкость дисциплины, академ.час:	108	108

8. Содержание дисциплины

8.1. Разделы дисциплины и виды занятий

№ п/п	Наименование раздела дисциплины	Лек	Пр
1	Организация лабораторной службы.	2	6
2	Контроль качества лабораторных исследований. Получение биоматериала и подготовка препаратов для исследования	-	6
3	Методы гематологических исследований.	-	6
4	Диагностика заболеваний печени.	2	6
5	Лабораторная диагностика заболеваний почек.	-	6
6	Кислотно-щелочной и водно-электролитный баланс организма.	-	6
7	Лабораторная диагностика заболеваний поджелудочной железы.	2	6
8	Диагностика заболеваний сердечно-сосудистой системы	-	6
	Итого:	6	48

8.2. Тематический план занятий лекционного типа

№ п/п	Тема и ее краткое содержание	Часы	Наглядные пособия
1	Определение понятия клиническая лабораторная диагностика. Субдисциплины. Основы теории клинической лабораторной диагностики. Диагностическая специфичность теста при определенной болезни. Погрешности измерения. Воспроизводимость. Контроль качества.	2	Мультимедийная презентация
2	Функции печени. Диагностика синтетической функции печени. Обмен липидов и печень. Синдром нарушения целостности гепатоцитов. Синдром печеночно-клеточной недостаточности. Мезенхимально-воспалительный синдром. Желтухи.	2	Мультимедийная презентация

3	Сахарный диабет. Этиологическая классификация сахарного диабета. Влияние инсулина на метаболизм. Гипергликемия и глюкозурия. Методы определения содержания глюкозы. Показатели липидного спектра при сахарном диабете. Панкреатиты, диагностическое значение определения активности α -амилазы в крови и моче. Активность трипсина, α 1-протеиназного ингибитора, α 2-макроглобулина в крови.	2	Мультимедийная презентация
	Итого	6	

8.3. Тематический план занятий семинарского типа (семинары, практические занятия, клинические практические занятия и пр.) и формы текущего контроля

№ п/п	Тема и ее краткое содержание	Часы	Формы текущего контроля
1	Организация лабораторной службы. Организационные основы КДЛ.		
1.	Организация лабораторной службы. Определение понятия клиническая лабораторная диагностика. Субдисциплины. Основы теории клинической лабораторной диагностики.	6	Устный опрос, демонстрация презентаций, защита рефератов
2.	Контроль качества лабораторных исследований. Получение биоматериала и подготовка препаратов для исследования	6	Устный опрос, защита рефератов
3.	Методы гематологических исследований.	6	Устный опрос, защита рефератов, демонстрация практических навыков
4.	Диагностика заболеваний печени.	6	Устный опрос, демонстрация презентаций, защита рефератов, ситуационные задачи
2	Клиническая лабораторная диагностика состояния органов и систем.		
1	Лабораторная диагностика заболеваний почек.	6	Устный опрос, демонстрация презентаций, защита рефератов, ситуационные задачи
2	Кислотно-щелочной и водно-электролитный баланс организма.	6	Устный опрос, защита рефератов, ситуационные задачи
3	Лабораторная диагностика заболеваний поджелудочной железы.	6	Устный опрос, демонстрация презентаций, защита рефератов, ситуационные задачи

4	Диагностика заболеваний сердечно-сосудистой системы	6	Устный опрос, демонстрация презентаций, защита рефератов, ситуационные задачи
	Итого	48	

9. Самостоятельная работа

Самостоятельная работа	Всего часов	Объем по семестрам
		3 семестр
Проработка лекций, подготовка к практическим занятиям (все разделы дисциплины). Подготовка рефератов, презентаций. Подготовка к зачету	53,8	53,8

10. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины:

<i>а) основная литература и дополнительная:</i>	
- Перфильева, Н. В. Общеклинические лабораторные исследования : учебное пособие для вузов / Н. В. Перфильева. — Санкт-Петербург : Лань, 2026. — 140 с. — ISBN 978-5-507-56844-4. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/520902 - Солодовников, Ю. Л. Основы профилактики : учебное пособие для вузов / Ю. Л. Солодовников. — Санкт-Петербург : Лань, 2026. — 292 с. — ISBN 978-5-507-56049-3. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/513778 - Медицинская диагностика. Физические основы, методы и оборудование : учебное пособие для вузов / С. Д. Руднев, Е. Ф. Вайман, Е. В. Просвиркина, Д. М. Попов ; под редакцией С. Д. Руднев. — Санкт-Петербург : Лань, 2025. — 152 с. — ISBN 978-5-507-50298-1. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/447143 - Зорина, И. Г. Основы государственного санитарно-эпидемиологического надзора и контроля : учебное пособие для вузов / И. Г. Зорина, В. Д. Соколов, С. Б. Легошина. — Санкт-Петербург : Лань, 2025. — 416 с. — ISBN 978-5-507-51412-0. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/447173 - Лелевич, С. В. Клиническая лабораторная диагностика : учебное пособие для вузов / С. В. Лелевич, В. В. Воробьев, Т. Н. Гриневич. — 3-е изд., стер. — Санкт-Петербург : Лань, 2024. — 168 с. — ISBN 978-5-507-47573-5. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/392396 - Васнева, Ж. П. Методы медицинских лабораторных исследований : учебное пособие для вузов / Ж. П. Васнева. — Санкт-Петербург : Лань, 2024. — 76 с. — ISBN 978-5-507-49191-9. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/414593	https://e.lanbook.com

7. Кузнецов, О. Е. Организация лабораторной службы : учебное пособие для вузов / О. Е. Кузнецов. — Санкт-Петербург : Лань, 2024. — 168 с. — ISBN 978-5-507-49938-0. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/434012 8. Васнева, Ж. П. Современные методы медицинских лабораторных исследований : практикум для вузов / Ж. П. Васнева. — Санкт-Петербург : Лань, 2024. — 128 с. — ISBN 978-5-507-49764-5. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/428021 9. Егорова, О. В. Физико-химические методы исследования и техника лабораторных работ. Основы микроскопии / О. В. Егорова. — Санкт-Петербург : Лань, 2023. — 768 с. — ISBN 978-5-507-46840-9. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/322619 10. Кузнецов, О. Е. Лабораторные исследования в клинике / О. Е. Кузнецов, С. А. Ляликов. — Санкт-Петербург : Лань, 2022. — 500 с. — ISBN 978-5-8114-9812-3. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/238772	
б) современные профессиональные базы данных:	
• Медико-биологический информационный портал для специалистов Медлайн.ру. URL: https://medline.ru • Медицинский сервер "MedLinks.Ru - Вся медицина в Интернет". URL: http://www.medlinks.ru • Медицинский портал MED Портал. URL: http://www.medportal.ru • Медицинский видеопортал Med-Edu.ru. URL: https://www.med-edu.ru • Портал МЕДВЕСТИК. URL: https://medvestnik.ru • Электронная библиотечная система «Консультант студента». URL: https://www.studentlibrary.ru/	
в) информационные справочные системы:	
• Рубрикатор клинических рекомендаций. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru • Международная классификация болезней 10-го пересмотра. URL: https://mkb-10.com • Информационно-аналитический портал Remedium.ru. URL: http://www.remedium.ru • Энциклопедия лекарств РЛС. URL: https://www.rlsnet.ru • Научная электронная библиотека eLIBRARY.RU. URL: https://www.elibrary.ru • Справочно-информационная система «MadBaseGeotar» - фонд Электронной медицинской библиотеки «Консультант врача». URL: www.rosmedlib.ru	

11. Материально-техническое обеспечение дисциплины:

Учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации: 191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 223;

Специализированная мебель: доска (меловая); стол преподавателя, стол студенческий четырёхместный, стул студенческий;

Технические средства обучения: мультимедиа-проектор, экран, ноутбук преподавателя, системный блок, монитор;

Специальные технические средства обучения: Roger Pen (Индивидуальный беспроводной передатчик Roger в форме ручки), Roger MyLink (приемник сигнала системы Roger Pen) (для обучающихся с нарушениями слуха); IntelliKeys (проводная клавиатура с русским шрифтом Брайля с матовым покрытием черного цвета), (191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 223).

Учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации: 191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 223;

Специализированная мебель: стол преподавателя, стол студенческий четырёхместный, стул студенческий;

Технические средства обучения: мультимедиа-проектор, экран, ноутбук преподавателя, системный блок, монитор;

Специальные технические средства обучения: Roger Pen (Индивидуальный беспроводной передатчик Roger в форме ручки), Roger MyLink (приемник сигнала системы Roger Pen) (для обучающихся с нарушениями слуха); IntelliKeys (проводная клавиатура с русским шрифтом Брайля с матовым покрытием черного цвета), (191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 223).

Помещения для самостоятельной работы обучающихся, оснащенные компьютерной техникой, в том числе специализированной, с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспеченные доступом к электронной информационно-образовательной среде Института: 191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 223.

Помещения для хранения и профилактического обслуживания учебного оборудования 191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 316.

12. Специализированные условия для обучающихся-инвалидов и обучающихся-лиц с ограниченными возможностями здоровья

Указанные ниже условия инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья применяются при наличии указанных лиц в группе обучающихся в зависимости от нозологии заболеваний или нарушений в работе отдельных органов.

Обучение обучающихся с нарушением слуха

Обучение обучающихся с нарушением слуха выстраивается через реализацию следующих педагогических принципов:

- наглядности,
- индивидуализации,
- коммуникативности на основе использования информационных технологий, разработанного учебно-дидактического комплекса, включающего пакет специальных учебно-методических презентаций
- использования учебных пособий, адаптированных для восприятия обучающимися с нарушением слуха.

К числу проблем, характерных для лиц с нарушением слуха, можно отнести:

- замедленное и ограниченное восприятие;
- недостатки речевого развития;
- недостатки развития мыслительной деятельности;
- пробелы в знаниях; недостатки в развитии личности (неуверенность в себе и неоправданная зависимость от окружающих, низкая коммуникабельность, эгоизм, пессимизм, заниженная или завышенная самооценка, неумение управлять собственным поведением);
- некоторое отставание в формировании умения анализировать и синтезировать воспринимаемый материал, оперировать образами, сопоставлять вновь изученное с изученным ранее; хуже, чем у слышащих сверстников, развит анализ и синтез объектов. Это выражается в том, что глухие и слабослышащие меньше выделяют в объекте детали, часто опускают малозаметные, но существенные признаки.

При организации образовательного процесса со слабослышащей аудиторией необходима особая фиксация на артикуляции выступающего - следует говорить громче и четче, подбирая подходящий уровень.

Специфика зрительного восприятия слабослышащих влияет на эффективность их образной памяти - в окружающих предметах и явлениях они часто выделяют несущественные признаки. Процесс запоминания у обучающихся с нарушенным слухом во многом опосредуется деятельностью по анализу воспринимаемых объектов, по соотнесению нового материала с усвоенным ранее.

Некоторые основные понятия изучаемого материала обучающимся необходимо объяснять дополнительно. На занятиях требуется уделять повышенное внимание специальным профессиональным терминам, а также использованию профессиональной лексики. Для лучшего усвоения специальной терминологии необходимо каждый раз писать на доске используемые термины и контролировать их усвоение.

Внимание в большей степени зависит от изобразительных качеств воспринимаемого материала: чем они выразительнее, тем легче слабослышащим обучающимся выделить информативные признаки предмета или явления.

В процессе обучения рекомендуется использовать разнообразный наглядный материал. Сложные для понимания темы должны быть снабжены как можно большим количеством наглядного материала. Особую роль в обучении лиц с нарушенным слухом, играют видеоматериалы. По возможности, предъявляемая видеoinформация может сопровождаться текстовой бегущей строкой или сурдологическим переводом.

Видеоматериалы помогают в изучении процессов и явлений, поддающихся видеофиксации, анимация может быть использована для изображения различных динамических моделей, не поддающихся видеозаписи.

Обучение обучающихся с нарушением зрения.

Специфика обучения слепых и слабовидящих обучающихся заключается в следующем:

- дозирование учебных нагрузок;
- применение специальных форм и методов обучения, оригинальных учебников и наглядных пособий, а также оптических и тифлопедагогических устройств, расширяющих познавательные возможности обучающихся;
- специальное оформление учебных кабинетов;
- организация лечебно-восстановительной работы;
- усиление работы по социально-трудовой адаптации.

Во время проведения занятий следует чаще переключать обучающихся с одного вида деятельности на другой.

Во время проведения занятия педагоги должны учитывать допустимую продолжительность непрерывной зрительной нагрузки для слабовидящих обучающихся. К дозированию зрительной работы надо подходить строго индивидуально.

Искусственная освещенность помещений, в которых занимаются обучающиеся с пониженным зрением, должна составлять от 500 до 1000 лк, поэтому рекомендуется использовать дополнительные настольные светильники. Свет должен падать с левой стороны или прямо. Ключевым средством социальной и профессиональной реабилитации людей с нарушениями зрения, способствующим их успешной интеграции в социум, являются информационно-коммуникационные технологии.

Ограниченность информации у слабовидящих обуславливает схематизм зрительного образа, его скудность, фрагментарность или неточность.

При слабовидении страдает скорость зрительного восприятия; нарушение бинокулярного зрения (полноценного видения двумя глазами) у слабовидящих может приводить к так называемой пространственной слепоте (нарушению восприятия перспективы и глубины пространства), что важно при черчении и чтении чертежей.

При зрительной работе у слабовидящих быстро наступает утомление, что снижает их работоспособность. Поэтому необходимо проводить небольшие перерывы.

Слабовидящим могут быть противопоказаны многие обычные действия, например, наклоны, резкие прыжки, поднятие тяжестей, так как они могут способствовать ухудшению зрения. Для усвоения информации слабовидящим требуется большее количество повторений и тренировок.

При проведении занятий в условиях повышенного уровня шума, вибрации, длительных звуковых воздействий, может развиваться чувство усталости слухового анализатора и дезориентации в пространстве.

При лекционной форме занятий слабовидящим следует разрешить использовать звукозаписывающие устройства и компьютеры, как способ конспектирования, во время занятий.

Информацию необходимо представлять исходя из специфики слабовидящего обучающегося: **крупный шрифт (16–18 размер)**, дисковый накопитель (чтобы прочитать с помощью компьютера со звуковой программой), аудиофайлы. Всё записанное на доске должно быть озвучено.

Необходимо комментировать свои жесты и надписи на доске и передавать словами то, что часто выражается мимикой и жестами. При чтении вслух необходимо сначала предупредить об этом: Не следует заменять чтение пересказом.

При работе на компьютере следует использовать принцип максимального снижения зрительных нагрузок, дозирование и чередование зрительных нагрузок с другими видами деятельности, использование специальных программных средств для увеличения изображения на экране или для озвучивания информации; — принцип работы с помощью клавиатуры, а не с помощью мыши, в том числе с использованием «горячих» клавиш и освоение слепого десятипальцевого метода печати на клавиатуре.

Обучение обучающихся с нарушением опорно-двигательного аппарата (ОДА).

Обучающиеся с нарушениями ОДА представляют собой многочисленную группу лиц, имеющих различные двигательные патологии, которые часто сочетаются с нарушениями в познавательном, речевом, эмоционально-личностном развитии. Обучение обучающихся с нарушениями ОДА должно осуществляться на фоне лечебно-восстановительной работы, которая должна вестись в следующих направлениях: посильная медицинская коррекция двигательного дефекта; терапия нервно-психических отклонений.

Специфика поражений ОДА может замедленно формировать такие операции, как сравнение, выделение существенных и несущественных признаков, установление причинно-следственной зависимости, неточность употребляемых понятий.

При тяжелом поражении нижних конечностей руки присутствуют трудности при овладении определенными предметно-практическими действиями.

Поражения ОДА часто связаны с нарушениями зрения, слуха, чувствительности, пространственной ориентации. Это проявляется замедленном формировании понятий, определяющих положение предметов и частей собственного тела в пространстве, неспособности узнавать и воспроизводить фигуры, складывать из частей целое. В письме выявляются ошибки в графическом изображении букв и цифр (асимметрия, зеркальность), начало письма и чтения с середины страницы.

Нарушения ОДА проявляются в расстройстве внимания и памяти, рассредоточенности, сужении объёма внимания, преобладании слуховой памяти над зрительной. Эмоциональные нарушения проявляются в виде повышенной возбудимости, проявлении страхов, склонности к колебаниям настроения.

Продолжительность занятия не должна превышать 1,5 часа (в день 3 часа), после чего рекомендуется 10—15-минутный перерыв. Для организации учебного процесса необходимо определить учебное место в аудитории, следует разрешить обучающемуся самому подбирать комфортную позу для выполнения письменных и устных работ (сидя, стоя, облокотившись и т.д.).

При проведении занятий следует учитывать объём и формы выполнения устных и письменных работ, темп работы аудитории и по возможности менять формы проведения занятий. С целью получения лицами с поражением опорно-двигательного аппарата информации

в полном объеме звуковые сообщения нужно дублировать зрительными, использовать наглядный материал, обучающие видеоматериалы.

При работе с обучающимися с нарушением ОДА необходимо использовать методы, активизирующие познавательную деятельность учащихся, развивающие устную и письменную речь и формирующие необходимые учебные навыки.

Физический недостаток существенно влияет на социальную позицию обучающегося, на его отношение к окружающему миру, следствием чего является искажение ведущей деятельности и общения с окружающими. У таких обучающихся наблюдаются нарушения личностного развития: пониженная мотивация к деятельности, страхи, связанные с передвижением и перемещением, стремление к ограничению социальных контактов.

Эмоционально-волевые нарушения проявляются в повышенной возбудимости, чрезмерной чувствительности к внешним раздражителям и пугливости. У одних отмечается беспокойство, суетливость, расторможенность, у других - вялость, пассивность и двигательная заторможенность.

При общении с человеком в инвалидной коляске, нужно сделать так, чтобы ваши глаза находились на одном уровне. На неё нельзя облокачиваться.

Всегда необходимо лично убедиться в доступности мест, где запланированы занятия.

Лица с психическими проблемами могут испытывать эмоциональные расстройства. Если человек, имеющим такие нарушения, расстроен, нужно спросить его спокойно, что можно сделать, чтобы помочь ему. Не следует говорить резко с человеком, имеющим психические нарушения, даже если для этого имеются основания. Если собеседник проявляет дружелюбность, то такой обучающийся будет чувствовать себя спокойно.

При общении с людьми, испытывающими затруднения в речи, не допускается перебивать и поправлять. Необходимо быть готовым к тому, что разговор с человеком с затрудненной речью займет больше времени.

Необходимо задавать вопросы, которые требуют коротких ответов или кивка.

Общие рекомендации по работе с обучающимися-инвалидами и обучающимися-лицами с ограниченными возможностями здоровья.

- Использование указаний, как в устной, так и письменной форме;
- Поэтапное разъяснение заданий;
- Последовательное выполнение заданий;
- Повторение обучающимися инструкции к выполнению задания;
- Обеспечение аудио-визуальными техническими средствами обучения;
- Разрешение использовать диктофон для записи ответов учащимися;
- Составление индивидуальных планов занятий, позитивно ориентированных и учитывающих навыки и умения обучающегося.

13. Лист регистрации изменений

	Дата внесения изменений	№ протокола, дата	Содержа ние изменения	Подпись



Сертификат: 028DE39600D1B336874C86699DA48FEF6D
Владелец: ФОМИНА МАРИЯ ВЛАДИМИРОВНА
Действителен: с 13.01.2026 до 13.04.2027

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

УТВЕРЖДЕНА

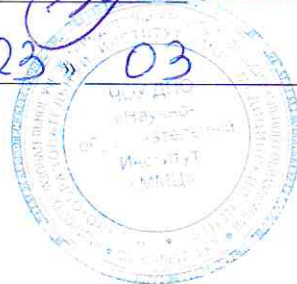
Директор
ЧОУ ДПО «Научно-образовательный
Институт ММЦ»

Фомина М.В.

«23»

03

2026 г.



РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ
основной профессиональной образовательной программы
высшего образования – уровень подготовки кадров высшей квалификации
(ординатура)
Специальность: 31.08.68 Урология

«УРОГИНЕКОЛОГИЯ»

Длительность обучения: 108 академических часов

Трудоемкость: 3 ЗЭТ

Форма обучения: очная

Санкт-Петербург

2026 г.

1. Цели и задачи дисциплины:

Цель:

сформировать систему компетенций для усвоения теоретических основ и практических навыков клинической диагностики урогинекологических заболеваний и их осложнений; определения тактики инструментальных и диагностических исследований для уточнения и подтверждения диагноза; выбора оптимальных методов лечения; определения пути эффективной профилактики болезней; воспитания навыков квалифицированного подхода к женщинам с урологическими заболеваниями.

Задачи:

- Обеспечить общепрофессиональную подготовку врача-акушер-гинеколога, включая основы фундаментальных дисциплин, вопросы этиологии, патогенеза, клинических проявлений урогинекологических заболеваний, лабораторных и функциональных исследований, постановки диагноза, определения видов и этапов лечения с учетом современных достижений медицины и профилактики заболеваний.

- Сформировать профессиональные знания, умения, врачебные навыки для самостоятельного ведения женщин с урологическими заболеваниями в амбулаторно-поликлинических условиях и при оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

- Совершенствовать знания, умения, навыки по клинической лабораторной и функциональной диагностике, инструментальным и аппаратным исследованиям в целях формирования умения оценки результатов исследований при проведении диагностики, дифференциальной диагностики, прогнозе урологических заболеваний у женщин, выборе адекватного лечения.

- Совершенствовать знания по фармакотерапии, включая вопросы показаний, противопоказаний, предупреждений и совместимости при назначении фармакологических препаратов для лечения женщин с урологической патологией.

- Совершенствовать знания и навыки по вопросам профилактики урогинекологических заболеваний, диспансеризации женщин с урологической патологией, принципам их реабилитации.

- Совершенствовать знания, умения, навыки по основам организации и оказания неотложной помощи при urgentных состояниях урологических пациентов.

- Совершенствовать знания основ медицинской этики и деонтологии, медицинской психологии при работе с урогинекологическими пациентами.

2. Место дисциплины в структуре ОПОП ВО:

Дисциплина по выбору «Урогинекология» относится к вариативной части ОПОП ВО (Блок 1).

Для изучения данной учебной дисциплины необходимы следующие знания, умения и навыки:

Знания:

- законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения, защиты прав потребителей и санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

- нормативные правовые документы, регламентирующие деятельность учреждений здравоохранения;

- современные методы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных по профилю «урология»;

- теоретические аспекты нозологических форм по профилю «урология», их этиологию, патогенез, клиническую симптоматику, особенности течения;

- общие принципы и основные методы клинической, инструментальной и лабораторной диагностики урогинекологической патологии;

- принципы комплексного лечения основных урологических заболеваний у женщин;
- правила оказания неотложной медицинской помощи при урологических заболеваниях у женщин;
- основы экспертизы временной нетрудоспособности и медико-социальной экспертизы и порядок их проведения при урогинекологических заболеваниях;
- основы санитарного просвещения;
- организацию урологической службы, структуру, штаты и оснащение учреждений здравоохранения урологического профиля;
- правила оформления медицинской документации;
- принципы планирования деятельности и отчетности урологической службы; методы и порядок контроля ее деятельности, теоретические основы, принципы и методы диспансеризации; лекарственного обеспечения населения;
- основы организации лечебно-профилактической помощи при урологических заболеваниях у женщин в больницах и амбулаторно-поликлинических учреждениях, учреждениях скорой и неотложной медицинской помощи, службы медицины катастроф, санитарно-эпидемиологической службы, организационно-экономические основы деятельности урологических учреждений и медицинских работников в условиях бюджетно-страховой медицины;
- основы социальной гигиены, организации и экономики здравоохранения, медицинской этики и деонтологии в урологии;
- правовые аспекты медицинской деятельности в урологии;
- правила внутреннего трудового распорядка;
- правила по охране труда и пожарной безопасности.

Умения:

- Оказывать квалифицированную медицинскую помощь по специальности, используя современные методы диагностики, лечения, профилактики и реабилитации.
- Определять тактику ведения пациентов в соответствии с установленными стандартами.
- На основании сбора анамнеза, клинического наблюдения и результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований устанавливать (или подтверждать) урологический диагноз.
- Самостоятельно проводить или организовать необходимые диагностические, лечебные, реабилитационные и профилактические процедуры и мероприятия у женщин с урологической патологией.
- Осуществлять экспертизу временной нетрудоспособности.
- Вести медицинскую документацию в установленном порядке.
- Руководить работой подчиненного ему среднего и младшего медицинского персонала.

Навыки:

- Методикой оказания медицинской помощи женщинам в рамках первичной медико-санитарной и специализированной (в том числе высокотехнологичной) медицинской помощи в муниципальных и государственных учреждениях здравоохранения, а также в организациях, оказывающих медицинскую помощь, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы и услуги по специальности «урология».
- Методикой оказания медицинской помощи пациентам с урологическими заболеваниями.

3. Роль дисциплины в формировании компетенций выпускника.

Данная дисциплина является составляющей в формировании следующей компетенции: ПК-5, ПК-6.

4. Требования к результатам освоения дисциплины:

№ п/п	Номер/	Содержание компетенции	В результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны:

	индекс компетенции		Знать	Уметь	Владеть
1	2	3	4	5	6
диагностическая деятельность:					
1.	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	специальными методами обследования, критерии диагностики урологических заболеваний у женщин, основные симптомы, синдромы, патологические состояния и нозологические формы в урогинекологии, алгоритмы проведения дифференциального диагноза, цели, задачи и область применения МКБ-10	выявить у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы, нозологические формы, соответствие кодам классификационной системе МКБ-10	навыками обследования урологических пациентов, диагностики патологических состояний, симптомов, синдромов, нозологического диагноза в соответствии с кодами МКБ-10
лечебная деятельность:					
2.	ПК-6	готовность к ведению, родовспоможению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании урологической медицинской помощи	основы акушерства и гинекологии, национальные рекомендации и стандарты оказания специализированной акушерско-гинекологической медицинской помощи профиля	сбор анамнеза, гинекологический и акушерский осмотры, алгоритмы обследования при онкопатологии, интеграция данных, выбор лечения	методами ведения и лечения больных урогинекологического профиля

5. Разделы дисциплины и компетенции, которые формируются при их изучении:

№ п/п	Код компетенции	Наименование раздела дисциплины	Содержание раздела в дидактических единицах
1	ПК-5, ПК-6	Анатомо-физиологические особенности мочеполовой системы женщины	Анатомия тазового дна, физиология акта мочеиспускания. Анатомо-физиологические особенности мочеполовой системы женщины при беременности.
2	ПК-5, ПК-6	Заболевания мочеполовой системы у женщин	Заболевания органов мочевыделительной системы: цистит, уретрит, мочекаменная болезнь, туберкулез

			мочевыделительной системы. Пороки развития моче- выделительной системы. Связь заболеваний и по- роков развития мочевого выделительной системы с ги- некологической патологией, современная диагно- стика и коррекция. Опухоли мочевого выделительной системы. Травмы органов мочевого выделительной си- стемы при гинекологических и акушерских опера- циях. Гестационный пиелонефрит. Хронический гломерулонефрит при беременности. Свищи мочевого выделительной системы, профилак- тика. Недержание мочи у женщин. Диагностика. Тактика лечения. Гломерулосклероз при сахарном диабете. Форникальные кровотечения при беремен- ности. Хроническая болезнь почек при беременно- сти.

6. Форма контроля

Текущий контроль осуществляется лектором и преподавателем, ведущим занятия семинарского типа, в соответствии с тематическим планом (п.8.3).

Промежуточная аттестация: **2 семестр** - зачет.

Оценочные средства представлены в фонде оценочных средств дисциплины

7. Объем дисциплины и виды учебной работы.

Общая трудоёмкость дисциплины составляет **3** зачетные единицы.

Вид учебной работы	Всего часов	Объем по семестрам
		2 семестр
Контактная работа (всего)	54,2	54,2
Лекции (Лек)	6	6
Практические занятия (Пр), в том числе в форме практической подготовки	48	48
Промежуточная аттестация Зачет (кчз)	0,2	0,2
Самостоятельная работа:		
В период теоретического обучения (СР)	53,8	53,8
Общая трудоемкость дисциплины:		
академические часы:	108	108
зачетные единицы:	3	3

8. Содержание дисциплины

8.1. Разделы дисциплины и виды занятий

№ п/п	Наименование раздела дисциплины	Лек	Пр
1	Анатомофизиологические особенности мочеполовой системы женщины	3	38
2	Заболевания мочеполовой системы у женщин	3	10
ИТОГО		6	48

8.2 Тематический план занятий лекционного типа

№ п/п	Тема и ее краткое содержание	Часы	Наглядные пособия
1	Анатомия тазового дна, физиология акта мочеиспускания. Анатомо-физиологические особенности мочеполовой системы женщины при беременности.	3	мультимедийная презентация
2	Заболевания органов мочевыделительной системы: цистит, уретрит, мочекаменная болезнь, туберкулез мочевыделительной системы	2	мультимедийная презентация
3	Гестационный пиелонефрит.	1	мультимедийная презентация
	Итого:	6	

8.3. Тематический план занятий семинарского типа (семинары, практические занятия, клинические практические занятия и пр.) и формы текущего контроля

№ п/п	Наименование тем	Часы	Формы текущего контроля
1	Анатомо-физиологические особенности мочеполовой системы женщины	38	
1.1	Анатомия тазового дна, физиология акта мочеиспускания.	10	Защита рефератов
1.2	Анатомо-физиологические особенности мочеполовой системы женщины при беременности	28	Тестирование Защита рефератов
2	Заболевания мочеполовой системы у женщин	10	
2.1	Заболевания органов мочевыделительной системы: цистит, уретрит, мочекаменная болезнь, туберкулез мочевыделительной системы	2	Опрос. Решение ситуационных задач
2.2	Недержание мочи у женщин. Диагностика. Тактика лечения.	2	Опрос. Решение ситуационных задач
2,3	Хронический гломерулонефрит при беременности.	4	Опрос. Решение ситуационных задач
2,4	Хроническая болезнь почек при беременности.	2	Опрос. Решение ситуационных задач
Итого:		48	

9. Самостоятельная работа

Самостоятельная работа	Всего часов	Объем по семестрам
		2 семестрам
Проработка лекций, подготовка к практическим занятиям (все разделы дисциплины). Написание рефератов.	53,8	53,8

10. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

а) основная и дополнительная литература:	
1. Урология / А. И. Неймарк, Б. А. Неймарк, А. В. Давыдов [и др.] ; под редакцией А. И. Неймарк. — 2-е изд., стер. — Санкт-Петербург : Лань, 2023. — 172 с. — ISBN 978-5-507-45578-2. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/276440 2. Урология : учебник / А. В. Строцкий, А. А. Жебентяев, Н. А. Нечипоренко [и др.] ; под редакцией А. В. Строцкого. — 3-е изд., испр. — Минск : Новое знание, 2024. — 304 с. — ISBN 978-985-24-0708-3. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/513963 3. Нечипоренко, Н. А. Урология : учебное пособие / Н. А. Нечипоренко, А. Н. Нечипоренко, В. А. Филиппович. — Гродно : ГрГМУ, 2025. — 228 с. — ISBN 978-985-595-958-9. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/518464 4. Урология : учебное пособие / А. В. Строцкий, А. А. Жебентяев, Н. А. Нечипоренко, Д. Н. Руденко ; под редакцией А. В. Строцкого. — Минск : Новое знание, 2016. — 224 с. — ISBN 978-985-475-786-5. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/90704 5. Боковой, С. П. Неотложная урология : руководство / С. П. Боковой. — Архангельск : СГМУ, 2015. — 124 с. — ISBN 978-5-91702-202-4. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/365297 6. Чумаков, П. И. Урология: симптомы, диагноз, лечение : учебно-методическое пособие / П. И. Чумаков, Р. С. Францев, И. В. Павленко. — Ставрополь : СтГМУ, 2022. — 124 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/359792 7. Общая и детская урология-андрология : учебное пособие / А. В. Гудков, В. С. Бощенко, С. П. Селиванов [и др.]. — Томск : СибГМУ, 2020. — 108 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/276278 8. Половое развитие. Гинекологические заболевания подростков : учебное пособие / Е. А. Талызина, Ю. И. Ишпахтин, Л. С. Матюшкина [и др.]. — Владивосток : ТГМУ, 2026. — 91 с. — ISBN 978-5-98301-325-4. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/520666	https://e.lanbook.com
б) современные профессиональные базы данных:	

• Медицинский видеопортал Med-Edu.ru. URL: https://www.med-edu.ru • Портал МЕДВЕСТИК. URL: https://medvestnik.ru Электронная библиотечная система «Консультант студента». URL: https://www.studentlibrary.ru/	
в) информационные справочные системы:	
• Рубрикатор клинических рекомендаций. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru • Международная классификация болезней 10-го пересмотра. URL: https://mkb-10.com • Информационно-аналитический портал Remedium.ru. URL: http://www.remedium.ru • Энциклопедия лекарств РЛС. URL: https://www.rlsnet.ru • Научная электронная библиотека eLIBRARY.RU. URL: https://www.elibrary.ru • Справочно-информационная система «MadBaseGeotar» - фонд Электронной медицинской библиотеки «Консультант врача». URL: www.rosmedlib.ru	
• Медико-биологический информационный портал для специалистов Медлайн.ру. URL: http://medline.ru • Медицинский сервер "MedLinks.Ru - Вся медицина в Интернет". URL: http://www.medlinks.ru • Медицинский портал MED Портал. URL: http://www.medportal.ru	

11. Материально-техническое обеспечение дисциплины:

Учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации: 191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 223;

Специализированная мебель: доска (меловая); стол преподавателя, стол студенческий четырёхместный, стул студенческий;

Технические средства обучения: мультимедиа-проектор, экран, ноутбук преподавателя, системный блок, монитор.

Специальные технические средства обучения: Roger Pen (Индивидуальный беспроводной передатчик Roger в форме ручки), Roger MyLink (приемник сигнала системы Roger Pen) (для обучающихся с нарушениями слуха); IntelliKeys (проводная клавиатура с русским шрифтом Брайля с матовым покрытием черного цвета), 191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 223).

Учебные аудитории для проведения учебных занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации: 191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 223;

Специализированная мебель: доска (меловая); стол преподавателя, стол студенческий четырёхместный, стул студенческий;

Технические средства обучения: мультимедиа-проектор, экран, ноутбук преподавателя, системный блок, монитор.

Специальные технические средства обучения: Roger Pen (Индивидуальный беспроводной передатчик Roger в форме ручки), Roger MyLink (приемник сигнала системы Roger Pen) (для обучающихся с нарушениями слуха); IntelliKeys (проводная клавиатура с русским шрифтом Брайля с матовым покрытием черного цвета), (191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 223).

Помещения для самостоятельной работы обучающихся, оснащенные компьютерной техникой, в т.ч. специализированной, с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспеченные доступом к электронной информационно-образовательной среде: 191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 223

12. Специализированные условия лицам с ограниченными возможностями здоровья

Указанные ниже условия инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья применяются при наличии указанных лиц в группе обучающихся в зависимости от нозологии заболеваний или нарушений в работе отдельных органов.

Обучение обучающихся с нарушением слуха

Обучение обучающихся с нарушением слуха выстраивается через реализацию следующих педагогических принципов:

- наглядности,
- индивидуализации,
- коммуникативности на основе использования информационных технологий, разработанного учебно-дидактического комплекса, включающего пакет специальных учебно-методических презентаций
- использования учебных пособий, адаптированных для восприятия обучающимися с нарушением слуха.

К числу проблем, характерных для лиц с нарушением слуха, можно отнести:

- замедленное и ограниченное восприятие;
- недостатки речевого развития;
- недостатки развития мыслительной деятельности;
- пробелы в знаниях; недостатки в развитии личности (неуверенность в себе и неоправданная зависимость от окружающих, низкая коммуникабельность, эгоизм, пессимизм, заниженная или завышенная самооценка, неумение управлять собственным поведением);
- некоторое отставание в формировании умения анализировать и синтезировать воспринимаемый материал, оперировать образами, сопоставлять вновь изученное с изученным ранее; хуже, чем у слышащих сверстников, развит анализ и синтез объектов. Это выражается в том, что глухие и слабослышащие меньше выделяют в объекте детали, часто опускают малозаметные, но существенные признаки.

При организации образовательного процесса со слабослышащей аудиторией необходима особая фиксация на артикуляции выступающего - следует говорить громче и четче, подбирая подходящий уровень.

Специфика зрительного восприятия слабослышащих влияет на эффективность их образной памяти - в окружающих предметах и явлениях они часто выделяют несущественные признаки. Процесс запоминания у обучающихся с нарушенным слухом во многом опосредуется деятельностью по анализу воспринимаемых объектов, по соотнесению нового материала с усвоенным ранее.

Некоторые основные понятия изучаемого материала обучающимся необходимо объяснять дополнительно. На занятиях требуется уделять повышенное внимание специальным профессиональным терминам, а также использованию профессиональной лексики. Для лучшего усвоения специальной терминологии необходимо каждый раз писать на доске используемые термины и контролировать их усвоение.

Внимание в большей степени зависит от изобразительных качеств воспринимаемого материала: чем они выразительнее, тем легче слабослышащим обучающимся выделить информативные признаки предмета или явления.

В процессе обучения рекомендуется использовать разнообразный наглядный материал. Сложные для понимания темы должны быть снабжены как можно большим количеством наглядного материала. Особую роль в обучении лиц с нарушенным слухом, играют видеоматериалы. По возможности, предъявляемая видеoinформация может сопровождаться текстовой бегущей строкой или сурдологическим переводом.

Видеоматериалы помогают в изучении процессов и явлений, поддающихся видеофиксации, анимация может быть использована для изображения различных динамических моделей, не поддающихся видеозаписи.

Обучение обучающихся с нарушением зрения.

Специфика обучения слепых и слабовидящих обучающихся заключается в следующем:

- дозирование учебных нагрузок;

– применение специальных форм и методов обучения, оригинальных учебников и наглядных пособий, а также оптических и тифлопедагогических устройств, расширяющих познавательные возможности обучающихся;

- специальное оформление учебных кабинетов;
- организация лечебно-восстановительной работы;
- усиление работы по социально-трудовой адаптации.

Во время проведения занятий следует чаще переключать обучающихся с одного вида деятельности на другой.

Во время проведения занятия педагоги должны учитывать допустимую продолжительность непрерывной зрительной нагрузки для слабовидящих обучающихся. К дозированию зрительной работы надо подходить строго индивидуально.

Искусственная освещенность помещений, в которых занимаются обучающиеся с пониженным зрением, должна составлять от 500 до 1000 лк, поэтому рекомендуется использовать дополнительные настольные светильники. Свет должен падать с левой стороны или прямо. Ключевым средством социальной и профессиональной реабилитации людей с нарушениями зрения, способствующим их успешной интеграции в социум, являются информационно-коммуникационные технологии.

Ограниченность информации у слабовидящих обуславливает схематизм зрительного образа, его скудность, фрагментарность или неточность.

При слабовидении страдает скорость зрительного восприятия; нарушение бинокулярного зрения (полноценного видения двумя глазами) у слабовидящих может приводить к так называемой пространственной слепоте (нарушению восприятия перспективы и глубины пространства), что важно при черчении и чтении чертежей.

При зрительной работе у слабовидящих быстро наступает утомление, что снижает их работоспособность. Поэтому необходимо проводить небольшие перерывы.

Слабовидящим могут быть противопоказаны многие обычные действия, например, наклоны, резкие прыжки, поднятие тяжестей, так как они могут способствовать ухудшению зрения. Для усвоения информации слабовидящим требуется большее количество повторений и тренировок.

При проведении занятий в условиях повышенного уровня шума, вибрации, длительных звуковых воздействий, может развиваться чувство усталости слухового анализатора и дезориентации в пространстве.

При лекционной форме занятий слабовидящим следует разрешить использовать звукозаписывающие устройства и компьютеры, как способ конспектирования, во время занятий.

Информацию необходимо представлять исходя из специфики слабовидящего обучающегося: **крупный шрифт (16–18 размер)**, дисковый накопитель (чтобы прочитать с помощью компьютера со звуковой программой), аудиофайлы. Всё записанное на доске должно быть озвучено.

Необходимо комментировать свои жесты и надписи на доске и передавать словами то, что часто выражается мимикой и жестами. При чтении вслух необходимо сначала предупредить об этом. Не следует заменять чтение пересказом.

При работе на компьютере следует использовать принцип максимального снижения зрительных нагрузок, дозирование и чередование зрительных нагрузок с другими видами деятельности, использование специальных программных средств для увеличения изображения на экране или для озвучивания информации; — принцип работы с помощью клавиатуры, а не с помощью мыши, в том числе с использованием «горячих» клавиш и освоение слепого десятипальцевого метода печати на клавиатуре.

Обучение обучающихся с нарушением опорно-двигательного аппарата (ОДА).

Обучающиеся с нарушениями ОДА представляют собой многочисленную группу лиц, имеющих различные двигательные патологии, которые часто сочетаются с нарушениями в познавательном, речевом, эмоционально-личностном развитии. Обучение обучающихся с нарушениями ОДА должно осуществляться на фоне лечебно-восстановительной работы, которая должна вестись в следующих направлениях: посильная медицинская коррекция двигательного дефекта; терапия нервно-психических отклонений.

Специфика поражений ОДА может замедленно формировать такие операции, как сравнение, выделение существенных и несущественных признаков, установление причинно-следственной зависимости, неточность употребляемых понятий.

При тяжелом поражении нижних конечностей руки присутствуют трудности при овладении определенными предметно-практическими действиями.

Поражения ОДА часто связаны с нарушениями зрения, слуха, чувствительности, пространственной ориентации. Это проявляется замедленном формировании понятий, определяющих положение предметов и частей собственного тела в пространстве, неспособности узнавать и воспроизводить фигуры, складывать из частей целое. В письме выявляются ошибки в графическом изображении букв и цифр (асимметрия, зеркальность), начало письма и чтения с середины страницы.

Нарушения ОДА проявляются в расстройстве внимания и памяти, расщепленности, сужении объема внимания, преобладании слуховой памяти над зрительной. Эмоциональные нарушения проявляются в виде повышенной возбудимости, проявлении страхов, склонности к колебаниям настроения.

Продолжительность занятия не должна превышать 1,5 часа (в день 3 часа), после чего рекомендуется 10—15-минутный перерыв. Для организации учебного процесса необходимо определить учебное место в аудитории, следует разрешить обучающемуся самому подбирать комфортную позу для выполнения письменных и устных работ (сидя, стоя, облокотившись и т.д.).

При проведении занятий следует учитывать объем и формы выполнения устных и письменных работ, темп работы аудитории и по возможности менять формы проведения занятий. С целью получения лицами с поражением опорно-двигательного аппарата информации в полном объеме звуковые сообщения нужно дублировать зрительными, использовать наглядный материал, обучающие видеоматериалы.

При работе с обучающимися с нарушением ОДА необходимо использовать методы, активизирующие познавательную деятельность учащихся, развивающие устную и письменную речь и формирующие необходимые учебные навыки.

Физический недостаток существенно влияет на социальную позицию обучающегося, на его отношение к окружающему миру, следствием чего является искажение ведущей деятельности и общения с окружающими. У таких обучающихся наблюдаются нарушения личностного развития: пониженная мотивация к деятельности, страхи, связанные с передвижением и перемещением, стремление к ограничению социальных контактов.

Эмоционально-волевые нарушения проявляются в повышенной возбудимости, чрезмерной чувствительности к внешним раздражителям и пугливости. У одних отмечается беспокойство, суетливость, расторможенность, у других - вялость, пассивность и двигательная заторможенность.

При общении с человеком в инвалидной коляске, нужно сделать так, чтобы ваши глаза находились на одном уровне. На неё нельзя облокачиваться.

Всегда необходимо лично убедиться в доступности мест, где запланированы занятия.

Лица с психическими проблемами могут испытывать эмоциональные расстройства. Если человек, имеющим такие нарушения, расстроен, нужно спросить его спокойно, что можно сделать, чтобы помочь ему. Не следует говорить резко с человеком, имеющим психические нарушения, даже если для этого имеются основания. Если собеседник проявляет дружелюбность, то такой обучающийся будет чувствовать себя спокойно.

При общении с людьми, испытывающими затруднения в речи, не допускается перебивать и поправлять. Необходимо быть готовым к тому, что разговор с человеком с затрудненной речью займет больше времени.

Необходимо задавать вопросы, которые требуют коротких ответов или кивка.

Общие рекомендации по работе с обучающимися-инвалидами и обучающимися-лицами с ограниченными возможностями здоровья.

- Использование указаний, как в устной, так и письменной форме;
- Поэтапное разъяснение заданий;
- Последовательное выполнение заданий;
- Повторение обучающимися инструкции к выполнению задания;
- Обеспечение аудио-визуальными техническими средствами обучения;

- Разрешение использовать диктофон для записи ответов учащимися;
- Составление индивидуальных планов занятий, позитивно ориентированных и учитывающих навыки и умения обучающегося.

13. Лист изменений в программе

№	Дата внесения изменений	№ протокола, дата	Содержание изменения	Подпись

14.



ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат: 028DE39600D1B336874C86699DA48FEF6D
Владелец: ФОМИНА МАРИЯ ВЛАДИМИРОВНА
Действителен: с 13.01.2026 до 13.04.2027

УТВЕРЖДЕНА

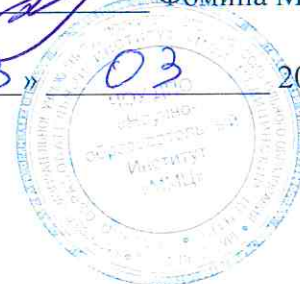
Директор
ЧОУ ДПО «Научно-образовательный
Институт ММЦ»

Фомина М.В.

«23»

03

2026 г.



РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ
основной профессиональной образовательной программы
высшего образования – уровень подготовки кадров высшей квалификации (ординатура)
Специальность: 31.08.68 Урология

«ОНКОЛОГИЯ»

Длительность обучения: 108 академических часов

Трудоемкость: 3 ЗЭТ

Форма обучения: очная

Санкт-Петербург

2026 г.

1. Цель и задачи дисциплины

Цель: подготовка квалифицированного врача-уролога, обладающего системой общекультурных и профессиональных компетенций, владеющего современными методами диагностики, в том числе современными методами диагностики онкологических заболеваний, и способного к самостоятельной профессиональной деятельности в лечебных или научно-исследовательских государственных, муниципальных, частных учреждениях здравоохранения для оказания высоко квалифицированной помощи населению.

Задачи:

- ознакомление с организацией специализированной медицинской помощи онкологическим больным и медицинской документацией;
- освоение теоретических аспектов эпидемиологии и этиологии рака;
- формирование обширного и глубокого объема базовых, фундаментальных медицинских знаний, формирующих компетенции врача-уролога, способного успешно решать свои профессиональные задачи;
- совершенствование профессиональной подготовки врача-уролога, обладающего клиническим мышлением, хорошо ориентирующегося в онкологической патологии, имеющего углубленные знания смежных дисциплин;
- изучение особенностей клинической картины, освоение методов диагностики, в том числе морфологической, дифференциальной диагностики, лечебной тактики больных при злокачественных новообразованиях;
- овладение техникой основных методов диагностики, оценки степени распространения процесса и принципов урологического, лучевого, лекарственного, комбинированного и комплексного лечения;
- формирование и совершенствование системы общих и специальных знаний, умений, позволяющих врачу-урологу свободно ориентироваться в вопросах организации и экономики здравоохранения, страховой медицины, медицинской психологии;
- формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;
- формирование умений и навыков научно-исследовательской деятельности;
- овладение знанием правовой базы деятельности врача и знанием норм медицинской этики и деонтологии.

2. Место дисциплины в структуре ОПОП ВО:

Дисциплина по выбору «Онкология» относится к вариативной части ОПОП ВО (Блок 1).

Для изучения данной учебной дисциплины необходимы следующие знания, умения и навыки:

Знания:

- структурно-функциональных основ типовых патологических процессов и болезней; структурная организация тканей и систем организма;
- особенностей взаимодействия структурных и функциональных проявлений жизнедеятельности на уровне систем организма в условиях нормы и патологии.

Умения:

- описывать структурно-функциональные изменения, характерные для типовых патологических процессов при различных заболеваниях;
- анализировать значение клинико-морфологических методов контроля функциональных систем организма.

Навыки:

- использования представлений о патологоанатомических методах в процессе диагностики и лечения заболеваний;
- клинико-морфологических сопоставлений при различных патологических процессах.

3. Роль дисциплины в формировании компетенций выпускника.

Данная дисциплина является составляющей в формировании следующей компетенции: ПК- 5, ПК-6.

4. Требования к результатам освоения дисциплины:

№ п/п	Номер/ индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны:		
			Знать	Уметь	Владеть
1	2	3	4	5	6
1.	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	- основные патологические симптомы и синдромы онкологических заболеваний. - алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) угрожающих жизни состояний	- выявлять у пациентов в онкологического профиля основные - анализировать основные функции органов и систем при различных заболеваниях. - выявлять неотложные и угрожающие жизни состояния	- навыками анализа и структуризации выявленных у онкологических функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях. - навыками постановки и рубрификации диагноза с МКБ.
2.	ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании урологической медицинской помощи	- диагностические и лечебные возможности - принципы обследования и подготовки больных к эндоскопическим методам исследования и ведения больных после исследований;	- вырабатывать индивидуальные особенности - проводить эндоскопическое исследование. - обосновать	- Техникou эзофагогастродуоденоскопии, колоноскопии, бронхоскопии, лапароскопии, используя при этом все приемы для детального осмотра слизистой

			- Знать принципы, приемы и методы обезболивания в урологии; - принципы подготовки больных (взрослых и детей) к операции и ведение послеоперационного периода; - урологический инструментарий, применяемый при различных урологических операциях; - принципы урологического лечения	ть выбор наиболее оптимального	оболочки пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки при ЭГДС; - методами консервативного заболевания; - методами преоперационной подготовки, проведения

5. Разделы дисциплины и компетенции, которые формируются при их изучении:

№ п/п	Код компетенции	Наименование раздела дисциплины	Содержание раздела в дидактических единицах
1.	ПК-5, ПК-6	Раздел 1. Общая онкология	Заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований. Возрастно-половые показатели. Региональные особенности распространения злокачественных новообразований. Факторы, способствующие возникновению опухолей. Значение питания, курения, алкоголя, эндокринных нарушений, вирусов, радиоактивного и ультразвукового излучения, наследственности. Характеристика химических канцерогенов, экологические аспекты циркуляции канцерогенов во внешней среде. Понятие о первичной и вторичной профилактике рака. Социально-гигиенические и индивидуальные меры профилактики злокачественных опухолей. Динамика показателей излечения онкологических больных. Современные достижения в онкологии. Структура онкологической службы. Общая характеристика состояния онкологической помощи. Клинические группы. Учетная документация. Анализ причин запущенности. Понятие о расхождении с ЗАГСом. Хосписы. Выявление рака в доклиническом периоде. Скрининг. Значение профилактических осмотров. Формирование групп повышенного риска. Оценка жалоб и анамнеза. Сигналы тревоги. Особенности объективного обследования при подозрении на злокачественную опухоль. Рентгенологические, эндоскопические, изотопные, ультразвуковые методы. Компьютерная, магнитно-резонансная и позитронно-эмиссионная томография. Изменения периферической крови, биохимические и иммунологические исследования. Опухолевые маркеры. Роль морфологического метода. Обязательный клинический минимум обследования в амбулаторных условиях.
2.	ПК-5, ПК -6	Раздел 2. Частная онкология	Рак нижней губы. Заболеваемость. Облигатный и факультативный предрак. Формы роста, гистологическое строение, пути метастазирования. Принципы диагностики и лечения. Результаты. Рак языка и слизистой полости рта. Заболеваемость. Способствующие факторы. Формы роста, пути метастазирования. Стадии. Гистологическое строение. Особенности клинического течения. Принципы диагностики и лечения. Результаты. Рак щитовидной железы. Заболеваемость. Способствующие факторы. Профилактика рака. Патологоанатомическая характеристика, пути метастазирования. Клиническая картина, методы диагностики, принципы лечения, результаты. Рак легкого. Заболеваемость и смертность. Возрастно-половые особенности. Способствующие факторы. Профилактика. Патологоанатомическая характеристика. Формы роста. Понятие о центральном и периферическом раке. Гистологическое строение. Закономерности метастазирования. Стадии. Клинические варианты центрального и периферического рака. Оценка данных

		анамнеза и физикального обследования. Цитологическое исследование мокроты. Основные рентгенологические симптомы. Признаки ателектаза. Система дообследования при подозрении на рак легкого. Значение томографии и бронхоскопии. Трансторакальная пункция. Раннее выявление, значение флюорографии. Организация скрининга. Группы повышенного риска. Дифференциальная диагностика рака легкого. Общие принципы лечения. Выбор урологического, лучевого или лекарственного лечения в зависимости от локализации, гистологического строения и степени распространения новообразования. Комбинированное и комплексное лечение. Непосредственные и отдаленные результаты. Рак пищевода. Эпидемиология. Способствующие факторы. Меры профилактики. Локализация, формы роста, гистологическое строение, метастазирование, стадии. Клиническая картина, патогенез клинических симптомов. Рентгенологическое и эндоскопическое исследования. Дифференциальная диагностика. Лечение. Роль отечественных ученых в развитии хирургии рака пищевода. Радикальное и паллиативное лечение. Лучевая терапия. Комбинированный метод. Симптоматическая терапия. Результаты лечения. Рак желудка. Заболеваемость и смертность. Эпидемиология. Экзо- и эндогенные канцерогены, роль нитрозаминов. Локализация, форма роста, гистологическое строение, особенности метастазирования. Деление на стадии. Предраковые заболевания и изменения. Ранний рак желудка, классификация. Клиническая картина в зависимости от локализации, формы роста и степени распространения опухоли. Особенности клиники на фоне хронических заболеваний желудка. Методы клинко-инструментальной диагностики. Комплексное гастрологическое обследование. Возможности ранней диагностики. Дифференциальная диагностика при синдромах желудочного дискомфорта, дисфагии и стенозе привратника. Методы лечения, виды радикальных хирургических вмешательств, уровень лимфодиссекции, отличия от операций при неопухолевых заболеваниях. Показания и техника формирования гастростомы, обходного анастомоза. Значение лучевой терапии и химиотерапии. Результаты лечения, реабилитация больных, экспертиза трудоспособности. Профилактика рака желудка. Доброкачественные и неэпителиальные опухоли. Рак поджелудочной железы. Локализация, формы роста, гистологическое строение, метастазирование. Клиническая картина в зависимости от локализации опухоли. Методы диагностики - значение анамнеза, объективных данных, лабораторных и инструментальных исследований. Дифференциальная диагностика желтух на почве гепатита, калькулезного холецистита и опухоли головки поджелудочной железы. Методы лечения, результаты. Рак печени. Заболеваемость. Классификация. Формы роста и гистологическое строение. Гепатоцеллюлярный и холангиоцеллюлярный рак. Метастатические опухоли печени. Клини-

		ческие проявления. Современные методы диагностики, реакция Абелева-Татарина. Особенности дифференциальной диагностики. Принципы лечения: хирургическое, лекарственное, радиочастотная деструкция. Факторы прогноза. Меры профилактики. Рак ободочной кишки. Заболеваемость. Значение питания. Предраковые заболевания. Меры профилактики. Локализация, формы роста, гистологическое строение, закономерности метастазирования. Стадии. Симптомы рака правой и левой половины ободочной кишки. Клинические варианты. Диагностика. Значение рентгенологического и эндоскопического исследований. Раннее распознавание. Гемокульттест. Дифференциальный диагноз. Тактика лечения. Объем хирургического вмешательства в зависимости от локализации опухоли. Особенности лечения рака, осложненного кишечной непроходимостью. Паллиативные операции. Показания к лекарственному лечению. Комбинированный метод. Результаты. Рак прямой кишки. Заболеваемость. Способствующие факторы. Формы роста, гистологическое строение, закономерности метастазирования, деление на стадии. Клиническая картина в зависимости от локализации и формы роста опухоли. Диагностика. Клинический минимум обследования, пальцевое исследование, ректороманоскопия, ирригоскопия. Дифференциальный диагноз при кровотечении из прямой кишки (геморрой, полип, трещина, дизентерия). Лечение. Виды операции. Радикальные и паллиативные вмешательства. Ведение больных с противоестественным задним проходом. Значение лучевой и химиотерапии. Комбинированный метод. Результаты лечения. Реабилитация. Опухоли забрюшинного пространства. Классификация. Клинические проявления. Методы диагностики. Лечение. Особенности рецидивирования и метастазирования. Факторы прогноза. Рак шейки матки. Эпителиальные дисплазии. Классификация. Клинические проявления. Методы лечения. Значение для профилактики рака. Динамика заболеваемости рака шейки матки. Стадии, пути метастазирования. Симптоматология. Меры ликвидации запущенных форм. Скрининг, его значение. Организация работы смотрового кабинета. Кольпоскопическое и цитологическое исследования. Показания к лучевому, хирургическому и комбинированному лечению. Результаты лечения. Диспансерное наблюдение. Врачебно-трудовая экспертиза и реабилитация. Рак тела матки. Динамика заболеваемости. Классификация. Закономерности метастазирования. Симптоматология в зависимости от патогенетических вариантов. Методы диагностики. Диагностическое выскабливание, гистероскопия и -графия, ультразвуковое исследование. Дифференциальная диагностика. Хирургическое, гормональное и лучевое лечение. Комбинированный метод. Результаты. Врачебно-трудовая экспертиза и реабилитация. Рак и беременность.

		Опухоли яичников. Классификация злокачественных опухолей. Группы риска. Особенности течения и закономерности метастазирования. Методы обследования. Дифференциальная диагностика. Урологическое, лекарственное, лучевое и комплексное лечение. Выбор метода лечения. Лечение запущенных форм. Трофобластическая болезнь. Патогенетические формы. Клинические проявления. Методы диагностики. Тактика лечения. Результаты. Факторы прогноза. Реабилитация. Опухоли вульвы. Клиника, диагностика, лечение, результаты, факторы прогноза. Рак почки. Классификация. Факторы генетической предрасположенности. Клинические проявления, ренальная и экстраренальная симптоматика. Диагностика и оценка степени распространения процесса. Пункционная биопсия. Дифференциальная диагностика. Радикальное и паллиативное лечение. Нефрэктомия, резекция почки, экстракорпоральная хирургия. Эмболизация сосудов почки, системная терапия. Результаты. Рак мочевого пузыря. Роль профессиональных факторов. Классификация. Локализация, форма роста, гистологическое строение и особенности метастазирования опухолей. Клиника. Диагностика. Щипцовая биопсия. ТУ-резекция. Цистэктомия, способы деривации мочи. Внутрипузырная химио- и иммунотерапия. Рак предстательной железы. Заболеваемость. Аденома и рак предстательной железы. Патологоанатомическая характеристика, стадирование, особенности метастазирования. Клинические проявления. Скрининг мужского населения, роль ПСА. Диагностика - пальцевое исследование, эндоректальная эхография, пункционная биопсия. Лечение - хирургическое, лучевое. Методы лечения распространенных форм (антиандрогенная, симптоматическая терапия). Результаты. Опухоли яичка. Классификация. Герминогенные и негерминогенные опухоли. Клиника. Диагностика, значение сывороточных маркеров. Лечение - хирургическое, лекарственное. Результаты. Рак кожи. Заболеваемость. Способствующие факторы. Факультативный и облигатный предрак. Меры профилактики. Базалиома, плоскоклеточный рак. Особенности распространения. Стадии. Клинические варианты. Методика обследования. Принципы лечения (лучевое, хирургическое, лекарственное, криогенное). Непосредственные и отдаленные результаты. Меланома. Эпидемиология. Факторы, способствующие озлокачествлению пигментных невусов. Меры профилактики. Особенности роста и метастазирования. Принципы стадирования. Клиническая характеристика. Методы обследования. Лечение. Результаты Саркомы мягких тканей. Заболеваемость. Патологоанатомическая характеристика. Локализация, метастазирование. Клиническая картина. Методы диагностики. Рентгенологическое исследование, УЗИ, компьютерная томография, магнитный резонанс, морфологический метод. Дифференциальный

		диагноз. Лечение. Отдаленные результаты. Саркомы костей. Классификация. Заболеваемость. Патологоанатомическая характеристика. Остеогенная саркома, хондросаркома, саркома Юинга, метастатические изменения. Клиническая картина. Диагностика. Основные рентгенологические симптомы. Сцинтиграфия. Значение морфологического метода. Хирургическое, лучевое, комбинированное и комплексное лечение. Сохранные операции. Результаты лечения. Диспансеризация и реабилитация Лимфогранулематоз. Заболеваемость. Современные представления об этиологии и патогенезе. Гистологическая классификация лимфогранулематоза. Стадии. Клиника. Признаки интоксикации. Прогностическое значение. Методы диагностики и лечения. Неходжкинскиелимфомы. Классификация. Клиническая картина при поражении лимфатических узлов и внутренних органов, дифференциальный диагноз. Значение морфологического исследования. Техника биопсий. Объем обследования для оценки степени распространения процесса. Выбор метода лечения. Результаты, прогноз. Экспертиза трудоспособности, реабилитация. Миеломная болезнь. Особенности клиники, диагностики и лечения. Принципы лекарственной терапии. Результаты. Рак молочной железы. Факторы риска, гормональные нарушения. Дисгормональные гиперплазии. Этиопатогенез. Классификация. Локализованные и диффузные формы. Клиническая картина. Лечение локализованных форм. Техника секторальной резекции молочной железы. Принципы негормональной и гормональной терапии диффузных форм. Диспансерное наблюдение. Профилактика рака молочной железы. Патологоанатомическая характеристика. Деление на стадии. Этиопатогенетические формы. Клиника типичной (узловой) формы. Дифференциальный диагноз с фиброаденомой. Отечно-инфильтративная, маститоподобная, рожеподобная, панцирная формы, рак Педжета. Дифференциальный диагноз. Обследование больных. Пальпация молочных желез и лимфатических узлов. Маммография, эхография, пункция, секторальная резекция. Скрининг рака молочной железы. Роль смотровых кабинетов. Принципы лечения рака молочной железы. Радикальные операции. Экономные и расширенные операции. Показания к комбинированному и комплексному лечению. Значения неоадьювантной и адьювантной лучевой и химиотерапии. Принципы лечения инфильтративных форм. Отдаленные результаты. Диспансеризация, реабилитация и экспертиза трудоспособности.

6. Форма контроля

Текущий контроль осуществляется лектором и преподавателем, ведущим практические занятия, в соответствии с тематическим планом (п.8.3).

Промежуточная аттестация: 2 семестр - зачет.

Оценочные средства представлены в фонде оценочных средств дисциплины.

Объем дисциплины и виды учебной работы.

Общая трудоёмкость дисциплины составляет 3 зачетных единиц.

Вид учебной работы	Всего часов	Объем по семестрам

		2
Контактная работа (всего)	54,2	54,2
Лекции (Лек)	6	6
Практические занятия (Пр), в том числе в форме практической подготовки	48	48
Промежуточная аттестация Зачет (кчз)	0,2	0,2
Самостоятельная работа:		
В период теоретического обучения (СР)	53,8	53,8
Общая трудоемкость дисциплины:		
академические часы:	108	108
зачетные единицы:	3	3

7. Содержание дисциплины

7.1. Разделы дисциплины и виды занятий

№ п/п	Наименование разделов и тем дисциплины	Лек	Пр
1	Раздел 1. Общая онкология	2	16
	Организация онкологической службы, эпидемиология злокачественных опухолей	1	8
	Методы диагностики в онкологии. Принципы лечения злокачественных опухолей	1	8
2	Раздел 2. Частная онкология	4	32
	Опухоли головы и шеи. Опухоли органов грудной клетки. Опухоли органов брюшной полости и забрюшинного пространства.	1	8
	Опухоли женских половых органов Опухоли мочеполовой системы	1	8
	Опухоли кожи Опухоли опорно-двигательного аппарата	1	8
	Лимфопролиферативные заболевания Опухоли молочной железы	1	8
	Итого:	6	48

7.2. Тематический план занятий лекционного типа

№ п/п	Наименование темы лекции	Часы	Наглядные пособия
	Раздел 1. Общая онкология		Мультимедийная презентация
1.1.	Организация онкологической службы, эпидемиология злокачественных опухолей	2	Мультимедийная презентация
1.2.	Методы диагностики в онкологии		Мультимедийная презентация
1.3.	Принципы лечения злокачественных опухолей		Мультимедийная презентация
	Раздел 2. Частная онкология		Мультимедийная презентация
2.1.	Опухоли головы и шеи	4	Мультимедийная презентация
2.2.	Опухоли органов грудной клетки		Мультимедийная презентация
2.3.	Опухоли органов брюшной полости и забрюшинного пространства		Мультимедийная презентация
2.4.	Опухоли женских половых органов		Мультимедийная презентация
2.5.	Опухоли мочеполовой системы		Мультимедийная презентация
2.6.	Опухоли кожи		Мультимедийная презентация
2.7.	Опухоли опорно-двигательного аппарата		Мультимедийная презентация
2.8.	Лимфопролиферативные заболевания		Мультимедийная презентация
2.9.	Опухоли молочной железы		Мультимедийная презентация
	Итого:	6	

7.3. Тематический план занятий семинарского типа (семинары, практические занятия, клинические практические занятия и пр.) и формы текущего контроля

№ п/п	Наименование темы	Часы	Формы текущего контроля
1.	Организация онкологической службы, эпидемиология злокачественных опухолей	16	Тестирование
2.	Методы диагностики в онкологии		Защита рефератов
3.	Принципы лечения злокачественных опухолей		Тестирование
4.	Опухоли головы и шеи	32	Защита рефератов
5.	Опухоли органов грудной клетки		Тестирование
6.	Опухоли органов брюшной полости и забрюшинного пространства		Защита рефератов
7.	Опухоли женских половых органов		Тестирование
8.	Опухоли мочеполовой системы		Защита рефератов
9.	Опухоли кожи		Тестирование

10.	Опухоли опорно-двигательного аппарата		Защита рефератов
11.	Лимфопролиферативные заболевания		Тестирование
12.	Опухоли молочной железы		Защита рефератов

8. Самостоятельная работа

Самостоятельная работа	Всего часов	Объем по семестрам
		2
Проработка лекций, подготовка к практическим и семинарским занятиям (все разделы дисциплины). Написание рефератов, подготовка докладов	53,8	53,8

11. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины:

а) основная и дополнительная литература:	
1. Соловов, В. А. Диагностика рака предстательной железы : учебное пособие / В. А. Соловов, А. А. Федулов, А. А. Тюрин. — Самара : , 2026. — 79 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/517365	https://e.lanbook.com
2. Лучевая терапия злокачественных новообразований головы и шеи : учебное пособие / Т. М. Шарабура, Т. Н. Бочкарева, А. В. Михайлов, А. В. Карташев. — Санкт-Петербург : СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2024 — Часть 2 — 2025. — 68 с. — ISBN 978-5-89588-801-8. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/518713	
3. Джойнер, М. С. Основы клинической радиобиологии : учебник / М. С. Джойнер, О. Д. ван ; под редакцией М. С. Джойнера и О. Дж. ван дер Когеля ; перевод с английского И. В. Филипповича. — 4-е эл.изд. — Москва : Лаборатория знаний, 2025. — 607 с. — ISBN 978-5-906828-29-3. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/495302	
4. Ламоткин, И. А. Онкодерматология: атлас : учебное пособие / И. А. Ламоткин. — 2-е эл.изд. — Москва : Лаборатория знаний, 2025. — 881 с. — ISBN 978-5-93208-556-1. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/495299	
5. Oncogenetics: tutorial : учебное пособие / R. N. Mustafin, G. F. Gimalova, I. R. Gilyazova [и др.]. — Уфа : БГМУ, 2025. — 80 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/521964	
6. Блинов, Л. Н. Неорганические наноматериалы в медицине и онкологии: экологические аспекты и риски / Л. Н. Блинов, В. В. Полякова, И. А. Соколов. — Санкт-Петербург : Лань, 2022. — 136 с. — ISBN 978-5-8114-9727-0. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/230318	
7. Соловов, В. А. Диагностика рака щитовидной железы : учебное пособие / В. А. Соловов, О. Н. Аблекова, А. А. Федулов. — Самара : , 2026. — 61 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/517367	

• Медико-биологический информационный портал для специалистов Медлайн.ру. URL: https://medline.ru • Медицинский сервер "MedLinks.Ru - Вся медицина в Интернет". URL: http://www.medlinks.ru • Медицинский портал MED Портал. URL: http://www.medportal.ru • Медицинский видеопортал Med-Edu.ru. URL: https://www.med-edu.ru • Портал МЕДВЕСТИК. URL: https://medvestnik.ru • Интернет-портал Российского общества клинической онкологии. URL: http://www.rosoncweb.ru • Интернет-портал Национальной онкологической сети. URL: https://www.nccn.org	

• Европейское общество медицинской онкологии. URL: http://www.esmo.org • Американское общество клинических онкологов. URL: https://www.asco.org/ • Информационный портал ONCOLOGY.ru. URL: http://www.oncology.ru • Электронная библиотечная система «Консультант студента». URL: https://www.studentlibrary.ru/	
г) информационные справочные системы:	
• Онкологические ресурсы в сети: справочная информация. URL: https://rosoncweb.ru/resource/info/ • Электронная база данных по молекулярно-генетической диагностике онкологических заболеваний. URL: http://cancergenome.ru/ • Справочник по онкологии. URL: http://wincancer.ru/lib/oncology.html • Рубрикатор клинических рекомендаций. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru • Международная классификация болезней 10-го пересмотра. URL: https://mkb-10.com • Информационно-аналитический портал Remedium.ru. URL: http://www.remedium.ru • Энциклопедия лекарств РЛС. URL: https://www.rlsnet.ru • Научная электронная библиотека eLIBRARY.RU. URL: https://www.elibrary.ru • Справочно-информационная система «MadBaseGeotar» - фонд Электронной медицинской библиотеки «Консультант врача». URL: www.rosmedlib.ru	

11. Материально-техническое обеспечение дисциплины:

Учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации: 191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 223;

Специализированная мебель: доска (меловая); стол преподавателя, стол студенческий

четырёхместный, стул студенческий;

Технические средства обучения: мультимедиа-проектор, экран, ноутбук преподавателя, системный блок, монитор;

Специальные технические средства обучения: Roger Pen (Индивидуальный беспроводной передатчик Roger в форме ручки), Roger MyLink (приемник сигнала системы Roger Pen) (для обучающихся с нарушениями слуха); IntelliKeys (проводная клавиатура с русским шрифтом Брайля с матовым покрытием черного цвета), (191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 223).

Учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации: 191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 223;

Специализированная мебель: стол преподавателя, стол студенческий четырёхместный, стул студенческий;

Технические средства обучения: мультимедиа-проектор, экран, ноутбук преподавателя, системный блок, монитор;

Специальные технические средства обучения: Roger Pen (Индивидуальный беспроводной передатчик Roger в форме ручки), Roger MyLink (приемник сигнала системы Roger Pen) (для обучающихся с нарушениями слуха); IntelliKeys (проводная клавиатура с русским шрифтом Брайля с матовым покрытием черного цвета), (191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 223).

Помещения для самостоятельной работы обучающихся, оснащенные компьютерной техникой, в том числе специализированной, с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспеченные доступом к электронной информационно-образовательной среде Института: 191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 223.

Помещения для хранения и профилактического обслуживания учебного оборудования: 191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 316.

12. Специализированные условия для обучающихся-инвалидов и обучающихся-лиц с ограниченными возможностями здоровья

Указанные ниже условия инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья применяются при наличии указанных лиц в группе обучающихся в зависимости от нозологии заболеваний или нарушений в работе отдельных органов.

Обучение обучающихся с нарушением слуха

Обучение обучающихся с нарушением слуха выстраивается через реализацию следующих педагогических принципов:

- наглядности,
- индивидуализации,
- коммуникативности на основе использования информационных технологий, разработанного учебно-дидактического комплекса, включающего пакет специальных учебно-методических презентаций
- использования учебных пособий, адаптированных для восприятия обучающимися с нарушением слуха.

К числу проблем, характерных для лиц с нарушением слуха, можно отнести:

- замедленное и ограниченное восприятие;
- недостатки речевого развития;
- недостатки развития мыслительной деятельности;
- пробелы в знаниях; недостатки в развитии личности (неуверенность в себе и неоправданная зависимость от окружающих, низкая коммуникабельность, эгоизм, пессимизм, заниженная или завышенная самооценка, неумение управлять собственным поведением);
- некоторое отставание в формировании умения анализировать и синтезировать воспринимаемый материал, оперировать образами, сопоставлять вновь изученное с изученным ранее; хуже, чем у слышащих сверстников, развит анализ и синтез объектов. Это выражается в

том, что глухие и слабослышащие меньше выделяют в объекте детали, часто опускают малозаметные, но существенные признаки.

При организации образовательного процесса со слабослышащей аудиторией необходима особая фиксация на артикуляции выступающего - следует говорить громче и четче, подбирая подходящий уровень.

Специфика зрительного восприятия слабослышащих влияет на эффективность их образной памяти - в окружающих предметах и явлениях они часто выделяют несущественные признаки. Процесс запоминания у обучающихся с нарушенным слухом во многом опосредуется деятельностью по анализу воспринимаемых объектов, по соотнесению нового материала с усвоенным ранее.

Некоторые основные понятия изучаемого материала обучающимся необходимо объяснять дополнительно. На занятиях требуется уделять повышенное внимание специальным профессиональным терминам, а также использованию профессиональной лексики. Для лучшего усвоения специальной терминологии необходимо каждый раз писать на доске используемые термины и контролировать их усвоение.

Внимание в большей степени зависит от изобразительных качеств воспринимаемого материала: чем они выразительнее, тем легче слабослышащим обучающимся выделить информативные признаки предмета или явления.

В процессе обучения рекомендуется использовать разнообразный наглядный материал. Сложные для понимания темы должны быть снабжены как можно большим количеством наглядного материала. Особую роль в обучении лиц с нарушенным слухом, играют видеоматериалы. По возможности, предъявляемая видеoinформация может сопровождаться текстовой бегущей строкой или сурдологическим переводом.

Видеоматериалы помогают в изучении процессов и явлений, поддающихся видеофиксации, анимация может быть использована для изображения различных динамических моделей, не поддающихся видеозаписи.

Обучение обучающихся с нарушением зрения.

Специфика обучения слепых и слабовидящих обучающихся заключается в следующем:

- дозирование учебных нагрузок;
- применение специальных форм и методов обучения, оригинальных учебников и наглядных пособий, а также оптических и тифлопедагогических устройств, расширяющих познавательные возможности обучающихся;
- специальное оформление учебных кабинетов;
- организация лечебно-восстановительной работы;
- усиление работы по социально-трудовой адаптации.

Во время проведения занятий следует чаще переключать обучающихся с одного вида деятельности на другой.

Во время проведения занятия педагоги должны учитывать допустимую продолжительность непрерывной зрительной нагрузки для слабовидящих обучающихся. К дозированию зрительной работы надо подходить строго индивидуально.

Искусственная освещенность помещений, в которых занимаются обучающиеся с пониженным зрением, должна составлять от 500 до 1000 лк, поэтому рекомендуется использовать дополнительные настольные светильники. Свет должен падать с левой стороны или прямо. Ключевым средством социальной и профессиональной реабилитации людей с нарушениями зрения, способствующим их успешной интеграции в социум, являются информационно-коммуникационные технологии.

Ограниченность информации у слабовидящих обуславливает схематизм зрительного образа, его скудность, фрагментарность или неточность.

При слабовидении страдает скорость зрительного восприятия; нарушение бинокулярного зрения (полноценного видения двумя глазами) у слабовидящих может приводить к так называемой пространственной слепоте (нарушению восприятия перспективы и глубины пространства), что важно при черчении и чтении чертежей.

При зрительной работе у слабовидящих быстро наступает утомление, что снижает их работоспособность. Поэтому необходимо проводить небольшие перерывы.

Слабовидящим могут быть противопоказаны многие обычные действия, например, наклоны, резкие прыжки, поднятие тяжестей, так как они могут способствовать ухудшению зрения. Для усвоения информации слабовидящим требуется большее количество повторений и тренировок.

При проведении занятий в условиях повышенного уровня шума, вибрации, длительных звуковых воздействий, может развиваться чувство усталости слухового анализатора и дезориентации в пространстве.

При лекционной форме занятий слабовидящим следует разрешить использовать звукозаписывающие устройства и компьютеры, как способ конспектирования, во время занятий.

Информацию необходимо представлять исходя из специфики слабовидящего обучающегося: **крупный шрифт (16–18 размер)**, дисковый накопитель (чтобы прочитать с помощью компьютера со звуковой программой), аудиофайлы. Всё записанное на доске должно быть озвучено.

Необходимо комментировать свои жесты и надписи на доске и передавать словами то, что часто выражается мимикой и жестами. При чтении вслух необходимо сначала предупредить об этом. Не следует заменять чтение пересказом.

При работе на компьютере следует использовать принцип максимального снижения зрительных нагрузок, дозирование и чередование зрительных нагрузок с другими видами деятельности, использование специальных программных средств для увеличения изображения на экране или для озвучивания информации; — принцип работы с помощью клавиатуры, а не с помощью мыши, в том числе с использованием «горячих» клавиш и освоение слепого десятипальцевого метода печати на клавиатуре.

Обучение обучающихся с нарушением опорно-двигательного аппарата (ОДА).

Обучающиеся с нарушениями ОДА представляют собой многочисленную группу лиц, имеющих различные двигательные патологии, которые часто сочетаются с нарушениями в познавательном, речевом, эмоционально-личностном развитии. Обучение обучающихся с нарушениями ОДА должно осуществляться на фоне лечебно-восстановительной работы, которая должна вестись в следующих направлениях: посильная медицинская коррекция двигательного дефекта; терапия нервно-психических отклонений.

Специфика поражений ОДА может замедленно формировать такие операции, как сравнение, выделение существенных и несущественных признаков, установление причинно-следственной зависимости, неточность употребляемых понятий.

При тяжелом поражении нижних конечностей руки присутствуют трудности при овладении определенными предметно-практическими действиями.

Поражения ОДА часто связаны с нарушениями зрения, слуха, чувствительности, пространственной ориентации. Это проявляется замедленном формировании понятий, определяющих положение предметов и частей собственного тела в пространстве, неспособности узнавать и воспроизводить фигуры, складывать из частей целое. В письме выявляются ошибки в графическом изображении букв и цифр (асимметрия, зеркальность), начало письма и чтения с середины страницы.

Нарушения ОДА проявляются в расстройстве внимания и памяти, расстройстве концентрации, сужении объема внимания, преобладании слуховой памяти над зрительной. Эмоциональные нарушения проявляются в виде повышенной возбудимости, проявлении страхов, склонности к колебаниям настроения.

Продолжительность занятия не должна превышать 1,5 часа (в день 3 часа), после чего рекомендуется 10—15-минутный перерыв. Для организации учебного процесса необходимо определить учебное место в аудитории, следует разрешить обучающемуся самому подбирать комфортную позу для выполнения письменных и устных работ (сидя, стоя, облокотившись и т.д.).

При проведении занятий следует учитывать объем и формы выполнения устных и письменных работ, темп работы аудитории и по возможности менять формы проведения занятий. С целью получения лицами с поражением опорно-двигательного аппарата информации в полном

объеме звуковые сообщения нужно дублировать зрительными, использовать наглядный материал, обучающие видеоматериалы.

При работе с обучающимися с нарушением ОДА необходимо использовать методы, активизирующие познавательную деятельность учащихся, развивающие устную и письменную речь и формирующие необходимые учебные навыки.

Физический недостаток существенно влияет на социальную позицию обучающегося, на его отношение к окружающему миру, следствием чего является искажение ведущей деятельности и общения с окружающими. У таких обучающихся наблюдаются нарушения личностного развития: пониженная мотивация к деятельности, страхи, связанные с передвижением и перемещением, стремление к ограничению социальных контактов.

Эмоционально-волевые нарушения проявляются в повышенной возбудимости, чрезмерной чувствительности к внешним раздражителям и пугливости. У одних отмечается беспокойство, суетливость, расторможенность, у других - вялость, пассивность и двигательная заторможенность.

При общении с человеком в инвалидной коляске, нужно сделать так, чтобы ваши глаза находились на одном уровне. На неё нельзя облокачиваться.

Всегда необходимо лично убедиться в доступности мест, где запланированы занятия.

Лица с психическими проблемами могут испытывать эмоциональные расстройства. Если человек, имеющим такие нарушения, расстроен, нужно спросить его спокойно, что можно сделать, чтобы помочь ему. Не следует говорить резко с человеком, имеющим психические нарушения, даже если для этого имеются основания. Если собеседник проявляет дружелюбность, то такой обучающийся будет чувствовать себя спокойно.

При общении с людьми, испытывающими затруднения в речи, не допускается перебивать и поправлять. Необходимо быть готовым к тому, что разговор с человеком с затрудненной речью займет больше времени.

Необходимо задавать вопросы, которые требуют коротких ответов или кивка.

Общие рекомендации по работе с обучающимися-инвалидами и обучающимися-лицами с ограниченными возможностями здоровья.

- Использование указаний, как в устной, так и письменной форме;
- Поэтапное разъяснение заданий;
- Последовательное выполнение заданий;
- Повторение обучающимися инструкции к выполнению задания;
- Обеспечение аудио-визуальными техническими средствами обучения;
- Разрешение использовать диктофон для записи ответов учащимися;
- Составление индивидуальных планов занятий, позитивно ориентированных и учитывающих навыки и умения обучающегося.

13. Лист изменений в программе

№	Дата внесения изменений	№ протокола, дата	Содержание изменения	Подпись

УТВЕРЖДЕНА

Директор
ЧОУ ДПО «Научно-образовательный
Институт ММЦ»

Фомина М.В.

«23»

03

2026 г.



ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат: 029DE39600D1B336874C86699DA48FEF6D
Владелец: ФОМИНА МАРИЯ ВЛАДИМИРОВНА
Действителен: с 13.01.2026 до 13.04.2027

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ
основной профессиональной образовательной программы
высшего образования – уровень подготовки кадров высшей квалификации (ординатура)
Специальность: 31.08.68 Урология

«АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ»

Длительность обучения: 108 академических часов

Трудоемкость: 3 ЗЭТ

Форма обучения: очная

Санкт-Петербург

2026 г.

1. Цели и задачи дисциплины

Цель: подготовка квалифицированного врача- уролога к самостоятельной профессиональной деятельности, выполнению лечебно-диагностической, профилактической и реабилитационной помощи в полном объеме в соответствии с освоенными знаниями, практическими умениями и навыками.

Задачи:

- формирование и совершенствование системы общих и специальных знаний и умений, позволяющих врачу- урологу свободно ориентироваться в вопросах анестезиологии, организации и экономики здравоохранения, страховой медицины, медицинской психологии;
- приобретение знаний в области анестезиологии;
- приобретение умений, навыков и владений в области частной и общей анестезиологии.

2. Место дисциплины в структуре ООП:

Дисциплина по выбору «Анестезиология и реаниматология» относится к вариативной части Блока 1 ОПОП ВО и является специализированной адаптационной дисциплиной для лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов (при наличии таких обучающихся).

Для изучения данной учебной дисциплины необходимы следующие знания, умения и навыки:

Знания:

- путей анализа социально-значимых проблем и процессов, использования на практике методов гуманитарных, медико-биологических и клинических наук в профессиональной и социальной деятельности;
- лично значимых философских проблем, основных философских категорий;
- значимых политических событий и тенденций, историко-медицинской терминологии;
- экономических проблем и общественных процессов, рыночных механизмов хозяйствования, консолидирующих показателей, характеризующих степень развития экономики;
- необходимости овладения одним из иностранных языков на уровне бытового общения, необходимости письменной и устной коммуникации на государственном языке;
- принятых в обществе моральных и правовых норм, правил врачебной этики, законов и нормативных правовых актов по работе с конфиденциальной информацией, необходимости сохранения врачебной тайны;
- этических и деонтологических аспектов врачебной деятельности в общении с коллегами, средним и младшим медицинским персоналом, взрослым населением и под- ростками, их родителями и родственниками;
- путей системного подхода к анализу медицинской информации на основе всеобъемлющих принципов доказательной медицины;
- компьютерной техники и современных информационных технологий для решения профессиональных задач;
- основ медико-биологических и клинических дисциплин; законов течения патологии по органам, системам и в организме в целом, закономерностей функционирования органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, алгоритма постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).

Умения:

- анализировать социально-значимые проблемы и процессы, использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в профессиональной и социальной деятельности;
- анализировать экономические проблемы и общественные процессы, использовать методику расчета показателей экономической эффективности;
- вести дискуссии и полемики, редактировать тексты профессионального содержания,
- организовать работу исполнителей, находить и принимать ответственные управленческие решения в условиях различных мнений и в рамках своей профессиональной компетенции;

- выявлять естественнонаучную сущность проблем, возникающих в ходе профессиональной деятельности, использовать для их решения соответствующий физико-химический и математический аппарат;
- использовать принципы доказательной медицины в поиске решений в профессиональной деятельности;
- анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения врачебных ошибок, осознавая при этом возможность дисциплинарной, административной, гражданско-правовой, уголовной ответственности;
- проводить патофизиологический анализ клинических синдромов, обосновывать патогенетически оправданные методы диагностики и лечения для профилактики осложнений;
- применять методы асептики и антисептики, использовать медицинский инструментарий, проводить санитарную обработку лечебных и диагностических помещений;
- трактовать результаты лабораторных исследований объектов судебно-медицинской экспертизы в случае привлечения к участию в процессуальных действиях в качестве специалиста или эксперта;
- работать с медико-технической аппаратурой, получать информацию из различных источников, работать с информацией в глобальных компьютерных сетях;
- проводить противоэпидемические мероприятия;
- ставить диагноз на основании результатов биохимических исследований биологических жидкостей и с учетом законов течения патологии;
- анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, используя знания анатомио-физиологических основ, для оценки функционального состояния организма взрослого человека и подростка;
- выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин, с учетом законов течения патологии анализировать закономерности функционирования органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний;
- интерпретировать результаты современных диагностических технологий по возрастнополовым группам пациентов с учетом их физиологических особенностей для успешной лечебно-профилактической деятельности;
- своевременно выявлять жизнеопасные нарушения (острая кровопотеря, нарушение дыхания, остановка сердца, кома, шок), использовать методики их немедленного устранения, осуществлять противошоковые мероприятия;
- назначать больным адекватное (терапевтическое и урологическое) лечение в соответствии с выставленным диагнозом, использовать алгоритм выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии;
- обучать средний и младший медицинский персонал правилам санитарно-гигиенического режима;
- использовать нормативную документацию, принятую в здравоохранении (законы Российской Федерации, технические регламенты, международные и национальные стандарты, приказы, рекомендации, терминологию, международные системы единиц (СИ), действующие международные классификации), а также документацию для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций;
- использовать знания организационной структуры, управленческой и экономической деятельности медицинских организаций различных типов по оказанию медицинской помощи взрослому населению и подросткам, проводить оценку эффективности современных медико-организационных и социально-экономических технологий при оказании медицинских услуг пациентам;
- обеспечивать рациональную организацию труда среднего медицинского персонала.

Навыки:

- использования методов управления, организации работы исполнителей, принятия ответственных управленческих решений в условиях различных мнений и в рамках своей профессиональной компетенции;
- проведения и интерпретации результатов опроса, физикального осмотра, клинического обследования, данных современных лабораторно-инструментальных исследований, морфологического анализа биопсийного, операционного и секционного материала; ведения медицинской карты стационарного больного;
- применения методов асептики и антисептики, использования медицинского инструментария, проводить санитарную обработку лечебных помещений, владения техникой ухода за больными;
- работы с медико-технической аппаратурой;
- оценки природных и медико-социальных факторов среды в развитии болезней у взрослого населения и подростков;
- постановки диагноза на основании результатов биохимических исследований биологических жидкостей и с учетом законов течения патологии;
- выявления у пациентов основных патологических симптомов и синдромов заболеваний и постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ); выполнения основных диагностических и лечебных мероприятий при неотложных и угрожающих жизни состояниях;
- выполнения основных лечебных мероприятий при наиболее часто встречающихся заболеваниях и состояниях у взрослого населения и подростков, способных вызвать тяжелые осложнения и (или) летальный исход; своевременного выявления жизнеопасных нарушений (острая кровопотеря, нарушение дыхания, остановка сердца, кома, шок), использования методик их немедленного устранения, осуществления противошоковых мероприятий;
- назначения больным адекватного (терапевтического и урологического) лечения в соответствии с выставленным диагнозом, алгоритма выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии;
- назначения и использования медикаментозных средств, соблюдение правил их хранения;
- обучения среднего медицинского персонала правилам санитарно-гигиенического режима;
- использования нормативной документации, принятой в здравоохранении (законы Российской Федерации, технические регламенты, международные и национальные стандарты, приказы, рекомендации, терминология, международные системы единиц (СИ), действующие международные классификации), а также документации для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций;
- обеспечения рациональной организации труда среднего и младшего медицинского персонала;
- изучения научно-медицинской информации, отечественного и зарубежного опыта по необходимой тематике;
- участия в освоении современных теоретических и экспериментальных методов исследования.

3. Роль дисциплины в формировании компетенций выпускника.

Данная дисциплина является составляющей в формировании следующих компетенций: ПК-5; ПК-6.

4. Требования к результатам освоения дисциплины:

№	Номер/ индекс	Содержание	В результате изучения учебной

п/п	компетенции	компетен-ции	дисциплины обучающиеся должны:		
			Знать	Уметь	Владеть
1	2	3	4	5	6
1.	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	- международную классификацию - методы клинической, инструментальной и лабораторной диагностики - функционального состояния органов и систем организма; - принципы дифференциальной диагностики заболеваний.	- пользоваться международной классификацией болезней, интерпретировать полученные результаты обследования пациента, при необходимости обосновывать и планировать объем дополнительных исследований; - формулировать полный диагноз в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.	- методами диагностического обследования для выявления у пациентов основных патологических симптомов и синдромов заболеваний; - алгоритмом постановки и диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

2.	ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании урологической медицинской помощи	- этиологию, патогенез, клинику и современные методы диагностики и лечения заболеваний урологического профиля; - порядок оказания урологической медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения); - лекарственные и нелекарственные методы лечения, показания и противопоказания к их назначению.	- осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента; - интерпретировать полученные результаты лабораторных и инструментальных методов обследования; - оценить тяжесть состояния больного; - выбрать оптимальный метод лечения в соответствии с действующими порядками оказания урологической медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения); - проводить необходимые лечебные процедуры и медикаментозное лечение с учетом показаний и противопоказаний; предупреждать нежелательные побочные эффекты.	- навыками интерпретации полученных результатов в лабораторных и инструментальных методов обследования; - алгоритмом и техникой выполнения основных лечебных мероприятий при оказании урологической медицинской помощи; - методами оценки адекватности фармакотерапии с учетом показаний, противопоказаний и осложнений при ее проведении; - навыками оформления первичной медицинской документации

5. Разделы дисциплины и компетенции, которые формируются при их изучении:

№ п/п	Код компетенции	Наименование раздела дисциплины	Содержание раздела в дидактических единицах
1.	ПК-5, ПК-6	Основы анестезиологии	Теории и механизмы наркоза. Основные этапы развития анестезиологии и формирование представлений о компонентах анестезии. Клиническая оценка состояния больных и выбор метода анестезии. Этапы анестезии. Премедикация. Вводная анестезия. Основной этап анестезии. Современная ингаляционная анестезия. Современные внутривенные анестетики и внутривенная анестезия. Регионарная анестезия. Эпидуральная анестезия. Спинальная анестезия. Анестезиологическое оборудование и мониторы. Современные наркозные аппараты. Основные узлы наркозных аппаратов.
2.	ПК-5, ПК-6	Основы реаниматологии.	Базовая сердечно-легочная реанимация. Показания к применению СЛР и условия отказа от нее. Прекращение и отказ от проведения сердечно-легочной реанимации. Техника проведения СЛР, техника непрямого массажа сердца. Показатели эффективности массажа сердца, осложнения. Электрическая дефибрилляция Восстановление проходимости дыхательных путей. Техника интубации трахеи, трахеостомии. Противошоковые мероприятия на этапах медицинской эвакуации.
3.	ПК-5, ПК-6	Интенсивная терапия критических состояний.	Травматический шок. Современные представления об этиологии и патогенезе травматического шока. Классификация травматического шока по тяжести. Клинические проявления шока при различных локализациях ранений. Значение достижений современной анестезиологии реаниматологии в лечении шока. Коррекция нарушений: гемодинамики, дыхания, обмена. Ранняя профилактика шока. Роль гемотрансфузий. Септический шок. Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика септического шока, лечение. Синдром длительного сдавливания (СДС) Патогенез синдрома длительного сдавливания. Диагностика и дифференциальная диагностика СДС. Консервативное лечение СДС. Показание к операции и основные принципы урологического лечения СДС.

6. Форма контроля

Текущий контроль осуществляется лектором и преподавателем, ведущим занятия семинарского типа, в соответствии с тематическим планом (п. 8.3).

Промежуточная аттестация: 2 семестр - зачет.

Оценочные средства представлены в фонде оценочных средств дисциплины.

7. Объем дисциплины и виды учебной работы.

Общая трудоёмкость дисциплины составляет 3 зачетных единиц.

Вид учебной работы	Всего часов	Объем по семестрам
		2 семестр
Контактная работа (всего)	54,2	54,2
Лекции (Лек)	6	6
Практические занятия (Пр), в том числе в форме практической подготовки	48	48
Промежуточная аттестация Зачет (кчз)	0,2	0,2
Самостоятельная работа:		
В период теоретического обучения (СР)	53,8	53,8
Общая трудоемкость дисциплины:		
академические часы:	108	108
зачетные единицы:	3	3

8. Содержание дисциплины

8.1 Разделы дисциплины и виды занятий

№ п/п	Наименование раздела дисциплины	Лек	Пр
1.	Основы анестезиологии	2	20
2.	Основы реаниматологии	2	14
3.	Интенсивная терапия критических состояний.	2	14
	Итого:	6	48

8.2 Тематический план занятий лекционного типа

№ тем	Тема и ее краткое содержание	Часы	Наглядные пособия
1	Основы анестезиологии	2	Мультимедийная презентация
2	Основы реаниматологии	2	Мультимедийная презентация
3	Интенсивная терапия критических состояний	2	Мультимедийная презентация
	Итого:	6	

8.3. Тематический план практических занятий (Курс -1)

№ темы	Тема и ее краткое содержание	Часы	Формы работы ординатора на занятии
1	Основы анестезиологии	20	
1.1.	Основные этапы развития анестезиологии и формирование представлений о компонентах анестезии	4	Тестирование, защита рефератов, решение ситуационных задач.
1.2.	Премедикация. Вводная анестезия. Основной этап анестезии	4	Тестирование, защита рефератов, решение ситуационных задач.
1.3.	Современная ингаляционная анестезия. Современные внутривенные анестетики и внутривенная анестезия	6	Тестирование, защита рефератов, решение ситуационных задач.
1.4.	Регионарная анестезия	6	Тестирование, защита рефератов, решение ситуационных задач.
2	Основы реаниматологии.	14	
2.1.	Базовая сердечно-легочная реанимация	6	Тестирование, защита рефератов, решение ситуационных задач.
2.2.	Восстановление проходимости дыхательных путей	4	Тестирование, защита рефератов, решение ситуационных задач.
2.3.	Противошоковые мероприятия на этапах медицинской эвакуации	4	Тестирование, защита рефератов, решение ситуационных задач.
3	Интенсивная терапия критических состояний.	14	
3.1.	Травматический шок	4	Тестирование, защита рефератов, решение ситуационных задач.
3.2.	Септический шок	4	Тестирование, защита рефератов, решение ситуационных задач.
3.3.	Синдром длительного сдавливания (СДС)	6	Тестирование, защита рефератов, решение ситуационных задач.
	Итого:	48	

9. Самостоятельная работа студента

Самостоятельная работа	Всего часов	Объем по семестрам
		2 семестр
Проработка лекций, подготовка к практическим занятиям (все разделы дисциплины). Написание рефератов.	53,8	53,8

10. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

<i>а) основная и дополнительная литература:</i>	
1. Веретенникова, С. Ю. Терминальные состояния. Алгоритм проведения базовой сердечно-легочной реанимации в условиях дефицита времени : учебное пособие для вузов / С. Ю. Веретенникова. — Санкт-Петербург : Лань, 2026. — 84 с. — ISBN 978-5-507-56352-4. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/515320 2. Овечкина, Р. П. Основы реаниматологии. Сборник задач : учебное пособие для СПО / Р. П. Овечкина. — 4-е изд., стер. — Санкт-Петербург : Лань, 2026. — 92 с. — ISBN 978-5-507-54807-1. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/510756 3. Папаян, Е. Г. Оказание неотложной медицинской помощи детям на догоспитальном этапе : учебное пособие для вузов / Е. Г. Папаян, О. Л. Ежова. — 5-е изд., стер. — Санкт-Петербург : Лань, 2021. — 116 с. — ISBN 978-5-8114-7056-3. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/154394 4. Веретенникова, С. Ю. Алгоритмы медицинских манипуляций. Сборник чек-листов для фельдшеров : учебное пособие для СПО / С. Ю. Веретенникова. — 4-е изд., стер. — Санкт-Петербург : Лань, 2026. — 140 с. — ISBN 978-5-507-56845-1. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/520903 5. Логвина, В. К. Неотложная медицинская помощь на догоспитальном этапе. Синдромная патология и дифференциальная диагностика : учебное пособие для СПО / В. К. Логвина, А. Ф. Купреенкова. — 7-е изд., стер. — Санкт-Петербург : Лань, 2026. — 280 с. — ISBN 978-5-507-55186-6. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/520722 6. Костюченко, С. С. Низкопоточковая анестезия и анестезия по закрытому контуру / С. С. Костюченко. — Москва : Медицинская литература, 2025. — 96 с. — ISBN 978-5-89677-239-2. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/475916	https://e.lanbook.com
<i>в) современные профессиональные базы данных:</i>	

• Медико-биологический информационный портал для специалистов Медлайн.ру. URL: https://medline.ru • Медицинский сервер "MedLinks.Ru - Вся медицина в Интернет". URL: http://www.medlinks.ru • Медицинский портал MED Портал. URL: http://www.medportal.ru • Медицинский видеопортал Med-Edu.ru. URL: https://www.med-edu.ru • Портал МЕДВЕСТИК. URL: https://medvestnik.ru • Электронная библиотечная система «Консультант студента». URL: https://www.studentlibrary.ru/	
2) информационные справочные системы:	
• Рубрикатор клинических рекомендаций. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru • Международная классификация болезней 10-го пересмотра. URL: https://mkb-10.com • Информационно-аналитический портал Remedium.ru. URL: http://www.remedium.ru • Энциклопедия лекарств РЛС. URL: https://www.rlsnet.ru • Научная электронная библиотека eLIBRARY.RU. URL: https://www.elibrary.ru • Справочно-информационная система «MadBaseGeotar» - фонд Электронной медицинской библиотеки «Консультант врача» URL: www.rosmedlib.ru	

11. Материально-техническое обеспечение дисциплины:

Учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации: 191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 223;

Специализированная мебель: доска (меловая); стол преподавателя, стол студенческий четырёхместный, стул студенческий;

Технические средства обучения: мультимедиа-проектор, экран, ноутбук преподавателя, системный блок, монитор;

Специальные технические средства обучения: Roger Pen (Индивидуальный беспроводной передатчик Roger в форме ручки), Roger MyLink (приемник сигнала системы Roger Pen) (для обучающихся с нарушениями слуха); IntelliKeys (проводная клавиатура с русским шрифтом Брайля с матовым покрытием черного цвета), (191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 223).

Учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации: 191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 223;

Специализированная мебель: стол преподавателя, стол студенческий четырёхместный, стул студенческий;

Технические средства обучения: мультимедиа-проектор, экран, ноутбук преподавателя, системный блок, монитор;

Специальные технические средства обучения: Roger Pen (Индивидуальный беспроводной передатчик Roger в форме ручки), Roger MyLink (приемник сигнала системы Roger Pen) (для обучающихся с нарушениями слуха); IntelliKeys (проводная клавиатура с русским шрифтом Брайля с матовым покрытием черного цвета), (191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 223).

Помещения для самостоятельной работы обучающихся, оснащенные компьютерной

техникой, в том числе специализированной, с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспеченные доступом к электронной информационно-образовательной среде Института: 191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 223.

Помещения для хранения и профилактического обслуживания учебного оборудования 191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 316.

12. Специализированные условия для обучающихся-инвалидов и обучающихся- лиц с ограниченными возможностями здоровья

Указанные ниже условия инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья применяются при наличии указанных лиц в группе обучающихся в зависимости от нозологии заболеваний или нарушений в работе отдельных органов.

Обучение обучающихся с нарушением слуха

Обучение обучающихся с нарушением слуха выстраивается через реализацию следующих педагогических принципов:

- наглядности,
- индивидуализации,
- коммуникативности на основе использования информационных технологий, разработанного учебно-дидактического комплекса, включающего пакет специальных учебно-методических презентаций
- использования учебных пособий, адаптированных для восприятия обучающимися с нарушением слуха.

К числу проблем, характерных для лиц с нарушением слуха, можно отнести:

- замедленное и ограниченное восприятие;
- недостатки речевого развития;
- недостатки развития мыслительной деятельности;
- пробелы в знаниях; недостатки в развитии личности (неуверенность в себе и неоправданная зависимость от окружающих, низкая коммуникабельность, эгоизм, пессимизм, заниженная или завышенная самооценка, неумение управлять собственным поведением);
- некоторое отставание в формировании умения анализировать и синтезировать воспринимаемый материал, оперировать образами, сопоставлять вновь изученное с изученным ранее; хуже, чем у слышащих сверстников, развит анализ и синтез объектов. Это выражается в том, что глухие и слабослышащие меньше выделяют в объекте детали, часто опускают малозаметные, но существенные признаки.

При организации образовательного процесса со слабослышащей аудиторией необходима особая фиксация на артикуляции выступающего - следует говорить громче и четче, подбирая подходящий уровень.

Специфика зрительного восприятия слабослышащих влияет на эффективность их образной памяти - в окружающих предметах и явлениях они часто выделяют несущественные признаки. Процесс запоминания у обучающихся с нарушенным слухом во многом опосредуется деятельностью по анализу воспринимаемых объектов, по соотнесению нового материала с усвоенным ранее.

Некоторые основные понятия изучаемого материала обучающимся необходимо объяснять дополнительно. На занятиях требуется уделять повышенное внимание специальным профессиональным терминам, а также использованию профессиональной лексики. Для лучшего усвоения специальной терминологии необходимо каждый раз писать на доске используемые термины и контролировать их усвоение.

Внимание в большей степени зависит от изобразительных качеств воспринимаемого материала: чем они выразительнее, тем легче слабослышащим обучающимся выделить информативные признаки предмета или явления.

В процессе обучения рекомендуется использовать разнообразный наглядный материал. Сложные для понимания темы должны быть снабжены как можно большим количеством наглядного материала. Особую роль в обучении лиц с нарушенным слухом, играют видеоматериалы. По

возможности, предъявляемая видеoinформация может сопровождаться текстовой бегущей строкой или сурдологическим переводом.

Видеоматериалы помогают в изучении процессов и явлений, поддающихся видеофиксации, анимация может быть использована для изображения различных динамических моделей, не поддающихся видеозаписи.

Обучение обучающихся с нарушением зрения.

Специфика обучения слепых и слабовидящих обучающихся заключается в следующем:

- дозирование учебных нагрузок;
- применение специальных форм и методов обучения, оригинальных учебников и наглядных пособий, а также оптических и тифлопедагогических устройств, расширяющих познавательные возможности обучающихся;
- специальное оформление учебных кабинетов;
- организация лечебно-восстановительной работы;
- усиление работы по социально-трудовой адаптации.

Во время проведения занятий следует чаще переключать обучающихся с одного вида деятельности на другой.

Во время проведения занятия педагоги должны учитывать допустимую продолжительность непрерывной зрительной нагрузки для слабовидящих обучающихся. К дозированию зрительной работы надо подходить строго индивидуально.

Искусственная освещенность помещений, в которых занимаются обучающиеся с пониженным зрением, должна составлять от 500 до 1000 лк, поэтому рекомендуется использовать дополнительные настольные светильники. Свет должен падать с левой стороны или прямо. Ключевым средством социальной и профессиональной реабилитации людей с нарушениями зрения, способствующим их успешной интеграции в социум, являются информационно-коммуникационные технологии.

Ограниченность информации у слабовидящих обуславливает схематизм зрительного образа, его скудность, фрагментарность или неточность.

При слабовидении страдает скорость зрительного восприятия; нарушение бинокулярного зрения (полноценного видения двумя глазами) у слабовидящих может приводить к так называемой пространственной слепоте (нарушению восприятия перспективы и глубины пространства), что важно при черчении и чтении чертежей.

При зрительной работе у слабовидящих быстро наступает утомление, что снижает их работоспособность. Поэтому необходимо проводить небольшие перерывы.

Слабовидящим могут быть противопоказаны многие обычные действия, например, наклоны, резкие прыжки, поднятие тяжестей, так как они могут способствовать ухудшению зрения. Для усвоения информации слабовидящим требуется большее количество повторений и тренировок.

При проведении занятий в условиях повышенного уровня шума, вибрации, длительных звуковых воздействий, может развиваться чувство усталости слухового анализатора и дезориентации в пространстве.

При лекционной форме занятий слабовидящим следует разрешить использовать звукозаписывающие устройства и компьютеры, как способ конспектирования, во время занятий.

Информацию необходимо представлять исходя из специфики слабовидящего обучающегося: **крупный шрифт (16–18 размер)**, дисковый накопитель (чтобы прочитать с помощью компьютера со звуковой программой), аудиофайлы. Всё записанное на доске должно быть озвучено.

Необходимо комментировать свои жесты и надписи на доске и передавать словами то, что часто выражается мимикой и жестами. При чтении вслух необходимо сначала предупредить об этом. Не следует заменять чтение пересказом.

При работе на компьютере следует использовать принцип максимального снижения зрительных нагрузок, дозирование и чередование зрительных нагрузок с другими видами деятельности, использование специальных программных средств для увеличения изображения на экране или для озвучивания информации; — принцип работы с помощью клавиатуры, а не е

помощью мыши, в том числе с использованием «горячих» клавиш и освоение слепого десятипальцевого метода печати на клавиатуре.

Обучение обучающихся с нарушением опорно-двигательного аппарата (ОДА).

Обучающиеся с нарушениями ОДА представляют собой многочисленную группу лиц, имеющих различные двигательные патологии, которые часто сочетаются с нарушениями в познавательном, речевом, эмоционально-личностном развитии. Обучение обучающихся с нарушениями ОДА должно осуществляться на фоне лечебно-восстановительной работы, которая должна вестись в следующих направлениях: посильная медицинская коррекция двигательного дефекта; терапия нервно-психических отклонений.

Специфика поражений ОДА может замедленно формировать такие операции, как сравнение, выделение существенных и несущественных признаков, установление причинно-следственной зависимости, неточность употребляемых понятий.

При тяжелом поражении нижних конечностей руки присутствуют трудности при овладении определенными предметно-практическими действиями.

Поражения ОДА часто связаны с нарушениями зрения, слуха, чувствительности, пространственной ориентации. Это проявляется замедленном формировании понятий, определяющих положение предметов и частей собственного тела в пространстве, неспособности узнавать и воспроизводить фигуры, складывать из частей целое. В письме выявляются ошибки в графическом изображении букв и цифр (асимметрия, зеркальность), начало письма и чтения с середины страницы.

Нарушения ОДА проявляются в расстройстве внимания и памяти, рассредоточенности, сужении объема внимания, преобладании слуховой памяти над зрительной. Эмоциональные нарушения проявляются в виде повышенной возбудимости, проявлении страхов, склонности к колебаниям настроения.

Продолжительность занятия не должна превышать 1,5 часа (в день 3 часа), после чего рекомендуется 10—15-минутный перерыв. Для организации учебного процесса необходимо определить учебное место в аудитории, следует разрешить обучающемуся самому подбирать комфортную позу для выполнения письменных и устных работ (сидя, стоя, облокотившись и т.д.).

При проведении занятий следует учитывать объем и формы выполнения устных и письменных работ, темп работы аудитории и по возможности менять формы проведения занятий. С целью получения лицами с поражением опорно-двигательного аппарата информации в полном объеме звуковые сообщения нужно дублировать зрительными, использовать наглядный материал, обучающие видеоматериалы.

При работе с обучающимися с нарушением ОДА необходимо использовать методы, активизирующие познавательную деятельность учащихся, развивающие устную и письменную речь и формирующие необходимые учебные навыки.

Физический недостаток существенно влияет на социальную позицию обучающегося, на его отношение к окружающему миру, следствием чего является искажение ведущей деятельности и общения с окружающими. У таких обучающихся наблюдаются нарушения личностного развития: пониженная мотивация к деятельности, страхи, связанные с передвижением и перемещением, стремление к ограничению социальных контактов.

Эмоционально-волевые нарушения проявляются в повышенной возбудимости, чрезмерной чувствительности к внешним раздражителям и пугливости. У одних отмечается беспокойство, суетливость, расторможенность, у других - вялость, пассивность и двигательная заторможенность.

При общении с человеком в инвалидной коляске, нужно сделать так, чтобы ваши глаза находились на одном уровне. На неё нельзя облокачиваться.

Всегда необходимо лично убеждаться в доступности мест, где запланированы занятия.

Лица с психическими проблемами могут испытывать эмоциональные расстройства. Если человек, имеющим такие нарушения, расстроен, нужно спросить его спокойно, что можно сделать, чтобы помочь ему. Не следует говорить резко с человеком, имеющим психические нарушения, даже если для этого имеются основания. Если собеседник проявляет дружелюбность, то такой обучающийся будет чувствовать себя спокойно.

При общении с людьми, испытывающими затруднения в речи, не допускается перебивать и поправлять. Необходимо быть готовым к тому, что разговор с человеком с затрудненной речью займет больше времени.

Необходимо задавать вопросы, которые требуют коротких ответов или кивка.

Общие рекомендации по работе с обучающимися-инвалидами и обучающимися-лицами с ограниченными возможностями здоровья.

- Использование указаний, как в устной, так и письменной форме;
- Поэтапное разъяснение заданий;
- Последовательное выполнение заданий;
- Повторение обучающимися инструкции к выполнению задания;
- Обеспечение аудио-визуальными техническими средствами обучения;
- Разрешение использовать диктофон для записи ответов учащимися;
- Составление индивидуальных планов занятий, позитивно ориентированных и учитывающих навыки и умения обучающегося.

13. Лист изменений в программе

№	Дата внесения изменений	№ протокола, дата	Содержание изменения	Подпись



ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат: 028DE39600D1B336874C86699DA48FEF6D
Владелец: ФОМИНА МАРИЯ ВЛАДИМИРОВНА
Действителен с 13.01.2026 до 13.04.2027

УТВЕРЖДЕНА

Директор
ЧОУ ДПО «Научно-образовательный
Институт ММЦ»

Фомина М.В.

«26» 03

2026 г.



РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ
основной профессиональной образовательной программы
высшего образования – уровень подготовки кадров высшей квалификации (ординатура)

Специальность: 31.08.68 Урология

«УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА»

Длительность обучения: 108 академических часов

Трудоемкость: 3 ЗЭТ

Форма обучения: очная

Санкт-Петербург

2026 г.

1. Цели и задачи дисциплины

Цель: практическая подготовка, систематизация, обновление, расширение знаний по ультразвуковой диагностике, необходимым специалисту при выполнении профессиональных обязанностей по специальности «Урология».

Задачи: формирование базовых медицинских знаний по ультразвуковой диагностике; подготовка врача-уролога, обладающего навыками ультразвуковой диагностики.

2. Место дисциплины в структуре ОПОП ВО:

Дисциплина по выбору «Ультразвуковая диагностика» относится к вариативной части ОПОП ВО (Блок 1).

Для изучения данной учебной дисциплины необходимы следующие знания, умения и навыки:

Знания:

- основ организации урологической помощи населению, отчетности и анализа деятельности урологических учреждений, принципов медико-социальной экспертизы и реабилитации урологических больных, вопросов этики и деонтологии в урологии, правовых вопросов урологической службы;
- принципов организации онкоморфологических исследований, направлений деятельности онкоморфологического подразделения (отдела, отделения, лаборатории) урологического учреждения, структуры онкоморфологической службы, организации прижизненного морфологического (гистологического) и цитологического исследований опухолей, принципов патологоанатомического исследования умерших, методов клинко-анатомического анализа летальных исходов;
- основ онкоморфологии, элементов общей онкоморфологии, патологической анатомии опухолей и опухолеподобных процессов, форм роста и распространения опухолей, гистогенетического принципа построения классификации злокачественных опухолей;
- основ теоретической и экспериментальной урологии, биологии нормальной и опухолевой клеток, этиологии опухолевого роста, понятия об онкогене, канцерогенеза на уровне клетки и органа;
- принципов и объема диагностических исследований в урологии, этапов и алгоритма диагностики урологического заболевания, нозологической диагностики первичного опухолевого заболевания, оценки степени распространения опухолевого заболевания, принципов формулирования клинического диагноза в урологии;
- методов лабораторной диагностики в урологии: исследования крови и мочи, исследования костного мозга;
- методов инструментальной диагностики в урологии: рентгенологических методов исследования, ультразвукового исследования, радионуклидной (изотопной) диагностики, эндоскопической диагностики, методов функциональной диагностики, методов цитологического и гистологического исследования опухолей;
- принципов хирургического лечения опухолей, диагностических хирургических вмешательств в урологии, возможностей лечебных операций в урологии;
- принципов лучевой терапии злокачественных опухолей;
- принципы лекарственной терапии злокачественных опухолей: химиотерапии, гормональной терапии, биотерапии, таргетной терапии, терапии, улучшающей качество жизни урологических больных;
- urgentных состояний в урологии: синдрома сдавления верхней полой вены, синдрома распада опухоли, синдрома компрессии спинного мозга (СКСМ), гиперкальциемии, фебрильной нейтропении, кровотечений при злокачественных опухолях органов грудной и брюшной полостей, нарушений проходимости желудочно-кишечного тракта и желчевыводящих путей,

патологических переломы костей;

- болевого синдрома у урологических больных и принципов паллиативной медицинской помощи;
- возможностей профилактики, диагностики, лечения опухолей головы и шеи и реабилитации урологических пациентов после лечения;
- возможностей профилактики, диагностики, лечения опухолей средостения, легких и плевры, пищевода и реабилитации онкобольных после лечения;
- возможностей профилактики, диагностики, лечения опухолей желудка, билиопанкреатодуоденальной области, печени, гастроинтестинальных стромальных опухолей, опухолей тонкой и толстой кишки, нейроэндокринных опухолей желудочно-кишечного тракта и реабилитации онкобольных после лечения;
- возможностей профилактики, диагностики, лечения забрюшинных внеорганных опухолей и реабилитации онкобольных после лечения;
- возможностей профилактики, диагностики, лечения опухолей шейки и тела матки, придатков матки и реабилитации онкобольных после лечения;
- возможностей профилактики, диагностики, лечения опухолей почки, мочевого пузыря, предстательной железы, яичка, полового члена и реабилитации онкобольных после лечения;
- возможностей профилактики, диагностики, лечения доброкачественных опухолей молочной железы, рака молочной железы и реабилитации онкобольных после лечения;
- возможностей профилактики, диагностики, лечения эпителиальных, меланоцитарных и неэпителиальных опухолей кожи и реабилитации онкобольных после лечения;
- возможностей профилактики, диагностики, лечения опухолей костей, мягких тканей и реабилитации онкобольных после лечения;
- возможностей профилактики, диагностики, лечения опухолей кроветворной системы и реабилитации онкобольных после лечения;
- возможностей профилактики, диагностики, лечения опухолей центральной нервной системы и реабилитации онкобольных после лечения;
- возможностей профилактики, диагностики, лечения опухолей у детей и реабилитации онкобольных после лечения.

Умения:

- анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения врачебных ошибок, осознавая при этом возможность дисциплинарной, административной, гражданско-правовой, уголовной ответственности;
- проводить анализ клинических синдромов, обосновывать патогенетически оправданные методы диагностики и лечения урологических заболеваний для профилактики осложнений;
- оформлять учетную и отчетную документацию в урологическом учреждении;
- проводить профилактику урологических болезней;
- ставить диагноз урологического заболевания на основании результатов лабораторных и инструментальных исследований;
- назначать урологическим больным адекватное (лекарственное, лучевое и хирургическое) лечение в соответствии с выставленным диагнозом, использовать алгоритм выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии урологического заболевания;
- купировать urgentные состояния у урологических больных;
- купировать болевой синдром у урологических пациентов;
- проводить реабилитационные мероприятия урологическим пациентам.

Навыки:

- организации урологической помощи населению, оформления отчетности и анализа деятельности урологических учреждений, проведения медико-социальной экспертизы и реабилитации урологических больных;

- проведения и интерпретации результатов опроса, физикального осмотра, клинического обследования, данных современных лабораторно-инструментальных исследований, морфологического анализа биопсийного, операционного и секционного материала;
- ведения медицинской карты стационарного больного;
- работы с медико-технической аппаратурой в урологическом учреждении;
- оценки природных и медико-социальных факторов среды в развитии урологических заболеваний у взрослого населения и детей;
- постановки диагноза урологического заболевания на основании результатов лабораторных и инструментальных методов исследования и с учетом законов течения патологии;
- выявления у урологических пациентов основных патологических симптомов и синдромов и постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) урологического заболевания с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);
- выполнения основных диагностических и лечебных мероприятий при неотложных и угрожающих жизни состояниях у урологических больных;
- выполнения основных лечебных мероприятий при наиболее часто встречающихся заболеваниях и состояниях у взрослого населения и детей, способных вызвать тяжелые осложнения и (или) летальный исход; своевременного выявления жизнеопасных нарушений (острая кровопотеря, нарушение дыхания, остановка сердца, кома, шок), использования методик их немедленного устранения, осуществления противошоковых мероприятий;
- назначения урологическим больным адекватного (лекарственного, хирургического и лучевого) лечения в соответствии с выставленным диагнозом, алгоритма выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии урологического заболевания;
- изучения научно-медицинской информации, отечественного и зарубежного опыта по урологической патологии;
- участия в освоении современных теоретических и экспериментальных методов исследования в урологической практике.

3. Роль дисциплины в формировании компетенций выпускника.

Данная дисциплина является составляющей в формировании следующих компетенций: ПК- 5.

4. Требования к результатам освоения дисциплины:

№ п/п	Номер / индекс компет ен- ции	Содержание компетенции	В результате изучения учебной дисциплины		
			Знать	Уметь	Владеть
1	2	3	4	5	6

1.	ПК-5	Готовность к определению у пациентов нтов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	Современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики заболеваний урологического профиля. Понятия этиологии, патогенеза, морфогенеза болезни. Принципы классификации болезней. Основные симптомы и синдромы урологических заболеваний. Алгоритм диагностических мероприятий при неотложных и угрожающих жизни состояниях в практике.	Оценивать результаты основных и дополнительных методов диагностики, используемые в урологической практике. Работать с инструментами, материалами и аппаратурой. Проводить диагностику и дифференциальную диагностику с использованием различных методов. На основании данных основных и дополнительных исследований выявлять неотложные и угрожающие жизни состояния.	Методами общего обследования детей и взрослых. Навыкам постановки предварительного диагноза на основании результатов основных и дополнительных методов исследования урологических больных.

5. Разделы дисциплины и компетенции, которые формируются при их изучении:

№ п/п	Код компетенции	Наименование раздела дисциплины	Содержание раздела в дидактических единицах
1	ПК-5	Общая ультразвуковая диагностика	Организационные вопросы ультразвуковой диагностики. Физические основы и техническое обеспечение ультразвуковой диагностики. Методы ультразвуковой диагностики.
2	ПК-5	Частная ультразвуковая диагностика	Ультразвуковая диагностика заболеваний органов головы и шеи. Ультразвуковая диагностика заболеваний органов грудной клетки. Ультразвуковая диагностика заболеваний органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Ультразвуковая диагностика заболеваний женских половых органов и молочной железы. Ультразвуковая диагностика заболеваний мочеполовой системы. Ультразвуковая диагностика заболеваний мягких тканей и суставов. Ультразвуковая диагностика заболеваний лимфатических узлов. Ультразвуковая диагностика в педиатрии.

6. Форма контроля

Текущий контроль осуществляется лектором и преподавателем, ведущим занятия семинарского типа, в соответствии с тематическим планом (п. 8.3).

Промежуточная аттестация: **2 семестр** - зачет.

Оценочные средства представлены в фонде оценочных средств дисциплины.

7. Объем дисциплины и виды учебной работы.

Общая трудоёмкость дисциплины составляет **3** зачетные единицы.

Вид учебной работы	Всего часов	Объем по семестрам
		2 семестр
Контактная работа (всего)	54,2	54,2
Лекции (Лек)	6	6
Практические занятия (Пр), в том числе в форме практической подготовки	48	48
Промежуточная аттестация Зачет (кчз)	0,2	0,2
Самостоятельная работа:		
В период теоретического обучения (СР)	53,8	53,8
Общая трудоёмкость дисциплины:		
академические часы:	108	108
зачетные единицы:	3	3

8. Содержание дисциплины

8.1. Разделы дисциплины и виды занятий

№ п/п	Наименование раздела дисциплины	Лек	Пр
1	Общая ультразвуковая диагностика		20
2	Частная ультразвуковая диагностика	6	28
	Итого	6	48

8.2. Тематический план занятий лекционного типа

№ п/п	Тема и ее краткое содержание	Часы	Наглядные пособия
2	Частная ультразвуковая диагностика.	6	
2.1	Ультразвуковая диагностика заболеваний органов головы и шеи. Ультразвуковая диагностика заболеваний органов грудной клетки.	2	Мультимедийная презентация
2.2	Ультразвуковая диагностика заболеваний органов брюшной полости и забрюшинного пространства.	1	Мультимедийная презентация
2.3	Ультразвуковая диагностика заболеваний женских половых органов и молочной железы.	1	Мультимедийная презентация
2.4	Ультразвуковая диагностика заболеваний мочеполовой системы. Ультразвуковая диагностика заболеваний мягких тканей и суставов.	2	Мультимедийная презентация
2.5	Ультразвуковая диагностика заболеваний лимфатических узлов. Ультразвуковая диагностика в педиатрии.	2	Мультимедийная презентация
	Итого:	6	

8.3. Тематический план занятий семинарского типа (семинары, практические занятия, клинические практические занятия и пр.) и формы текущего контроля

№ п/п	Тема и ее краткое содержание	Часы	Формы текущего контроля
1	Общая ультразвуковая диагностика.	20	
1.1	Организационные вопросы ультразвуковой диагностики.	6	Тестирование, устный опрос
1.2	Физические основы и техническое обеспечение ультразвуковой диагностики.	8	Тестирование, устный опрос
1.3	Методы ультразвуковой диагностики.	6	Тестирование, устный опрос
2	Частная ультразвуковая диагностика.	28	
2.1	Ультразвуковая диагностика заболеваний органов головы и шеи.	4	Решение ситуационных задач, тестирование, устный опрос
2.2	Ультразвуковая диагностика заболеваний органов грудной клетки.	4	Решение ситуационных задач, тестирование, устный опрос
2.3	Ультразвуковая диагностика заболеваний органов брюшной полости и забрюшинного пространства.	4	Решение ситуационных задач, тестирование, устный опрос

2.4	Ультразвуковая диагностика заболеваний женских половых органов и молочной железы.	2	Решение ситуационных задач, тестирование, устный опрос
2.5	Ультразвуковая диагностика заболеваний мочеполовой системы.	2	Решение ситуационных задач, тестирование, устный опрос
2.6	Ультразвуковая диагностика заболеваний мягких тканей и суставов.	4	Решение ситуационных задач, тестирование, устный опрос
2.7	Ультразвуковая диагностика заболеваний лимфатических узлов.	2	Решение ситуационных задач, тестирование, устный опрос
2.8	Ультразвуковая диагностика в педиатрии.	6	Решение ситуационных задач, тестирование, защита рефератов
	Итого:	48	

9. Самостоятельная работа студента

Самостоятельная работа	Всего часов	Объем по семестрам
		2 семестр
Проработка лекций, подготовка к практическим занятиям (все разделы дисциплины). Написание рефератов, тестирование.	53,8	53,8

10. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

<i>а) основная и дополнительная литература:</i>	
1. Медицинская диагностика. Физические основы, методы и оборудование : учебное пособие для вузов / С. Д. Руднев, Е. Ф. Вайман, Е. В. Просвиркина, Д. М. Попов ; под редакцией С. Д. Руднев. — Санкт-Петербург : Лань, 2025. — 152 с. — ISBN 978-5-507-50298-1. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/ 2. Халиуллина, А. В. Ультразвук в медицине : учебное пособие для вузов / А. В. Халиуллина, Б. И. Хайрутдинов, А. В. Аганов ; под редакцией А. В. Аганов. — Санкт-Петербург : Лань, 2025. — 100 с. — ISBN 978-5-507-51408-3. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/447161 3. Илясов, Л. В. Технические средства поддержания и реабилитации функциональных систем организма человека (искусственные органы) / Л. В. Илясов, Н. И. Иванова. — 3-е изд., стер. — Санкт-Петербург : Лань, 2023. — 120 с. — ISBN 978-5-507-47831-6. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/329072 4. Биссет, Р. А. Дифференциальный диагноз при абдоминальном ультразвуковом исследовании : справочник / Р. А. Биссет, А. Н. Хан ; переводчик М. Л. Климова. — 2-е изд. — Москва : Медицинская литература, 2026. — 451 с. — ISBN 978-5-89677-258-3. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/511570	

5. Саидгазиев, А. Ш. Использование датчиков и электродов в реографии, УЗИ и электронейромиографии: Лабораторный практикум : учебное пособие / А. Ш. Саидгазиев, А. В. Дубцов, С. С. Харламов. — Москва : РТУ МИРЭА, 2023. — 63 с. — ISBN 978-5-7339-1745-0. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/368924 6. Змитрович, О. А. Ультразвуковая диагностика в цифрах : руководство / О. А. Змитрович. — 4-е изд., стер. — Санкт-Петербург : СпецЛит, 2021. — 87 с. — ISBN 978-5-299-01137-1. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/256202 7. Ультразвуковая диагностика урологических заболеваний : учебное пособие / А. Н. Нечипоренко, К. Бужински, И. В. Гаврон, Н. А. Нечипоренко. — Минск : Вышэйшая школа, 2023. — 173 с. — ISBN 978-985-06-3492-4. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/432341	
б) современные профессиональные базы данных:	
• Медико-биологический информационный портал для специалистов Медлайн.ру. URL: https://medline.ru • Медицинский сервер "MedLinks.Ru - Вся медицина в Интернет". URL: http://www.medlinks.ru • Медицинский портал MED Портал. URL: http://www.medportal.ru • Медицинский видеопортал Med-Edu.ru. URL: https://www.med-edu.ru • Портал МЕДВЕСТИК. URL: https://medvestnik.ru • Российская Ассоциация специалистов ультразвуковой диагностики в медицине http://www.rasudm.org/information/ • Международное интернет-сообщество специалистов ультразвуковой диагностики https://www.usclub.ru/	

• Медицинский информационный портал по УЗИ https://www.uzgraph.ru/ • Электронная библиотечная система «Консультант студента». URL: https://www.studentlibrary.ru/	
в) информационные справочные системы:	
• Рубрикатор клинических рекомендаций. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru • Международная классификация болезней 10-го пересмотра. URL: https://mkb-10.com • Информационно-аналитический портал Remedium.ru. URL: http://www.remedium.ru • Энциклопедия лекарств РЛС. URL: https://www.rlsnet.ru • Научная электронная библиотека eLIBRARY.RU. URL: https://www.elibrary.ru • Справочно-информационная система «MadBaseGeotar» - фонд Электронной медицинской библиотеки «Консультант врача»._URL: www.rosmedlib.ru	

11. Материально-техническое обеспечение дисциплины:

Учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации: 191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 223;

Специализированная мебель: доска (меловая); стол преподавателя, стол студенческий четырёхместный, стул студенческий;

Технические средства обучения: мультимедиа-проектор, экран, ноутбук преподавателя, системный блок, монитор;

Специальные технические средства обучения: Roger Pen (Индивидуальный беспроводной передатчик Roger в форме ручки), Roger MyLink (приемник сигнала системы Roger Pen) (для обучающихся с нарушениями слуха); IntelliKeys (проводная клавиатура с русским шрифтом Брайля с матовым покрытием черного цвета), (191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 223).

Учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации: 191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 223;

Специализированная мебель: стол преподавателя, стол студенческий четырёхместный, стул студенческий;

Технические средства обучения: мультимедиа-проектор, экран, ноутбук преподавателя, системный блок, монитор;

Специальные технические средства обучения: Roger Pen (Индивидуальный беспроводной передатчик Roger в форме ручки), Roger MyLink (приемник сигнала системы Roger Pen) (для обучающихся с нарушениями слуха); IntelliKeys (проводная клавиатура с русским шрифтом Брайля с матовым покрытием черного цвета), (191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 223).

Помещения для самостоятельной работы обучающихся, оснащенные компьютерной техникой, в том числе специализированной, с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспеченные доступом к электронной информационно-образовательной среде Института: 191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 223.

Помещения для хранения и профилактического обслуживания учебного оборудования 191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 316.

12. Специализированные условия для обучающихся-инвалидов и обучающихся-лиц с ограниченными возможностями здоровья

Указанные ниже условия инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья применяются при наличии указанных лиц в группе обучающихся в зависимости от нозологии заболеваний или нарушений в работе отдельных органов.

Обучение обучающихся с нарушением слуха

Обучение обучающихся с нарушением слуха выстраивается через реализацию следующих педагогических принципов:

- наглядности,
- индивидуализации,
- коммуникативности на основе использования информационных технологий, разработанного учебно-дидактического комплекса, включающего пакет специальных учебно-методических презентаций
- использования учебных пособий, адаптированных для восприятия обучающимися с нарушением слуха.

К числу проблем, характерных для лиц с нарушением слуха, можно отнести:

- замедленное и ограниченное восприятие;
- недостатки речевого развития;
- недостатки развития мыслительной деятельности;
- пробелы в знаниях; недостатки в развитии личности (неуверенность в себе и неоправданная зависимость от окружающих, низкая коммуникабельность, эгоизм, пессимизм, заниженная или завышенная самооценка, неумение управлять собственным поведением);
- некоторое отставание в формировании умения анализировать и синтезировать воспринимаемый материал, оперировать образами, сопоставлять вновь изученное с изученным ранее; хуже, чем у слышащих сверстников, развит анализ и синтез объектов. Это выражается в том, что глухие и слабослышащие меньше выделяют в объекте детали, часто опускают малозаметные, но существенные признаки.

При организации образовательного процесса со слабослышащей аудиторией необходима особая фиксация на артикуляции выступающего - следует говорить громче и четче, подбирая подходящий уровень.

Специфика зрительного восприятия слабослышащих влияет на эффективность их образной памяти - в окружающих предметах и явлениях они часто выделяют несущественные признаки. Процесс запоминания у обучающихся с нарушенным слухом во многом опосредуется деятельностью по анализу воспринимаемых объектов, по соотнесению нового материала с усвоенным ранее.

Некоторые основные понятия изучаемого материала обучающимся необходимо объяснять дополнительно. На занятиях требуется уделять повышенное внимание специальным профессиональным терминам, а также использованию профессиональной лексики. Для лучшего усвоения специальной терминологии необходимо каждый раз писать на доске используемые термины и контролировать их усвоение.

Внимание в большей степени зависит от изобразительных качеств воспринимаемого материала: чем они выразительнее, тем легче слабослышащим обучающимся выделить информативные признаки предмета или явления.

В процессе обучения рекомендуется использовать разнообразный наглядный материал. Сложные для понимания темы должны быть снабжены как можно большим количеством наглядного материала. Особую роль в обучении лиц с нарушенным слухом, играют видеоматериалы. По возможности, предъявляемая видеоинформация может сопровождаться текстовой бегущей строкой или сурдологическим переводом.

Видеоматериалы помогают в изучении процессов и явлений, поддающихся видеофиксации, анимация может быть использована для изображения различных динамических моделей, не поддающихся видеозаписи.

Обучение обучающихся с нарушением зрения.

Специфика обучения слепых и слабовидящих обучающихся заключается в следующем:

- дозирование учебных нагрузок;

- применение специальных форм и методов обучения, оригинальных учебников и наглядных пособий, а также оптических и тифлопедагогических устройств, расширяющих познавательные возможности обучающихся;

- специальное оформление учебных кабинетов;
- организация лечебно-восстановительной работы;
- усиление работы по социально-трудовой адаптации.

Во время проведения занятий следует чаще переключать обучающихся с одного вида деятельности на другой.

Во время проведения занятия педагоги должны учитывать допустимую продолжительность непрерывной зрительной нагрузки для слабовидящих обучающихся. К дозированию зрительной работы надо подходить строго индивидуально.

Искусственная освещенность помещений, в которых занимаются обучающиеся с пониженным зрением, должна составлять от 500 до 1000 лк, поэтому рекомендуется использовать дополнительные настольные светильники. Свет должен падать с левой стороны или прямо. Ключевым средством социальной и профессиональной реабилитации людей с нарушениями зрения, способствующим их успешной интеграции в социум, являются информационно-коммуникационные технологии.

Ограниченность информации у слабовидящих обуславливает схематизм зрительного образа, его скудность, фрагментарность или неточность.

При слабовидении страдает скорость зрительного восприятия; нарушение бинокулярного зрения (полноценного видения двумя глазами) у слабовидящих может приводить к так называемой пространственной слепоте (нарушению восприятия перспективы и глубины пространства), что важно при черчении и чтении чертежей.

При зрительной работе у слабовидящих быстро наступает утомление, что снижает их работоспособность. Поэтому необходимо проводить небольшие перерывы.

Слабовидящим могут быть противопоказаны многие обычные действия, например, наклоны, резкие прыжки, поднятие тяжестей, так как они могут способствовать ухудшению зрения. Для усвоения информации слабовидящим требуется большее количество повторений и тренировок.

При проведении занятий в условиях повышенного уровня шума, вибрации, длительных звуковых воздействий, может развиваться чувство усталости слухового анализатора и дезориентации в пространстве.

При лекционной форме занятий слабовидящим следует разрешить использовать звукозаписывающие устройства и компьютеры, как способ конспектирования, во время занятий.

Информацию необходимо представлять исходя из специфики слабовидящего обучающегося: **крупный шрифт (16–18 размер)**, дисковый накопитель (чтобы прочитать с помощью компьютера со звуковой программой), аудиофайлы. Всё записанное на доске должно быть озвучено.

Необходимо комментировать свои жесты и надписи на доске и передавать словами то, что часто выражается мимикой и жестами. При чтении вслух необходимо сначала предупредить об этом; Не следует заменять чтение пересказом.

При работе на компьютере следует использовать принцип максимального снижения зрительных нагрузок, дозирование и чередование зрительных нагрузок с другими видами деятельности, использование специальных программных средств для увеличения изображения на экране или для озвучивания информации; — принцип работы с помощью клавиатуры, а не с помощью мыши, в том числе с использованием «горячих» клавиш и освоение слепого десятипальцевого метода печати на клавиатуре.

Обучение обучающихся с нарушением опорно-двигательного аппарата (ОДА).

Обучающиеся с нарушениями ОДА представляют собой многочисленную группу лиц, имеющих различные двигательные патологии, которые часто сочетаются с нарушениями в познавательном, речевом, эмоционально-личностном развитии. Обучение обучающихся с нарушениями ОДА должно осуществляться на фоне лечебно-восстановительной работы, которая должна вестись в следующих направлениях: посильная медицинская коррекция двигательного дефекта; терапия нервно-психических отклонений.

Специфика поражений ОДА может замедленно формировать такие операции, как сравнение, выделение существенных и несущественных признаков, установление причинно-следственной зависимости, неточность употребляемых понятий.

При тяжелом поражении нижних конечностей руки присутствуют трудности при овладении определенными предметно-практическими действиями.

Поражения ОДА часто связаны с нарушениями зрения, слуха, чувствительности, пространственной ориентации. Это проявляется замедленном формировании понятий, определяющих положение предметов и частей собственного тела в пространстве, неспособности узнавать и воспроизводить фигуры, складывать из частей целое. В письме выявляются ошибки в графическом изображении букв и цифр (асимметрия, зеркальность), начало письма и чтения с середины страницы.

Нарушения ОДА проявляются в расстройстве внимания и памяти, рассредоточенности, сужении объема внимания, преобладании слуховой памяти над зрительной. Эмоциональные нарушения проявляются в виде повышенной возбудимости, проявлении страхов, склонности к колебаниям настроения.

Продолжительность занятия не должна превышать 1,5 часа (в день 3 часа), после чего рекомендуется 10—15-минутный перерыв. Для организации учебного процесса необходимо определить учебное место в аудитории, следует разрешить обучающемуся самому подбирать комфортную позу для выполнения письменных и устных работ (сидя, стоя, облокотившись и т.д.).

При проведении занятий следует учитывать объем и формы выполнения устных и письменных работ, темп работы аудитории и по возможности менять формы проведения занятий. С целью получения лицами с поражением опорно-двигательного аппарата информации в полном объеме звуковые сообщения нужно дублировать зрительными, использовать наглядный материал, обучающие видеоматериалы.

При работе с обучающимися с нарушением ОДА необходимо использовать методы, активизирующие познавательную деятельность учащихся, развивающие устную и письменную речь и формирующие необходимые учебные навыки.

Физический недостаток существенно влияет на социальную позицию обучающегося, на его отношение к окружающему миру, следствием чего является искажение ведущей деятельности и общения с окружающими. У таких обучающихся наблюдаются нарушения личностного развития: пониженная мотивация к деятельности, страхи, связанные с передвижением и перемещением, стремление к ограничению социальных контактов.

Эмоционально-волевые нарушения проявляются в повышенной возбудимости, чрезмерной чувствительности к внешним раздражителям и пугливости. У одних отмечается беспокойство, суетливость, расторможенность, у других - вялость, пассивность и двигательная заторможенность.

При общении с человеком в инвалидной коляске, нужно сделать так, чтобы ваши глаза находились на одном уровне. На неё нельзя облакачиваться.

Всегда необходимо лично убеждаться в доступности мест, где запланированы занятия.

Лица с психическими проблемами могут испытывать эмоциональные расстройства. Если человек, имеющим такие нарушения, расстроен, нужно спросить его спокойно, что можно сделать, чтобы помочь ему. Не следует говорить резко с человеком, имеющим психические нарушения, даже если для этого имеются основания. Если собеседник проявляет дружелюбность, то такой обучающийся будет чувствовать себя спокойно.

При общении с людьми, испытывающими затруднения в речи, не допускается перебивать и поправлять. Необходимо быть готовым к тому, что разговор с человеком с затрудненной речью займет больше времени.

Необходимо задавать вопросы, которые требуют коротких ответов или кивка.

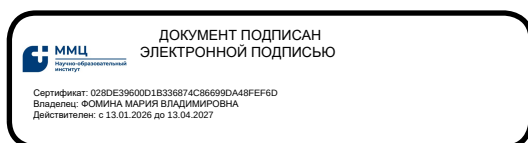
Общие рекомендации по работе с обучающимися-инвалидами и обучающимися-лицами с ограниченными возможностями здоровья.

- Использование указаний, как в устной, так и письменной форме;
- Поэтапное разъяснение заданий;
- Последовательное выполнение заданий;

- Повторение обучающимися инструкции к выполнению задания;
- Обеспечение аудио-визуальными техническими средствами обучения;
- Разрешение использовать диктофон для записи ответов учащимися;
- Составление индивидуальных планов занятий, позитивно ориентированных и учитывающих навыки и умения обучающегося.

13. Лист изменений в программе

№	Дата внесения изменений	№ протокола, дата	Содержание изменения	Подпись



УТВЕРЖДЕНА

Директор
ЧОУ ДПО «Научно-образовательный
Институт ММЦ»



«23» 03

Фомина М.В.

2026 г.



РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ПРАКТИКИ
основной профессиональной образовательной программы
высшего образования – уровень подготовки кадров высшей квалификации
(ординатура)
Специальность: 31.08.68 Урология

«ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ (КЛИНИЧЕСКАЯ) ПРАКТИКА
(БАЗОВАЯ ЧАСТЬ)»

Длительность обучения: 2160 академических часов

Трудоемкость: 60 ЗЭТ

Форма обучения: очная

Санкт-Петербург

2026 г.

1. ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ

1.1. Цели и задачи практики

Цели практики:

1. Формирование умений и навыков, необходимых для самостоятельной работы врача-уролога.
2. Закрепление теоретических знаний по Урологии, развитие практических умений и навыков, полученных в процессе обучения в ординатуре,
3. Формирование профессиональных компетенций врача-уролога, приобретение опыта в решении реальных профессиональных задач.

Задачи практики:

Сформировать у обучающихся компетенции, включающие в себя способность/готовность:

К осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;

1. К проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными;
2. К определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем;
3. К ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании урологической медицинской помощи;
4. К оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации;
5. К применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации;
6. К формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;
7. К применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях;
8. К участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей;
9. К организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации.

1.2. Место практики в структуре основной профессиональной образовательной программы

Производственная (клиническая) практика (базовая часть) относится к базовой части Блока 2 «Практики» ОПОП ВО по специальности 31.08.68 Урология.

Производственная (клиническая) практика (базовая часть) проводится непрерывно в комплексе с теоретической подготовкой.

Для прохождения практики необходимы знания, умения и навыки, формируемые следующими дисциплинами:

Урология

Знания: методов опроса, физикального осмотра, клинического обследования урологического больного в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания; особенностей биохимических, инструментальных, патологоанатомических исследований у урологических больных; основных симптомов и синдромов урологических заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра; этиологии, патогенеза и мер профилактики наиболее часто встречающихся урологических заболеваний; современной классификации урологических заболеваний; клинической картины, особенностей течения и возможных осложнений наиболее распространенных урологических заболеваний; методов диагностики, диагностических возможностей методов непосредственного исследования урологического больного; современных методов клинического, лабораторно-инструментального обследования урологических больных (включая эндоскопические, рентгенологические методы ультразвуковую диагностику); современных методов применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания у пациентов с урологическими заболеваниями в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара; механизмов действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, медицинских показаний и противопоказаний к их применению у урологических больных; осложнений, вызванных их применением; современных методов немедикаментозного лечения урологических заболеваний в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара.

Умения: проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование урологического больного в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания; интерпретировать результаты современных лабораторно-инструментальных исследований, морфологического анализа биопсийного, операционного и секционного материала при урологических заболеваниях; выявлять у урологических пациентов основные патологические симптомы и синдромы урологического заболевания; определять у пациента основные патологические состояния, симптомы, синдромы урологического заболевания, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра; поставить предварительный диагноз; наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достаточного результата; подобрать индивидуальный вид оказания помощи урологическому пациенту в соответствии с ситуацией, оказать первичную помощь, сформулировать направление на госпитализацию; сформулировать клинический диагноз; разработать план лечения, с учетом протекания болезни и ее лечения; составлять план лечения урологического заболевания с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, и клиническими рекомендациями (протоколами лечения) в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара; назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание больным с урологическими заболеваниями с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи и клиническими рекомендациями в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара; оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания у пациентов с урологическими заболеваниями

Навыки: владения методами общеклинического обследования урологических больных; методикой постановки урологического диагноза на основании результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований и с учетом законов течения урологического заболевания; методами диагностики основных

патологических состояний, симптомов, синдромов урологических заболеваний, анализом результатов обследования, алгоритмом формулировки клинического диагноза, в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем способностью синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих; анализом информации о клинической картине, особенностях течения и возможных осложнениях наиболее распространенных урологических заболеваний; сопоставлением данных клинической картины наиболее распространенных урологических заболеваний с результатами лабораторно-инструментальных методов исследования; навыком определения тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами в зависимости от клинико-лабораторных данных; навыками организации персонализированного лечения урологического пациента, в том числе беременных женщин, пациентов пожилого и старческого возраста, оценки эффективности и безопасности лечения в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара

Общественное здоровье и здравоохранение

Знания: взаимоотношения «врач-пациент», взаимоотношения в коллективе; морально-этические нормы, правила и принципы профессионального врачебного поведения, права пациента и врача, основы современного медицинского законодательства; принципы ведения дискуссий в условиях плюрализма мнений и основные способы разрешения конфликтов; основные направления психологии, психологию личности и малых групп; основные принципы маркетинга медицинских услуг; основные направления психологии, психологию личности и малых групп; основы организации профилактики; основы организации медицинской деятельности; основы применения статистического метода; возможности использования статистических показателей при оценке состояния здоровья населения и деятельности медицинских организаций.

Умения: обеспечивать рабочие отношения с другими членами коллектива; организовать работу младшего и среднего медицинского персонала в медицинских организациях; применять нормы законодательства в конкретных практических ситуациях; соблюдать и защищать права врачей и пациентов; соблюдать правила поведения врача с позиций современного маркетинга; планировать собственную деятельность и работу рабочей группы; давать распоряжения персоналу; осуществлять контроль исполнения; проводить базовую статистическую обработку данных; анализировать и оценивать качество медицинской помощи, состояние здоровья населения и влияние на него факторов окружающей и производственной среды.

Навыки: изложения собственной точки зрения, анализа и логического мышления, морально-этической аргументации, ведения дискуссий и круглых столов, применения принципов врачебной деонтологии и медицинской этики; навыками информирования пациентов и их родственников в соответствии с требованиями правил «информированного согласия»; общения с людьми; формирования приказов; формирования планов, принятия решений; применения показателей, характеризующих состояние здоровья населения, и результатов деятельности организаций и подразделений здравоохранения, навыками владения методикой расчета показателей медицинской статистики.

Педагогика

Знания: нормативно-правовой базы организации обучения по направлению здравоохранение, психологических основ обучения, основных принципов дидактики; психологических аспектов мотивации к сохранению здоровья, основных понятий теории личности.

Умения: планировать проведение семинарских и практических занятий; планировать проведение профилактических встреч.

Навыки: подготовки правильно построенных презентаций для использования в учебном процессе; подготовки правильно построенных презентаций для использования в просветительной работе.

Гигиена и эпидемиология чрезвычайных ситуаций

Знания: принципов предупреждения возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий; принципов организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, правил оказания медицинской помощи при стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях; современных методов, средств, способов проведения лечебно-эвакуационных мероприятий при оказании медицинской помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях; организации медико-санитарного обеспечения населения при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций; санитарно-гигиенических и противоэпидемиологических мероприятий при эвакуации населения; мероприятий по защите населения при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях; правил и порядков медицинской эвакуации; принципов сортировки пострадавших в чрезвычайных ситуациях.

Умения: проводить профилактические и противоэпидемические мероприятия; организовывать защиту населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки; оказывать медицинскую помощь при стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях; выполнять лечебно-эвакуационные мероприятия по оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, определять вид и объем оказываемой медицинской помощи пострадавшим; оказывать врачебную помощь пострадавшим в очагах поражения при чрезвычайных ситуациях и на этапах медицинской эвакуации; проводить сердечно-легочную реанимацию при терминальных состояниях; проводить мероприятия противошоковой терапии; организовать медицинскую помощь и эвакуацию при чрезвычайных ситуациях.

Навыки: владения методами оценки медико-тактической обстановки в очагах чрезвычайных ситуаций и очагах массового поражения; методикой проведения основных мероприятий по защите пациентов от поражающих факторов чрезвычайных ситуаций; навыками организации и проведения основных мероприятий по санитарной и специальной обработке; методикой оценки состояний угрожающих жизни; алгоритмом проведения медицинской сортировки, способами оказания медицинской помощи и медицинской эвакуации пострадавших; навыком выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях; методами оценки медико-тактической обстановки в очагах чрезвычайных ситуаций и очагах массового поражения; алгоритмом проведения медицинской сортировки, способами оказания медицинской помощи и медицинской эвакуации пострадавших в чрезвычайных ситуациях; навыками организации и проведения основных мероприятий по санитарной и специальной обработке методами ведения отчетной документации, способностями оценивать эффективность взаимодействия при ликвидации последствий чрезвычайной ситуации с другими службами ЧС.

Микробиология

Знания: принципов предупреждения возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий; принципов организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, правил оказания медицинской помощи при стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях.

Умения: проводить профилактические и противоэпидемические мероприятия; организовывать защиту населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении

радиационной обстановки; оказывать медицинскую помощь при стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях.

Навыки: владения методами оценки медико-тактической обстановки в очагах чрезвычайных ситуаций и очагах массового поражения; методикой проведения основных мероприятий по защите пациентов от поражающих факторов чрезвычайных ситуаций; методикой организации и проведения основных мероприятий по санитарной и специальной обработке.

А также знания, умения и навыки, формируемые дисциплинами по выбору вариативной части ОПОП ВО.

1.3. Место проведения практики

В соответствии с учебным планом практика «Производственная (клиническая) практика (базовая часть)» проводится на 1–2 курсах.

Производственная (клиническая) практика (базовая часть) может проводиться в структурных подразделениях Института в аудиториях, оборудованных мультимедийными и иными средствами обучения, позволяющими использовать симуляционные технологии с типовыми наборами профессиональных моделей и результатов лабораторных и инструментальных исследований.

Производственная (клиническая) практика (базовая часть) может проводиться в организациях, осуществляющих деятельность в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации (далее – профильная организация). В этом случае организация практической подготовки обучающихся в форме практики осуществляется на основании договора об организации практической подготовки обучающихся, заключаемого между Институтом и медицинской организацией либо организацией, осуществляющей производство лекарственных средств, организацией, осуществляющей производство и изготовление медицинских изделий, аптечной организацией, судебно-экспертным учреждением или иной организацией, осуществляющей деятельность в сфере охраны здоровья.

Для лиц с ограниченными возможностями здоровья (при наличии) выбор мест прохождения практик осуществляется с учетом состояния здоровья и требований по доступности.

1.4. Способы проведения практики

Способы проведения производственной (клинической) практики (базовая часть):

- стационарная;
- выездная.

Стационарная практика проводится в Институте или в иных профильных организациях и учреждениях, расположенных на территории города Санкт-Петербург.

Выездной является практика, которая проводится за пределами места нахождения Института.

1.5. Роль производственной (клинической) практики (базовая часть) в формировании компетенций выпускника

Производственная (клиническая) практика (базовая часть) участвует в формировании у выпускников следующих профессиональных компетенций: ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-7; ПК-8; ПК-9; ПК-10; ПК-11, ПК-12.

1.6. Требования к результатам освоения практики

№	Компетенции	В результате практики обучающиеся должны:

п/п	Индекс	Содержание	Знать	Уметь	Владеть
1	ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	1)основные мероприятия, направленные на укрепление здоровья, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	1)организовывать и проводить мероприятия, направленные на укрепление здоровья, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	1)основами формирования здорового образа жизни и мер первичной профилактики заболеваний человека
2	ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	1)основы организации и проведения различных методов скрининга социально значимых заболеваний 2)определять объём и последовательность исследований, обоснованно строить алгоритм обследования пациента	1)документировать диагностическую информацию, проводить описание результатов обследования с оформлением протокола исследования и заключения, квалифицированно оформлять медицинское заключение 2)давать	1)современными методиками проведения исследования органов и систем человеческого организма в различные возрастные периоды 2)современными методиками архивирования, передачи и хранения результатов

				рекомендации лечащему врачу о дальнейшем плане исследования больного	
3	ПК-3	готовность к проведению противоэпидеми- ческих мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	организацию врачебного контроля за состоянием здоровья населения с урологическими заболеваниями, принципы проведения противоэпидеми- ческих мероприятий в чрезвычайных ситуациях	Организовать и провести противоэпидеми- ческие мероприятия, в том числе в условиях распространения новой коронавирусной инфекции	методами, обеспечивающими защиту населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки и стихийных бедствиях, методами защиты пациентов в условиях распространения новой коронавирусной инфекции
4	ПК-4	готовность к применению социально- гигиенических методик сбора и медико- статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	порядок практического применения социально- гигиенических методик сбора и медико- статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков с целью анализа рисков и заболеваемости урологическими заболеваниями; методы ведения медицинской учетно-отчетной документации	собирать, рассчитывать и анализировать основные показатели здоровья взрослых и подростков; работать с персональными данными пациентов и сведениями, составляющими врачебную тайну; вести медицинскую документацию, в том числе и в электронном виде.	навыками ведения типовой учетно- отчетной медицинской документации, сбора информации о заболеваемости населения; навыками расчета и анализа статистических показателей, характеризующих состояние здоровья взрослых и подростков.
5	ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов,	1)общие вопросы организации урологической помощи в РФ, организация работы скорой и	1)получить информацию о заболевании 2)применить объективные методы	1)комплексом методов стандартного урологического обследования 2)основными

		синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	неотложной помощи 2) анатомию, эмбриологию и топографическую анатомию мочевыделительной и мужской половой систем 3) основные вопросы нормальной и патологической физиологии мочевыделительной и мужской половой систем 4) причины возникновения патологических процессов в организме, механизмы их развития 5) клинические симптомы основных урологических заболеваний, критерии диагностики, принципы лечения и профилактики 6) основные методы параклинического обследования в урологической клинике, включая общие исследования, рентгенологическое, магнитно-резонансные, радиоизотопные и ультразвуковые методы, уродинамические исследования 7) показания и противопоказания	исследования 3) выявить общие и специфические признаки урологического заболевания 4) оценивать динамику симптоматики при ведении больных с заболеваниями мочевыделительной системы 5) оценить тяжесть состояния больного, в том числе определить необходимость реанимационных мероприятий 6) определить план реанимационных мероприятий 7) определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, функциональных), интерпретировать полученные данные, определить показания к госпитализации 8) провести дифференциальную диагностику основных урологических заболеваний 9) обосновать клинический диагноз, схему, план и тактику ведения больного 10) определить возможные	принципами диагностики и лечения мочекаменной болезни 3) основными принципами диагностики и лечения эректильной дисфункции и мужского бесплодия 4) основными принципами диагностики и лечения инфекционно-воспалительных заболеваний мочевыделительной и мужской половой систем 5) основными принципами диагностики и лечения паразитарных заболеваний мочевыделительной и мужской половой систем 6) основными принципами диагностики и лечения туберкулеза мочевыделительной системы 7) основными принципами диагностики и лечения опухолей мочевыделительной и мужской половой систем 8) основными принципами диагностики и лечения аномалий развития мочевыделительной

			к проведению параклинического обследования урологического больного	показания/противопоказания к оперативному лечению, определить объем и метод хирургического вмешательства	ой и мужской половой систем 9) основными принципами диагностики и лечения травматических поражений мочевыделительной и мужской половой систем 10) основными принципами диагностики и лечения неотложных состояний в урологии
6	ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании урологической медицинской помощи	1)общие вопросы организации урологической помощи в РФ, организация работы скорой и неотложной помощи 2)анатомию, эмбриологию и топографическую анатомию мочевыделительной и мужской половой систем 3)основные вопросы нормальной и патологической физиологии мочевыделительной и мужской половой систем 4)причины возникновения патологических процессов в организме, механизмы их развития 5)клинические симптомы основных урологических	1)оценивать динамику состояния урологических больных 2)оценить тяжесть состояния больного, в том числе определить необходимость реанимационных мероприятий 3) определить план реанимационных мероприятий 4)определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, функциональных), интерпретировать полученные данные, определить показания к госпитализации 5)провести дифференциальную диагностику	1)комплексом методов стандартного урологического обследования 2)основными принципами диагностики и лечения мочекаменной болезни 3)основными принципами диагностики и лечения эректильной дисфункции и мужского бесплодия 4)основными принципами диагностики и лечения инфекционно-воспалительных заболеваний мочевыделительной и мужской половой систем 5) основными принципами диагностики и лечения паразитарных

			заболеваний, критерии диагностики, принципы лечения и профилактики 6) основные методы параклинического обследования в урологической клинике, включая общие исследования, рентгенологическое, магнитно-резонансные, радиоизотопные и ультразвуковые методы, уродинамические исследования 7) показания и противопоказания к проведению параклинического обследования урологического больного	основных урологических заболеваний 6) обосновать клинический диагноз, схему, план и тактику ведения больного 7) дать оценку течения заболевания, предусмотреть возможные осложнения и осуществить их профилактику	заболеваний мочевыделительной и мужской половой систем 6) основными принципами диагностики и лечения туберкулеза мочевыделительной системы 7) основными принципами диагностики и лечения опухолей мочевыделительной и мужской половой систем 8) основными принципами диагностики и лечения аномалий развития мочевыделительной и мужской половой систем 9) основными принципами диагностики и лечения травматических поражений мочевыделительной и мужской половой систем 10) основными принципами диагностики и лечения неотложных состояний в урологии
7	ПК-7	готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	Особенности патологии у пострадавших в ЧС, алгоритмы оказания неотложной помощи и сердечно-легочной реанимации	Оказывать медицинскую помощь пострадавшим в ЧС, в том числе оказывать неотложную помощь и проводить сердечно-	Навыками в организации оказания медицинской помощи в ЧС, навыками оказания неотложной помощи и навыками

				легочную реанимацию	проведения сердечно-легочной реанимации
8	ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	1)возможности физиотерапии и ЛФК, показания и противопоказания к физиотерапии и ЛФК, санаторно-курортному лечению 2)основы рационального питания и принципы диетотерапии в урологической клинике	1)определить программу реабилитационных мероприятий 2)решить вопрос о трудоспособности больного 3)применять в повседневной работе достижения информационных технологий и статистические методы	1)основными принципами реабилитации больных, перенесших оперативное лечение по поводу различных заболеваний органов мочевыделительной и мужской половой систем
9	ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	1)принципы формирования у населения пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	1)формировать у населения пациентов и членов их семей мотивацию, направленную на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	1)владеть принципами формирования у населения пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих
10	ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	1)законодательство РФ 2)Локальные номенклатурные акты учреждения 3)принципы организации урологической помощи населению РФ	1)организовать работу урологического отделения и смежных специалистов	1)применением законов и положений в сфере организации урологической помощи
11	ПК- 11	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с	1)законодательство РФ 2)Локальные номенклатурные акты учреждения 3)принципы	1)оценивать качество медицинской помощи	1)применением законов и положений в сфере организации урологической

		использованием основных медико-статистических показателей	организации урологической помощи населению РФ		помощи и медицинской статистики в отделениях урологического профиля
12	ПК-12	готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	Принципы организации лечебно-эвакуационных мероприятий в ЧС, порядок организации развертывания и работы учреждений здравоохранения в условиях массового поступления пострадавших в ЧС.	Проводить медицинскую сортировку пострадавших в ЧС, проводить мероприятия по перестройке работы учреждения здравоохранения для приема пострадавших в ЧС.	Методикой проведения медицинской сортировки в ЧС.

1.7. Форма контроля: зачет с оценкой, 1 и 2 курс.

2. ОБЪЁМ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ (КЛИНИЧЕСКОЙ) ПРАКТИКИ (БАЗОВАЯ ЧАСТЬ)

Общая трудоёмкость практики «Производственная (клиническая) практика (базовая часть)» составляет 60 зачётных единиц.

Вид работы	Всего часов	1 курс	2 курс
Контактная работа	148,4	84,2	64,2
Самостоятельная работа: выполнение работ в профильной организации, симуляционная отработка практических умений и навыков в структурных подразделениях Института, ведение дневника	2011,6	779,8	1231,8
Консультации в ходе практики	148	84	64
Промежуточная аттестация: <i>зачёт с оценкой (кчз)</i>	0,4	0,2	0,2
Общая трудоемкость, академ. час	2160	864	1296

3. СОДЕРЖАНИЕ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ (КЛИНИЧЕСКОЙ) ПРАКТИКИ (БАЗОВАЯ ЧАСТЬ)

Разделы производственной (клинической) практики (базовая часть) по видам работ:

1. Работа в профильной организации

№ п/п	Тема	Вид деятельности	Формируемые профессиональные компетенции
1.	Заболевание почек и мочевыводящих путей	Участие в клинических разборах, разбор историй болезни, самостоятельный анализ лабораторных и инструментальных исследований.	ПК-1, ПК-2, ПК-3; ПК-4 ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
2	Заболевания предстательной железы	Участие в клинических разборах, разбор историй болезни, самостоятельный анализ лабораторных и инструментальных исследований.	ПК-1, ПК-2, ПК-3; ПК-4 ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
3.	Заболевания наружных половых органов	Участие в клинических разборах, разбор историй болезни, самостоятельный анализ лабораторных и инструментальных исследований.	ПК-1, ПК-2, ПК-3; ПК-4 ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
4.	Онкоурология	Участие в клинических разборах, разбор историй болезни, самостоятельный анализ лабораторных и инструментальных исследований.	ПК-1, ПК-2, ПК-3; ПК-4 ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
5.	Клинико-диагностическое поликлиническое отделение	Участие в клинических разборах, разбор историй болезни, самостоятельный анализ лабораторных и инструментальных исследований.	ПК-1, ПК-2, ПК-3; ПК-4 ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12

2. Симуляционная отработка практических умений и навыков (на базе структурных подразделений Института)

Сердечно-легочная реанимация			
2.1.	Базисная сердечно-легочная реанимация	Изучение современных принципов базисной сердечно-легочной реанимации, в том числе в условиях ЧС. Тестирование. Отработка навыков базисной сердечно-легочной реанимации на манекенах. Отработка навыка использования автоматического наружного дефибриллятора	ПК-7, ПК-12
2.2.	Расширенная сердечно-	Изучение современных принципов	ПК-7, ПК-12

легочная реанимация. Оказание медицинской помощи в экстренной форме. Навыки эвакуации в условиях ЧС	расширенной сердечно-легочной реанимации, в том числе в условиях ЧС. Тестирование. Отработка навыков проведения ИВЛ с приспособлениями. Изучение принципов диагностики и лечения шока. Изучение принципов диагностики и лечения острого коронарного синдрома	

4. ФОРМЫ ОТЧЁТНОСТИ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ (КЛИНИЧЕСКОЙ) ПРАКТИКЕ (БАЗОВАЯ ЧАСТЬ)

В соответствии с Положением о порядке проведения практики по программам подготовки кадров высшей квалификации – программам ординатуры в ходе практики ординатор ведет дневник, в структуру которого, в том числе, входит отчет по практике. Ежедневно дневник подписывается сотрудником профильной организации, непосредственно курирующим работу данного ординатора. По итогам прохождения практики ординатор сдает зачет с оценкой (дифференцированный зачет).

4.1. Отчет работы ординатора в профильной организации:

Виды работ в профильной организации	Всего часов:	
	1 курс	2 курс
Работа в профильной организации:	779,8	1231,8
Работа в отделении...		
Работа в ...		
Работа в ...		

4.2.

О Т Ч Ё Т

Ординатора _____ курса
о выполнении программы производственной (клинической) практики (базовая часть)

Перечень видов работ, отрабатываемых в профильной организации

Перечень умений и навыков	Итоговое кол-во выполненных манипуляций
1. Получение информации о заболевании, применение объективных методов обследования больного, выявление общих и специфических признаков заболевания;	
2. Оценка тяжести состояния больного, принятие необходимых мер для выведения больного из такого состояния, определение объема и последовательности реанимационных мероприятий, оказание необходимой срочной помощи;	
3. Определение специальных методов исследования (лабораторные, рентгенологические и функциональные);	

4.	Определение показаний для госпитализации и организация ее;	
5.	Проведение дифференциальной диагностики, обоснование клинического диагноза, плана и тактики ведения больного;	
6.	Оценка электрокардиограммы, спирограммы, данных рентгенологического обследования и заключение по ним;	
7.	Определение степени нарушения гомеостаза и выполнение мероприятий по его нормализации;	
8.	Назначение необходимых лекарственных средств и других лечебных мероприятий;	
9.	Определение вопросов трудоспособности больного – временной или стойкой;	
10.	Проведение необходимых противоэпидемических мероприятий при выявлении инфекционного больного;	
11.	Проведение диспансеризации здоровых и больных;	
12.	Оформление медицинской документации, предусмотренной законодательством по здравоохранению	
13.	Забор материала из мочеиспускательного канала	
14.	Исследование стенки уретры на прямом буже	
15.	Введение бужа, массаж уретры на прямом буже, введение катетера при острой задержке мочи	
16.	Проведение инстилляции лекарственных веществ в уретру	
17.	Выполнение уретроскопии и лечебной тампонады	
18.	Взятие материала из мочеполовых органов	
19.	Оформление экстренных извещений	
20.	Оформление больничного листа	
21.	Пальпация почек, мочевого пузыря, органов мошонки, стенок влагалища, уретры и кавернозных тел	
22.	Интерпретация данных лабораторных исследований	
23.	Интерпретации данных лучевого исследования (обзорной и экскреторной урографии)	
24.	Интерпретации данных лучевого исследования (МРТ)	
25.	Интерпретации данных лучевого исследования (КТ)	
26.	Интерпретации данных лучевого исследования (УЗИ органов брюшной полости)	
27.	Интерпретации данных лучевого исследования (УЗИ почек)	
28.	Интерпретации данных лучевого исследования (УЗИ мочевого пузыря)	
29.	Катетеризация мочевого пузыря	
30.	Бужирование уретры	
31.	Надлобковая капиллярная пункция мочевого пузыря	

32. Уретроскопия	
33. Цистоскопия	
34. Хромоцистоскопия	
35. Катетеризация мочеочника	
36. Биопсия стенки мочевого пузыря	
37. Электрокоагуляция папиллярной опухоли	
38. Цистолитотрипсия	
39. Выполнение и оценка результатов урофлоуметрии и цистометрии	
40. Оценка и описание обзорного снимка мочевой системы	
41. Представление больных на МСЭ	
42. Оформление медицинской документации на больных для МСЭ	
43. Оформление санаторно-курортной карты	
44. Участие в составлении годового отчета урологического отделения или кабинета	
45. Оформление документации для страховой компании	
46. Применение методов физиотерапевтического лечения	

При проведении промежуточной аттестации в форме зачёта с оценкой по окончании практики учитываются следующие составляющие:

- оценка за ведение и оформление дневника практики, в том числе отчета;
- оценка руководителя от профильной организации за полноту отработки задания практики, проявленные личностные профессиональные характеристики и качество освоенных навыков;
- оценка по результатам тестирования и собеседования с руководителем практики от Института.

По результатам обучения в ходе практической подготовки в форме практики, защиты отчетных документов, содержащихся в дневнике по практике, руководителем практики от Института фиксируются результаты освоения компетенции в Аттестационном листе.

Оценка руководителя практики от института заносится в ведомость/индивидуальную ведомость и зачетную книжку ординатора (за исключением оценки «неудовлетворительно»).

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

5.1. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ, ШКАЛЫ ОЦЕНИВАНИЯ ПО ВИДАМ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
	Собеседование	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.	Вопросы по урологии	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
	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 по урологии	грамотность определения содержащейся в задаче проблемы; корректность оперирования профессиональной терминологией при анализе и решении задачи; адекватность применяемого способа решения ситуационной задачи
	Тестовое задание	Система заданий,	Фонд тестовых	Критерии оценки

п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
		позволяющая стандартизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.	заданий по урологии	вопросов теста в зависимости от типов формулируемых вопросов.

Практические навыки

Оценка «отлично» выставляется, если необходимые практические навыки, предусмотренные рабочей программой практики, сформированы полностью и подкреплены теоретическими знаниями.

Оценка «хорошо» выставляется, если необходимые практические навыки, предусмотренные рабочей программой практики, сформированы недостаточно, но подкреплены теоретическими знаниями без пробелов.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если необходимые практические навыки, предусмотренные рабочей программой практики, в основном сформированы, но теоретические знания освоены частично.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если необходимые практические навыки, предусмотренные в рамках прохождения практики, не сформированы.

Ситуационные задачи

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 неправильная.

Тесты

Границы в процентах	Оценка
85-100	Отлично
65-84	Хорошо
55-64	Удовлетворительно
0-54	Неудовлетворительно

5.2.ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

5.2.1. Оценочные средства для текущего контроля

Перечень умений и навыков

№ п/п	Перечень умений и навыков
1.	Получить информацию о заболевании, применить объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки заболевания;
2.	Оценить тяжесть состояния больного, принять необходимые меры для выведения больного из такого состояния, определить объем и последовательность реанимационных мероприятий, оказать необходимую срочную помощь;
3.	Определить специальные методы исследования (лабораторные, рентгенологические и функциональные);
4.	Определить показания для госпитализации и организовать ее;
5.	Провести дифференциальную диагностику, обосновать клинический диагноз, план и тактику ведения больного;
6.	Оценить электрокардиограмму, спирограмму, данные рентгенологического обследования и дать по ним заключение;
7.	Определить степень нарушения гомеостаза и выполнить все мероприятия по его нормализации;
8.	Назначить необходимые лекарственные средства и другие лечебные мероприятия;
9.	Определить вопросы трудоспособности больного – временной или стойкой нетрудоспособности;
10.	Провести необходимые противоэпидемические мероприятия при выявлении инфекционного больного;
11.	Провести диспансеризацию здоровых и больных, уметь анализировать результаты;
12.	Оформить медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению
13.	Забор материала из мочеиспускательного канала
14.	Исследование стенки уретры на прямом буже
15.	Введение бужа, массаж уретры на прямом буже, введение катетера при острой задержке мочи
16.	Проведение инстилляций лекарственных веществ в уретру
17.	Выполнение уретроскопии и лечебной тампонады
18.	Взятие материала из мочеполовых органов
19.	Оформление экстренных извещений
20.	Оформление больничного листа
21.	Пальпация почек, мочевого пузыря, органов мошонки, стенок влагалища, уретры и кавернозных тел
22.	Интерпретация данных лабораторных исследований
23.	Интерпретации данных лучевого исследования (обзорной и экскреторной урографии, МРТ, КТ, УЗИ органов брюшной полости, почек, мочевого пузыря)
24.	Катетеризация мочевого пузыря

25.	Бужирование уретры
26.	Надлобковая капиллярная пункция мочевого пузыря
27.	Уретроскопия, цистоскопия, хромоцистоскопия, катетеризация мочеочника, биопсия стенки мочевого пузыря, электрокоагуляция папиллярной опухоли
28.	Цистолитотрипсия
29.	Выполнение и оценка результатов урофлоуметрии и цистометрии
30.	Оценка и описание обзорного снимка мочевой системы
31.	Представление больных на МСЭ
32.	Оформление медицинской документации на больных для МСЭ
33.	Оформление санаторно-курортной карты
34.	Участие в составлении годового отчета урологического отделения или кабинета
35.	Оформление документации для страховой компании
36.	Применения методов физиотерапевтического лечения

5.2.2. Оценочные средства

Включаются все оценочные средства, используемые при текущем контроле и промежуточной аттестации

Контрольные вопросы

Диагностика и клиника мочекаменной болезни.

1. Диагностика и клиника мочекаменной болезни.
2. Урофлоуметрия. Методика, расшифровка урофлоурограмм.
3. Хронический пиелонефрит. Лечение, исходы, прогноз, профилактика.
4. Рентгеновские методы диагностики мочекаменной болезни.
5. Динамическая кавернозография. Показания, методика, осложнения.
6. Хронические циститы. Классификация, клиника, дифференциальная диагностика.
7. Ультразвуковая доплерография сосудов полового члена. Показания, методика, оценка результатов.
8. Методы обследования больных с недержанием мочи.
9. Уретероскопия. Показания, методика выполнения, профилактика осложнений
10. Электромиография бульбокавернозного рефлекса. Методика, оценка результатов.
11. Клиника и диагностика эректильной дисфункции.
12. Аномалии яичка. Классификация, диагностика, лечение.
13. Аномалии почек. Классификация, диагностика, лечение.
14. Уретероскопия. Показания, методика выполнения, профилактика осложнений
15. Бесплодие у мужчин. Этиология, патогенез, классификация, методы диагностики.
16. Особенности урологической помощи в поликлиниках и стационарах.
17. Консервативное секреторного бесплодия у мужчин.
18. Цистоскопия. Показания, методика, оценка результатов.
19. Физиотерапия при лечении эректильной дисфункции. Показания, противопоказания.
20. Эферентные методы бесплодия у мужчин.
21. Термотерапия при ДГПЖ. Показания, методика.
22. Динамическая кавернозография. Показания, методика, осложнения.
23. Динамическая кавернозография. Расшифровка результатов исследования.
24. Спермограмма. Расшифровка основных показателей.
25. Рентгенологические методы диагностики аномалий развития почек. Расшифровка

рентгенограмм.

26. Компьютерная томография в дифференциальной диагностике гидронефроза.
27. Принципы диспансеризации урологических больных.
28. Рентгенодиагностика стриктур уретры. Расшифровка уретрограмм.
29. Туберкулёз придатка яичка. Патогенез, клиника, диагностика и лечение
30. Приапизм. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
31. Острый цистит. Клиника, диагностика, лечение.
32. Эписпадия. Клиника, диагностика, хирургическое лечение.
33. Варикоцеле. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
34. Острый пиелонефрит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
35. Гипоспадия. Клиника, диагностика, хирургическое лечение.
36. Экстрофия мочевого пузыря. Клиника, диагностика, хирургическое лечение.
37. Хронический пиелонефрит. Классификация, клиника, диагностика и осложнения.
38. ДГПЖ. Этиология, патогенез, клиника, диагностика.
39. Диагностика и лечение опухолей почек.
40. Травмы почек. Этиология, патогенез, классификация, клиника травм и их осложнений, диагностика.
41. Болезнь Пейрони. Этиология, диагностика, консервативное лечение.
42. Травмы мочеточников. Классификация, клиническая симптоматика травм и осложнений
43. Неспецифические уретриты. Этиология, патогенез, дифференциальная диагностика и лечение.
44. Травмы мочеточников. Лечение, прогноз и экспертиза нетрудоспособности.
45. Интерстициальный цистит. Особенности клиники. Диагностика, методы лечения.
46. Методы реконструктивной пластики полового члена при его утрате.
47. Аномалии полового члена. Диагностика, лечение.
48. Воспалительные заболевания яичка и придатка. Особенности клиники. Методы консервативного и оперативного лечения.
49. Баланопостит. Кавернит. Клиника, диагностика, лечение.
50. Гидронефроз. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
51. Нефроптоз. Клиника, диагностика, методы лечения
52. Рак предстательной железы. Этиология, патогенез, клиника, диагностика
53. Опухоли мочевого пузыря. Радикальные операции, доступы, виды цистэктомий.
54. Протяжённые стриктуры мочеточника. Причины, симптоматика, диагностика.
55. Опухоли полового члена. Этиология, патогенез, клиника, комбинированное и хирургическое лечение
56. Опухоли яичка. Этиопатогенез, клиника, хирургическое лечение.
57. Гидронефроз и беременность. Тактика ведения, методы лечения.
58. Стриктуры уретры. Классификация, клиника, методы уретропластики.
59. Хроническая почечная недостаточность урологических больных. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
60. Бактериотоксический шок. Этиопатогенез, клиника, лечение.
61. Ранние и поздние осложнения после аденомэктомии
62. Оперативные и эндоскопические методы лечения мочекаменной болезни
63. Контактная и дистанционная литотрипсия при мочекаменной болезни.
64. Особенности туберкулёза почек и мочевых путей.
65. Осложнения туберкулёза почек и мочевых путей.
66. Осложнения острого пиелонефрита. Консервативное и хирургическое лечение.
67. Лечение туберкулёза почек и мочевых путей.
68. Особенности клиники и диагностики туберкулёза мужских половых органов.
69. Бужирование уретры. Показания, методика, осложнения.
70. ДГПЖ. Методы консервативного лечения.

71. Травмы полового члена. Неотложная помощь.
72. ДГПЖ. Хирургическое лечение, осложнения и их профилактика.
73. Хирургическое лечение опухолей почек. Органосохраняющие и радикальные операции.
74. Клинические особенности течения пиелонефрита у беременных.
75. Травмы почек. Консервативное и оперативное лечение.
76. Консервативное лечение эректильной дисфункции.
77. Методы реконструктивной пластики полового члена при его утрате.
78. Травмы Трансуретральная резекция (ТУР) ДГПЖ. Показания, методика, профилактика осложнений мочевого пузыря. Этиология, классификация, клиника, диагностика
79. Хирургическое лечение травм мочевого пузыря.
80. Клинические особенности течения мочекаменной болезни у беременных.
81. Установка почечного стента. Показания, профилактика осложнений.
82. Методы хирургического лечения гидронефроза.
83. Цистоскопия. Показания, методика, оценка результатов.
84. Диагностика и лечение травм уретры.
85. Хирургическое лечение экскреторного бесплодия у мужчин
86. Ятрогенные повреждения мочеточников и мочевого пузыря в акушерско-гинекологической практике. Методы хирургического лечения.
87. Хирургическое лечение васкулогенной эректильной дисфункции.
88. Консервативное лечение рака предстательной железы.
89. Цистоскопия. Показания, методика, оценка результатов.
90. Имплантационная хирургия эректильной дисфункции. Показания, профилактика осложнений.
91. Хирургическое лечение рака предстательной железы. Виды осложнений и их лечение.
92. Цисталгия. Классификация, диагностика, лечение.
93. Методы хирургической коррекции девиации полового члена.
94. Мочеполовые свищи. Методы хирургического лечения.
95. Гиперактивный мочевой пузырь. Диагностика и лечение.
96. Опухоли мочевого пузыря. Этиология, патогенез, классификация.
97. Реконструктивная хирургия мочеточника различными отделами желудочно-кишечного тракта.
98. Опухоли мочевого пузыря. Клиника, диагностика, принципы лечения.
99. Восстановление протяженных дефектов мочеточника неизменёнными отделами мочевыводящих путей.
100. Хирургическое лечение рака мочевого пузыря. Методы деривации мочи после цистэктомии.
101. Фармакотерапия эректильной дисфункции.
102. Опухоли мочевого пузыря. Консервативное лечение (внутрипузырная иммунотерапия, фотодинамическая терапия).
103. Особенности эндовидеохирургических операций у уроандрологических больных.
104. Лечение мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря.
105. Эндоскопические методы лечения стриктур уретры.
106. Иммунологическое бесплодие. Эфферентные методы лечения.
107. Осложнения острого пиелонефрита. Консервативное и хирургическое лечение.
108. Тактика ведения беременных с гидронефрозом.
109. Лечение поверхностного рака мочевого пузыря.
110. Принципы антибактериальной терапии воспалительных заболеваний почек.
111. Эндоскопическая уретеролитотрипсия. Показания, методика, осложнения
112. Трансуретральная резекция при лечении рака мочевого пузыря.

113. Консервативное лечение и профилактика уролитиаза.
114. Диета при оксалатном, фосфатном, уратном и смешанном уролитиазе.
115. Особенности физиотерапии урологических больных.
116. Физиотерапия при лечении эректильной дисфункции. Показания, противопоказания.

Тестовые задания

001 ПОЧЕЧНАЯ КОЛИКА - СИМПТОМОКОМПЛЕКС, КОТОРЫЙ ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- А камнях почек и мочеточников
- Б кисте почки
- В ренальной гипертензии
- Г поликистозе почек

002 ПОВЕДЕНИЕ БОЛЬНОГО ПРИ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКЕ

- А беспрерывно меняет положение тела
- Б лежа на боку
- В вынужденное положение сидя на стуле
- Г вертикальное положение

003 ТИПИЧНАЯ ИРРАДИАЦИЯ БОЛЕЙ ПРИ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКЕ

- А в паховую область, бедро, половые органы
- Б в плечо, лопатку
- В в мечевидный отросток грудины
- Г в эпигастральную область

004 НАЗОВИТЕ РЕДКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ

- А бактериотоксический шок
- Б простатит
- В варикоцеле
- Г уретероцеле

005 ПРИ КАКОМ СИМПТОМОКОМПЛЕКСЕ ПУЛЬС НЕ БЫВАЕТ УЧАЩЕННЫМ, ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ВАЖНЫМ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ?

- А почечная колика
- Б перитонит
- В апостематозный пиелонефрит
- Г острый холецистит

006 КАКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОЖЕТ ПОДТВЕРДИТЬ ИЛИ ИСКЛЮЧИТЬ НАЛИЧИЕ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ С ОСТРЫМИ ХИРУРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

- А хромоцистоскопия
- Б урофлоуметрия
- В венотестикулография
- Г компьютерная томография почек

007 КАКОЙ ВИД НОВОКАИНОВОЙ БЛОКАДЫ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ С ОСТРЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ?

- А блокада семенного канатика или круглой связки матки
- Б пресакральная
- В хлорэтиловая
- Г пред пузырная

008 С ПОМОЩЬЮ КАКОЙ ПРОБЫ МОЖНО ПОЛУЧИТЬ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ЛОКАЛИЗАЦИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В МОЧЕВОЙ СИСТЕМЕ?

- А двухстаканная проба мочи
- Б проба Реберга
- В проба Каковского-Аддиса
- Г проба Нечипоренко

009 НАЗОВИТЕ САМЫЙ РАСПРОСТРАНЕННЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА

- А микционная цистография
- Б экскреторная урография
- В уретрография
- Г цистоскопия

010 С ПОМОЩЬЮ КАКОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ МОЖНО ПРОИЗВОДИТЬ ЭНДОУРЕТРАЛЬНО ЛЕЧЕБНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ?

- А уретроскопия
- Б цистоскопия
- В урофлоуметри
- Г уретероскопия

011 КАК НАЗЫВАЕТСЯ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ, С ПОМОЩЬЮ КОТОРОГО МОЖНО ПРОИЗВЕСТИ ВИЗУАЛЬНЫЙ ОСМОТР ЛОХАНКИ И ЧАШЕЧЕК?

- А пиелоскопия
- Б уретроскопия
- В цистоскопия
- Г эхография

012 ПИЕЛОНЕФРИТ ЯВЛЯЕТСЯ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

- А инфекционно-воспалительным
- Б наследственным
- В аллергическим
- Г сосудистым

013 ОСНОВНОЙ (ВЕДУЩИЙ) МИКРОБНЫЙ ВОЗБУДИТЕЛЬ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ

- А кишечная палочка

- Б клебсиелла
- В синегнойная палочка
- Г стафилококк

014 С КАКИХ ЦИФР СНИЖЕНИЯ УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ МОЖНО ДУМАТЬ О НАЧАЛЕ СЕПТИЧЕСКОГО ШОКА?

- А 90-80 мм рт. ст.
- Б 80 - 70 мм рт. ст.
- В 70 - 60 мм рт. ст.
- Г 100 - 90 мм рт. ст.

015 В КАКОМ ВОЗРАСТЕ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПИЕЛОНЕФРИТ У ЖЕНЩИН?

- А молодом
- Б пожилом
- В старческом
- Г в детском

016 ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЙ ФАКТОР ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕВОЧЕК

- А вульвовагиниты
- Б переохлаждение
- В гипо- и авитаминоз
- Г несоблюдение туалета наружных половых органов

017 ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЙ ФАКТОР ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

- А снижение иммунореактивности организма
- Б травма
- В нарушение пассажа мочи
- Г нефропатии

018 ПУТЬ ИНФИЦИРОВАНИЯ ПОЧКИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ (НЕОБСТРУКТИВНОМ) ПИЕЛОНЕФРИТЕ

- А гематогенный
- Б лимфогенный
- В по стенке мочеточника
- Г по просвету мочеточника

019 ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЙ ФАКТОР ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВТОРИЧНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

- А нарушение оттока мочи
- Б переохлаждение
- В инфекция
- Г нарушение лимфооттока

020 ЧАСТЫЙ ВОЗБУДИТЕЛЬ ГЕМАТОГЕННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

- А стафилококк
- Б стрептококк
- В синегнойная палочка
- Г протей

021 РАННИЙ ЛАБОРАТОРНЫЙ СИМПТОМ, УКАЗЫВАЮЩИЙ НА СЕРОЗНУЮ ФАЗУ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В ПОЧКАХ

- А бактериурия
- Б цилиндрурия
- В альбуминурия
- Г лейкоцитурия

022 ЛАБОРАТОРНЫЙ ПРИЗНАК, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙ ГНОЙНУЮ ФАЗУ ВОСПАЛЕНИЯ В ПОЧКЕ

- А лейкоцитурия
- Б эритроцитурия
- В кристаллурия
- Г бактериурия

023 КАКОЕ МЕСТО ПО ЧАСТОТЕ ЗАНИМАЕТ ПИЕЛОНЕФРИТ СРЕДИ ПОЧЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

- А первое
- Б второе
- В третье
- Г четвертое

024 КАКАЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ОСОБЕННОСТЬ ПРЕДОПРЕДЕЛЯЕТ КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ВТОРИЧНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА?

- А лоханочно-почечные рефлюксы
- Б нарушение лимфооттока
- В венозный застой
- Г вирулентность микробной флоры

025 ПРОЯВЛЕНИЕМ КАКОГО ПРОЦЕССА ЯВЛЯЕТСЯ ОЗНОБ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ?

- А прорыва бактерий в кровеносное русло
- Б инфицирования мочевых путей
- В лихорадки
- Г нарушения оттока мочи

026 ЧТО ИГРАЕТ ОСНОВНУЮ РОЛЬ В РАСПРОСТРАНЕНИИ ИНФЕКЦИИ ПРИ УРИНОГЕННОМ (ВОСХОДЯЩЕМ) ПИЕЛОНЕФРИТЕ?

- А пузырно-мочеточниковый рефлюкс
- Б расстройство кровообращения
- В гипотония мочевых путей

Г нарушение иннервации

027 ОСТРЫЙ ПЕРВИЧНЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОСЛОЖНЯЕТСЯ

- А апостематозным нефритом
- Б сморщенной почкой
- В артериальной гипертензией
- Г пионефрозом

028 ПИЕЛОНЕФРИТ БЕРЕМЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ ЧАСТО СЛЕДСТВИЕМ

- А латентно протекающей хронической инфекции
- Б впервые возникшего острого процесса
- В эндогенных очагов инфекции
- Г воспалительного процесса в гениталиях

029 МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АПОСТЕМАТОЗНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕНЫ

- А в корковом слое
- Б в мозговом слое
- В в чашках
- Г в лоханке

030 В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО СЕРОЗНОГО И ГНОЙНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

- А экскурсионная внутривенная урография
- Б обзорный снимок мочевых путей
- В клиническая картина
- Г ультразвуковое исследование почек

031 КАКИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ

- А пенициллины
- Б тетрациклины
- В аминогликозиды
- Г цефалоспорины

032 ПИЕЛОНЕФРОСТОМИЧЕСКИЙ ДРЕНАЖ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У БЕРЕМЕННЫХ УДАЛЯЕТСЯ ПОСЛЕ РОДОВ ЧЕРЕЗ?

- А 1 мес
- Б 2 - 2 дня
- В 1 нед
- Г 2 нед

033 ПРИ НЕКРОЗЕ ПОЧЕЧНЫХ СОСОЧКОВ ЧАСТЫМ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А макрогематурия

- Б лейкоцитурия
- В бактериурия
- Г цилиндрурия

034 КАКОЙ ПАРАНЕФРИТ ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ ВСТРЕЧАЕТСЯ ЧАЩЕ?

- А задний
- Б нижний
- В верхний
- Г боковой

035 ПРИ КАКОЙ ФОРМЕ ПИЕЛОНЕФРИТА МАССА ПОЧКИ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ?

- А при ксантогранулематозном
- Б при первичном
- В при вторичном
- Г при эмфизематозном

036 В КАКОЙ СТАДИИ ПИЕЛОНЕФРИТА МАССА ПОЧКИ УМЕНЬШАЕТСЯ?

- А при сморщенной почке
- Б при остром серозном воспалении
- В при карбункуле почки
- Г при жировом перерождении почки

037 В КАКИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫЙ РЕФЛЮКС?

- А дети
- Б подростки
- В молодые люди
- Г средний возраст

038 ЧЕРЕЗ КАКОЙ ТРЕУГОЛЬНИК ГНОЙ ИЗ ПАРАНЕФРАЛЬНОГО ПРО-СТРАНСТВА МОЖЕТ ПРОРВАТЬСЯ В ПЛЕВРАЛЬНУЮ ПОЛОСТЬ?

- А Богдалека
- Б Льето
- В Пти
- Г Лесгафта-Грюнфельда

039 БАКТЕРИЕМИЧЕСКИЙ ШОК ЯВЛЯЕТСЯ

- А острой формой течения уросепсиса
- Б острой формой с 2-3 атаками
- В острой формой и последующим затяжным течением
- Г подострой формой

040 ОСОБУЮ ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ ЦЕННОСТЬ ПРИ НЕКРОЗЕ ПОЧЕЧНЫХ СОСОЧКОВ ИМЕЕТ

- А ретроградная пиелография
- Б обзорная рентгенография мочевых путей

- В экскреторная урография
- Г ультразвуковое исследование

041 С ПОМОЩЬЮ КАКОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ НАЛИЧИЕ ГАЗА В КИШЕЧНИКЕ МОЖНО ОТДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОТ ГАЗА В ОКОЛОПОЧЕЧНОЙ КЛЕТЧАТКЕ?

- А компьютерная томография
- Б экскреторная урография
- В обзорный снимок почек
- Г ультразвуковое исследование почек

042 ДЛЯ КАКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ПИЕЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРЕН СИМПТОМ ХОДСОНА

- А хронического
- Б ксантогранулематозного
- В острого
- Г гестационного

043 НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ПУТЬ ПРОНИКНОВЕНИЯ ИНФЕКЦИИ ПРИ ВТОРИЧНОМ ПАРАНЕФРИТЕ

- А из гнойного очага в почке (карбункул, абсцесс почки)
- Б гематогенный
- В лимфогенный
- Г из соседних органов

044 КАКОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ПОСОБИЕ ЧАЩЕ ВЫПОЛНЯЕТСЯ ПРИ ОДИНОЧНОМ КАРБУНКУЛЕ ПОЧКИ?

- А иссечение карбункула, декапсуляция почки
- Б нефрэктомия
- В резекция почки
- Г уретеролиз

045 КАКАЯ ОПЕРАЦИЯ ПОКАЗАНА ПРИ АПОСТЕМАТОЗНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ?

- А декапсуляция почки
- Б нефрэктомия
- В резекция почки
- Г чрескожная пункционная нефростомия

046 ОСЛОЖНЕНИЕМ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ПОДДИАФРАГМАЛЬНЫЙ АБСЦЕСС?

- А карбункул почки
- Б холецистит
- В пиелонефрит
- Г пионефроз

047 НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ УРОЛОГИЧЕСКАЯ ПРИЧИНА ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

- А пиелонефрит
- Б пионефроз
- В паранефрит
- Г поликистоз почек

048 НАЗОВИТЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ, КОТОРЫЕ МОЖНО ПРИМЕНЯТЬ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ БЕРЕМЕННЫХ

- А хромоцистоскопия
- Б обзорный снимок мочевых путей
- В ретроградная пиелография
- Г экскреторная урография

049 КАКОВА ДОЛЖНА БЫТЬ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ?

- А 2 мес
- Б 3-4 мес
- В 5-6мес
- Г 2 нед

050 ЧТО СЧИТАЕТСЯ КРИТЕРИЕМ ПРОДОЛЖЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ?

- А бактериурия
- Б эритроцитурия
- В цилиндрурия
- Г клиническая картина

051 КАКИМ СПОСОБОМ НЕОБХОДИМО БРАТЬ МОЧУ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ БЕРЕМЕННЫХ?

- А забор средней порции струи мочи
- Б капиллярной пункцией
- В интраоперационно
- Г забор первой порции струи мочи

052 ДЛЯ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРНА ЛИХОРАДКА ГЕКТИЧЕСКОГО ТИПА С ПОТЯСАЮЩИМИ ОЗНОБАМИ?

- А острый пиелонефрит
- Б острый уретрит
- В острый эпидидимит
- Г острый цистит

053 С КАКОГО МЕРОПРИЯТИЯ НАЧИНАЕТСЯ ЛЕЧЕНИЕ ВТОРИЧНОГО ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА?

- А устранение нарушений пассажа мочи
- Б антибактериальная терапия
- В иммунотерапия
- Г детоксикационное лечение

054 С ПОМОЩЬЮ КАКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МОЖНО ВЫЯВИТЬ

УМЕНЬШЕНИЕ ПАРЕНХИМЫ ПОЧКИ НА РАННИХ СТАДИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА?

- А ренокортикальный индекс
- Б хромоцистоскопия
- В экскреторная урография
- Г статическая сцинтиграфия

055 САМОЕ ОПАСНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

- А бактериотоксический шок
- Б гепаторенальный синдром
- В некроз почечных сосочков
- Г анурия

056 ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С УРОСЕПСИСОМ НУЖНО СОЗДАТЬ ВЫСОКИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ ПРЕПАРАТА

- А в крови
- Б в гнойном очаге
- В в других органах
- Г в почечной паренхиме

057 ИМЕЮТСЯ ЛИ ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ ПРИ БАКТЕРИОТОКСИЧЕСКОМ ШОКЕ, И ЕСЛИ ДА, ТО КОГДА НУЖНО ПРОИЗВОДИТЬ ОПЕРАЦИЮ?

- А после выведения из шока
- Б через 1-2 дня после шока
- В через 3-4 дня после шока
- Г через 5 - 6 дней после шока

058 ДО КАКОГО УРОВНЯ СНИЖАЕТСЯ ДИУРЕЗ В НАЧАЛЕ БАКТЕРИОТОКСИЧЕСКОГО ШОКА?

- А менее 30 - 25 мл/ч
- Б 90-80 мл/ч
- В 70-60 мл/ч
- Г 50-40 мл/ч

059 С КАКОГО МЕРОПРИЯТИЯ ДОЛЖНО НАЧИНАТЬСЯ ВЫВЕДЕНИЕ БОЛЬНОГО ИЗ БАКТЕРИОТОКСИЧЕСКОГО ШОКА?

- А восстановление объема циркулирующей крови
- Б устранение ДВС-синдрома
- В коррекция электролитных нарушений
- Г уменьшение азотемии

060 КАКИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О ДВУСТОРОННЕМ ВОСПАЛИТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ В ПОЧКАХ?

- А азотемия
- Б бактериурия
- В пиурия
- Г альбуминурия

061 В КАКОМ ПЕРИОДЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОСТРОМ

ПИЕЛОНЕФРИТЕ МОГУТ БЫТЬ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ?

- А начальный период
- Б период разгара
- В период осложнений
- Г период обратного развития

062 ПРИ КАКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА МОЖЕТ ОТСУТСТВОВАТЬ ПИУРИЯ?

- А в корковом веществе
- Б в собирательных трубках
- В в фиброзной капсуле
- Г в фиброзной капсуле и малых чашечках

063 НА КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ МОЖЕТ УКАЗЫВАТЬ ПОЯВЛЕНИЕ ИКТЕРИЧНОСТИ СКЛЕР И КОЖИ ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ?

- А гепаторенальный синдром
- Б хроническая почечная недостаточность
- В холецистит
- Г желчнокаменная болезнь

064 ПРИ ВОСХОДЯЩЕМ (УРИНОГЕННОМ) ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ОТДЕЛЬНЫЕ ОЧАГИ ИНФЕКЦИИ В ПОЧКЕ РАСПОЛАГАЮТСЯ

- А веерообразно в виде клиньев от лоханки до поверхности почки
- Б диффузно в паренхиме
- В вдоль внутридолевых сосудов
- Г вдоль собирательных трубочек

065 ПРИ КАКОМ ВИДЕ РЕФЛЮКСА НАБЛЮДАЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА?

- А при пиелофорникальном
- Б при пиелолимфатическом
- В при пиелосинусном
- Г при пиелотубулярном

066 В КАКОЙ СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАСТУПАЕТ НАРУШЕНИЕ АЗОТОВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПОЧЕК?

- А интермиттирующая
- Б терминальная
- В компенсированная
- Г латентная

067 В ДИАГНОСТИКЕ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРЕДНИЗОЛОНОВЫЙ ТЕСТ?

- А педункулит
- Б острый пиелонефрит
- В пионефроз
- Г ксантогранулематозный пиелонефрит

068 КАКОЙ ИЗ СИНОНИМОВ ТЕРМИНА НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ПРОСТАТИТ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ НАИБОЛЕЕ ПРАВИЛЬНЫМ?

- А бактериальный
- Б нетрихомонозный
- В инфекционный
- Г негонококковый

069 К КАКОЙ ГРУППЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСИТСЯ ХЛАМИДИЙНЫЙ ПРОСТАТИТ?

- А к воспалительным неспецифическим ЗППП
- Б к венерическим
- В к бактериальным грамотрицательным
- Г к заболеваниям, передающимся половым путем

070 КАКОЙ ВОЗРАСТ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ СТРАДАЮЩИХ ПРОСТАТИТОМ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ?

- А простатитом болеют теперь и юноши, и больные с аденомой ПЖ
- Б средний, 30-45 лет
- В старший возраст, 46-60 лет
- Г пожилой возраст

071 УКАЖИТЕ 2 ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПРОСТАТИТА?

- А рост урогенитальных инфекций, передающихся половым путем
- Б снижение воспитательной роли школы
- В уменьшение объема санитарной пропаганды
- Г уменьшение пропаганды классической литературы и искусства

072 КАКАЯ ИЗ ГРАМОТРИЦАТЕЛЬНЫХ БАКТЕРИЙ НЕ СОДЕРЖИТ ОБОЛОЧКИ?

- А уреаплазмы, микоплазмы
- Б кишечная палочка
- В протейные бактерии
- Г хламидии

073 ПРИ КАКОЙ ИЗ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ЖЕНЩИН НАСТУПАЮТ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ВО ВЛАГАЛИЩЕ С ГНИЛОСТНЫМ ЗАПАХОМ?

- А при гарднереллезе
- Б при инфицировании урогенитальным вирусом герпеса
- В при выявлении микоплазм
- Г при уреаплазмозе

074 КАКОВЫ ВРОЖДЕННЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРОСТАТИТА?

- А все перечисленные факторы
- Б обширные венозные анастомозы предстательной железы с венами таза
- В отсутствие мышечных жомов выводных протоков ацинусов в задней уретре, гипогондрия
- Г анатомическая близость всех добавочных половых желез и затрудненный отток секрета предстательной железы; Д. все перечисленное выше

075 КАКИЕ АРТЕРИИ КРОВΟΣНАБЖАЮТ ПРЕДСТАТЕЛЬНУЮ ЖЕЛЕЗУ?

- А верхние и нижние правые и левые простатические артерии
- Б сигмовидная артерия
- В верхние геморроидальные
- Г нижние геморроидальные

076 НАЗОВИТЕ 2 ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ПРИОБРЕТЕННЫХ ФАКТОРА ПРОСТАТИТА

- А задний уретрит, стриктура уретры
- Б цистит
- В варикозное расширение геморроидальных вен, стриктура уретры
- Г колит

077 КАКИЕ ПРИНЦИПЫ, ПОЛОЖЕННЫЕ В ОСНОВУ КЛАССИФИКАЦИЙ ПРОСТАТИТОВ, СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ ПРАВИЛЬНЫМИ?

- А все перечисленные
- Б клинический
- В этиологический
- Г патогенетический

078 КАКОВЫ ПРИЧИНЫ ОСТРОГО ПРОСТАТИТА?

- А уретрит
- Б пиелонефрит
- В цистит
- Г колит

079 ПЕРЕЧИСЛИТЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРОСТАТИТА

- А конгестия вен таза и предстательной железы
- Б анатомические особенности строения выводных протоков ацинусов предстательной железы
- В артериальное кровоснабжение предстательной железы, его особенности
- Г иммунологический

080 НАЗОВИТЕ ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ ОСТРОГО КАТАРАЛЬНОГО ПРОСТАТИТА

- А умеренная, но острая боль в промежности
- Б терминальная гематурия
- В диарея
- Г поллакиурия

081 КАКОВЫ ПОКАЗАТЕЛИ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ОСТРОМ ФОЛЛИКУЛЯРНОМ ПРОСТАТИТЕ?

- А неомогенная по консистенции ПЖ, в которой пальпируются очажки-инфильтраты
- Б уменьшенная в размерах предстательная железа
- В асимметрия предстательной железы, флюктуация одной доли ее
- Г обычные размеры и консистенция ПЖ, выраженная болезненность

082 КАКОВЫ ВОЗМОЖНЫЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ МОЧИ И

СЕКРЕТА ПЖ ПРИ ОСТРОМ ПРОСТАТИТЕ?

- А общий анализ мочи, выделенной во время акта дефекации
- Б анализ секрета ПЖ (нативного препарата)
- В двухстаканная проба
- Г трехстаканная проба

083 КАКОВЫ УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОГО ГНОЙНО-ПАРЕНХИМАТОЗНОГО ПРОСТАТИТА?

- А значительно увеличены размеры ПЖ, эхопозитивные (пестрые) образования
- Б слегка увеличенные размеры ПЖ, гомогенная консистенция ее
- В предстательная железа умеренно увеличена, видны эхонегативные образования
- Г предстательная железа увеличена, гомогенна, вдается в просвет мочевого пузыря, остаточная моча - 120 мл

084 ПРИЗНАКИ «СИМПТОМА ЗАКРЫТОЙ ДОЛИ» ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПРОСТАТИТЕ

- А ректально одна из долей увеличена, при пальпации отмечается баллотирование и флюктуация; вторая доля обычных размеров, консистенции
- Б обе доли слегка напряжены, болезненны
- В обе доли ПЖ не увеличены в размерах, обычной гомогенной консистенции; пальпация одной доли болезненна
- Г одна доля ПЖ утолщена, тестовидной консистенции, безболезненна; другая доля несколько увеличена, напряжена, гомогенна, болезненна

085 УКАЖИТЕ ВЕДУЩИЙ СИМПТОМ КОНГЕСТИВНОГО ПРОСТАТИТА

- А «тусклость» оргазма
- Б боль в промежности
- В снижение либидо
- Г уменьшение эректильной составляющей

086 КАК ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ УРЕТРОПРОСТАТИТА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ТРЕХСТАКАННОЙ ПРОБЫ?

- А лейкоцитурия в первой порции
- Б лейкоцитурия в третьей порции
- В лейкоцитурия в первой и третьей порции
- Г тотальная лейкоцитурия во всех трех порциях мочи

087 ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ АНАЛИЗА СЕКРЕТА ПЖ ПРИ ЕЕ АТОНИИ (ПРОСТАТОРЕЕ) СЛЕДУЮЩИЕ

- А лейкоциты 12 - 17 в поле зрения, лецитиновые зерна в уменьшенном количестве
- Б лейкоциты сплошь покрывают поле зрения, лецитиновые тельца в небольшом количестве
- В лейкоциты скоплениями в отдельных полях зрения, лецитиновые тельца в умеренном количестве
- Г лейкоциты 30 — 40 в поле зрения, лецитиновые зерна в уменьшенном количестве

088 КАКОЙ САМЫЙ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ АНАЛИЗОВ СЕКРЕТА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ПРОВОЖДЕНИИ ПИРОГЕНАЛОТЕРАПИИ?

- А лейкоциты сплошь покрывают поле зрения
- Б лейкоциты 20—30 в поле зрения, лецитиновые зерна в небольшом количестве
- В лейкоциты 10 —12 в поле зрения, лецитиновые зерна в небольшом количестве
- Г лейкоциты до 100 в поле зрения

089 КАКОВА НАЧАЛЬНАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА ПИРОГЕНАЛА ДЛЯ ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ?

- А 2,5мкг
- Б 3 мкг
- В 4 мкг
- Г 1мкг

090 КОТОРЫЙ ДЕНЬ КУРСА ПИРОГЕНАЛОТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ ОПТИМАЛЬНЫМ ДЛЯ НАЧАЛА ЭТИОТРОПНОГО АНТИИНФЕКЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ?

- А четвертый
- Б первый
- В второй
- Г третий

091 ВРЕМЯ НАЧАЛА МАССАЖА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ДРЕНИРОВАНИЯ ПРИ ПИРОГЕНАЛОТЕРАПИИ ИЛИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИММУНОПРОТЕКТОРАМИ

- А спустя 1—2 дня от начала этиотропной антиинфекционной терапии
- Б через 4 дня от начала пирогеналотерапии
- В после окончания пирогеналотерапии
- Г на третий день ее проведения

092 КАКИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ЯВЛЯЮТСЯ НАИБОЛЕЕ ПРИЕМЛЕМЫМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ?

- А антибиотики фторхинолонового ряда
- Б тетрациклины и макролиды
- В аминогликозиды
- Г нитрофураны

093 ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ГЛАВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ПРИКРЫТИЯ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ХЛАМИДИЙНЫХ ПРОСТАТИТОВ?

- А антигрибковые препараты
- Б сердечные средства
- В витамины
- Г препараты, улучшающие функцию печени и трентал

094 КАКУЮ ИЗ НОВОКАИНОВЫХ БЛОКАД МОЖНО РЕКОМЕНДОВАТЬ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРОСТАТИТОВ?

- А парапростатическую
- Б паранефральную

- В пресакральную
- Г позадилоновую

095 КАКОЙ ГОРМОНАЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ ЯВЛЯЕТСЯ ЛУЧШИМ В ЛЕЧЕНИИ ИНТЕРОРЕЦЕПТИВНОЙ ИМПОТЕНЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ПРОСТАТИТАХ?

- А андриол
- Б метилтестостерон
- В тестостерона пропионат
- Г омнадрен

096 КАКОВЫ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АТОНИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ?

- А мелипрамин
- Б массаж предстательной железы, восходящий душ
- В диатермия предстательной железы
- Г антибактериальная терапия

097 ЛУЧШАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ АППАРАТНАЯ ТЕРАПИЯ ПРОСТАТИТА

- А электролазерная на аппарате «Ярило»
- Б диатермия предстательной железы
- В ультразвуковая терапия
- Г лазерная

098 УКАЖИТЕ ОСНОВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СКЛЕРОЗА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ

- А гормональное
- Б антибактериальное
- В с применением фермента лидазы
- Г хирургическое

099 КАКОВА ЛОКАЛИЗАЦИЯ БОЛИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВЕЗИКУЛИТЕ?

- А глубоко в тазу, в паховой области
- Б в позадилоновой области
- В в прямой кишке
- Г в крестце

100 ПРИ КАКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВОЗМОЖНА ГЕМОСПЕРМИЯ?

- А при везикулите
- Б при простатите
- В при цистите
- Г при тромбозе вен таза

101 КАКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ОБУСЛОВЛЕН СИМПТОМ ВЫДЕЛЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ГНОЙНОГО ЭКССУДАТА ИЗ УРЕТРЫ ВО ВРЕМЯ ДЕФЕКАЦИИ?

- А простатитом
- Б колликулитом

- В везикулитом
- Г гнойным циститом

102 КАКОВА ОПТИМАЛЬНАЯ И БЕЗВРЕДНАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ АЗОТНОКИСЛОГО СЕРЕБРА ДЛЯ ПРИЖИГАНИЯ СЕМЕННОГО БУГОРКА ПРИ КОЛЛИКУЛИТЕ

- А 8%
- Б 15%
- В 20%
- Г 1 %

103 ОПТИМАЛЬНЫЙ ДОСТУП ПРИ ВСКРЫТИИ ЭМПИЕМЫ СЕМЕННОГО ПУЗЫРЬКА

- А ишиоректальный
- Б чреспузырный
- В по Мак-Уортеру
- Г пироговский

104 ПОКАЗАНИЯМИ К УРЕТРОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А хронический уретрит
- Б передний уретрит
- В задний уретрит
- Г острый уретрит

105 НЕСОМНЕННЫМ ПРИЗНАКОМ УРЕТРИТА ПРИ ТРЕХСТАКАННОЙ ПРОБЕ МОЖЕТ БЫТЬ

- А наличие лейкоцитов в первой порции мочи
- Б наличие лейкоцитов во второй порции мочи
- В наличие лейкоцитов в третьей порции мочи
- Г наличие лейкоцитов во всех порциях мочи

106 ПРИ КАКОМ УРЕТРИТЕ РАЗВИВАЕТСЯ БОЛЕЗНЬ РЕЙТЕРА?

- А хламидийном
- Б гонорейном
- В вирусном
- Г микоплазменном

107 СИНДРОМ РЕЙТЕРА ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

- А во всех перечисленных случаях
- Б гонорейном уретрите
- В микоплазменном уретрите
- Г дизентерии

108 БОЛЕЗНЬ РЕЙТЕРА ОБУСЛОВЛЕНА

- А генетическими факторами
- Б наличием антител к возбудителю
- В аллергической реакцией
- Г снижением иммунитета

109 ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ ТРИХОМОНАДНОМ УРЕТРИТЕ ДЛИТСЯ

- А 10 дней
- Б 20 дней
- В 15 дней
- Г 5 дней

110 ДЛЯ ВЫРАЩИВАНИЯ ВИРУСОВ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- А клеточные среды
- Б агар-агар
- В мясной бульон
- Г картофельно-глицериновая среда

111 КАКОВА ТАКТИКА ПРИ ПЕРЕКРУТЕ ЯИЧКА?

- А активно-оперативная
- Б блокада семенного канатика
- В физиотерапия (УВЧ)
- Г выжидательная

112 ТАКТИКА ПРИ ОСТРЫХ СЕРОЗНЫХ ЭПИДИДИМИТАХ

- А оперативное дренирование органов мошонки
- Б орхиэпидидимэктомия
- В эпидидимэктомия
- Г вскрытие придатка яичка

113 СКОЛЬКО ТИПОВ ГИДАТИД МОЖЕТ ИМЕТЬ ЯИЧКО И ЕГО ПРИДАТОК?

- А четыре
- Б один
- В пять
- Г три

114 СИМПТОМЫ ОСТРОГО ОРХИТА

- А отек и боль в мошонке
- Б гемоспермия
- В гипертермия
- Г боли в промежности

115 ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОБСТРУКТИВНОЙ АСПЕРМИИ

- А эпидидимовазоанастомоз
- Б дренирование мошонки
- В тестикуловазоанастомоз
- Г искусственная инсеминация

116 ЧЕМ ОБРАЗОВАН ГЕМАТОТЕСТИКУЛЯРНЫЙ БАРЬЕР?

- А оболочкой канальца и цитоплазмой клеток Сертоли
- Б сперматидами
- В клетками Лейдига
- Г сперматогониями

117 КАКАЯ БАКТЕРИАЛЬНАЯ ФЛОРА ЧАЩЕ ПРИСУТСТВУЕТ В МОЧЕ ПРИ ОСТРОМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЭПИДИДИМИТЕ?

- А микрофлора отсутствует
- Б синегнойная палочка
- В протей

Г клебсиелла

118 ЧЕМ ОСЛОЖНЯЕТСЯ ДВУСТОРОННИЙ ЭПИДИДИМИТ, ЛЕЧЕННЫЙ КОНСЕРВАТИВНО?

- А атрофией яичка
- Б обструктивной аспермией
- В олигоспермией
- Г перекрутом яичка

119

ЧЕМ ОБЪЯСНЯЕТСЯ ЧАСТОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЯИЧЕК ПРИ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ?

- А тропизмом вирусов к паренхиме яичек
- Б хорошим кровоснабжением тестикул
- В рефлюксом мочи
- Г низкой температурой

120 Яичко кровоснабжается за счет

- А внутренней семенной вены
- Б внутренней семенной артерии
- В ренальной вены
- Г нижней простатической артерии

121 СКОЛЬКО ОБОЛОЧЕК ИЛИ СЛОЕВ ЯИЧКА НУЖНО ВСКРЫТЬ ПРИ ПОДХОДЕ К НЕМУ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ?

- А семь
- Б пять
- В четыре
- Г шесть

122 ПРИ КАКОЙ ЭТИОЛОГИИ ПРОЦЕССА ВОЗНИКАЕТ ОРХОЭПИДИДИМИТ?

- А туберкулез
- Б гонорея
- В хламидиоз
- Г бруцеллез

123 В КАКОМ ВОЗРАСТЕ ВОЗМОЖНЫ ИСТИННЫЕ ОРХИТЫ?

- А до 13 лет
- Б до 25 лет
- В до 70 лет
- Г до 5 лет

124 КАКОЙ ФЕРМЕНТ ВЫРАБАТЫВАЕТ ПРИДАТОК ЯИЧКА?

- А корнитин
- Б фибриногеназу
- В дегидрогеназу
- Г везикулазу

125 НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО ДИАГНОЗ ТУБЕРКУЛЕЗА ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ МОЖНО ПОСТАВИТЬ ПРИ

- А биологической пробе
- Б микроскопии мочи

- В микроскопии эякулята
- Г посеве мочи и эякулята на специальные питательные среды

126 ДЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ХАРАКТЕРНО

- А все перечисленное выше
- Б рецидивирующий характер заболевания
- В наличие свищей
- Г вторичное поражение

127 ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПОРАЖЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ПОКАЗАНА

- А ничего из вышеперечисленного
- Б туберкулостатическая терапия
- В оперативное лечение
- Г пункция

128 ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ПРОИЗВОДИТСЯ

- А после туберкулостатической терапии
- Б после назначения антибиотиков широкого спектра действия
- В в любом из перечисленных вариантов
- Г до туберкулостатической терапии

129 ДЛЯ ДИУРЕТИЧЕСКОЙ СТАДИИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО

- А развитие на 2-3-й сутки от начала заболевания
- Б развитие на 10-14-е сутки от начала заболевания
- В развитие через 3-6 мес от начала заболевания
- Г суточное количество мочи не превышает 200-300 мл

130 НЕЗАВИСИМО ОТ ЭТИОЛОГИИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАЗНАЧАЮТ

- А осмотические диуретики
- Б гемодиализ, не ранее 14 - 16-го дня от начала заболевания
- В препараты калия
- Г внутривенное введение подкисляющих растворов

131 К РАЗВИТИЮ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЧАЩЕ ПРИВОДИТ

- А гломерулонефрит
- Б септический аборт
- В массивное кровотечение
- Г отравление этиленгликолем

132 ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО

- А уменьшение числа функционирующих нефронов
- Б алкалоз
- В гипокалиемия
- Г артериальная гипотензия

133 КОМПЕНСИРОВАННАЯ СТАДИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А увеличением суточного диуреза
- Б снижением клубочковой фильтрации до 60-70 мл/мин
- В снижением клубочковой фильтрации до 30-40 мл/мин
- Г повышением осмолярности мочи

134 ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАБЛЮДАЕТСЯ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ

- А тошнота, рвота
- Б гиперкоагуляция
- В повышенное потоотделение
- Г гиперплазия эритропоэтической ткани

135 ПОКАЗАНИЯ К ГЕМОДИАЛИЗУ

- А снижение уровня клубочковой фильтрации ниже 5 мл/мин
- Б повышение содержания мочевины в сыворотке крови до 15 ммоль/л
- В повышение содержания креатинина в сыворотке крови до 0,8 - 1 ммоль/л
- Г уровень клубочковой фильтрации 25 мл/мин

136 КАКИЕ ИНФЕКЦИИ ОТНОСЯТСЯ К УРОГЕНИТАЛЬНЫМ?

- А хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, генитальный герпес, бактериальный вагиноз
- Б трихомоноз
- В СПИД
- Г сифилис

137 К КАКОМУ ВИДУ МИКРООРГАНИЗМОВ ОТНОСЯТСЯ ХЛАМИДИИ?

- А бактерии
- Б вирусы
- В грибы
- Г анаэробы

138 К КАКОМУ СЕРОТИПУ ОТНОСИТСЯ CHLAMYDIA TRACHOMATIS?

- А D-K
- Б L1-L3
- В T1-T2
- Г M1-M2

139 КАКАЯ ФОРМА ХЛАМИДИЙ СЧИТАЕТСЯ ИНФЕКЦИОННОЙ?

- А элементарное тельце
- Б ретикулярное
- В промежуточное
- Г элементарное и ретикулярное

140 КАКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ВЫЗЫВАЕТ УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ ХЛАМИДИОЗОВ?

- А болезнь Рейтера
- Б кавернит
- В баланопостит
- Г болезнь Пейрони

141 КАКОЙ ПУТЬ ЗАРАЖЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ ПРИ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЯХ?

- А половой
- Б гематогенный

- В пищевой
- Г лимфогенный

142 ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ УРОГЕНИТАЛЬНОМ ХЛАМИДИОЗЕ ПРОДОЛЖАЕТСЯ

- А 10-15 дней
- Б 40 — 60 дней
- В 120-150 дней
- Г 1 — 3 дня

143 САМЫЙ БЫСТРЫЙ И НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА

- А ПИ (прямая иммунофлюоресценция)
- Б ИФА (иммуноферментный анализ)
- В РСК (реакция связывания комплемента)
- Г ПЦР (полимеразноцепная реакция)

144 КАКИЕ ИЗ ПРЕПАРАТОВ ДАЮТ АНТИХЛАМИДИЙНЫЙ ЭФФЕКТ?

- А кларитромицин
- Б амоксициллин
- В полимиксин
- Г пефлоксацин

145 КАКИМ МЕТОДОМ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ МИКОПЛАЗМЫ И УРЕАПЛАЗМЫ?

- А культуральный метод
- Б метод непрямой иммунофлюоресценции
- В метод молекулярной гибридизации
- Г уреазные тесты

146 КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ НАЗНАЧАЮТСЯ ПРИ МИКОПЛАЗМЕННО-УРЕАПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ?

- А доксициклин
- Б карбециллин
- В гентамици
- Г клафоран

147 КАКОВА КЛИНИКА РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ФОРМЫ ГЕРПЕСА I И II ТИПА?

- А отсутствие интоксикации
- Б отсутствие высокой температуры тела
- В в виде ОРВИ
- Г афтозный стоматит

148 КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ В ЛЕЧЕНИИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА?

- А тинидазол
- Б макмирор
- В метилурацил
- Г госсипол

149 КАКОВЫ ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОБСТРУКТИВНОЙ АСПЕРМИИ?

- А все стадии сперматогенеза

- Б клетки Сертоли
- В клетки Лейдига
- Г сперматогонии

150 ЧТО ОЗНАЧАЕТ ТЕРМИН «АЗООСПЕРМИЯ»?

- А наличие клеток сперматогенеза при отсутствии спермиев
- Б наличие неподвижных форм спермиев
- В наличие дегенеративных форм спермиев
- Г отсутствие спермиев

151 ЧТО ОЗНАЧАЕТ ТЕРМИН «АСПЕРМИЯ»?

- А отсутствие спермиев и клеток сперматогенеза
- Б отсутствие клеток сперматогенеза
- В единичные спермии в полях зрения
- Г наличие клеток сперматогенеза

152 УКАЖИТЕ НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ PH ЭЯКУЛЯТА

- А 7,2-7,8
- Б 8,0-8,6
- В 5,0-5,4
- Г 4,5-4,8

153 КАКОВА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЦИКЛА СПЕРМАТОГЕНЕЗА?

- А 72 дня
- Б 50 ч
- В 48 дней
- Г 90 дней

154 КАКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СПЕРМАТОГРАММЫ ОЖИДАЮТСЯ ПОСЛЕ ХРОНИЧЕСКОГО ДВУСТОРОННЕГО ЭПИДИДИМИТА, ЛЕЧЕННОГО КОНСЕРВАТИВНО?

- А аспермия
- Б олигозооспермия
- В тератоспермия
- Г астенозооспермия

155 НАЗОВИТЕ НОРМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО СПЕРМАТОЗОИДОВ В 1 МЛ ЭЯКУЛЯТА

- А 20 - 40 млн/мл
- Б 5 - 10 млн/мл
- В 100-200 тыс./мл
- Г 180-200 млн/мл

156 КАКИМ МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЯЮТ КОЛИЧЕСТВО СПЕРМАТОЗОИДОВ?

- А в камере Горяева
- Б метод Курцрока-Миллера
- В метод Морозова
- Г метод Баскина

157 КАКИЕ НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВЯЗКОСТИ ЭЯКУЛЯТА?

- А 0,3 - 0,5 см
- Б 0,1-0,2 см

- В 5-10 см
- Г 3 —5 см

158 КАКИЕ НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СОДЕРЖАНИЯ ЛЕЙКОЦИТОВ В СЕКРЕТЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ?

- А 0-1-6 в поле зрения
- Б 10-15 в поле зрения
- В 20-25 в поле зрения
- Г 25-100 в поле зрения

159 КАКИЕ ИЗ ГОРМОНОВ ОТНОСЯТСЯ К ГОНАДОТРОПНЫМ?

- А фолликулостимулирующий
- Б тироксин
- В прогестерон
- Г эстрадиол

160 КАКИЕ ГОРМОНЫ СЧИТАЮТСЯ ПОЛОВЫМИ?

- А эстрадиол
- Б лютеинизирующий
- В фолликулостимулирующий
- Г прогестерон

161 КАКИМ МЕТОДОМ ОКРАСКИ МОЖНО ПОДТВЕРДИТЬ НЕКРОСПЕРМИЮ?

- А по Морозову
- Б по Папаниколау
- В по Рубенкову
- Г по Романовскому-Гимзе

162 КАКИЕ НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРОЛАКТИНА?

- А 60-380 МЕ/л
- Б 400-500 МЕ/л
- В 20-40 МЕ/л
- Г 500-800 МЕ/л

163 КАКИМ СЧИТАЕТСЯ НОРМАЛЬНЫЙ ЦВЕТ ЭЯКУЛЯТА?

- А беловато-серый
- Б красный
- В красно-желтый
- Г желтый

164 КАКОЙ ОБЪЕМ ЭЯКУЛЯТА СЧИТАЕТСЯ НОРМАЛЬНЫМ?

- А 3 -5 мл
- Б 1-1,5 мл
- В 7-8 мл
- Г 10-15 мл

165 КАКОЙ ОБЪЕМ ЭЯКУЛЯТА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ СИНДРОМЕ СЕРТОЛИЕВЫХ КЛЕТОК?

- А 3 — 5 мл
- Б 8— 10 мл
- В 0,5 — 1 мл
- Г 10— -15 мл

166 ЧТО ОЗНАЧАЕТ ТЕРМИН «ТЕРАТОЗООСПЕРМИЯ»?

- А наличие дегенеративных форм сперматозоидов
- Б нормальные формы сперматозоидов
- В наличие молодых форм сперматозоидов
- Г уменьшение количества сперматозоидов

167 КАКОВА ДЫХАТЕЛЬНАЯ СПОСОБНОСТЬ СПЕРМАТОЗОИДОВ ПО МЕТОДУ ШЕРГИНА?

- А 23 — 75 мин
- Б 20-90 мин
- В 60-120 мин
- Г 20 — 25 мин

168 КАКОВА ЧАСТОТА ОПРЕДЕЛЕНИЯ Х-ПОЛОВОГО ХРОМАТИНА У МУЖЧИН?

- А 0-4%
- Б 50-100%
- В 300-400%
- Г 10-15%

169 КАКОВА ЧАСТОТА ОПРЕДЕЛЕНИЯ Х-ПОЛОВОГО ХРОМАТИНА У ЖЕНЩИН?

- А 10-50%
- Б 100-200%
- В 10-15%
- Г 50-30%

170 КАКИЕ БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЫ ПРОВОДЯТСЯ ПРИ ОТНОСИТЕЛЬНОМ БЕСПЛОДИИ В БРАКЕ?

- А перекрестно-пенетрационная
- Б феномен кристаллизации
- В симптом зрачка
- Г посткоитальная

171 КАКОЙ СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМАХ МУЖСКОГО СЕКРЕТОРНОГО БЕСПЛОДИЯ?

- А ЭКО (экстракорпоральное оплодотворение) СД
- Б искусственная инсеминация СД
- В эпидидимовазоанастомоз
- Г эпидидимокутанеонеостомия

172 КАКИЕ ИЗ ГОРМОНАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ВЛИЯЮТ НА ПОДВИЖНОСТЬ СПЕРМАТОЗОИДОВ?

- А андриол
- Б синэстрол
- В андрокур
- Г диэтилстильбэстрол

173 К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ АМОКСИЛАВ?

- А пенициллины
- Б тетрациклины

- В цефалоспорины
- Г макролиды

174 К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ ЦЕДЕКС?

- А цефалоспорины
- Б иммуномодуляторы
- В тетрациклины
- Г ангиопротекторы

175 К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ НОЛИЦИН?

- А хинолоны
- Б макролиды
- В цефалоспорины
- Г пенициллины

176 КАКОЙ ИЗ ПРЕПАРАТОВ ВОЗДЕЙСТВУЕТ НА ХЛАМИДИЙНУЮ ИНФЕКЦИЮ?

- А ципринол
- Б амикоцин
- В леворин
- Г полимиксин

177 КАКОЙ ИЗ ПРЕПАРАТОВ ВОЗДЕЙСТВУЕТ НА ВСЮ УРОГЕНИТАЛЬНУЮ ИНФЕКЦИЮ?

- А квинтор
- Б кефзол
- В цеклор
- Г тиенам

178 КАКОЙ ИЗ ПРЕПАРАТОВ ДОСТИГАЕТ ВЫСОКОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ В ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЕ?

- А сумамед
- Б палин
- В фурагин
- Г канамицин

179 К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ СОЛКОУРОВАК?

- А иммуномодуляторы
- Б хинолоны
- В тетрациклины
- Г ангиопротекторы

180 КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ОКАЗЫВАЕТ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ?

- А левамизол
- Б спирамицин
- В нетромицин
- Г палин

181 К КАКОЙ ГРУППЕ ОТНОСИТСЯ ГЕНТАМИЦИН?

- А аминогликозиды
- Б нитрофураны

- В макролиды
- Г цефалоспорины

182 К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ СУЛЬФАТЕН?

- А сульфаниламиды
- Б пенициллины
- В аминогликозиды
- Г нитрофураны

183 К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ ЛЕВАНТИН?

- А фторхинолоны
- Б нитрофураны
- В тетрациклины
- Г аминогликозиды

184 К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ ПРЕПАРАТ ПЕНТОКСИФИЛЛИН?

- А ангиопротекторы
- Б аминогликозиды
- В пенициллины
- Г фторхинолоны

185 КАКОЙ ИЗ ПРЕПАРАТОВ СНИЖАЕТ УРОВЕНЬ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ В МОЧЕ И КРОВИ?

- А милурит
- Б пенициллин
- В рифампицин
- Г нитроксолин

186 К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ ПИМИДЕЛЬ?

- А хинолоны
- Б тетрациклины
- В пенициллины
- Г аминогликозид

187 К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ АЦИКЛОВИР?

- А противовирусные
- Б ангиопротекторы
- В иммуномодуляторы
- Г аминогликозиды

188 ПЕРЕЧИСЛИТЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ УРОДИНАМИКИ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

- А урофлоуметрия
- Б цистография
- В хромоцистоскопия
- Г уретроцистоскопия

189 НАЗОВИТЕ УРОДИНАМИЧЕСКИЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ФАЗЫ НАКОПЛЕНИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

- А ретроградная цистометрия
- Б сфинктерометрия

- В электромиография
- Г профилометрия уретры

190 НАЗОВИТЕ ФУНКЦИЮ ДЕТРУЗОРА В ФАЗЕ ЭВАКУАЦИИ

- А сокращение
- Б снижение сокращения
- В снижение расслабления
- Г расслабление

191 НАЗОВИТЕ ФУНКЦИИ СФИНКТЕРОВ В ФАЗЕ НАКОПЛЕНИЯ

- А сокращение
- Б снижение расслабления
- В нет функции
- Г снижение сокращения

192 ДАЙТЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТЕРМИНУ «СТРЕССОВОЕ НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ»

- А «потеря» мочи при физической нагрузке, кашле, смехе, изменении положения тела
- Б «потеря» мочи при пузырных, уретральных фистулах
- В ночное непроизвольное мочеиспускание
- Г «потеря» мочи при переполнении мочевого пузыря

193 НОРМАЛЬНОЕ ВНУТРИПУЗЫРНОЕ ДАВЛЕНИЕ РАВНО

- А 12 — 20 см вод. ст.
- Б 25 — 40 см вод.ст.
- В 45 — 60 см вод.
- Г 65 — 80 см вод. ст.

194 ДАВЛЕНИЕ В УРЕТРЕ В ФАЗЕ НАКОПЛЕНИЯ ДОЛЖНО

- А превышать давление в мочевом пузыре
- Б быть меньше давления в мочевом пузыре
- В повышаться по мере наполнения мочевого пузыря
- Г оставаться постоянно низким по мере наполнения мочевого пузыря

195 НАЗОВИТЕ ПРИЧИНЫ ОБРАЗОВАНИЯ АКУШЕРСКИХ МОЧЕПОЛО-ВЫХ СВИЩЕЙ

- А хирургическая травма мочевого пузыря во время акушерско-гинекологических пособий
- Б нарушение трофики тканей пузырно-генитальной области
- В задержка мочеиспускания после акушерско-гинекологических пособий
- Г хроническая инфекция нижних мочевых путей

196 ВАША ТАКТИКА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ТАЗОВОГО ОТДЕЛА МОЧЕТОЧНИКА В ХОДЕ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ПОСОБИЙ СРОКОМ БОЛЕЕ 1 СУТ

- А пункционная или открытая нефростомия, дренирование зоны затека
- Б дренирование зоны мочевого затека
- В реконструктивные операции
- Г нефрэктомия (при одностороннем повреждении)

197 НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ ФОРМЫ НЕФРОГЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

- А атеросклеротический стеноз почечной артерии
- Б аневризма почечной артерии

- В сдавление почечной артерии извне
- Г аномалии развития аорты

198 НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ПРИЧИНЫ ПАРЕНХИМАТОЗНОЙ ФОРМЫ НЕФРОГЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

- А гломерулонефрит
- Б опухоль или киста паренхимы почки
- В поликистоз почек
- Г губчатая почка

199 ПРИ НЕФРОГЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НАБЛЮДАЕТСЯ

- А повышение образования ренина
- Б уменьшение образования ангиотензина
- В повышение артериального давления в сосудах почки
- Г повышенное выведение натрия

200 КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ НЕФРОГЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А неэффективностью гипотензивной терапии
- Б частыми гипертоническими кризами
- В высоким систолическим, нормальным диастолическим давлением
- Г относительно частыми жалобами на головную боль, слабость

201 ПРИ ЭКСКРЕТОРНОЙ УРОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗОМ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ СО СТОРОНЫ ПОРАЖЕНИЯ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

- А замедление появления рентгеноконтрастного вещества в чашечно-лоханочной системе на стороне поражения
- Б увеличение почки
- В низкая концентрация рентгеноконтрастного вещества на поздних стадиях
- Г интенсивное контрастирование чашечно-лоханочной системы на ранних снимках

202 ПОКАЗАНИЕ К НЕФРЭКТОМИИ ПРИ НЕФРОГЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

- А инфаркт почки с отсутствием функции
- Б стеноз проксимальной трети почечной артерии
- В стеноз средней трети почечной артерии
- Г аневризма почечной артерии

203 ПРИ ПОЧЕЧНОЙ АНГИОГРАФИИ ДЛЯ АНЕВРИЗМЫ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ ХАРАКТЕРНО

- А мешкообразное расширение почечной артерии
- Б локализация в проксимальной трети почечной артерии, без распространения на внутрипочечные ветви
- В локализация в дистальной трети почечной артерии с распространением на внутрипочечные сосуды
- Г стеноз выглядит в виде «нитки бус»

204 ПОКАЗАНИЯ К РЕНОВАСКУЛЯРНОЙ ДИЛАТАЦИИ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ

- А ангиографически четко выраженные стенозы почечной артерии
- Б множественные стенозы с поражением внутриорганных ветвей
- В выраженный атерокальциноз

Г извилистые почечные артерии

205 НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕМЫЙ ВОЗБУДИТЕЛЬ ОСТРОГО ЦИСТИТА

- А кишечная палочка
- Б стафилококк
- В стрептококк
- Г клебсиелла

206 ПРИ КАКОМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ВОСПАЛЕНИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ МОГУТ БЫТЬ СТРИКТУРЫ МОЧЕТОЧНИКА?

- А бильгарциозном
- Б интерстициальном
- В химическом
- Г лучевом

207 СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПРИЧИНЕ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО ЦИСТИТА

- А аутоиммунный фактор
- Б аллергия
- В гормональный фактор
- Г инфекция

208 НАЗВАНИЕ СИНДРОМА УЧАЩЕННОГО МОЧЕИСПУСКАНИЯ

- А поллакиурия
- Б полиурия
- В дизурия
- Г никтурия

209 ХАРАКТЕР ГЕМАТУРИИ ПРИ ОСТРОМ ЦИСТИТЕ

- А терминальный
- Б инициальный
- В интермиттирующий
- Г тотальный и терминальный

210 ЧТО ТАКОЕ РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ЦИСТИТ?

- А 3 обострения за год
- Б 1 обострение в месяц
- В 1 обострение за год
- Г 2 обострения за год

211 ПРИ КАКОМ ЦИСТИТЕ НЕ НУЖНО ПРОИЗВОДИТЬ ЦИСТОСКОПИЮ?

- А при остром первичном цистите
- Б паразитарном
- В лучевом
- Г интерстициальном

212 ПРИ КАКОМ ЦИСТИТЕ НАБЛЮДАЕТСЯ УПОРНОЕ, РЕЦИДИВИРУЮЩЕЕ ТЕЧЕНИЕ, ВЕДУЩЕЕ К ИНВАЛИДНОСТИ БОЛЬНЫХ?

- А интерстициальном
- Б аллергическом
- В дисгормональном

Г нейрогенном

213 ПРИ КАКОМ ЦИСТИТЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ ЯЗВА ЛИНЕЙНОЙ ФОРМЫ?

- А интерстициальном
- Б кандидомикозном
- В лучевом
- Г аллергическом

214 У КАКОЙ КАТЕГОРИИ БОЛЬНЫХ НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛЯТЬ НАЛИЧИЕ ОСТАТОЧНОЙ МОЧИ ПРИ ЦИСТИТЕ?

- А при сахарном диабете
- Б у больных пиелонефритом
- В у больных лучевым циститом
- Г при нейрогенном мочевом пузыре

215 БЕЗ КАКОГО СИМПТОМА НЕЛЬЗЯ ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ ЦИСТИТА?

- А лейкоцитурии
- Б боли
- В поллакиурии
- Г терминальной гематурии

216 САМОЕ ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ЦИСТИТА

- А пиелонефрит
- Б лейкоплакия мочевого пузыря
- В малакоплакия мочевого пузыря
- Г перитонит

217 ДЛЯ ЦИСТИТА ХАРАКТЕРНА СЛЕДУЮЩАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- А частое болезненное мочеиспускание, обычно в конце его
- Б схваткообразные острые боли внизу живота с частым мочеиспусканием, но без болей
- В рези в конце мочеиспускания
- Г гнойные выделения из уретры, рези в начале мочеиспускания

218 ПРИ КАКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ЦИСТИТА МОЖЕТ БЫТЬ ПЕРИ-ТОНИТ?

- А при гангренозной
- Б при опухолевой
- В при лучевой
- Г при послеоперационной

219 НАЗОВИТЕ ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЙ ПРИЗНАК ЦИСТАЛГИИ ОТ ЦИСТИТА

- А отсутствие лейкоцитурии
- Б императивные позывы
- В неполное опорожнение мочевого пузыря
- Г генитально-пузырная дисфункция мочевого пузыря

220 КАКОЕ СОВРЕМЕННОЕ НАЗВАНИЕ НАИБОЛЕЕ ПОЛНО ОТРАЖАЕТ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКУЮ СУЩНОСТЬ ЦИСТАЛГИИ?

- А Какое современное название наиболее полно отражает патогенетическую сущность цисталгии?
- Б генитально-пузырная дисфункция мочевого пузыря

- В уретральный синдром у женщин
- Г нервная поллакиурия

221 КАКИЕ НЕРВЫ ОБЕСПЕЧИВАЮТ РЕЗЕРВУАРНУЮ ФУНКЦИЮ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ?

- А гипогастральные
- Б тазовые
- В половые
- Г простатические

222 Морфологическим субстратом какой формы цистита является эозинофильный инфильтрат?

- А аллергической
- Б интерстициальной
- В химической
- Г инфекционной

223 ГДЕ РАСПОЛАГАЕТСЯ ИСТОЧНИК ГЕМАТУРИИ ПРИ ТЕРМИНАЛЬНОМ ЕЕ ХАРАКТЕРЕ?

- А в шейке мочевого пузыря
- Б в уретре
- В в почке
- Г в дивертикуле уретры

224 КАКОЙ СИМПТОМ ПРИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ЦИСТИТА ИСЧЕЗАЕТ БЫСТРЕЕ?

- А дизурия
- Б бактериурия
- В лейкоцитурия
- Г гематурия

225 КАКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕ ПОКАЗАНЫ ПРИ ОСТРОМ ЦИСТИТЕ?

- А промывание мочевого пузыря, инсталляции лекарственных веществ
- Б тепловые процедуры
- В антигистаминные препараты
- Г спазмолитические препараты

226 КАКОМУ ФАКТОРУ ОТВОДИЛОСЬ ВЕДУЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ЦИСТИТОВ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ?

- А нервно-психическому фактору
- Б охлаждению
- В авитаминозу
- Г обменному фактору

227 ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЩАВЕЛЕВОКИСЛОГО УРОЛИТИАЗА ПОКАЗАНЫ

- А пиридоксин
- Б восходящий литолиз
- В нисходящий литолиз
- Г аскорбиновая кислота

228 ДЕЙСТВИЕ ПРЕПАРАТА МАРЕЛИНА НАПРАВЛЕНО НА СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ

- А фосфатурии
- Б гиперкальциемии
- В оксалатурии
- Г гиперурикемии

229 СОДЕРЖАНИЕ КАЛЬЦИЯ В КРОВИ ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА

- А 2,24 ммоль/л
- Б 1,76ммоль/л
- В 1,94 ммоль/л
- Г 5,74 ммоль/л

230 СОДЕРЖАНИЕ КАЛЬЦИЯ В МОЧЕ ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА

- А 4,55 ммоль/сут
- Б 5,74 ммоль/сут
- В 0,98 ммоль/сут
- Г 3,82 ммоль/сут

231 САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО ПРИ

- А коралловидном (одностороннем) камне почки
- Б пиелонефрите в активной фазе
- В двустороннем уролитиазе
- Г мигрирующем камне единственной почки

232 САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО ПРИ

- А калькулезном пиелонефрите в фазе ремиссии
- Б реакции мочи рН 8,2 (у больных уролитиазом)
- В терминальной стадии хронической почечной недостаточности
- Г острой почечной недостаточности

233 ПРИ УРАТАХ НЕ СЛЕДУЕТ УПОТРЕБЛЯТЬ

- А мясную пищу
- Б молочную пищу
- В овощи и фрукты некислых сортов
- Г минеральную воду «Боржоми»

234 ПРИ ОКСАЛАТАХ НЕ СЛЕДУЕТ УПОТРЕБЛЯТЬ

- А молоко
- Б блюда из перловой крупы
- В блюда из гречневой крупы
- Г хлеб из пшеничной муки

235 ПРИ ФОСФАТАХ НЕ СЛЕДУЕТ УПОТРЕБЛЯТЬ

- А овощи и фрукты некислых сортов
- Б минеральную воду «Арзни»
- В блюда из ячневой крупы
- Г овощи и фрукты кислых сортов

236 ПРИ УРАТАХ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ

- А блемарен
- Б марелин
- В жженая магнезия
- Г алмагель

237 ПРИ ОКСАЛАТАХ И ЩЕЛОЧНОЙ МОЧЕ ПОКАЗАНЫ

- А марена красильная
- Б лист ортосифона
- В бикарбонат натрия
- Г глюконат кальция

238 ПРИ ОКСАЛАТАХ И КИСЛОЙ МОЧЕ НЕ ПОКАЗАНЫ

- А аскорбиновая кислота
- Б солимок
- В пиридоксин
- Г лист ортосифона

239 ПРИ ФОСФАТАХ ПОКАЗАНЫ

- А солуран
- Б бикарбонат натрия
- В метионин
- Г уродан

240 ФЕРМЕНТ УРЕАЗА СПОСОБСТВУЕТ

- А подщелачиванию мочи
- Б образованию уратов
- В подкислению мочи
- Г улучшению реабсорбции

241 КАКИЕ ИЗ ПРИВЕДЕННЫХ ЛЕКАРСТВ СПОСОБСТВУЮТ КАМНЕОБРАЗОВАНИЮ?

- А тетрациклин
- Б левомицетин
- В пенициллин
- Г лидаза

242 КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЛЕКАРСТВ ДАЮТ ПОДКИСЛЯЮЩИЙ ЭФФЕКТ?

- А хлористый аммоний
- Б аевит
- В ацетат натрия
- Г алмагель

243 КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЛЕКАРСТВ ДАЮТ ПОДЩЕЛАЧИВАЮЩИЙ ЭФФЕКТ?

- А ацетат натрия
- Б витамин С
- В роватинекс
- Г пиридоксин

244 КАКИЕ ИЗ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСЯТСЯ К ЦИТРАТНЫМ СМЕСЯМ?

- А блемарен
- Б милурит
- В аллопуринол
- Г пиридоксин

245 КАКИЕ ИЗ ПРЕПАРАТОВ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ ПРИ ВОСХОДЯЩЕМ ЛИТОЛИЗЕ?

- А фермент террилитин
- Б бикарбонат натрия
- В физиологический раствор
- Г дистиллированная вода

246 КАКИЕ ВИДЫ КАМНЕЙ ПОДЛЕЖАТ ВОСХОДЯЩЕМУ ЛИТОЛИЗУ?

- А фосфаты кальция
- Б оксалаты магния
- В оксалаты кальция
- Г ураты

247 КАКИЕ ВИДЫ КАМНЕЙ И МОЧЕВЫХ ДИАТЕЗОВ ПОДЛЕЖАТ НИСХОДЯЩЕМУ ЛИТОЛИЗУ?

- А уратурия
- Б фосфаты
- В оксалурия
- Г оксалаты кальция

248 ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕКИСЛОГО УРОЛИТИАЗА ПОКАЗАНЫ

- А цитратные смеси
- Б фитин
- В ниерон
- Г сульфат магния

249 В РЕЗУЛЬТАТЕ НАРУШЕНИЯ ПУРИНОВОГО ОБМЕНА ОБРАЗУЮТСЯ

- А оксалаты
- Б фосфаты магния
- В карбонаты кальция
- Г фосфаты кальция

250 ЭМБРИОНАЛЬНАЯ ЗАКЛАДКА ПОЧЕК У ЧЕЛОВЕКА ПРОИСХОДИТ

- А на 3-й неделе
- Б на 4-м месяце развития эмбриона
- В на 4-й неделе
- Г на 2-м месяце

251 СРАЩЕНИЕ ПОЧЕК ОТНОСИТСЯ К АНОМАЛИЯМ

- А взаимоотношения
- Б количества
- В положения
- Г лоханок и мочеточников

252 Определяющим методом диагностики сращенных почек является

- А статическая сцинтиграфия
- Б эхография
- В обзорная рентгенография
- Г экскреторная урография

253 НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ВИД СРАЩЕНИЯ ПОЧЕК

- А подковообразная почка
- Б галетообразная почка
- В сигмовидная почка
- Г углообразная почка

254 НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ВИД ДИСТОПИИ ПОЧЕК

- А поясничная
- Б подвздошная
- В тазовая
- Г внутригрудная

255 НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ АНОМАЛИЕЙ РАЗВИТИЯ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ

- А удвоение лоханок и мочеточников
- Б гипоплазия
- В аплазия
- Г дистопия

256 МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ДИСТОПИРОВАННОЙ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А эхография
- Б обзорная рентгенография
- В анализ мочи
- Г хромоцистоскопия

257 МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ УПОРНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ДИСТОПИИ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А нефрэктомия
- Б пластика лоханки
- В резекция нижнего полюса
- Г ношение бандажа

258 ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ АПЛАЗИИ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А ангиография
- Б экскреторная урография
- В динамическая ренография
- Г статическая сцинтиграфия

259 ГИПОПЛАЗИЯ ПОЧКИ - ЭТО АНОМАЛИЯ

- А структуры
- Б количества
- В взаимоотношения
- Г положения

260 ПЕРЕКРЕСТНАЯ ДИСТОПИЯ ПОЧКИ - ЭТО АНОМАЛИЯ

- А положения
- Б взаимоотношения
- В структуры
- Г количества

261 СИМПТОМЫ, ТИПИЧНЫЕ ДЛЯ ГИПОПЛАЗИИ ПОЧКИ

- А артериальная гипертензия
- Б почечная колика

- В гематурия
- Г дизурия

262 МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ГИПОПЛАЗИИ ПОЧКИ

- А нефрэктомия
- Б нефропексия
- В резекция почки
- Г реваскуляризация почки

263 КАКОЕ МЕСТО ПО ЧАСТОТЕ СРЕДИ ДРУГИХ АНОМАЛИЙ ЗАНИМАЕТ УДВОЕНИЕ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ?

- А первое
- Б второе
- В третье
- Г четвертое

264 СИМПТОМАМИ НАДСФИНКТЕРНОЙ ЭКТОПИИ УСТЬЯ МОЧЕТОЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ

- А боли в поясничной области
- Б поллакиурия
- В отсутствие произвольного мочеиспускания
- Г артериальная гипертензия

265 КАКАЯ ОПЕРАЦИЯ НАИБОЛЕЕ РАДИКАЛЬНА ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ?

- А уретеропиелонеоанастомоз по Андерсону-Хайнсу
- Б уретеролиз
- В интубационная уретеротомия по Мариону
- Г уретеропиелопластика по Фолею

266 При инфицированном гидронефрозе II стадии показана

- А пиелостомия
- Б уретеролиз
- В пиелопликация
- Г уретеропиелонеоанастомоз

267 МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА

- А микционная цистография
- Б экскреторная урография
- В ретроградная цистография
- Г цистоскопия

268 МЕТОД ВЫБОРА ЛЕЧЕНИЯ ГИДРОНЕФРОЗА ПРИ УДВОЕНИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

- А мочеточниково-лоханочный анастомоз
- Б нефрэктомия
- В геминефрэктомия
- Г пластика лоханки

269 ПРИ КАКОЙ ВЕЛИЧИНЕ СОЛИТАРНОЙ КИСТЫ ПОЧКИ ПОКАЗАНА ОПЕРАЦИЯ

- А при сдавлении лоханки

- Б 10-20 мм
- В 20-30 мм
- Г 40-50 мм

270 МЕТОД ДИАГНОСТИКИ СОЛИТАРНОЙ КИСТЫ ПОЧКИ

- А экскреторная урография
- Б ретроградная пиелография
- В люмботомия
- Г ангиосцинтиграфия

271 ПЛАСТИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ ПОКАЗАНА ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ

- А II стадии
- Б III стадии
- В IV стадии
- Г при инфицированном гидронефрозе

272 НЕФРЭКТОМИЯ ПОКАЗАНА ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ

- А III стадии
- Б I стадии
- В II стадии
- Г во всех случаях

273 ГИПОСПАДИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

- А задержки или нарушения формирования уретры
- Б родовой травмы
- В неправильного расположения плода в матке
- Г преждевременных родов

274 ВСЕ СЛЕДУЮЩЕЕ НИЖЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ГИПОСПАДИИ, КРОМЕ

- А отсутствия на большем или меньшем протяжении верхней стенки мочеиспускательного канала
- Б искривления полового члена
- В недоразвития губчатой части уретры
- Г врожденных аномалий уретры

275 КОГДА НЕОБХОДИМО ОПЕРИРОВАТЬ БОЛЬНЫХ С ГИПОСПАДИЕЙ И ЭПИСПАДИЕЙ?

- А в первые годы жизни
- Б после 15 лет
- В после 20 лет
- Г в 25 лет

276 КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПОСПАДИИ?

- А по Сесилу—Калпу
- Б по Винкельману
- В по Иваниссевичу
- Г по Лопаткину

277 КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРИ ЭПИСПАДИИ?

- А по Державину

- Б по Андерсону —Хайнсу
- В по Лидскому
- Г по Иваниссевичу

278 В КАКИЕ СРОКИ ЭМБРИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА ПОЯВЛЯЕТСЯ ГИПОСПАДИЯ И ЭПИСПАДИЯ?

- А на 9-й неделе
- Б на 25-й неделе
- В на 30 —35-й неделе
- Г на 2 —3-м месяце

279 С КАКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ МОШОНОЧНУЮ И ПРОМЕЖНОСТНУЮ ГИПОСПАДИЮ?

- А с ложным женским гермафродитизмом
- Б с гипоплазией яичек
- В с эктопией полового члена
- Г с поликистозом почек

280 КАКИЕ ФОРМЫ ГИПОСПАДИИ НЕ ТРЕБУЮТ ОПЕРАТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ?

- А головчатая и гипоспадия дистальной стволовой трети мочеиспускательного канала
- Б все формы
- В промежностная
- Г мошоночная

281 ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРИЧИНЫ МОГУТ ПРИВЕСТИ К РАЗВИТИЮ ГИПОСПАДИИ И ЭПИСПАДИИ, КРОМЕ

- А переносимости беременности
- Б внутриутробной инфекции
- В экзогенных интоксикаций
- Г гиперэстрогении у беременной матери

282 КАК ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ГИПОСПАДИЯ?

- А 1 случай на 150 - 300 новорожденных
- Б 1 случай на 50000 новорожденных
- В 1 случай на 100000 новорожденных
- Г 1 случай на 50 новорожденных

283 КАК ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ЭПИСПАДИЯ?

- А 1 случай на 50000 новорожденных
- Б 1 случай на 100000 новорожденных
- В 1 случай на 50 новорожденных
- Г 1 случай на 500 000 новорожденных

284 ОСНОВНЫМИ СИМПТОМАМИ ВРОЖДЕННОГО ДИВЕРТИКУЛИТА МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА ЯВЛЯЮТСЯ

- А затрудненное и болезненное мочеиспускание
- Б острая задержка мочи
- В озноб
- Г никтурия

285 В КАКИХ СЛУЧАЯХ ВРОЖДЕННОЕ УДВОЕНИЕ УРЕТРЫ НЕ ТРЕБУЕТ ЛЕЧЕНИЯ?

- А если добавочная уретра не инфицирована
- Б при макрогематурии
- В если добавочная уретра инфицирована
- Г при затруднении мочеиспускания

286 ВРОЖДЕННЫЕ КЛАПАНООБРАЗНЫЕ СУЖЕНИЯ МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО

- А в мембранозном и предстательном отделах уретры
- Б в головчатом отделе уретры
- В в кавернозном отделе уретры
- Г вообще не встречаются

287 СКРЫТЫЙ ПОЛОВОЙ ЧЛЕН ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

- А порока развития
- Б воспалительных заболеваний полового члена
- В травмы полового члена
- Г опухоли полового члена

288 КАКУЮ ОПЕРАЦИЮ ВЫПОЛНЯЮТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СКРЫТОГО ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

- А по Баирову
- Б по Дюплею
- В по Тиршу
- Г по Савченко

289 ПЕРЕПОНЧАТЫЙ ПОЛОВОЙ ЧЛЕН ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

- А порока развития
- Б воспаления кожи полового члена
- В опухоли полового члена
- Г травмы полового члена

290 К АНОМАЛИЯМ ПОЛОЖЕНИЯ ЯИЧКА ОТНОСЯТСЯ

- А паховая ретенция
- Б брюшная ретенция
- В эктопия
- Г все перечисленное выше

291 К структурным аномалиям яичка относятся

- А ничего из перечисленного ниже
- Б монорхизм
- В анорхизм
- Г полиорхизм

292 К КОЛИЧЕСТВЕННЫМ АНОМАЛИЯМ ЯИЧКА ОТНОСЯТСЯ

- А ничего из перечисленного выше
- Б синдром Клайнфелтера
- В синдром Шерешевского—Тернера
- Г синдром дель Кастильо

293 ИСТИННЫЙ ГЕРМАФРОДИТИЗМ - ЭТО

- А структурная аномалия яичка
- Б аномалия положения яичка

- В двойственное строение наружных половых органов
- Г аплазия гонад

294 ПОЛ ЭМБРИОНА ЗАВИСИТ ОТ

- А Сперматозоида
- Б состояния эндокринной системы родителей
- В овуляторного цикла
- Г все перечисленное выше имеет значение

295 ФОРМИРОВАНИЕ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ В МУЖСКОМ ЭМБРИОНЕ УПРАВЛЯЕТСЯ

- А андрогенами
- Б фолликулостимулирующим гормоном
- В лютеинизирующим гормоном
- Г пролактином

296 СИНДРОМ ДЕЛЬ КАСТИЛЬО ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- А терминальной аплазией
- Б наличием дополнительной X-хромосомы
- В наличием дополнительной Y-хромосомы
- Г хромосомным набором 45 XO

297 ГОРМОНАЛЬНАЯ НАСЫЩЕННОСТЬ ОРГАНИЗМА - ЭТО

- А достаточный уровень андрогенов и эстрогенов в крови при хорошей чувствительности тканевых рецепторов к ним
- Б достаточный уровень эстрогенов в крови
- В достаточный уровень андрогенов в крови
- Г достаточный уровень андрогенов и эстрогенов в крови

298 РУДИМЕНТОМ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У МУЖЧИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- А все перечисленное выше
- Б гидатида Морганьи
- В половой бугорок (мужская маточка)
- Г ладьевидная ямка уретры

299 КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПРИ ТРАВМЕ ПОЧКИ?

- А гематурия
- Б почечная колика
- В гипертермия
- Г падение артериального давления

300 КАКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНА ПРИ СУБКАПСУЛЯРНОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ПОЧКИ?

- А динамическое наблюдение в стационаре, соблюдение постельного режима в течение 3 нед
- Б исключение физических нагрузок в течение 3 мес
- В массивная антибактериальная терапия
- Г наблюдение за пациентом в амбулаторных условиях

301 КАКОЙ ИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ТРАВМЫ ПОЧЕК?

- А обзорная рентгенография мочевых путей и экскреторная урография
- Б ультрасонография
- В ретроградная пиелография
- Г теплография

302 ЧТО ТАКОЕ СУБКАПСУЛЯРНЫЙ РАЗРЫВ ПОЧКИ?

- А повреждение почки с сохранением поверхностной капсулы
- Б надрыв или перфорация полостной системы почки
- В повреждение паренхимы почки с надрывом капсулы до 1 см
- Г повреждение магистральных сосудов в области ворот почки

303 ПРИ КАКОМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ НЕОБХОДИМО ЗАПОДОЗРИТЬ ТРАВМУ ПОЧКИ?

- А перелом ребер
- Б перелом конечностей
- В перелом ключицы
- Г перелом костей таза

304 ПРИ КАКОМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ РАЗВИВАЕТСЯ ПОЧЕЧНАЯ КОЛИКА?

- А субкапсулярное повреждение почки
- Б множественные разрывы почечной паренхимы и капсулы
- В гематома в области ворот почки
- Г отрыв почечной ножки

305 ОПТИМАЛЬНЫЕ СРОКИ ПОСТЕЛЬНОГО РЕЖИМА ПРИ ГЕМАТУРИИ

- А 3-4 нед
- Б 3 мес
- В до 1 года
- Г 1-2 ч

306 ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ДЛЯ РЕШЕНИЯ ВОПРОСА О ВОЗМОЖНОСТИ НЕФРЭКТОМИИ ПРИ ТРАВМЕ?

- А функция контралатеральной почки
- Б степень повреждения почки
- В продолжающееся кровотечение
- Г наличие урогематомы

307 КРИТЕРИЙ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ПОЧЕК

- А без повреждения кожных покровов
- Б повреждения почек без нарушения целостности полостной системы
- В без повреждения сосудистой ножки
- Г без сочетанной травмы органов брюшной полости

308 ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ УСЛОВИЕМ ВНУТРИБРЮШИННОГО РАЗРЫВА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ?

- А переполненный мочевой пузырь
- Б перелом костей таза
- В опорожненный мочевой пузырь
- Г травма нижней части живота

309 КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЗНАКОВ НАЗЫВАЕТСЯ СИМПТОМОМ

ЗЕЛЬДОВИЧА?

- А неадекватный отток жидкости при промывании полости мочевого пузыря
- Б поступление крови из уретры
- В острая задержка мочи
- Г мучительные позывы к мочеиспусканию

310 СРОЧНОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО ПРИ

- А диагностированном разрыве мочевого пузыря
- Б подозрении на внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря
- В подозрении на перитонит
- Г острой задержке мочи

311 ПРИ ВНУТРИБРЮШИННОМ РАЗРЫВЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПЕРИТОНИТ РАЗВИВАЕТСЯ ЧЕРЕЗ

- А 10-12 ч
- Б 1 сут
- В 1-2 ч
- Г 2 сут

312 ДРЕНИРОВАНИЕ ОКОЛОПУЗЫРНОГО ПРОСТРАНСТВА ПО БУЯЛЬСКОМУ-МАКУОРТЕРУ ВЫПОЛНЯЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ

- А опорожнения урогематомы и предупреждения развития тазовой флегмоны
- Б предупреждения возникновения мочевых свищей
- В ревизии области шейки мочевого пузыря
- Г остановки кровотечения

313 НАЛОЖЕНИЕ ЭПИЦИСТОСТОМЫ ПОКАЗАНО ПРИ

- А любой локализации разрыва мочевого пузыря
- Б внебрюшинном разрыве мочевого пузыря
- В обширной гематоме в околопузырной клетчатке
- Г профузной гематурии

314 КАКОЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ЦЕННЫМ В ДИАГНОСТИКЕ РАЗРЫВОВ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ?

- А цистография в прямой и боковой проекциях
- Б осадочная цистография
- В обзорная и экскреторная урография
- Г полицистография

315 В КАКИХ СЛУЧАЯХ ДОПУСТИМО ДРЕНИРОВАНИЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЧЕРЕЗ УРЕТРУ?

- А при ранениях мочевого пузыря во время операции (у женщин)
- Б при внебрюшинных разрывах мочевого пузыря
- В при сроке менее 24 ч после травмы
- Г при линейных разрывах мочевого пузыря не более 3 см длиной

316 ЧТО ЭТО ТАКОЕ - ЛОЖНАЯ (КРОВАВАЯ) АНУРИЯ?

- А выделение нескольких капель крови или мочи при попытке мочеиспускания
- Б отсутствие (невозможность) мочеиспускания при переполненном мочевом пузыре
- В постоянное выделение капель крови из уретры

Г отсутствие позыва к мочеиспусканию более 12 ч

317 В каких случаях необходимо дренирование брюшной полости?

- А при всех внутрибрюшинных разрывах мочевого пузыря
- Б при сочетании разрыва мочевого пузыря с травмой кишечника
- В если внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря произошел более 24 ч назад
- Г при явлениях гнойного перитонита

318 СРЕДИ ОТКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЮТСЯ

- А разрывы и надрывы уздечки полового члена
- Б колото-резанные раны
- В колотые раны
- Г резанные раны

319 ПРИ ПОЛНОЙ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ АМПУТАЦИИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ОТСЕЧЕННЫЙ ОРГАН ЦЕЛЕСООБРАЗНО СОХРАНЯТЬ В ТЕЧЕНИЕ

- А 24 ч
- Б 48 ч
- В 1 ч
- Г 2 ч

320 КАКИЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПОКАЗАНЫ ДЛЯ ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТА КОЖИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА?

- А операция Диттеля или Рейха
- Б операция Иванисевича
- В операция Винкельмана
- Г операция Нечипоренко

321 ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПЕРЕСЕЧЕНИЯ ОДНОГО ИЗ КАВЕРНОЗНЫХ ТЕЛ ЯВЛЯЕТСЯ

- А искривление полового члена
- Б подъем температуры тела
- В озноб
- Г уретроррагия

322 ЭКСТРАВАГИНАЛЬНАЯ ГЕМАТОМА МОШОНКИ СВЯЗАНА С

- А повреждением общей влагалищной оболочки или сосудов семенного канатика
- Б разрывом белочной оболочки придатка яичка
- В повреждением межтканевых промежутков, не проникающим в общую влагалищную оболочку
- Г повреждением кожи мошонки

323 ОБРАЗОВАНИЕ ИНТРАВАГИНАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ОРГАНОВ МОШОНКИ СВЯЗАНО С

- А разрывом белочной оболочки придатка яичка
- Б повреждением подкожной жировой клетчатки
- В повреждением сосудов семенного канатика
- Г повреждением межтканевых промежутков, не проникающих в общую влагалищную оболочку

324 АУТОИММУННОЕ БЕСПЛОДИЕ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ЯИЧКА СВЯЗАНО С

- А нарушением гематотестикулярного барьера
- Б нарушением лимфооттока от яичка
- В выпадением яичка
- Г перенесенными операциями

325 КАКОВЫ 2 ОСНОВНЫХ СИМПТОМА РАЗРЫВА УРЕТРЫ?

- А уретроррагия
- Б боль в промежности
- В гематурия
- Г потекание мочи

326 КАКОЙ ОСНОВНОЙ ВНЕШНИЙ ПРИЗНАК ПЕРЕЛОМА КОСТЕЙ ТАЗА ПРИ СОЧЕТАНИИ С РАЗРЫВОМ УРЕТРЫ?

- А больной не может стоять на ногах
- Б бледность кожных покровов
- В слабость, адинамия
- Г уретроррагия

327 КАКОВЫ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ НАРУШЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У МУЖЧИН С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ СТРУКТУРАМИ УРЕТРЫ?

- А наличие спермы в моче
- Б азооспермия
- В аспермия
- Г асперматизм

328 УКАЖИТЕ ДВА ВЕДУЩИХ СИМПТОМА НАРУШЕНИЯ КОПУЛЯТИВНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ СО СТРИКТУРАМИ УРЕТРЫ?

- А снижение копулятивной функции в зависимости от обострения хронического простатита и колликулита
- Б преждевременная эякуляция
- В тусклость оргазма
- Г снижение либидо

329 КАКИМ СПОСОБОМ УРЕТРОГРАФИИ МОЖНО УСТАНОВИТЬ ДЛИНУ ЗАДНЕЙ ЧАСТИ УРЕТРЫ ПРИ БОЛЬШОЙ СТРИКТУРЕ УРЕТРЫ С МОЧЕПУЗЫРНЫМ СВИЩОМ?

- А восходящей уретрографией в сочетании с проведением булжа через мочепузырный свищ в шейку и заднюю уретру
- Б комбинированный восходящей и нисходящей уретрографией
- В антеградной уретрографией
- Г восходящей уретрографией

330 КАКАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ С ПРИСТЕНОЧНЫМ ЗАКРЫТЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ УРЕТРЫ?

- А выжидательная тактика с капиллярными пункциями мочевого пузыря
- Б попытка введения постоянного катетера
- В срочная операция - первичный шов уретры
- Г эпицистостомия

331 В ПРЕДЕЛАХ КАКОГО ПЕРИОДА ВРЕМЕНИ МОЖНО ПРИ РАЗРЫВЕ УРЕТРЫ

ПРОИЗВЕСТИ ПЕРВИЧНЫЙ ШОВ (ПЕРВИЧНУЮ ПЛАСТИКУ)?

- А первые 24 ч
- Б 2 дня
- В 3-4 дня
- Г 1 нед

332 КАКОЕ КОЛИЧЕСТВО ЭТАПОВ ВКЛЮЧАЕТ ОПЕРАЦИЯ УРЕТРОПЛАСТИКИ КОЖЕЙ МОШОНКИ ПО РУСАКОВУ ПРИ СТРИКТУРАХ ДЛИНОЙ 3,5-7 СМ?

- А 4 этапа
- Б 6 этапов
- В 5этапов
- Г 2этапа

333 КАКОВЫ ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ ТОННЕЛИЗАЦИИ ПО ФРОНШТЕЙНУ?

- А постгонорейные стриктуры большой протяженности, но с ограниченным участком сужения
- Б относительные стриктуры
- В длиной до 3 см
- Г посттравматические стриктуры уретры длиной 2 см; Б. длиной 3 см

334 УКАЖИТЕ ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ СТРИКТУР УРЕТРЫ?

- А фермент лидаза (гиалуронидаза)
- Б стекловидное тело
- В алоэ
- Г антибактериальные препараты

335 ДЛЯ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ СИМПТОМАТИЧЕСКОГО ВАРИКОЦЕЛЕ?

- А опухоль почки
- Б нефроптоз
- В гидронефроз
- Г поликистоз

336 КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ СЛЕДУЕТ ИСКЛЮЧИТЬ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПРИ МАКРОГЕМАТУРИИ?

- А опухоль почки
- Б пиелонефрит
- В цистит
- Г нефроптоз

337 РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ОПУХОЛИ ПОЧКИ

- А дефект наполнения лоханки, ампутация одной или нескольких чашечек
- Б контрастные тени в проекции почки
- В увеличение размеров почки
- Г расширение полостной системы

338 КАКАЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ У ДЕТЕЙ?

- А эмбриональная аденомиосаркома
- Б гипернефроидный рак
- В семинома
- Г аденокарцинома

339 НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ТИП ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ ОПУХОЛИ ПОЧКИ

- А темноклеточный
- Б аденоматозной
- В саркомоподобный
- Г железистый

340 КАКОЕ НАЗВАНИЕ ОПУХОЛИ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРАВИЛЬНЫМ, И ОНО ПОЛУЧИЛО ШИРОКОЕ РАСПРОСТРАНЕНИЕ?

- А светлоклеточный рак почки
- Б темноклеточный
- В опухоль Гравитца
- Г аденокарцинома

341 КАКАЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ ЛОХАНКИ ВСТРЕЧАЕТСЯ ЧАЩЕ?

- А папиллярный рак
- Б саркома
- В слизисто-железистый рак
- Г ангиома

342 НАЗОВИТЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННУЮ ОПУХОЛЬ ПОЧКИ, КОТОРАЯ ДЛИТЕЛЬНОЕ ВРЕМЯ ИМЕЕТ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ

- А саркома
- Б аденокарцинома
- В полиморфно-клеточный рак
- Г эмбриональный рак

343 НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ НЕИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛИ ПОЧЕК

- А ультразвуковое сканирование
- Б компьютерная томография
- В почечная ангиография
- Г экскреторная урография

344 ПЕРВОЕ МЕСТО ПО ЧАСТОТЕ РАЗВИТИЯ РАКА ПОЧКИ ЗАНИМАЕТ

- А эпителий проксимальных канальцев
- Б фибробластоподобные клетки мозгового слоя почки
- В эпителий почечных сосудов
- Г эпителий капсулы клубочков

345 ПЕРВОЕ МЕСТО ПО ЧАСТОТЕ РАЗВИТИЯ РАКА ПОЧКИ ЗАНИМАЕТ

- А светлоклеточный рак
- Б опухоль Гравитца
- В аденокарцинома
- Г почечный рак

346 СКОЛЬКО ЛЕТ ПРОХОДИТ ОТ МОМЕНТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОПУХО-ЛЕВОЙ КЛЕТКИ ДО КЛИНИЧЕСКОГО ПРОЯВЛЕНИЯ?

- А 2 —7 лет
- Б 4 года
- В 5лет

Г 1 год

347 КАКОВА СКОРОСТЬ РОСТА РАКА ПОЧЕЧНОЙ ПАРЕНХИМЫ У МОЛОДЫХ?

- А 2 см в год
- Б 3 см в год
- В 4 см в год
- Г 5 см в год

348 КАКОВА СКОРОСТЬ РОСТА РАКА ПОЧЕЧНОЙ ПАРЕНХИМЫ У ПОЖИЛЫХ?

- А 1 см в год
- Б 2 см в год
- В 3 см в год
- Г 4 см в год

349 С ПОМОЩЬЮ КАКОГО МЕТОДА МОЖНО ВЫЯВИТЬ ОПУХОЛИ ПОЧЕЧНОЙ ПАРЕНХИМЫ МЕНЕЕ 1,5 — 2 СМ В ДИАМЕТРЕ?

- А фармакоангиография
- Б экскреторная урография
- В УЗИ
- Г ретроградная пиелография

350 КАКОЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ПОЧКИ ПРИМЕНЯЕТСЯ В ВИДЕ СКРИНИНГ-ТЕСТА?

- А ультразвуковое сканирование
- Б компьютерная томография
- В почечная ангиография
- Г нефросцинтиграфия

351 РАК ПОЧКИ ЧАЩЕ МЕТАСТАЗИРУЕТ В

- А легкие
- Б печень
- В головной мозг
- Г позвоночник

352 КАКОЙ ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ ПРИ ОПУХОЛИ ПОЧКИ У ДЕТЕЙ?

- А чрезбрюшинный
- Б торакоабдоминальный
- В торакальный
- Г по Нагасацу

353 КАКАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ РАКЕ ЛОХАНКИ

- А нефроуретерэктомия
- Б расширенная нефрэктомия
- В резекция лоханки
- Г радикальная лимфаденэктомия

354 В КАКОЙ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЙ ПРОЦЕСС ВЫХОДИТ ЗА ПРЕДЕЛЫ ФИБРОЗНОЙ КАПСУЛЫ ПОЧКИ?

- А Т3

- Б Т4
- В Т5
- Г Т1

355 РАК МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ У

- А пациентов в возрасте от 50 до 70 лет
- Б молодых людей
- В деревенских жителей
- Г женщин

356 СРЕДИ ОПУХОЛЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРЕВАЛИРУЮТ

- А эпителиальные опухоли
- Б саркомы
- В феохромоцитомы
- Г эндометриозные опухоли

357 ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

- А фибромиома
- Б аденокарциома
- В первичный гипернефроидный рак
- Г саркома

358 ДЛЯ ПАПИЛЛЯРНОГО РАКА ХАРАКТЕРНО

- А ворсинки имеют тупые концы и склонны к некрозу
- Б инфильтрирующий рост, опухоль как бы стелется по стенкам пузыря
- В эмбриональное происхождение из остатков урахуса
- Г тонкая ножка

359 Чаще всего метастазы рака мочевого пузыря наблюдаются в

- А регионарных лимфатических узлах таза, в области подвздошных и запирательных сосудов
- Б миокарде
- В кавернозных телах полового члена
- Г коже

360 ПОКАЗАТЕЛИ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ РАКА

- А клетки едва дифференцируются, как переходный эпителий
- Б некоторая вариабельность размеров и формы клеток, их ядер
- В соединительнотканый центр покрыт правильными рядами клеток эпителия
- Г базальные клетки правильной формы

361 ДЛЯ СТАДИИ T1 ХАРАКТЕРНО

- А поражение слизистой оболочки, инфильтрация субэпителиальной соединительной ткани
- Б опухоль инфильтрирует внутреннюю половину толщины мышечной оболочки
- В прорастание всей толщины стенки пузыря и инфильтрация паравезикальной клетчатки
- Г опухоль прорастает в глубокие слои мышечной оболочки

362 ДЛЯ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ХАРАКТЕРНО

- А сравнительно позднее метастазирование

- Б отсутствие боли длительное время
- В боль в костях таза
- Г раннее метастазирование

363 ДЛЯ САРКОМЫ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ХАРАКТЕРНО

- А высокая злокачественность
- Б чаще встречается у пожилых людей
- В раннее метастазирование
- Г медленный рост

364 ПРИ ЦИТОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОСАДКА МОЧИ

- А частота положительных цитологических заключений у больных раком мочевого пузыря достигает 70 %
- Б частота положительных цитологических исследований не превышает 5 —10 %
- В флюоресцентная микроскопия мало информативна
- Г раковые клетки имеют одинаковую форму и размеры с клетками эпителия

365 ОСНОВНОЙ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ СИМПТОМ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

- А имеется дефект наполнения, но контуры мочевого пузыря остаются неизмененными, симметричными
- Б тень опухоли имеет широкое основание и узловатую поверхность
- В тени кальцификатов на поверхности опухоли
- Г на полицистограмме определяется асимметрия пузыря с ригидностью одной из его стенок в зоне опухоли

366 ДАННЫЕ ТАЗОВОЙ ВНУТРИКОСТНОЙ ФЛЕБОГРАФИИ И ЛИМФОАДЕНОГРАФИИ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИЕ О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА

- А краевой дефект наполнения или распределения контрастного вещества по периферии лимфатических узлов
- Б состояние венозного сплетения
- В венозный отток по магистральным сосудам таза
- Г гомогенность тени лимфатических узлов

367 ЭНДОВЕЗИКАЛЬНАЯ ЭЛЕКТРОКОАГУЛЯЦИЯ

- А показана при папилломе мочевого пузыря
- Б является радикальным методом лечения при диффузном папилломатозе
- В показана при папиллярном раке мочевого пузыря
- Г показана при папилломе устье мочеточников

368 РЕЗЕКЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

- А в случае расположения опухоли у верхушки должна дополняться иссечением всего урахуса
- Б не предполагает удаление пораженных бластоматозным процессом лимфатических узлов таза
- В дает лучшие результаты при локализации опухоли в области шейки пузыря и вблизи обоих мочеточниковых устьев
- Г осуществляется в пределах здоровых тканей на расстоянии не менее 1 см от края опухоли

369 ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ЦИСТЭКТОМИИ

- А выраженная кахексия с метастазами
- Б множественные опухоли
- В диффузный папилломатоз
- Г рецидивные опухоли

370 ПРОВЕДЕНИЕ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ДОПУСТИМО ПРИ

- А локализации опухоли в области шейки мочевого пузыря
- Б резко выраженной раковой кахексии
- В при двух опухолевых образованиях
- Г острой и хронической почечной, выраженной печеночной недостаточности

371 ХИМИОТЕРАПИЯ ПРИ РАКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

- А проводимая в послеоперационном периоде, способствует подавлению или уничтожению остатков опухолевой ткани
- Б в сочетании с хирургическим и лучевым лечением применяется редко
- В наиболее эффективна, как самостоятельный метод лечения
- Г применяемая регионарно методом внутриартериальных инфузий, не отличается высокой эффективностью

372 ПРОФИЛАКТИКА РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРЕДПОЛАГАЕТ

- А своевременное лечение воспалительных, трофических и паразитарных заболеваний мочевого пузыря
- Б уменьшение приема жидкости пациентами «группы риска»
- В обследование пациентов с дивертикулами мочевого пузыря проводится в случае возникновения макрогематурии
- Г проведение цистоскопии не реже 1 раза в 2 года пациентам, лечившимся по поводу опухолей мочевого пузыря

373 АДЕНОМА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ — ЭТО ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ, КОТОРАЯ РАЗВИВАЕТСЯ ИЗ

- А краниальной (центральной) области предстательной железы
- Б шейки мочевого пузыря
- В куперовых желез
- Г семенных пузырьков

374 В ПРОЦЕССЕ РОСТА ДГПЖ ПРЕДСТАТЕЛЬНАЯ ЖЕЛЕЗА

- А оттесняется к периферии, превращаясь в хирургическую капсулу
- Б гипертрофируется
- В остается без изменений
- Г прорастает аденоматозной тканью

375 КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА ДГПЖ НАИМЕНЕЕ ВЫРАЖЕНА ПРИ

- А ректальной форме
- Б смешанной форме
- В асимметрии боковых долей по величине
- Г сочетании ДГПЖ и хронического простатита

376 МЕХАНИЗМ ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКИ МОЧИ ПРИ ДГПЖ ОБУСЛОВЛЕН

- А нарушением координированной работы детрузора и замыкательного аппарата мочевого пузыря

- Б сопутствующим баланопоститом
- В наличием дивертикулов мочевого пузыря
- Г хроническим пиелонефритом

377 РАЗВИТИЕ ДГПЖ ОБУСЛОВЛЕНО

- А повышенной активностью 5-α-редуктазы
- Б снижением образования эстрогенов
- В половыми дизритмиями
- Г преобладанием в рационе растительной пищи

378 ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА НИКТУРИИ ПРИ ДГПЖ

- А прилив крови в вены таза, веностаз в подслизистом слое предстательной части уретры
- Б развитие хронического пиелонефрита
- В атрофия предстательной железы
- Г ректальная форма ДГПЖ

379 Для первой стадии ДГПЖ характерно

- А при мочеиспускании мочевого пузыря полностью опорожняется, остаточной мочи нет
- Б количество остаточной мочи 50 — 400 мл
- В пузырно-мочеточниковые рефлюксы
- Г мочеиспускание в несколько этапов, сопровождающееся чувством неполного опорожнения мочевого пузыря

380 ОСЛОЖНЕНИЯ ДГПЖ

- А цистит
- Б рак полового члена
- В рак предстательной железы
- Г рак почки

381 ПРИ РЕКТАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ ДЛЯ ДГПЖ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ

- А консистенция узлов эластическая или плотно-эластическая
- Б плотные узлы хрящевидной консистенции
- В асимметрия предстательной железы
- Г инфильтраты, нарушающие целостность капсулы, идущие к окружающим тканям

382 ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ СКАНИРОВАНИИ ДЛЯ ДГПЖ ХАРАКТЕРНО

- А овальная форма, симметричность, однородная мелкогранулярная эхоструктура
- Б симметричные гиперэхогенные очаги
- В интенсивные, ограниченные, эхологически плотные участки с акустической тенью
- Г неоднородная эхоструктура, деформация предстательной железы, увеличение ее в ширину

384 Экстренная аденомэктомия предполагает

- А полное исключение катетеризации мочевого пузыря на предыдущих этапах и в стационаре
- Б временное отведение мочи посредством эпицистостомии
- В обязательное обследование пациента с использованием радиоизотопных методов
- Г проведение операции в первые 6 — 36 ч после задержки мочи

385 ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ЭКСТРЕННОЙ АДЕНОМЭКТОМИИ

- А острый пиелонефрит
- Б сдавление аденомой интрамуральной части мочеточников
- В большие размеры аденомы
- Г камень мочевого пузыря

386 ПОКАЗАНИЯ К ПЛАНОВОЙ АДЕНОМЭКТОМИИ

- А вторая стадия ДГПЖ
- Б ХПН
- В острый пиелонефрит, уросепсис
- Г подозрение на рак в аденоме

387 ПОКАЗАНИЯ К ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

- А плотная консистенция, пузырная форма ДГПЖ
- Б опухоль мочевого пузыря
- В осложнения, вызванные ушиванием ложа предстательной железы при аденомэктомии
- Г большой размер аденомы (масса больше 70 г)

388 ОСЛОЖНЕНИЯ, ВЫЗВАННЫЕ УШИВАНИЕМ ЛОЖА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ АДЕНОМЭКТОМИИ

- А рубцовый стеноз шейки мочевого пузыря
- Б кровотечение
- В рак почки
- Г рецидив ДГПЖ

389 ПРЕИМУЩЕСТВА БЕСШОВНОГО ВЕДЕНИЯ ЛОЖА ПРИ АДЕНОМЭКТОМИИ

- А меньшая травматичность и эффект вымывания из ложа ДГПЖ фибринолитических веществ
- Б радикальное удаление ДГПЖ
- В удаление конкрементов мочевого пузыря во время операции
- Г возможность тщательной ревизии мочевого пузыря для исключения опухоли и дивертикулов

390 ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ АДЕНОМЭКТОМИИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ У ПАЦИЕНТОВ С

- А варикозным расширением вен нижних конечностей
- Б ректальной формой ДГПЖ
- В дивертикулами мочевого пузыря
- Г малыми размерами ДГПЖ

391 ОСТРЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ ПОСЛЕ АДЕНОМЭКТОМИИ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ У БОЛЬНЫХ

- А после неоднократных катетеризаций мочевого пузыря в предоперационном периоде
- Б при небольших размерах ДГПЖ
- В с нарушением функций почек
- Г которым проводилась вазорезекция

392 ЧТО ОЗНАЧАЕТ ПОНЯТИЕ «ГИПЕРТЕРМИЯ»?

- А 42-45°C

- Б 37-39°C
- В 70—100°C
- Г 50-70 °C

393 ЧТО ОЗНАЧАЕТ ПОНЯТИЕ «ТЕРМОТЕРАПИЯ»?

- А 55-80 °C
- Б 40-45 °C
- В 80-100 °C
- Г температурный режим 37—38 °C

394 КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРОИСХОДЯТ В ТКАНИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕ-ЛЕЗЫ ПРИ МИКРОВОЛНОВОЙ ТЕРМОТЕРАПИИ?

- А геморрагический эффект
- Б коагуляционный некроз
- В макроскопический некроз
- Г химический ожог

395 КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРОИСХОДЯТ В ТКАНИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕ-ЛЕЗЫ ПРИ РАДИОЧАСТОТНОЙ ТЕРМОТЕРАПИИ?

- А макроскопический некроз
- Б антипролиферативный эффект
- В геморрагическая болезнь
- Г коагуляционный некроз

396 КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ НАСТУПАЮТ В ТКАНИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕ-ЛЕЗЫ ПРИ ТЕРМОАБЛАЦИИ?

- А коагуляционный некроз
- Б точечный некроз
- В геморрагический эффект
- Г фиброз ткани

397 КАКИЕ НОВЫЕ ТЕРМАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ В ЛЕЧЕНИИ ДГПЖ?

- А радиочастотная термоабляция
- Б микроволновая гипертермия
- В радиочастотная термотерапия
- Г микроволновая термотерапия

398 КАКОВА МЕДИЦИНСКАЯ ГЕОГРАФИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕ-ЛЕЗЫ (РПЖ)?

- А наибольшее распространение в США
- Б наибольшее распространение РПЖ в Юго-Восточной Азии
- В наименьшее распространение в Западной Европе
- Г наибольшее распространение в РФ

399 КАКОЙ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР РПЖ БОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН?

- А генетический
- Б воспалительный
- В гормональный
- Г микробный

400 УКАЖИТЕ ОСНОВНОЕ ЗВЕНО ПАТОГЕНЕЗА РПЖ?

- А гиперандрогения
- Б первичное поражение гонад
- В снижение функции печени
- Г гиперэстерогения

Ситуационные задачи:

№1 У пациента 55 лет при обследовании выявлен коралловидный камень левой почки. При цистоскопии из левого устья выделился густой гной в виде «пасты из тюбика». На обзорной урограмме тень конкремента в проекции левой почки 4 на 6 см, на экскреторных урограммах контрастного вещества в проекции левой почки нет. Справа функция почки не изменена. На радиоизотопной ренограмме: справа васкуляризация, секрция и экскреция не нарушены, слева - «немая» почка.

В 1 Предварительный диагноз?

Э - МКБ. Коралловидный камень левой почки. Калькулезный пионефроз слева.

P2 - Диагноз поставлен верно.

P1 - Диагноз поставлен неполностью - часть нозологий упущена.

P0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Какие дополнительные обследования необходимо провести?

Э - Для уточнения диагноза необходимо УЗИ почек с цветовым доплеровским картированием (ЦДК). МСКТ органов мочеполовой системы с контрастированием. Оценить биохимические показатели (креатинин, мочевины).

P2 - Указаны все методы исследования. Ответ обоснован.

P1 - Указаны не все исследования либо перечислены не все методики исследования не обоснована цель их назначения.

P0 - Указаны неверные методы исследования.

В 3 Какой из методов лечения показан больному. Обоснуйте.

Э - Оперативное вмешательство в объеме нефруретерэктомия слева. Т.к. левая почка не функционирует, из мочеточника поступает гной.

P2 - Правильно выбран метод лечения. Правильно обоснован метод лечения.

P1 - Правильно указан способ лечения, но не обоснованы показания.

P0 - Ответ неверен полностью.

В 4 Какое обстоятельство позволяет выполнить оперативное вмешательство в запланированном объеме, если таковое показано.

Э - Т.к. левая почка не функционирует, а у правой почки полностью сохранена функция и отсутствуют конкременты и новообразования.

P2 - Перечислены все обстоятельства правильно.

P1 - Ответ верен только частично.

P0 - Ответ полностью неверен.

В 5 Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике заболевания.

Э - Профилактическое обследование (УЗИ почек 1 раз в год). Избегать переохлаждения. Исключить из рациона острую пищу, алкоголь. Лечение воспалительных осложнений, своевременное оперативное лечение.

P2 - Ответ верен

P1 - Указана только часть мероприятий

P0 - Ответ неверен.

№2: При поступлении в урологическую клинику больная 34 лет предъявляет жалобы на тупые боли в поясничных областях, жажду, субфебрильную температуру, повышение артериального давления до 180/110 мм.рт.ст. Анамнез: считает себя больной в течение 5 лет, длительное время лечится амбулаторно у нефролога по поводу хронического пиелонефрита; ранее никогда не обследовалась. При осмотре: в подреберьях, симметрично пальпируются больших размеров малоподвижные образования с бугристыми поверхностями. Анализ мочи: удельный вес -1006,лейкоциты - до 100 в п/зр. Мочевина крови - 9,0 ммоль/л, креатинин 198 мкмоль/л.

В 1 Предварительный диагноз?

Э - Поликистоз почек - врожденное заболевание, наследуемое по доминантному типу.

P2 - Диагноз поставлен верно.

P1 - Диагноз поставлен неполностью - часть нозологий упущена.

P0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Укажите признаки, симптомы данного заболевания.

Э - Пальпируемые образования являются почками. Наличие двустороннего увеличения почек с неровной поверхностью, признаки артериальной гипертензии, хронического пиелонефрита и почечной недостаточности позволяют предположить у больной это заболевание.

P2 - Указаны все признаки, симптомы. Ответ обоснован.

P1 - Указаны не все признаки и симптомы.

P0 - Ответ неверен.

В 3 Какие дополнительные исследования необходимы для его уточнения

Э - Для уточнения диагноза показано: УЗИ, мультиспиральная компьютерная томография, сцинтиграфия почек, экскреторная урография, ренография.

P2 - Перечислены все методы исследования

P1 - Указано только часть методов исследования

P0 - Ответ неверен полностью.

В 4 Какова лечебная тактика. Какие осложнение является абсолютным показанием для оперативного вмешательства. Укажите название операции.

Э - Показано проведение гипотензивной и дезинтоксикационной терапии, назначение средств, улучшающих микроциркуляцию, молочно-растительная диета. Осложнения: нагноение кист. Операция: игнипунктура.

P2 - Перечислены все обстоятельства правильно.

P1 - Ответ верен только частично.

P0 - Ответ полностью неверен.

В 5 5.Перечислите меры вторичной профилактики.

5.

Э - Прием уроантисептиков, гипотензивных препаратов, средств, улучшающих кровообращение.

P2 - Ответ верен

P1 - Указана только часть мероприятий

P0 - Ответ неверен.

№3: Больной, 72 года, обратился с жалобами на присутствие крови в моче в течение

последних 4 месяцев. Моча окрашена кровью во время всего акта мочеиспускания. Периодически отмечает отхождение сгустков крови червеобразной формы. Неделю назад после очередного эпизода гематурии появились сильные боли в правой поясничной области, которые прошли самостоятельно после от-хождения с мочой сгустков крови.

В 1 Какое заболевание следует заподозрить?

Э - Макрогематурия. Новообразование правой почки (?), правого мочеточника (?)

P2 - Диагноз поставлен верно.

P1 - Диагноз поставлен неполностью - часть нозологий не указана.

P0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Каков план обследования больного?

Э - Для установления диагноза последовательность обследования больного следующая: пальпация области почек, особенно тщательная справа, исследование органов мошонки на предмет вторичного варикоцеле, цитологическое исследование мочи на атипичные клетки, УЗИ почек и мочевого пузыря, экскреторная урография, мультиспиральная КТ и МРТ почек и забрюшинного пространства.

P2 - Указаны все методы исследования

P1 - Методы исследования указаны частично

P0 - Ответ неверен.

В 3 Ваш выбор лечения?

Э - При выявлении новообразование почки показана радикальная хирургическая тактика. При новообразовании паренхимы почки до 3 см – резекция почки, если более 3-х см с прорастанием в лоханку – нефрэктомия. При Ст лоханки – нефроуретерэктомия справа с трансуретральной резекцией устья мочеточника правой почки. В послеоперационном периоде комбинированная химиотерапия и лучевая терапия.

P2 - Ответ полный. Указаны все виды лечения.

P1 - Указана только часть

P0 - Ответ неверен полностью.

№4 У мальчика 4 лет затрудненное мочеиспускание тонкой нитевидной струей; при каждом мочеиспускании отмечается растягивание в виде шара препунциального мешка.

В 1 Предварительный диагноз? Определение заболевания?

Э - Фимоз - заболевание, при котором происходит сужение крайней плоти (складки кожи, прикрывающей головку полового члена): либо головка полового члена открывается, вызывая болезненные ощущения, либо не открывается вовсе.

P2 - Диагноз поставлен верно.

P1 - Диагноз поставлен верно, но без объяснения патологии

P0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Классификация заболевания.

Э - Заболевание имеет 4 степени.

Фимоз первой стадии характеризуется затруднением обнажения головки полового члена в эрегированном состоянии, тогда как в спокойном состоянии таких проблем не возникает.

Второй стадии заболевания головку полового члена можно с усилием открыть только в

спокойном состоянии, а при эрекции сделать это невозможно.

Третьей стадии головка не открывается вовсе, но проблемы с мочеиспусканием ещё не проявляются.

Четвертой стадии заболевания, когда моча выделяется наружу только слабой струйкой или каплями.

R2 - Указаны все стадии правильно.

R1 - Указаны не все стадии заболевания, либо указаны неправильно.

R0 - Ответ полностью не верен.

В 3 Какова лечебная тактика?

Э - Циркумцизия - это процедура иссечения крайней плоти полового члена. Инструментальное расширение препунциального отверстия

R2 - Правильно выбран метод лечения. Правильно обоснован метод лечения.

R1 - Правильно указан способ лечения, но не обоснованы показания. Либо перечислены не все методы

R0 - Ответ неверен полностью.

В 4 Перечислите меры первичной профилактики.

Э - Информирование матери о необходимости выполнения постоянных попыток открыть головку полового члена с момента рождения мальчика. Профилактика баланопостита (избегать воспалительного процесса) – гигиена наружных половых органов.

R2 - Ответ верен.

R1 - Ответ верен только частично.

R0 - Ответ полностью неверен.

№5 У мальчика 8 лет отсутствует правое яичко в мошонке. При рождении в мошонке отсутствовали оба яичка, в возрасте 6 лет левое яичко заняло нормальное положение. В правой паховой области нечетко пальпируется округлое образование размером 3х2 см.

В 1 Диагноз? Определение?

Э - Паховый крипторхизм. Крипторхизм — неопущение яичка в мошонку: расположение яичек вне мошонки (в брюшной полости или в паховом канале), либо неправильное опускание, при котором яичко, выйдя из пахового канала, меняет направление и располагается под кожей в паху, на бедре, в лобке или промежности.

R2 - Диагноз поставлен верно. Определение указано верно.

R1 - Только часть ответа указано правильно.

R0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Каков генез заболевания?

Э - Врожденное заболевание – результат нарушения процесса миграции яичка в мошонку.

R2 - Полностью правильный ответ

R1 - Ответ частично правильный

R0 - Ответ неверен.

В 3 Нужны ли дополнительные методы исследования?

Э - УЗИ пахового канала справа, УЗИ органов мошонки с ЦДК.

R2 - Ответ правильный

P1 - В ответе есть ошибки.
P0 - Ответ неверен полностью.

В 4 Какова лечебная тактика?

Э - Необходимо оперативное лечение: орхипексия справа. Орхипексия - прикрепление яичка к соседним тканям с помощью швов.

P2 - Все ответы правильные

P1 - Ответ верен только частично.

P0 - Ответ полностью неверен.

В 5 Перечислите меры профилактики: а) для матери с учетом последующих беременностей; б) для ребенка.

Э - а) исключение тератогенных воздействий во время 2-го триместра беременности; б) ежегодный проф. осмотр для исключения онкопатологии.

P2 - Ответ верен

P1 - Ответ частично верен.

P0 - Ответ неверен.

№6: Больной 18 лет поступил в клинику с жалобами на тупую боль в правой поясничной области, которую ощущает около 10 лет. В правой половине живота пальпаторно определяется опухолевидное образование. Клинические анализы мочи и крови не изменены. На обзорной рентгенограмме теней конкрементов не определяются, отмечается расширение чашечно-лоханочной системы, замедление пассажа контрастного вещества. Слева изменений рентгенологической картины нет. На ангиограмме почек справа определяется добавочный сосуд, идущий к нижнему полюсу правой почки.

В 1 Диагноз?

Э - Врожденный гидронефроз на почве уретеровазального конфликта справа.

P2 - Диагноз поставлен верно.

P1 - Только часть ответа указано правильно.

P0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Каков генез заболевания?

Э - Врожденное заболевание – результат нарушения оттока мочи из полостной системы правой почки в результате сдавления пиелоуретерального сегмента мочеточника aberrantным сосудом.

P2 - Полностью правильный ответ

P1 - Ответ частично правильный

P0 - Ответ неверен.

В 3 Нужны ли дополнительные методы исследования?

Э - МСКТ мочеполовой системы с контрастированием.

P2 - Ответ правильный

P1 - В ответе есть ошибки.

P0 - Ответ неверен полностью.

В 4 Какова лечебная тактика?

Э - Необходимо оперативное лечение: пластика пиелоуретерального сегмента справа по Хайнесу-Андерсену.

- P2 - Все ответы правильные
- P1 - Ответ верен только частично.
- P0 - Ответ полностью неверен.

В 5 Перечислите меры вторичной профилактики.

Э - Диспансерное наблюдение. Профилактика воспалительных заболеваний почек. Избегать переохлаждения. Контрольное УЗИ 1 раз в 6 месяцев.

- P2 - Ответ верен
- P1 - Ответ частично верен.
- P0 - Ответ неверен.

№7: Больная 22 лет обратилась к врачу-урологу с жалобами на тупую боль в левой поясничной области, учащенное мочеиспускание. При цистоскопии в области левого устья определяется выпухание с точечным устьем. На экскреторной урограмме справа чашечно-лоханочная система и мочеточник не изменены, слева - расширение тазового отдела мочеточника в виде «головы кобры».

В 1 Диагноз?

Э - Уретероцеле слева. Уретероцеле — сужение устья мочеточника, приводящее к образованию шаровидного и кистовидного выпячивания внутрипузырного отдела мочеточника, состоящего из двух слоёв слизистой оболочки — внутри мочеточника и снаружи мочевого пузыря, ввиду чего происходит нарушение оттока мочи и возникновение уретерогидронефротической трансформации и хронического пиелонефрита.

- P2 - Диагноз поставлен верно. Определение указано верно.
- P1 - Только часть ответа указано правильно.
- P0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Каков генез заболевания?

Э - Врожденное заболевание; результат неправильного развития (значительного сужения) устья мочеточника и нарушения оттока мочи.

- P2 - Полностью правильный ответ
- P1 - Ответ частично правильный
- P0 - Ответ неверен.

В 3 Нужны ли дополнительные методы исследования?

Э - МСКТ мочеполовой системы с контрастированием. УЗИ мочевого пузыря, УЗИ почек.

- P2 - Ответ правильный
- P1 - В ответе есть ошибки.
- P0 - Ответ неверен полностью.

В 4 Какова лечебная тактика?

Э - Необходимо оперативное лечение: эндоскопическое рассечение устья левого мочеточника.

- P2 - Все ответы правильные
- P1 - Ответ верен только частично.

P0 - Ответ полностью неверен.

В 5 Перечислите меры вторичной профилактики.

Э - Диспансерное наблюдение с детского возраста.

P2 - Ответ верен

P1 - Ответ частично верен.

P0 - Ответ неверен.

№8: Больная 20 лет в течение года отмечает резкое снижение массы тела, приступообразные боли в правой поясничной области после физической нагрузки, купирующиеся в горизонтальном положении. При вертикальном положении в правой половине живота прощупывается опухолевидное образование. На обзорной рентгенограмме теней конкрементов нет, нижний полюс правой почки в вертикальном положении, определяется на уровне тела L5.

В 1 Диагноз?

Э - Правосторонний нефроптоз 2ст. Нефроптоз (опущение почки) — патологическое состояние, характеризующееся избыточной подвижностью почки и нарушением нормальных анатомических взаимоотношений органов мочеполовой системы

P2 - Диагноз поставлен верно. Определение указано верно.

P1 - Только часть ответа указано правильно.

P0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Каков генез заболевания?

Э - Врожденное заболевание, развившееся в результате неправильного развития фиксирующего аппарата почек.

P2 - Полностью правильный ответ

P1 - Ответ частично правильный

P0 - Ответ неверен.

В 3 Нужны ли дополнительные методы исследования?

Э - МСКТ мочеполовой системы с контрастированием. Необходимы дополнительные методы обследования: экскреторная урография с ортостатической пробой.

P2 - Ответ правильный

P1 - В ответе есть ошибки.

P0 - Ответ неверен полностью.

В 4 Какова лечебная тактика?

Э - Выбор лечебной тактики в зависимости от состояния уродинамики: при отсутствии нарушения — консервативная терапия, при наличии нарушения уродинамики, сохраняющегося болевого синдрома, частые обострения пиелонефрита — нефропексия.

P2 - Все ответы правильные

P1 - Ответ верен только частично.

P0 - Ответ полностью неверен.

В 5 Перечислите меры вторичной профилактики.

Э - ☐ Диспансерное наблюдение у уролога с детского возраста. Ограничение физических нагрузок, ношение почечного бандажа, лечебная физкультура.

P2 - Ответ верен

P1 - Ответ частично верен.

P0 - Ответ неверен.

№9: Больной 20 лет предъявляет жалобы на боли в левой половине мошонки. В вертикальном положении тела в области левого семенного канатика определяется гроздевидное образование тестоватой консистенции, которое спускается ниже яичка, а в горизонтальном положении тела значительно уменьшается в размерах. При пальпации яичко дрябловатое, слегка уменьшено в размерах.

В 1 Диагноз?

Э - Варикоцеле слева 3 ст. Варикоцеле — расширение вен гроздевидного сплетения семенного канатика.

P2 - Диагноз поставлен верно. Определение указано верно.

P1 - Только часть ответа указано правильно.

P0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Каков генез заболевания?

Э - Врожденное заболевание; результат неправильного развития несостоятельность клапанного механизма вен или положения левой почечной вены (анатомическая особенность).

P2 - Полностью правильный ответ

P1 - Ответ частично правильный

P0 - Ответ неверен.

В 3 Нужны ли дополнительные методы исследования?

Э - Флебодиагностика. УЗИ органов мошонки с ЦДК. Спермограмма (оценить нарушение сперматогенеза)

P2 - Ответ правильный

P1 - В ответе есть ошибки.

P0 - Ответ неверен полностью.

В 4 Какова лечебная тактика?

Э - Выбор лечебной тактики зависимости от градиента давления в левой почечной вене и нижней полой; при наличии выраженной флебогипертензии показан тестикуло-гипогастральный венозный анастомоз; при незначительной флебогипертензии (менее 70 см вод. ст.) — эндоваскулярная эмболизация внутренней семенной (тестикулярной) вены или операция Иванисевича, операция Мар-мар, лапароскопическое клипирование яичковой вены.

P2 - Все ответы правильные

P1 - Ответ верен только частично.

P0 - Ответ полностью неверен.

В 5 Перечислите меры вторичной профилактики.

Э - Диспансерное наблюдение уролога с детского возраста. Ограничение физических нагрузок в вертикальном положении, ношение тугих плавок.

P2 - Ответ верен

P1 - Ответ частично верен.

P0 - Ответ неверен.

№10: Больная 36 лет жалуется на быструю утомляемость, слабость, сухость во рту, тошноту. Страдает гипертонической болезнью, которая плохо корректируется терапией. При пальпации области живота определяются увеличенные бугристые почки, больше справа. В клиническом анализе мочи

– лейкоцитурия, микрогематурия, гипоизостенурия. В анализе крови - анемия, азотемия.

В 1 Каков Ваш предварительный диагноз.

Э - Вероятно пальпируемые образования являются почками. Наличие двустороннего увеличения почек с неровной поверхностью, признаки артериальной гипертензии, хронического пиелонефрита и почечной недостаточности позволяют предположить у больной поликистоза почек.

P2 - Диагноз поставлен верно.

P1 - Только часть ответа указано правильно.

P0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Каков генез заболевания?

Э - Поликистоз - врожденное заболевание, наследуемое по доминантному типу.

P2 - Полностью правильный ответ

P1 - Ответ частично правильный

P0 - Ответ неверен.

В 3 Нужны ли дополнительные методы исследования?

Э - Для уточнения диагноза показано: УЗИ, МСКТ, скintiграфия почек.

P2 - Ответ правильный

P1 - В ответе есть ошибки.

P0 - Ответ неверен полностью.

В 4 Какова лечебная тактика. Какое осложнение является абсолютным показанием для оперативного вмешательства, название операции?

Э - Показано проведение антибактериальной, гипотензивной и дезинтоксикационной терапии, назначение средств, улучшающих микроциркуляцию, молочно-растительная диета, слабительные. Нагноение кист. Операция: игнипунктура

P2 - Все ответы правильные

P1 - Ответ верен только частично.

P0 - Ответ полностью неверен.

В 5 Перечислите меры вторичной профилактики.

Э - Диета, постоянный прием уроантисептиков, средств, улучшающих

кровообращение, гипотензивных препаратов.

- P2 - Ответ верен
- P1 - Ответ частично верен.
- P0 - Ответ неверен.

№11: Пациент 55 лет поступил в урологическую клинику с DS: «Киста правой почки». По результатам обследования выявлена парапельвикальная киста правой почки 4,5 × 3,0 см. На экскреторных урограммах лоханка справа не выполняется, гидрокаликоз всех групп чашечек.

- В 1 Каков Ваш предварительный диагноз.
- Э - Парапельвикальная киста правой почки.

- P2 - Диагноз поставлен верно.
- P1 - Только часть ответа указано правильно.
- P0 - Диагноз поставлен неверно.

- В 2 Почему не выполняется лоханка

- Э - Лоханка правой почки сдавлена парапельвикальной кистой.

- P2 - Полностью правильный ответ
- P1 - Ответ частично правильный
- P0 - Ответ неверен.

- В 3 Какое дополнительное обследование необходимо провести

- Э - Для уточнения диагноза необходимо провести УЗ почек и мочевого пузыря. МСКТ почек.

- P2 - Ответ правильный
- P1 - В ответе есть ошибки.
- P0 - Ответ неверен полностью.

- В 4 Какой из методов оперативного лечения предпочтителен.

- Э - Предпочтителен метод оперативного лечения: минилюмботомия, иссечение парапельвикальной кисты почки.

- P2 - Все ответы правильные
- P1 - Ответ верен только частично.
- P0 - Ответ полностью неверен.

- В 5 Перечислите меры вторичной профилактики.

- Э - Диспансерное наблюдение уролога с детского возраста.

- P2 - Ответ верен
- P1 - Ответ частично верен.
- P0 - Ответ неверен.

№12: Больной М., 45 лет последние 3 месяца отмечает периодические подъемы

температуры до 38,0°C с ознобом. При пальпации определяется болезненность в области правого подреберья. Симптом XII ребра положительный справа. На обзорной урограмме в проекции правой почки визуализируется тень, подозрительная на конкремент 1,5 x 1,4 см в d. На экскреторной урограмме функция правой почки снижена, определяется правосторонний гидронефроз, мочеточник четко не виден. Выявленная тень наслаивается на проекцию лоханки. Изменений чашечно-лоханочной системы, мочеточника слева не обнаружено.

В 1 Каков Ваш предварительный диагноз.

Э - Клиническая картина характерна для камня правой почки.
Предварительный диагноз: Камень правой почки.

P2 - Диагноз поставлен верно.

P1 - Только часть ответа указано правильно.

P0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

Э - Для уточнения диагноза необходимо проведения УЗИ почек мочевого пузыря.
МСКТ мочеполовой системы.

P2 - Полностью правильный ответ

P1 - Ответ частично правильный

P0 - Ответ неверен.

В 3 Какой из методов обследования в данном случае даст наиболее достоверную информацию.

Э - МСКТ

P2 - Ответ правильный

P1 - В ответе есть ошибки.

P0 - Ответ неверен полностью.

В 4 Какие рентгенологические признаки указывают на то, что тень на обзорной урограмме имеет отношение к мочевым путям.

Э - Расширение полостной системы правой почки по УЗИ почек.

P2 - Все ответы правильные

P1 - Ответ верен только частично.

P0 - Ответ полностью неверен.

В 5 Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.

Э - Здоровый образ жизни. Отказ от вредных привычек.

Высокая водная нагрузка не менее 2,5 л в день.

P2 - Ответ верен

P1 - Ответ частично верен.

P0 - Ответ неверен.

№13: В медпункт обратился больной 17 лет с жалобами на тошноту и рвоту, на резкие

схваткообразные боли в левом боку, распространяющиеся в паховую область, в наружные половые органы, учащение мочеиспускания. Температура тела нормальная. Больной непрерывно меняет положение тела, не находя в этом облегчения. Месяц тому назад отмечает аналогичный приступ, который купировался спазмолитиками.

В 1 Каков Ваш предварительный диагноз.

Э - Клиническая картина характерна для левосторонней почечной колики. Предварительный DS: Камень левого мочеточника.

P2 - Диагноз поставлен верно.

P1 - Только часть ответа указано правильно.

P0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

Э - Для уточнения диагноза необходимо проведение УЗИ почек, обзорной, экскреторной урографии.

P2 - Полностью правильный ответ

P1 - Ответ частично правильный

P0 - Ответ неверен.

В 3 Меры первой (доврачебной) и врачебной помощи

Э - Спазмолитики, обезболивание, теплая ванна.

P2 - Ответ правильный

P1 - В ответе есть ошибки.

P0 - Ответ неверен полностью.

В 4 Какие заболевания могут «симулировать» указанное заболевание

Э - Заболевания кишечника, позвоночника (остеохондроз).

P2 - Все ответы правильные

P1 - Ответ верен только частично.

P0 - Ответ полностью неверен.

В 5 Перечислите мероприятия по первичной профилактике заболевания.

Э - Здоровый образ жизни, диета, повышенный прием жидкости.

P2 - Ответ верен

P1 - Ответ частично верен.

P0 - Ответ неверен.

№14: У больной 48 лет накануне обращения возник приступ острой боли в левой поясничной области, после чего прекратилось мочеиспускание, нет позывов в течение последних 12 ч. Мочевой пузырь над лобком пальпаторно и перкуторно не определяется. При катетеризации мочевого пузыря мочи из него не получено. По поводу почечно-каменной болезни 6 лет назад удалена правая почка.

В 1 Каков Ваш предварительный диагноз.

Э - Камень левого мочеточника. Постренальная анурия.

- P2 - Диагноз поставлен верно.
- P1 - Только часть ответа указано правильно.
- P0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

Э - Для уточнения диагноза необходимо проведение обзорной урографии, УЗИ почек.

- P2 - Полностью правильный ответ
- P1 - Ответ частично правильный
- P0 - Ответ неверен.

В 3 Можно ли рассматривать состояние больной как неотложную ситуацию.

Э - Анурия – неотложное состояние.

- P2 - Ответ правильный
- P1 - В ответе есть ошибки.
- P0 - Ответ неверен полностью.

В 4 Укажите способы ликвидации осложнения основного заболевания.

Э - Катетеризация левого мочеточника, стентирование, пункционная нефростомия, уретеролитотомия с нефростомией.

- P2 - Все ответы правильные
- P1 - Ответ верен только частично.
- P0 - Ответ полностью неверен.

В 5 Перечислите мероприятия по первичной профилактике заболевания.

Э - Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, диета. Регулярное профилактическое обследование (УЗИ почек), Санаторно-курортное лечение.

- P2 - Ответ верен
- P1 - Ответ частично верен.
- P0 - Ответ неверен.

№15: Больной пожилого возраста предъявляет жалобы на боли внизу живота, иррадиирующие в головку полового члена. Мочеиспускание резко учащено, затруднено, беспокоят рези при мочеиспускании. Периодически в последних порциях мочи отмечается примесь крови. Год назад оперирован по поводу аденомы предстательной железы. Амбулаторное лечение не проводилось. При осмотре: живот правильной формы, над лоном определяется старый окрепший послеоперационный рубец. Per rectum признаков рецидива аденомы нет. Катетеризация уретры свободно осуществляется катетером № 18.

В 1 Каков Ваш предварительный диагноз.

Э - Камень мочевого пузыря. ДГПЖ 2 ст. Хронический цистит. Хронический пиелонефрит

- P2 - Диагноз поставлен верно.

P1 - Только часть ответа указано правильно.

P0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

Э - Для уточнения диагноза необходимо проведение УЗИ мочевого пузыря, обзорной, экскреторной урографий, урофлоуметрии.

P2 - Полностью правильный ответ

P1 - Ответ частично правильный

P0 - Ответ неверен.

В 3 Какой из методов обследования в данном случае даст наиболее достоверную информацию

Э - Цистоскопия.

P2 - Ответ правильный

P1 - В ответе есть ошибки.

P0 - Ответ неверен полностью.

В 4 Чем обусловлено данное заболевание.

Э - Камень мочевого пузыря может быть результатом инфравезикальной обструкции, хронического цистита.

P2 - Все ответы правильные

P1 - Ответ верен только частично.

P0 - Ответ полностью неверен.

В 5 Перечислите возможные мероприятия по третичной профилактике заболевания.

Э - Лечение воспалительных осложнений со стороны мочевых путей.

P2 - Ответ верен

P1 - Ответ частично верен.

P0 - Ответ неверен.

№16: Больная 55 лет поступила в городскую больницу скорой медицинской помощи с жалобами на боли в левой поясничной области, субфебрилитет. Анамнез: считает себя больной в течение года. При объективном осмотре живот мягкий, умеренно болезнен в левом подреберье. Пропальпировать что-либо в подреберьях невозможно из-за массивной подкожно-жировой клетчатки. Симптом XII ребра (+) слева. Клинический анализ мочи: лейкоциты сплошь покрывают поле зрения. Анализ крови: НВ 100 г/л; Л - $5,9 \cdot 10^9/\text{л}$; СОЭ 56 мм/час. На обзорной урограмме тень конкремента коралловидной формы в проекции левой почки 4х6 см. На серии экскреторных урограмм контрастного вещества в проекции левой почки не определяется. Функция правой почки не изменена. На радиоизотопной ренограмме: справа - сосудистая, секреторная и экскреторная составляющие кривой не нарушены, слева - "немая" почка. На ангиограммах: резкое обеднение сосудистого рисунка слева; ангиоархитектоника справа не нарушена. Цистоскопия: видно выделение густого гноя в виде "пасты из тюбика" из левого устья.

В 1 Каков Ваш предварительный диагноз.

- Э - Мочекаменная болезнь. Коралловидный камень левой почки.
 P2 - Диагноз поставлен верно.
 P1 - Только часть ответа указано правильно.
 P0 - Диагноз поставлен неверно.
- В 2 Осложнения основного заболевания.
- Э - Калькулезный пионефроз, нефросклероз слева.
- P2 - Полностью правильный ответ
 P1 - Ответ частично правильный
 P0 - Ответ неверен.
- В 3 Каков, вероятнее всего, химический состав камня.
- Э - Фосфат.
 P2 - Ответ правильный
 P1 - В ответе есть ошибки.
 P0 - Ответ неверен полностью.
- В 4 Какая лечебная тактика? Показания для оперативного лечения?
- Э - Для устранения источника инфекции и интоксикации показана нефрэктомия слева.
- P2 - Все ответы правильные
 P1 - Ответ верен только частично.
 P0 - Ответ полностью неверен.
- В 5 Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.
- Э - Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, диета. Регулярное профилактическое обследование (УЗИ почек).
- P2 - Ответ верен
 P1 - Ответ частично верен.
 P0 - Ответ неверен.
- №17: Пациенту 36 лет четыре года назад проведена пластика гидронефроза слева. В течение трех месяцев беспокоят ноющие боли в поясничной области слева после физической нагрузки. На обзорной урограмме тени $2,5 \times 1,5$ и $1,0 \times 0,8$ см в проекции левой почки. На экскреторных урограммах функция левой почки снижена, гидронефроз, рецидив стриктуры ПУС. Тени камней наслаиваются на пиелоуретральный сегмент и нижнюю группу чашечек. Справа изменений чашечно-лоханочной системы и мочеточника не обнаружено.
- В 1 Каков Ваш предварительный диагноз.
- Э - Рецидив стриктуры ПУС (пиелоуретрального сегмента) слева, гидронефроз слева. Камни левой почки.
- P2 - Диагноз поставлен верно.

P1 - Только часть ответа указано правильно.

P0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

Э - Для уточнения диагноза необходимо проведение МСКТ почек, посев мочи на БАК флору и антибиограмму.

P2 - Полностью правильный ответ

P1 - Ответ частично правильный

P0 - Ответ неверен.

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

Э - Расширение полостной системы левой почки.

P2 - Ответ правильный

P1 - В ответе есть ошибки.

P0 - Ответ неверен полностью.

В 4 Предпочтительный метод оперативного лечения.

Э - Перкутанная нефролитотомия слева. Рассечение стриктуры ПУС, стентирование мочеточника.

P2 - Все ответы правильные

P1 - Ответ верен только частично.

P0 - Ответ полностью неверен.

В 5 Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике заболевания.

Э - Лечение воспалительных осложнений со стороны мочевых путей.

P2 - Ответ верен

P1 - Ответ частично верен.

P0 - Ответ неверен.

№18: У пациента 48 лет накануне обращения возник приступ острой боли в левой поясничной области и левой половине живота, после чего прекратилось мочеиспускание и позывы на него. Мочи нет в течение 12 ч. При пальпации и перкуссии над лобком мочевого пузыря не определяется. При катетеризации мочевого пузыря мочи не получено. 6 лет назад удалена правая почка по поводу почечнокаменной болезни.

В 1 Предварительный диагноз.

Э - Мочекаменная болезнь. Камень левого мочеточника. Постренальная анурия.

P2 - Предварительный диагноз поставлен верно

P1 - Предварительный диагноз неполный, или указано неверное осложнение

P0 - Диагноз поставлен неверно

В 2 Какие дополнительные обследования необходимо провести

Э - Описание эталонного ответа на вопрос 2

P2 - Для уточнения диагноза необходимо выполнить клинический анализ крови, клинический анализ мочи, биохимический анализ крови, УЗИ почек, обзорная урография, МСКТ почек.

P1 - Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования

P0 - Методы обследования не указаны

В 3 Можно ли рассматривать состояние больного как неотложную ситуацию.

Э - Анурия – неотложное состояние. Анурия – полное прекращение выделения мочи или выделение не более 50 мл мочи в сутки.

P2 - Указано, что ситуация неотложная. Дано определение

P1 - Указано, что ситуация неотложная. Не дано определение

P0 - Ситуация не расценена как неотложная. Определение не дано.

В 4 Укажите способы ликвидации осложнения основного заболевания.

Э - Катетеризация левого мочеточника, установка внутреннего мочеточникового стента слева, чрескожная нефростомия. Уретеролитотрипсия

P2 - Указаны все способы ликвидации осложнения

P1 - Указаны не все способы ликвидации осложнения

P0 - Способы ликвидации осложнения не указаны

В 5 С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику

Э - Острая хирургическая патология, сопровождающаяся болевым синдромом в левой половине живота (острый дивертикулит ободочной кишки, местный неотграниченный перитонит, острый панкреатит). Острая кардиологическая патология – острый коронарный синдром

P2 - Указаны все варианты для дифференциальной диагностики

P1 - Перечислены не все варианты для дифференциальной диагностики

P0 - Варианты для дифференциальной диагностики не указаны

№19: Больной 16 лет поступил в клинику с жалобами на увеличение правой половины мошонки. В возрасте 6 лет перенес орхопексию по поводу пахового крипторхизма. При пальпации мошонки правое яичко увеличено, малоблезненно, плотной консистенции, четких изменений в придатке не обнаружено, паховые лимфоузлы не увеличены. На экскреторных урограммах определяется отклонение правого мочеточника латерально.

В 1 Предварительный диагноз.

Э - Опухоль правого яичка, вероятно, метастазы в тазовые лимфатические узлы.

P2 - Диагноз установлен верно с локализацией основного процесса и вторичных изменений

P1 - Диагноз установлен верно с локализацией основного процесса. Вторичные изменения не выявлены или выявлены с неправильной локализацией

P0 - Диагноз установлен неверно

В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

Э - Для уточнения диагноза необходимо клинический анализ крови и мочи, определение ЛДГ, альфафетопротеина, Бета-ХГЧ, УЗИ почек, КТ, МРТ, гистологическое исследование опухоли (тонкоигольная пункционная биопсия).

P2 - Указаны лабораторные и инструментальные виды исследований. Указаны основные онкомаркеры опухоли яичка

P1 - Не указаны лабораторные или инструментальные виды исследований.

Указаны лабораторные и инструментальные виды исследований. Не указаны основные

онкомаркеры опухоли яичка

P0 - Не указаны методы дополнительных исследований

В 3 Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.

Э - Гистологическое исследование опухоли (тонкоигольная пункционная биопсия).

P2 - Указан наиболее информативный метод с детальным описанием

P1 - Указан наиболее информативный метод без детального описания

P0 - Наиболее информативный метод не указан

В 4 От чего зависит объем вероятного оперативного вмешательства.

Э - От гистологического строения опухоли. Доброкачественная или злокачественная. Злокачественная (Герминогенные и негерминогенные.) Наличие или отсутствие метастазов. Стадия заболевания

P2 - Указаны все параметры, определяющие объем вмешательства

P1 - Указаны параметры, от которых зависит объем оперативного вмешательства не полностью

P0 - параметры, определяющие объем вмешательства не указаны

В 5 Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике.

Э - Орхэктомия в 6 лет

P2 - Профилактическая мера указана верно

P1 - Профилактическая мера указана в другом объеме (не радикально)

P0 - Профилактическая мера не указана

№20: Больная 55 лет поступила в урологическую клинику с жалобами на учащенное мочеиспускание, наличие крови в моче, тупые боли в левой поясничной области. При цистоскопии на левой боковой стенке мочевого пузыря обнаружена грубоворсинчатая опухоль, входящая в 2 поля зрения цистоскопа на широком основании, прикрывает левое устье. На экскреторных урограммах функция правой почки не нарушена, слева снижена.

В 1 Предварительный диагноз.

Э - Рак мочевого пузыря с вовлечением в процесс устья левого мочеточника.

P2 - Диагноз установлен верно с уточнением локализации и распространения

P1 - Диагноз установлен верно без уточнения локализации и распространения

P0 - Диагноз установлен неверно

В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

Э - Для уточнения диагноза необходимо выполнение клинических, биохимических анализов крови и мочи, УЗИ почек и мочевого пузыря. МРТ малого таза. МСКТ мочевыделительной системы. ТУР биопсия мочевого пузыря с использованием в том числе фотодинамических методов

P2 - Указаны и лабораторные, и инструментальные методы исследования

P1 - Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования. Или не указаны все основные методы для оценки состояния органов мочевыделительной системы

P0 - Не указаны дополнительные методы исследования

В 3 Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.

Э - Биопсия опухоли с последующим гистологическим исследованием.

Выполняется с помощью трансуретральной резекции стенки мочевого пузыря в том числе с использованием фотодинамических методов.

P2 - Указан наиболее информативный метод диагностики с пояснением механизма его

P1 - Указан наиболее информативный метод диагностики без уточнения механизма его

P0 - Не указан наиболее информативный метод диагностики, или указан иной менее информативный метод

В 4 План лечения.

Э - Лечение оперативное: резекция мочевого пузыря с уретероцистостомией.

P2 - Указан оптимальный метод лечения с учетом распространения опухоли

P1 - Указан метод лечения без учета распространения опухоли

P0 - Метод лечения не указан

В 5 Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике.

Э - Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек (курение), исключение профессиональных вредностей (контакт с ароматическими аминами, фосфоорганическими веществами, ионизирующее излучение производство красок, полимеров)

P2 - Указаны меры первичной профилактики с пояснением и уточнением возможных этиологических факторов

P1 - Указаны меры профилактики без пояснения и уточнения возможных этиологических факторов

P0 - Меры первичной профилактики не указаны.

№21: Больной 69 лет поступил в клинику с жалобами на затрудненное мочеиспускание, вялую струю мочи, боли в промежности и крестце. Болен около года. При ректальном обследовании: простата увеличена, с нечеткими контурами, бугристая, с очагами каменистой плотности.

В 1 Предварительный диагноз.

Э - Рак простаты.

P2 - Диагноз установлен верно

P1 - Диагноз установлен с нечетко определенной нозологией (например, гиперплазия простаты)

P0 - Диагноз установлен неверно

В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

Э - Для уточнения диагноза необходимо выполнение ТРУЗИ простаты, определение уровня ПСА (простатспецифического антигена). МРТ малого таза.

P2 - Указаны и лабораторные, и инструментальные методы исследования

P1 - Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования.

P0 - Не указаны дополнительные методы исследования

В 3 Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.

Э - Биопсия простаты с последующим гистологическим исследованием. Выполняется трансректальная мультифокальная 12 точечная биопсия под УЗ контролем. Возможно выполнение трансректальной или промежностной биопсии под МРТ наведением.

- P2 - Указаны метод и описание его вариантов
- P1 - Указан только метод без описания его вариантов
- P0 - Неверное указание наиболее достоверного метода диагностики

В 4 От чего зависит выбор метода лечения больного. Поясните.

Э - От стадии заболевания. При стадии 1-2 стадии – радикальная простатэктомия, при 3-4 стадии – орхэктомия, гормонотерапия, лучевая, химиотерапия

- P2 - Указан параметр с пояснением
- P1 - Указан параметр без пояснения
- P0 - Указан неверный параметр или не указан вовсе

В 5 Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике.

Э - Здоровый образ жизни, наблюдение у уролога. Контроль УЗИ простаты, определение ПСА (более 4 нг/мл), скорости прироста (более 0,75 нг/мл в год) и скорости удвоения его (менее чем 12 мес) – онконастороженность и показание к биопсии

- P2 - Указаны меры вторичной профилактики полно
- P1 - Указаны меры профилактики неполно
- P0 - Меры вторичной профилактики не указаны.

№22: Больной 65 лет поступил в клинику с жалобами на вялую струю мочи, учащенное мочеиспускание (ночью до 6 раз). Болен 3 года. При ректальном обследовании простата увеличена, эластична с четкими контурами. На обзорной, экскреторных урограммах функция почек и пассаж контрастного вещества не нарушен. На нисходящей цистограмме имеется дефект наполнения в области шейки мочевого пузыря. Мочевина крови- 4,2 ммоль/л, в анализе мочи до 10 лейкоцитов в поле зрения. По данным УЗИ остаточной мочи более 100 мл.

В 1 Предварительный диагноз.

- Э - Гиперплазия простаты 2 стадии
- P2 - Диагноз установлен верно
- P1 - Диагноз установлен верно без уточнения стадии
- P0 - Диагноз установлен неверно

В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

Э - Для уточнения диагноза необходимо выполнение ТРУЗИ простаты, определение уровня ПСА (простатспецифического антигена). Урофлуометрия, определение IPSS

- P2 - Указаны и лабораторные, и инструментальные методы исследования
- P1 - Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования.
- P0 - Не указаны дополнительные методы исследования

В 3 От чего зависит вид оперативного вмешательства. Поясните.

Э - От типа роста и объема аденоматозной ткани. При объеме менее 60 г – ТУР. При объеме более 60 г и внутривезикулярном росте – трансвезикальная аденомэктомия. При объеме более 60 г и парауретральном росте – позадилонная аденомэктомия.

- P2 - Указаны оба критерии выбора метода операции
- P1 - Указан 1 критерий выбора метода операции
- P0 - Неверное указание критериев выбора метода операции или отсутствие указания критериев.

- В 4 Какой параметр определяет стадию заболевания.
 Э - Наличие остаточной мочи. В норме объем остаточной мочи не превышает 50 мл
 P2 - Указан параметр с пояснением
 P1 - Указан параметр без пояснения
 P0 - Указан неверный параметр или не указан вовсе

- В 5 Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике.
 Э - Здоровый образ жизни, наблюдение у уролога.
 P2 - Указаны меры вторичной профилактики полно
 P1 - Указаны меры профилактики неполно
 P0 - Меры вторичной профилактики не указаны.

№23: У больного 66 лет на протяжении 1 года отмечается учащенное мочеиспускание, периодически кровь с бесформенными сгустками в моче в конце мочеиспускания. При двустаканной пробе вторая порция мочи цвета «мясных помоев» со сгустками.

- В 1 Предварительный диагноз.
 Э - Гиперплазия простаты, камень мочевого пузыря.
 P2 - Диагноз установлен верно
 P1 - Диагноз установлен с нечетко определенной нозологией
 P0 - Диагноз установлен неверно

- В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
 Э - Для уточнения диагноза необходимо УЗИ мочевого пузыря и почек, пальцевой ректальный осмотр. ПСА крови
 P2 - Указаны и лабораторные, и инструментальные методы исследования
 P1 - Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования.
 P0 - Не указаны дополнительные методы исследования

- В 3 Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.
 Э - Обзорная урография и УЗИ мочевого пузыря. Позволят выявить увеличенную простату с остаточной мочой, конкремент мочевого пузыря, обусловленный инфравезикальной обструкцией
 P2 - Указаны метод и результат
 P1 - Указан только метод без описания результата
 P0 - Неверное указание наиболее достоверного метода диагностики

- В 4 Каков объем предполагаемого оперативного вмешательства. Какое исследование его точно определит.
 Э - Аденомэктомия в сочетании с цистолитотомией. При наличии лейкоцитурii (клинический анализ мочи) – цистолитотомия и цистостомия.
 P2 - Указан метод с определяющим исследованием и уточнением в зависимости от результата исследования.
 P1 - Указан метод без определяющего исследования
 P0 - Указан неверный метод и неверное определяющее исследование

- В 5 Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике.
 Э - Здоровый образ жизни, наблюдение у уролога, прием уроантисептиков.
 P2 - Указаны меры вторичной профилактики полно

- P1 - Указаны меры профилактики неполно
- P0 - Меры вторичной профилактики не указаны.

№24: У больного 72 лет после приема алкоголя прекратилось мочеиспускание, появились ощущение переполнения мочевого пузыря, настоятельные позывы на мочеиспускание, сильные распирающие боли внизу живота. До этого в течение 2-3 лет отмечал умеренное затруднение мочеиспускания, учащение его ночью до 2-3 раз, ослабление струи мочи.

- В 1 Предварительный диагноз.
- Э - Доброкачественная гиперплазия простаты, острая задержка мочеиспускания.
- P2 - Диагноз установлен верно
- P1 - Диагноз установлен верно, не указано осложнение.
- P0 - Диагноз установлен неверно

- В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
- Э - Для уточнения диагноза необходимо осмотреть больного ректально, ТРУЗИ простаты, УЗИ почек и мочевого пузыря, клинические и биохимические анализы крови, определить уровень ПСА.
- P2 - Указаны и лабораторные, и инструментальные методы исследования
- P1 - Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования.
- P0 - Не указаны дополнительные методы исследования

- В 3 Объем оказания неотложной помощи.
- Э - Катетеризация мочевого пузыря, при технической невозможности – цистостомия (Троакарная или открытая).
- P2 - Указана суть неотложной помощи, сформулированы методы ее оказания с разновидностями
- P1 - Указана только суть неотложной помощи, или сформулированы методы ее оказания без подробного описания разновидностей
- P0 - Не указан метод неотложной помощи

- В 4 Какой параметр определяет стадию заболевания.
- Э - Наличие остаточной мочи, показатели азотистого обмена.
- P2 - Указаны все определяющие параметры.
- P1 - Не указан 1 из параметров
- P0 - Параметры не указаны

- В 5 Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике.
- Э - Здоровый образ жизни, наблюдение у уролога, своевременное оперативное лечение.
- P2 - Указаны меры вторичной профилактики полно
- P1 - Указаны меры профилактики неполно
- P0 - Меры вторичной профилактики не указаны.

№25: Больной 80 лет предъявляет жалобы на постоянное непроизвольное выделение мочи каплями в течение 2 недель. До этого учащенное и затрудненное мочеиспускание с выделением большого количества мочи (до 3 л в сутки), прозрачной и бесцветной, сухость во рту, сильная жажда. Диагноз «Сахарный диабет» не подтвержден. Над лобком прощупывается округлое, эластичное, умеренно болезненное образование.

- В 1 Предварительный диагноз.
 Э - Добракачественная гиперплазия простаты 3 стадии. ХПН. Полиурия
 Р2 - Диагноз установлен верно
 Р1 - Диагноз установлен верно, но без указания стадии и осложнений
 Р0 - Диагноз установлен неверно
- В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
 Э - Для уточнения диагноза необходимо: пальцевой ректальный осмотр, ТРУЗИ, определение уровня ПСА, мочевины, креатинина. УЗИ почек и мочевого пузыря
 Р2 - Указаны и лабораторные, и инструментальные методы исследования
 Р1 - Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования.
 Р0 - Не указаны дополнительные методы исследования
- В 3 От чего зависит вид оперативного вмешательства. Поясните.
 Э - У больного явные признаки ХПН на фоне аденомы простаты, что является показанием к цистостомии.
 Р2 - Указан параметр, от которого зависит вид оперативного вмешательства с пояснением
 Р1 - Указан параметр без пояснения
 Р0 - Не указан параметр, от которого зависит вид оперативного вмешательства
- В 4 Какой параметр определяет стадию заболевания.
 Э - Наличие остаточной мочи, показатели азотистого обмена.
 Р2 - Указаны все определяющие параметры.
 Р1 - Не указан 1 из параметров
 Р0 - Параметры не указаны
- В 5 Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике.
 Э - Здоровый образ жизни, наблюдение у уролога, своевременное оперативное лечение.
 Р2 - Указаны меры вторичной профилактики полно
 Р1 - Указаны меры профилактики неполно
 Р0 - Меры вторичной профилактики не указаны.

№26 Больной 56 лет сегодня утром внезапно, на фоне нормального самочувствия отметил выделение мочи ярко-красного цвета, с червеобразными сгустками. Окраска мочи равномерная на протяжении всего акта мочеиспускания. Такой же цвет мочи при двух последующих мочеиспусканиях. Содержание гемоглобина крови и артериальное давление - в пределах нормы.

- В 1 Предварительный диагноз.
 Э - Клиническая картина характерна для опухоли почки.
 Р2 - Диагноз установлен верно. Указан орган, котором локализуется патологический процесс
 Р1 - Упоминание об онкопатологии, но без указания локализации патологического процесса
 Р0 - Диагноз установлен неверно
- В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
 Э - Для уточнения диагноза необходимо УЗИ почек, обзорная, экскреторная урография, МРТ, МСКТ, клинические и биохимические анализы крови и мочи

- R2 - Указаны и лабораторные, и инструментальные методы исследования
R1 - Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования.
R0 - Не указаны дополнительные методы исследования

В 3 Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.

Э - МСКТ мочевого пузыря с внутривенным болюсным контрастированием, определением ангиоархитектоники патологического процесса

- R2 - Указан метод с пояснением
R1 - Указан метод без пояснения
R0 - Не указан метод

В 4 Каков объем оперативного вмешательства, если таковое показано.

- Э - Радикальная нефрэктомия с лимфаденэктомией.
R2 - Указаны полный объем
R1 - Объем указан неполностью
R0 - Объем указан неверно

В 5 Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике.

- Э - Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек.
R2 - Указаны меры первичной профилактики полно
R1 - Указаны меры профилактики неполно
R0 - Меры первичной профилактики не указаны.

№27 Больной 62 лет обратился за медицинской помощью в связи с примесью крови к моче, равномерно окрашивающей всю струю мочи, почти постоянным повышением температуры тела до 37,8-38,00 С. При осмотре выявлено варикозное расширение вен семенного канатика справа. В момент осмотра моча без видимой примеси крови.

В 1 Предварительный диагноз.

- Э - Клиническая картина характерна для опухоли правой почки.
R2 - Диагноз установлен верно. Указан орган, в котором локализуется патологический процесс
R1 - Упоминание об онкопатологии, но без указания локализации патологического процесса
R0 - Диагноз установлен неверно

В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

- Э - Для уточнения диагноза необходимо УЗИ почек, обзорная, экскреторная урография, МРТ, МСКТ, клинические и биохимические анализы крови и мочи
R2 - Указаны и лабораторные, и инструментальные методы исследования
R1 - Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования.
R0 - Не указаны дополнительные методы исследования

В 3 О каком осложнении говорит наличие правостороннего варикоцеле.

- Э - О наличии флотирующей тромба в нижней полой вене.
R2 - Указано осложнение с четкой локализацией
R1 - Указано осложнение, локализация указана неверно или не указана
R0 - Не указано осложнение

- В 4 Каков объем оперативного вмешательства, если таковое показано.
 - Э - Радикальная нефрэктомия с лимфаденэктомией и тромбэктомией.
 - P2 - Указаны полный объем
 - P1 - Объем указан неполностью
 - P0 - Объем указан неверно
-
- В 5 Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике.
 - Э - Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек.
 - P2 - Указаны меры первичной профилактики полно
 - P1 - Указаны меры профилактики неполно
 - P0 - Меры первичной профилактики не указаны.

№28: Больной 65 лет поступил в урологическую клинику с жалобами на вялую струю мочи, учащенное мочеиспускание, ноктурию (до 6 раз). Анамнез: подобные явления, нарастая, отмечаются в течение 3 лет. При осмотре: живот мягкий, безболезненный. Rectum: простата увеличена, эластична, поверхность гладкая, контуры четкие, бороздка сглажена. Клинический анализ крови - б/патологии. Мочевина крови - 4,2 ммоль/л. Анализ мочи: лейкоциты до 4 в п/зр. На экскреторных урограммах функция почек и пассаж контрастного вещества из верхних мочевых путей не нарушены. На нисходящей цистограмме имеется дефект наполнения полулунной формы по нижнему контуру мочевого пузыря. По данным УЗИ остаточной мочи более 100 мл.

- В 1 Предварительный диагноз.
 - Э - Проведенное обследование выявило наличие аденомы простаты 2 ст.
 - P2 - Диагноз установлен верно. Указан орган, в котором локализуется патологический процесс и стадия
 - P1 - Диагноз установлен верно. Указан орган, в котором локализуется патологический процесс без указания стадии
 - P0 - Диагноз установлен неверно
-
- В 2 Какой параметр определяет стадию заболевания.
 - Э - Наличие остаточной мочи, определяемой по данным УЗИ мочевого пузыря.
 - P2 - Параметр указан верно, есть пояснение
 - P1 - Параметр указан верно, без пояснения
 - P0 - Параметр не указан, или указан неверно
-
- В 3 Какова в данном случае тактика лечения.
 - Э - Отсутствие у больного явлений почечной недостаточности и острого пиелонефрита дает возможность выполнить одномоментную аденомэктомию.
 - P2 - Указана тактика с пояснением
 - P1 - Указана тактика без пояснения
 - P0 - Тактика указана неверно или не указана
-
- В 4 Какие осложнения данного заболевания возможны. Как называется последняя стадия этого заболевания и чем она характеризуется.
 - Э - Острый или хронический обструктивный пиелонефрит; ХПН; острая задержка мочи; кровотечение из варикозно расширенных вен шейки мочевого пузыря, хронический цистит, камни мочевого пузыря. Третья стадия аденомы простаты называется стадией декомпенсации, характеризуется наличием парадоксальной ишурии, хроническим обструктивным пиелонефритом и развитием ХПН.
 - P2 - Ответ на вопрос полный
 - P1 - Ответ на вопрос не полный (менее 3 осложнений)

P0 - Ответ неверный, осложнения не указаны

B 5 Укажите меры третичной профилактики

Э - Прием уроантисептиков в течение 6 мес.

P2 - Указаны меры третичной профилактики полно

P1 - Указаны меры профилактики неполно

P0 - Меры третичной профилактики не указаны.

№29 В приемный покой городской больницы скорой медицинской помощи доставлен больной 64 лет с жалобами на отсутствие самостоятельного мочеиспускания в течение суток, повышение температура до 38 С без ознобов. Анамнез: расстройства мочеиспускания в виде ослабления струи мочи, ночной поллакиирии, императивных позывов к мочеиспусканию в течение последних 5 лет. Накануне заболевания употреблял алкоголь. При осмотре: живот мягкий, умеренно болезнен в левом подреберье и над лоном, где пальпируется увеличенный мочевой пузырь. Симптом XII ребра (+) слева. Температура тела при поступлении 38,2С.

B 1 Каким заболеванием страдает больной.

Э - Больной страдает аденомой простаты (аденомой периуретральных желез, доброкачественной гиперплазией простаты).

P2 - Диагноз установлен верно. Указаны различные наименования конкретной нозологии

P1 - Диагноз установлен верно. Варианты наименований конкретной нозологии не указаны

P0 - Диагноз установлен неверно

B 2 Какие осложнения возникли у данного больного.

Э - Острая задержка мочеиспускания. Острый пиелонефрит слева.

P2 - Указаны все осложнения

P1 - Указаны не все осложнения

P0 - Осложнения не указаны

B 3 Какие осложнения данного заболевания возможны.

Э - Острый или хронический обструктивный пиелонефрит; ХПН; острая задержка мочи; кровотечение из варикозно расширенных вен шейки мочевого пузыря; хронический цистит; камни мочевого пузыря.

P2 - Указаны все осложнения

P1 - Указано не менее 3 осложнений

P0 - Осложнения не указаны

B 4 Какие обследования необходимо провести для подтверждения диагноза. Каковы неотложные лечебные мероприятия в данном случае.

Э - Пальцевое ректальное исследование простаты. Обзорная, экскреторная урография; анализы крови; исследование состояния сердечно-сосудистой системы. Наложение эпицистостомического дренажа, массивная антибактериальная и детоксикационная терапия.

P2 - Ответ на вопрос полный (указаны обследования и лечебные мероприятия)

P1 - Ответ на вопрос не полный (указаны только обследования или лечебные мероприятия, или неверное указание или методов обследования или лечебных мер)

P0 - Ответ неверный. Не указаны методы обследования и лечебные меры

B 5 Укажите меры третичной профилактики

- Э - Наблюдение у уролога.
- P2 - Указаны меры третичной профилактики полно
- P1 - Указаны меры профилактики неполно
- P0 - Меры первичной профилактики не указаны.

№30: Девочка 12 лет страдает хроническим циститом с обострениями до 2-3раз в год с 7 лет. Со слов матери последние 2 года периодически появляются тупые ноющие боли в левой поясничной области, чаще в ночное время и во время мочеиспускания, сопровождаются субфебрилитетом, головной болью, слабостью. АД130/100 мм рт. ст. Анализ мочи - единичные лейкоциты. Анализ мочи по Нечипоренко - 8000 лейкоцитов. На обзорной урограмме левая почка небольших размеров с неровными контурами, теней конкрементов не определяется. На экскреторных урограммах - функция левой почки снижена, определяется умеренная пиелозктазия, расширение нижней трети левого мочеточника.

- В 1 Предварительный диагноз.
- Э - Клиническая картина характерна для пузырно-мочеточниково-лоханочного рефлюкса. Хронического рефлюксгенного пиелонефрита(рефлюкс-нефропатии).
- P2 - Диагноз установлен верно. Полный ответ
- P1 - Диагноз установлен верно. Неполный ответ
- P0 - Диагноз установлен неверно

- В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
- Э - Для уточнения диагноза необходима микционная цистоуретрография.(цистоуретерография в момент мочеиспускания)
- P2 - Указан метод с пояснением
- P1 - Указаны метод без пояснения
- P0 - Метод обследования не указан

- В 3 Укажите признаки осложнения основного заболевания.
- Э - Нефросклероз (неровность контура почек слева).
- P2 - Указано осложнение с пояснением
- P1 - Указано осложнение без пояснения
- P0 - Признаки осложнения не указаны

- В 4 С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику.
- Э - Мочекаменная болезнь. Рентгеннегативный камень мочеточника.
- P2 - Ответ на вопрос полный (указана нозология и характеристика субстрата)
- P1 - Ответ на вопрос не полный
- P0 - Ответ неверный.

- В 5 Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике заболевания.
- Э - Антибактериальная терапия (прием уроантисептиков курсами). Принудительное мочеиспускание через 2,5- 3 часа.
- P2 - Указаны меры вторичной профилактики полно
- P1 - Указаны меры профилактики неполно
- P0 - Меры первичной профилактики не указаны.

№31: У больного 17 лет, после перенесенного фурункула правого предплечья, появились тупые боли в правой поясничной области, повышение температуры до 380С, снижение аппетита, слабость. При осмотре в правой поясничной области отмечается

припухлость. Больной лежит на правом боку с подтянутым к животу бедром. При пальпации в правой пояснично-подреберной области отмечается дефанс, положительный симптом XII ребра. ОАК: выраженный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево. На обзорной урограмме контуры поясничной мышцы справа не определяются. Теней, подозрительных на конкременты, в проекции почек, мочевых путей не выявлено, выражен сколиоз. По данным УЗИ расширения ЧЛС не выявлено, нечетко лоцируется контур верхнего полюса правой почки, подвижность почки снижена.

В 1 Предварительный диагноз.

Э - Клиническая картина характерна для острого гнойного пиелонефрита.

P2 - Диагноз установлен верно. Полный ответ

P1 - Диагноз установлен верно. Неполный ответ

P0 - Диагноз установлен неверно

В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

Э - УЗИ почек с цветным доплеровским картированием, МСКТ мочевого выделительной системы с внутривенным болюсным контрастированием

P2 - Указан метод с пояснением

P1 - Указаны метод без пояснения

P0 - Метод обследования не указан

В 3 Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.

Э - МСКТ мочевого выделительной системы с внутривенным болюсным контрастированием

P2 - Указан метод с пояснением

P1 - Указан метод без пояснения

P0 - Указан неверный метод

В 4 С чем связано вынужденное положение больного.

Э - Гнойный процесс в почке осложнился паранефритом, псоитом.

P2 - Ответ на вопрос полный (указана нозология и характеристика субстрата)

P1 - Ответ на вопрос не полный

P0 - Ответ неверный.

В 5 Перечислите возможные мероприятия по третичной профилактике заболевания.

Э - Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, исследование и коррекция изменений иммунной системы.

P2 - Указаны меры вторичной профилактики полно

P1 - Указаны меры профилактики неполно

P0 - Меры первичной профилактики не указаны.

№32: У женщины 20 лет на следующий день после переохлаждения появилось учащенное, болезненное мочеиспускание, терминальная гематурия, боли внизу живота. Температура не повышена.

В 1 Предварительный диагноз.

Э - Клиническая картина характерна для острого цистита.

P2 - Диагноз установлен верно. Полный ответ (указана нозология и течение процесса)

- P1 - Диагноз установлен верно. Неполный ответ
 P0 - Диагноз установлен неверно
- В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
 Э - УЗИ почек, мочевого пузыря; общий анализ мочи, посев мочи. Клинический анализ крови
 P2 - Указаны и лабораторные, и инструментальные методы исследования
 P1 - Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования.
 P0 - Не указаны дополнительные методы исследования
- В 3 Какой метод обследования необходимо выполнить после стихания воспалительных явлений
 Э - Цистоскопия. Так как метод инвазивный и применяется наполнение мочевого пузыря с возможным возникновением рефлюксов ПМР
 P2 - Указан метод с пояснением
 P1 - Указан метод без пояснения
 P0 - Указан неверный метод
- В 4 Какие виды гематурий Вам известны.
 Э - Инициальная, тотальная, терминальная.
 P2 - Ответ на вопрос полный (указана 3 вида)
 P1 - Ответ на вопрос не полный (указано не менее 2 видов)
 P0 - Ответ неверный. Или указан 1 вид
- В 5 Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.
 Э - Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, исследование и коррекция изменений иммунной системы, общая гигиена, гигиена половой жизни.
 P2 - Указаны меры вторичной профилактики полно
 P1 - Указаны меры профилактики неполно
 P0 - Меры первичной профилактики не указаны.
- №33: У больной 16 лет последние 2 года периодически, чаще в ночное время, возникают приступы острых болей в правой пояснично-подреберной области, сопровождающиеся подъемом температуры до 39°C, ознобом. Неоднократно была осмотрена дежурным хирургом, который данных за острую хирургическую патологию не находил. В дошкольном возрасте наблюдались частые обострения хронического цистита, лечилась у педиатра.
- В 1 Предварительный диагноз.
 Э - Клиническая картина характерна для обострения хронического цистита на почве других заболеваний мочевого пузыря, уретры, почек, возможно специфического характера.
 P2 - Диагноз установлен верно. Полный ответ (указана нозология и дано пояснение фоновых заболеваний)
 P1 - Диагноз установлен верно. Неполный ответ
 P0 - Диагноз установлен неверно
- В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
 Э - УЗИ почек, мочевого пузыря; обзорная, экскреторная урография, общий анализ мочи, посев мочи. Клинический анализ крови

- P2 - Указаны и лабораторные, и инструментальные методы исследования
P1 - Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования.
P0 - Не указаны дополнительные методы исследования

В 3 Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.

- Э - Цистоскопия, посев мочи на ВК.
P2 - Указаны все методы
P1 - Указан 1 метод
P0 - Метод не указан или указан неверный метод

В 4 Какое заболевание наиболее вероятно.

- Э - Туберкулез органов мочевыделительной системы. Поражение мочевого пузыря
P2 - Ответ на вопрос полный
P1 - Ответ на вопрос не полный
P0 - Ответ неверный

В 5 Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.

- Э - Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, исследование и коррекция изменений иммунной системы, общая гигиена, гигиена половой жизни.
P2 - Указаны меры первичной профилактики полно
P1 - Указаны меры профилактики неполно
P0 - Меры первичной профилактики не указаны.

ВидКодТекст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса

№34: У больного 12 лет после перенесенного фурункула правого предплечья появились тупые боли в правой поясничной области, повышение температуры до 38 градусов, снижение аппетита, слабость. При осмотре в правой поясничной области отмечается припухлость. Больной лежит на правом боку с подтянутым к животу бедром. При пальпации в правой пояснично-подреберной области отмечается дефанс, положительный симптом XII ребра. ОАК: выраженный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево. На обзорной урограмме контуры поясничной мышцы справа не определяются. Теней, подозрительных на конкременты, в проекции почек, мочевых путей не выявлено, выражен сколиоз. По данным УЗИ расширения ЧЛС не выявлено, нечетко лоцируется контур верхнего полюса правой почки, подвижность почки снижена.

В 1 Предварительный диагноз.

- Э - Клиническая картина характерна для острого гнойного пиелонефрита, паранефрита справа
P2 - Диагноз установлен верно. Полный ответ
P1 - Диагноз установлен верно. Неполный ответ
P0 - Диагноз установлен неверно

В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

- Э - Обзорная, экскреторная урография, УЗИ почек, ЦДК; общий анализ мочи, посев мочи. МСКТ мочевыделительной системы с внутривенным болюсным контрастированием
P2 - Указаны и лабораторные, и инструментальные методы исследования

P1 - Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования.

P0 - Не указаны дополнительные методы исследования

В 3 Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.

Э - МСКТ мочевого пузыря с внутривенным болюсным контрастированием, УЗИ почек с ЦДК

P2 - Указаны все методы

P1 - Указан 1 метод

P0 - Метод не указан или указан неверный метод

В 4 При каких данных УЗИ показано оперативное лечение. Укажите объем оперативного вмешательства.

Э - При наличии очага ишемии почечной паренхимы. Операция: люмботомия, ревизия правой почки, возможно иссечение карбункула, декапсуляция почки, дренирование забрюшинного пространства.

P2 - Ответ на вопрос полный

P1 - Ответ на вопрос не полный

P0 - Ответ неверный

В 5 Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.

Э - Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, исследование и коррекция изменений иммунной системы. Профилактика гнойничковых поражений кожи.

P2 - Указаны меры первичной профилактики полно

P1 - Указаны меры профилактики неполно

P0 - Меры первичной профилактики не указаны.

№35: Пациент 55 лет поступил в урологическую клинику с жалобами на учащенное мочеиспускание, наличие крови в моче. При цистоскопии на левой боковой стенке мочевого пузыря обнаружена грубоворсинчатая опухоль на широком основании, входящая в 1 поле зрения цистоскопа. На экскреторных урограммах нарушения функции почек нет.

В 1 Предварительный диагноз.

Э - Новообразование мочевого пузыря. Рак мочевого пузыря.

P2 - Диагноз установлен верно. Полный ответ с указанием локализации, характера поражения (добро/злокачественное)

P1 - Диагноз установлен верно. Неполный ответ

P0 - Диагноз установлен неверно

В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

Э - Для уточнения диагноза необходимо клинические анализы крови и мочи, биохимические анализы крови, УЗИ почек и мочевого пузыря, органов брюшной полости, Р-графия легких. МРТ малого таза

P2 - Указаны и лабораторные, и инструментальные методы исследования

P1 - Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования.

P0 - Не указаны дополнительные методы исследования

В 3 Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в

данном случае.

Э - Биопсия опухоли с последующим гистологическим исследованием. Выполняется с помощью трансуретральной резекции

P2 - Метод описан полно

P1 - Метод описан неполно

P0 - Метод не указан или указан неверный метод

В 4 План лечения.

Э - Лечение оперативное: ТУР опухоли мочевого пузыря. Возможно проведение внутрипузырной химиотерапии при мышечнонеинвазивном раке. Цистэктомия в зависимости от стадии опухоли по TNM

P2 - Ответ на вопрос полный

P1 - Ответ на вопрос не полный

P0 - Ответ неверный

В 5 Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.

Э - Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, исключение профессиональных вредностей.

P2 - Указаны меры первичной профилактики полно

P1 - Указаны меры профилактики неполно

P0 - Меры первичной профилактики не указаны.

№36: Больной 44 лет обратился в приемный покой стационара с жалобами на острые боли в правой пояснично-подреберной области, иррадиирующие по ходу мочеточника, правую половину мошонки, сопровождающиеся тошнотой и рвотой. Отмечает учащенное малыми порциями мочеиспускание. Боли в поясничной области беспокоят в течение 3-х суток. Вчера присоединилась гипертермия до 38,4°C с ознобом, в моче заметил незначительную примесь крови без сгустков, появилась дизурия. После приема анальгина, спазмолитиков состояние не улучшилось. Из анамнеза известно, что 2 года назад наблюдался аналогичный приступ болей, купированный инъекциями папаверина, анальгина. В дальнейшем он за медицинской помощью не обращался и не обследовался. При осмотре общее состояние средней тяжести, больной беспокоен, мечется от болей, кожные покровы бледные. Язык сухой, обложен белым налетом. Температура тела – 38,2°C. Пульс 98 уд. /мин, ритмичен, АД – 100/70 мм. рт. ст. Живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в правой пояснично-подреберной области. Симптом XII ребра справа (+). Перкуторно мочевой пузырь не определяется. Лабораторные данные - ОАК: Нб – 112г/л; L- 12,8х10⁹/л, Э – 1%; Ю-1%,П-6%;С-77%,Л. – 15%; ОАМ: L – 3 в п/зр, Ег – 4-5 в п/зр.

В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз.

Э - Острый (не исключается гнойный) калькулезный правосторонний пиелонефрит. Обтурирующий камень интрамурального отдела правого мочеточника. Правосторонняя почечная колика.

P2 - Диагноз поставлен верно.

P1 - Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена.

P0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Определите, чем обусловлена клиническая картина.

Э - Клиническая картина обусловлена обтурацией мигрирующим из почки камнем правого мочеточника, последующим развитием на этом фоне острого пиелонефрита.

P2 - Ответ дан верно.

P1 - Клиническая картина обоснована не в полном объеме: часть патологий упущена.

P0 - Клиническая картина обоснована неверно.

В 3 Какие методы обследования дадут наиболее достоверную информацию о характере заболевания.

Э - Лучевые методы: МСКТ, УЗИ и ДГ почек, экскреторная урография (с возможным проведением экскурсионной урографии, отсроченных R- снимков).

P2 - Методы обследования указаны верно.

P1 - Методы обследования указаны неполностью: названы не все методы обследования.

P0 - Методы обследования указаны неверно.

В 4 Какой лечебный алгоритм целесообразен в данном случае.

Э - При подтверждении диагноза, отсутствии деструктивных изменений в паренхиме правой почки – срочное восстановление уродинамики: катетеризация правого мочеточника/пункционная нефропиелостомия (при невозможности такого восстановления пассажа мочи – открытая нефропиелостомия) + детоксикационная, антибактериальная терапия.

P2 - Лечебный алгоритм определен в полном объеме.

P1 - Лечебный алгоритм определен неполностью: часть лечебных мероприятий упущена.

P0 - Лечебный алгоритм определен неверно.

В 5 Выпишите рецепт на цефотаксим.

Э - Rp.: S. Cefotaximi (Claforani) 1,0

D.t.d. N 20 in flac.

S. Содержимое флакона растворить в 20 мл воды для инъекций, вводить в/в медленно в теч.3-5минут 2 раза в сутки.

P2 - Рецепт выписан верно.

P1 - Рецепт выписан с грамматическими ошибками,либо неверно указаны дозировки препарата или режим приема.

P0 - Рецепт выписан неверно.

№37: Больная 24 лет обратилась в приемный покой ГБ с жалобами на острые боли в левой пояснично-подреберной области, иррадиирующие в левую подвздошную область, сопровождающиеся тошнотой и рвотой, учащенным малыми порциями мочеиспусканием. Перечисленные жалобы появились 2 часа назад, кроме этого отмечает в моче примесь крови без сгустков. После приема анальгина состояние не улучшилось. Из анамнеза известно, что год назад наблюдался аналогичный приступ болей, купированный инъекциями папаверина, анальгина. В дальнейшем боли не повторялись, она не обследовалась. При осмотре общее состояние удовлетворительное, пациентка беспокойна, мечется от болей. Кожные покровы не изменены. Температура тела – 37,2°C. Пульс 80 уд./мин., ритмичен, АД – 110/70 мм. рт. ст. Язык влажный, живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в левой пояснично-подреберной области. Симптом XII ребра слева (+). Перкуторно мочевого пузыря не определяется.

В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз.

Э - Камень интрамурального отдела левого мочеточника. Левосторонняя почечная колика.

- P2 - Диагноз поставлен верно.
- P1 - Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена.
- P0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Чем обусловлена клиническая картина

Э - Клиническая картина обусловлена миграцией камня из почки в интрамуральный отдел левого мочеточника.

P2 - Клиническая картина оценена верно и полностью

P1 - Клиническая картина оценена неполностью, часть патологий упущена

P0 - Клиническая картина оценена неверно

В 3 Ка Какие заболевания органов брюшной полости требуют проведения дифференциальной диагностики.

Э - Заболевания, сопровождающиеся клиникой "острого живота"(острая кишечная непроходимость, прободная язва желудка или ДПК, острый панкреатит, острый холецистит, острый аппендицит и другие).

P2 - Группа заболеваний определена верно, указано не менее пяти основных патологических состояний.

P1 - Группа заболеваний определена верно, названо менее пяти основных патологических состояний.

P0 - Группа заболеваний определена неверно.

В 4 Какие методы обследования дадут наиболее достоверную информацию о характере заболевания.

Э - Лучевые методы: УЗИ/ДГ почек, мочеточников, мочевого пузыря; МСКТ, экскреторная урография (с возможным проведением экскурсионной урографии, отсроченных R-снимков).

P2 - Группа методов определена верно, указаны все методы обследования.

P1 - Группа методов определена верно, указаны все методы обследования.

P0 - Группа методов определена неверно.

В 5 Выпишите рецепт на раствор атропина.

Э - Rp.: S. Atropini sulfatis 0,1% 1,0

72

D.t.d. N 10 in amp

S. Подкожно по 1 мл 1-2раза в день

P2 - Рецепт выписан верно.

P1 - Рецепт выписан с грамматическими ошибками, либо неверно указаны дозировки препарата или режим приема.

P0 - Рецепт выписан неверно.

№38: Больной 34 лет обратился в приемный покой ГБ с жалобами на острые боли в правой пояснично-подреберной области, иррадиирующие по ходу мочеточника, правую мошонку, сопровождающиеся тошнотой и рвотой, учащенным малыми порциями мочеиспусканием. Перечисленные жалобы, примесь крови без сгустков в моче отмечает в течение 4 часов. Прием анальгина не принесло облегчения. Из анамнеза известно, что прошлый год наблюдался аналогичный приступ болей, купированный инъекциями папаверина, анальгина. Боли не повторялись, в дальнейшем не обследовался. При осмотре общее состояние удовлетворительное, но больной беспокоен, мечется от болей. Температура тела – 37,2°C. Пульс 80 уд./мин, ритмичен, АД – 110/70 мм. рт. ст. Язык влажный, живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в правой пояснично-подреберной области. Симптом XII ребра справа (+).

Мочевой пузырь перкуторно не определяется.

В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз.

Э - Камень интрамурального отдела правого мочеточника. Правосторонняя почечная колика.

P2 - Диагноз поставлен верно.

P1 - Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена.

P0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Какие дополнительные исследования необходимо произвести для уточнения и подтверждения диагноза.

Э - Для уточнения диагноза необходимо провести общий анализ мочи и крови, УЗИ почек, мочеточников, мочевого пузыря, обзорную и экскреторную урографию, МСКТ.

P2 - Указаны все методы обследования.

P1 - Указаны не все методы обследования.

P0 - Методы обследования не указаны или указаны неверно.

В 3 Перечислите методы лечения основного патологического состояния.

Э - Горячая ванна, внутримышечное, внутривенное введение спазмолитика/аналгетика, блокада семенного канатика/круглой связки матки по Лорин-Элштейну, катетеризация мочеточника, уретеропиелоскопия.

P2 - Методы лечения основного патологического состояния указаны верно и в полном объеме.

P1 - Методы лечения основного патологического состояния указаны верно, но не в полном объеме.

P0 - Методы лечения основного патологического состояния указаны неверно или не указаны совсем.

В 4 Перечислите возможные осложнения.

Э - Острый калькулезный пиелонефрит, постренальная анурия (при обтурации мочеточника единственной функционирующей почки), острый гидронефроз, форникальное кровотечение.

P2 - Возможные осложнения указаны верно и в полном объеме.

P1 - Возможные осложнения указаны верно, но не в полном объеме.

P0 - Возможные осложнения указаны неверно или не указаны совсем.

В 5 Выпишите рецепт на спазмолитический препарат.

Э - Rp.: Sol No-spani 2% 2,0

D.t.d. N 10 in amp

S. В мышцу по 2 мл 1-2 раза в день.

P2 - Рецепт выписан верно.

P1 - Рецепт выписан с грамматическими ошибками, либо неверно указаны дозировки препарата или режим приема.

P0 - Рецепт выписан неверно.

№39: Больная 50 лет поступила в Городскую больницу скорой медицинской помощи с жалобами на интенсивные боли в левой поясничной области, сухость во рту, слабость, субфебрилитет. Анамнез: во время беременности, 30 лет назад лечилась по поводу острого пиелонефрита. В последующем не обследовалась, хотя периодически отмечался субфебрилитет. В течение 5 лет на фоне субфебрилитета стали беспокоить

боли ноющего характера в левой поясничной области, повышение артериального давления. В последний год периодически наблюдалось выделение мутных порций мочи, временами повышение температуры тела до 38°C с познабливанием. Амбулаторно терапевтом проводилось лечение по поводу обострения хронического пиелонефрита. Ухудшение состояния в течение 5 дней - усилились боли в левой поясничной области, сопровождающиеся гипертермией, ознобами, потливостью, слабостью. Объективно: положение вынужденное, левая нижняя конечность согнута в коленном и тазобедренном суставах. Разгибание левой нижней конечности вызывает усиление боли в подвздошной области. Общее состояние средней тяжести, кожные покровы сухие. Температура тела – 38,2°C. Пульс 98 ударов в 1 минуту, ритмичен, АД 34

– 100/60 мм. рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в левой пояснично-подреберной области, где определяется напряжение мышц. Пальпация не информативна из-за массивной подкожно-жировой клетчатки. Симптом XII ребра (+) слева. На обзорной урограмме в проекции левой почки выявлена тень коралловидного конкремента размером 4х6 см, контур m.psoas четко не визуализируется.

В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз.

Э - Острый вторичный левосторонний паранефрит, калькулезный левосторонний пионефроз, коралловидный камень левой почки.

P2 - Диагноз поставлен верно.

P1 - Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена.

P0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Определите план обследования больной для уточнения диагноза.

Э - Для уточнения диагноза необходимо провести общий анализ мочи и крови, биохимический анализ крови, УЗИ почек, мочеточников, мочевого пузыря, МСКТ и экскреторную урографию (с возможным проведением отсроченных R-снимков).

P2 - Указаны все методы обследования в полном объеме.

P1 - Указаны не все методы обследования, часть методов упущена.

P0 - Методы обследования не указаны или указаны неверно.

В 3 Назовите возможные осложнения данного заболевания.

Э - Калькулезный пионефроз, нефросклероз слева, уросепсис, септический шок, ОПН, ХПН.

P2 - Возможные осложнения указаны верно и в полном объеме.

P1 - Возможные осложнения указаны верно, но не в полном объеме.

P0 - Возможные осложнения указаны неверно или не указаны совсем.

В 4 Какой лечебный алгоритм целесообразен в данном случае.

Э - В условиях сохранной функции контралатеральной почки для устранения источника инфекции и интоксикации показана нефрэктомия, дренирование забрюшинного пространства слева. В послеоперационном периоде – детоксикационная, инфузионная, антибактериальная терапии.

P2 - Лечебный алгоритм определен верно и в полном объеме.

P1 - Лечебный алгоритм определен верно, но не в полном объеме, часть лечебных мероприятий указана неверно или не указана совсем.

P0 - Лечебный алгоритм определен неверно.

В 5 Выпишите рецепт на фуросемид.

- Э - Rp. : Furosemidi 0,04 D.t.d. N 10 in tabul.
 S. по 1/2 т. 1 раз в день.
 P2 - Рецепт выписан верно.
 P1 - Рецепт выписан с грамматическими ошибками, либо неверно указаны дозировки препарата или режим приема.
 P0 - Рецепт выписан неверно.

№40: Больная 49 лет поступила в Городскую больницу скорой медицинской помощи с жалобами на интенсивные боли в левой поясничной области, повышение температуры тела до 38°C, ознобы, слабость. Анамнез: неоднократно в течение многих лет получала амбулаторное лечение по поводу подагры, обострения хронического цистита, пиелонефрита. В последний год стали чаще беспокоить боли ноющего характера в левой поясничной области, субфебрилитет, временами повышение температуры тела до 38°C. Ухудшение состояния отмечает 2 дня тому назад после переохлаждения. При осмотре отмечена деформация I плюснефаланговых суставов стоп без гиперемии и отека кожи. Общее состояние средней тяжести, кожные покровы сухие. Температура тела – 38,2°C. Пульс 98 уд./мин, ритмичен, АД – 110/60 мм. рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в левой пояснично-подреберной области. Почки четко не пальпируются. Симптом XII ребра (+) слева. Лабораторные данные - ОАМ: лейкоциты сплошь, эритроциты до 8 в п/зр, соли ураты +++; ОАК: Hb – 110г/л; L- 12,9х10⁹/л, Э – 1%; Ю-1%, П-6%; С- 77%, Лимф. – 15%; СОЭ 36 мм/час. На обзорной урограмме теней подозрительных на конкремент в проекции мочевой системы не выявлено. На экскреторных урограммах контуры левой почки не определяются, контрастного вещества в полостной системе нет, изменения рентгенологической картины правой почки не определяется.

- В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз.
 Э - Уратный нефролитиаз, обострение хронического, левостороннего пиелонефрита, не исключается острый гнойный калъкулезный пиелонефрит слева.
 P2 - Диагноз поставлен верно.
 P1 - Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена.
 P0 - Диагноз поставлен неверно.

- В 2 С какими заболеваниями мочевой системы нужно провести дифференциальную диагностику.
 Э - Восходящий, на фоне хронического цистита и пиелонефрита, пузырномочеточниковый рефлюкс, нефротуберкулез слева;
 P2 - Все заболевания указаны верно и в полном объеме.
 P1 - Заболевания указаны верно, но часть патологических состояний упущена.
 P0 - Все заболевания указаны неверно.

- В 3 Какие дополнительные исследования необходимо произвести для уточнения и подтверждения диагноза.
 Э - Для уточнения диагноза необходимо провести общий анализ мочи и крови, биохимический анализ крови (уровень азота мочевины, креатинина, мочевой кислоты), посев мочи на ВК, УЗИ и ДГ почек, мочеточников, мочевого пузыря, МСКТ.
 P2 - Указаны все методы обследования в полном объеме.
 P1 - Указаны не все методы обследования, часть методов упущена.
 P0 - Методы обследования не указаны или указаны неверно.

- В 4 Определите тактику лечения.
 Э - Консервативная терапия: спазмолитики, анальгетики,

катетеризация/стентирование левого мочеточника. На фоне восстановленного пассажа мочи из левой почки - антибактериальная, детоксикационная, инфузионная терапия; препараты для растворения мочевых камней (аллопуринол), улучшающие микроциркуляцию; мочегонные препараты. При отсутствии эффекта от терапии в течение 12-24 часов - оперативное лечение: ревизия почки, нефропиелостомия, декапсуляция, дренирование забрюшинного пространства.

P2 - Лечебный алгоритм определен верно и в полном объеме.

P1 - Лечебный алгоритм определен верно, но не в полном объеме, часть лечебных мероприятий указана неверно или не указана совсем.

P0 - Лечебный алгоритм определен неверно.

В 5 Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.

Э - Устранение или ослабление факторов, способствующих накоплению в организме мочевой кислоты: здоровый образ жизни, соблюдение диеты (прием щелочных минеральных вод, ограничение употребления продуктов, содержащих большое количество пуринов, разгрузочные дни), обильное питье до 1,5-2 литров свободной жидкости в день.

P2 - Мероприятия по первичной профилактике заболевания указаны верно и в полном объеме.

P1 - Мероприятия по первичной профилактике заболевания указаны верно, но не в полном объеме, часть мероприятий упущена или определена неверно.

P0 - Мероприятия по первичной профилактике заболевания указаны неверно.

№41: Больная 55 лет поступила в Городскую больницу скорой медицинской помощи с жалобами на интенсивные боли в правой поясничной области ноющего характера, учащенное, малыми порциями мочеиспускание, гипертермию до 39°C, ознобы, потливость, слабость. Анамнез: считает себя больной в течение 10 лет. Ранее ухудшение состояния, как правило, наступало после переохлаждения. Амбулаторное лечение, проводимое участковым терапевтом в течение 2-3 недель антибактериальными препаратами, спазмолитиками, отварами мочегонных трав, купировало атаки на протяжении 8 месяцев. В последний год стала наблюдать появление мутной мочи, на фоне субфебрилитета. Последнее обострение заболевания в течение недели, с момента появления вышеописанных жалоб. Участковым терапевтом направлена на стационарное лечение. Объективно: состояние тяжелое, кожа и видимые слизистые бледно – розового цвета, пульс 96 уд./мин, АД 100/60 мм.рт.ст., язык сухой, живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье, где наблюдается напряжение мышц передней брюшной стенки. Симптом XII ребра (+) справа. ОАМ: лейкоциты сплошь покрывают поле зрения, эритроцитов – 8-10 в п/зр. ОАК: НВ 100 г/л; Л - 12, 8x10⁹/л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ 56 мм/час. На обзорной урограмме в проекции правой почки выявлена тень подозрительная на конкремент размерами 2x3 см. Картина "немой" почки справа наблюдается на радиоизотопной нефросцинтиграмме.

В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз.

Э - Острый правосторонний калькулезный пиелонефрит, пионефроз, нефросклероз справа, обтурирующий камень лоханки правой почки, обострение хронического цистита.

P2 - Диагноз поставлен верно.

P1 - Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена.

P0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Какие дополнительные исследования необходимо произвести для подтверждения и уточнения диагноза.

Э - Для уточнения диагноза необходимо провести общий анализ мочи и крови, биохимический анализ крови, посев мочи на ВК, УЗИ почек, мочеточников, мочевого пузыря, МСКТ, цистоскопия с возможной катетеризацией правого мочеточника.

Р2 - Указаны все методы обследования в полном объеме.

Р1 - Указаны не все методы обследования, часть методов упущена.

Р0 - Методы обследования не указаны или указаны неверно.

В 3 Чем обусловлена клиническая картина.

Э - На фоне рецидивирующего хронического цистита развился восходящий правосторонний пиелонефрит с вторичным камнеобразованием, формированием обтурирующего камня лоханки правой почки, калькулезного пиелонефроза

Р2 - Этапность развития патологического состояния растолкована верно, указаны все патологические элементы заболевания в полном объеме.

Р1 - Этапность развития патологического состояния растолкована верно, но указаны не все патологические элементы заболевания.

Р0 - Этапность развития патологического состояния растолкована неверно.

В 4 Определите лечебную тактику для данной больной.

Э - При подтверждении диагноза, наличии деструктивных изменений в паренхиме правой почки – срочная открытая операция: ревизия правой почки, пиелолитотомия, пиелонефростомия, дренирование забрюшинного пространства, возможна и нефрэктомия; в послеоперационном периоде: детоксикационная, антибактериальная инфузионная терапии.

Р2 - Лечебный алгоритм определен верно и в полном объеме.

Р1 - Лечебный алгоритм определен верно, но не в полном объеме, часть лечебных мероприятий указана неверно или не указана совсем.

Р0 - Лечебный алгоритм определен неверно.

В 5 Выпишите рецепт на викасол.

Э - Rp.: S. Vicasoli 1% 1, 0

D.t.d. N 6 in amp

S. По 1 мл в мышцу 2 раза в день.

Р2 - Рецепт выписан верно.

Р1 - Рецепт выписан с грамматическими ошибками, либо неверно указаны дозировки препарата или режим приема.

Р0 - Рецепт выписан неверно.

№42: Больную 35 лет последние 3 месяца беспокоят приступообразные боли в правой пояснично-подреберной области, иррадиирующие в пах, сопровождающиеся субфебрилитетом, познабливанием. Приступы болей легко купировались спазмолитиками, анальгетиками. Возникший же вчера приступ болей плохо купировался приемом лекарственных препаратов. Сегодня присоединилась высокая (до 38,0°C) температура тела с ознобами, была однократная рвота. Доставлена в стационар бригадой скорой помощи. Объективно: общее состояние средней тяжести, кожные покровы сухие, температура тела – 38,2°C. Пульс 98 уд. /мин, ритмичен, АД – 110/60 мм. рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в правой пояснично-подреберной области. Симптом XII ребра

(+) слева. ОАМ: лейкоцитов 7-8 в поле зрения, эритроцитов – 8-10 в п/зр., соли оксалаты +++, ОАК: НВ 110 г/л; Л - 9, 8x10⁹/л, незначительный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ 26 мм/час. Рентгенологически на уровне поперечного отростка L³ справа

обнаружена тень, подозрительная на конкремент размерами 1,2х0,8 см. На экскреторных урограммах через 10, 30 минут функция правой почки снижена, определяется правосторонний гидронефроз, мочеточник четко не определяется. Слева визуализируется неизменная почка, чашечно-лоханочная система, мочеточник.

В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз.

Э - Обтурирующий камень верхней трети правого мочеточника, острый калькулезный пиелонефрит.

P2 - Диагноз поставлен верно.

P1 - Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена.

P0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Какие дополнительные исследования необходимо произвести для подтверждения и уточнения диагноза.

Э - Для уточнения диагноза необходимо выполнить отсроченную урографию через 1,2 часа, УЗИ + ДГ почек.

P2 - Указаны все методы обследования в полном объеме.

P1 - Указаны не все методы обследования, часть методов упущена.

P0 - Методы обследования не указаны или указаны неверно.

В 3 Какой из современных методов обследования дает наиболее достоверную информацию в данном случае.

Э - МСКТ с контрастированием, УЗИ + ДГ почек.

P2 - Указаны основные современные методы обследования в полном объеме.

P1 - Указаны не все основные современные методы обследования, часть методов упущена.

P0 - Методы обследования не указаны или указаны неверно.

В 4 Определите лечебную тактику для данной больной.

Э - При подтверждении диагноза, отсутствии деструктивных изменений в паренхиме правой почки – срочное восстановление уродинамики: катетеризация правого мочеточника/пункционная нефропиелостомия, в последующем – ДЛТ, нефролитолапаксия. При невозможности консервативно-инструментального восстановления пассажа мочи – открытая нефропиелолитотомия + детоксикационная, антибактериальная терапия

P2 - Лечебный алгоритм определен верно и в полном объеме.

P1 - Лечебный алгоритм определен верно, но не в полном объеме, часть лечебных мероприятий указана неверно или не указана совсем.

P0 - Лечебный алгоритм определен неверно.

В 5 Выпишите рецепт на платифиллин.

Э - .Rp.: Platyphyllini hydrotartratis 0,005

D.t.d. N 12 in tabul.

S. по 1т. 2-3 раз в день.

P2 - Рецепт выписан верно.

P1 - Рецепт выписан с грамматическими ошибками, либо неверно указаны дозировки препарата или режим приема.

P0 - Рецепт выписан неверно.

№43: Больная 26 лет обратилась к врачу - урологу с жалобами на учащенное мочеиспускание, боли в правой пахово-подвздошной области. Болеет в течение недели. Приступообразные боли легко купируются спазмолитиками. Объективно: состояние

удовлетворительное. Температура тела 36,7°C. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Почки не пальпируются, симптом XII ребра (-) с обеих сторон. ОАМ: лейкоцитов 4-5 в поле зрения, эритроцитов – 2-3 в п/зр., соли оксалаты +++. ОАК: НВ – 110 г/л; Л – 6,9х10⁹/л, сдвига лейкоцитарной формулы нет, СОЭ 12 мм/час. На обзорной урограмме в проекции нижней трети правого мочеточника выявлена тень 0,4*0,2 см, подозрительная на конкремент. На экскреторных урограммах изменений со стороны почек, чашечно-лоханочных систем не выявлено, определяется незначительное расширение правого мочеточника над указанной тенью.

В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз.

Э - Мелкий камень нижней трети правого мочеточника.

P2 - Диагноз поставлен верно.

P1 - Диагноз поставлен неполностью, неверно указан размер конкремента или локализация не уточнена.

P0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Какие заболевания могут «симулировать» данную патологию.

Э - Острый аппендицит, острый аднексит, острый цистит, заболевания позвоночника, спинного мозга.

P2 - Заболевания указаны верно, в полном объеме.

P1 - Заболевания указаны верно, но не в полном объеме.

P0 - Заболевания указаны неверно.

В 3 Перечислите рентгенологические признаки, указывающие на то, что тень имеет отношение к мочевым путям.

Э - Симптом «указательного пальца» (Лихтенберга) - на экскреторных урограммах определяется незначительное расширение правого мочеточника над указанной тенью.

P2 - Рентгенологический признак указан верно, дано полное определение симптома.

P1 - Рентгенологический признак указан верно, не дано полное определение симптома.

P0 - Рентгенологический признак указан не верно.

В 4 Определите объем лечебных мероприятий для данной больной.

Э - Консервативная терапия: спазмолитики, анальгетики, обильное питье/водные нагрузки, растительные диуретики, физиотерапевтические мероприятия, ЛФК.

P2 - Лечебный алгоритм определен верно и в полном объеме.

P1 - Лечебный алгоритм определен верно, но не в полном объеме, часть лечебных мероприятий указана неверно или не указана совсем.

P0 - Лечебный алгоритм определен неверно.

В 5 Перечислите возможные мероприятия по профилактике заболевания.

Э - Здоровый образ жизни, избегать однообразного питания, малого употребления жидкости.

P2 - Мероприятия по профилактике заболевания указаны верно и в полном объеме.

P1 - Мероприятия по профилактике заболевания указаны верно, но не в полном объеме, часть мероприятий упущена или определена неверно.

P0 - Мероприятия по профилактике заболевания указаны неверно.

№44: Накануне обращения у больного 50 лет возникли приступы острых болей в пояснично-подреберных областях, которые сопровождались тошнотой, рвотой. Они плохо купировались спазмолитиками и анальгетиками. В течение 18 часов нет позывов

на мочеиспускание. В анамнезе: 3 года назад был подобный приступ почечной колики слева с последующим самостоятельным отхождением небольшого камня кирпично-красного цвета. Объективно: общее состояние средней тяжести, кожные покровы сухие. Температура тела – 37,2°C. Пульс 88 уд./ мин. ритмичен, АД – 110/60 мм. рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в пояснично-подреберных областях. Симптом XII ребра (+) с обеих сторон. При пальпации и перкуссии над лобком мочевого пузыря не определяется. ОАК: НВ 110 г/л; Л-10,8х10⁹/л, незначительный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ 26 мм/час. По данным УЗИ отмечается 2-стороннее расширение чашечно-лоханочных систем и верхней трети мочеточников до гиперэхогенных образований диаметром 0,8 см, с акустической тенью. На обзорной урограмме теней подозрительных на конкременты не выявлено. На экскреторных урограммах через 10, 30 мин отмечается снижение функции почек в виде отсутствия контрастного вещества в лоханках, мочеточниках, мочевом пузыре. Мочи из мочевого пузыря при катетеризации не получено.

В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз.

Э - Острая постренальная анурия, уратный нефролитиаз, 2-сторонние обтурирующие камни верхней трети мочеточников.

P2 - Диагноз поставлен верно.

P1 - Диагноз поставлен неполностью, часть нозологий упущена или локализация конкрементов не уточнена.

P0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести для подтверждения диагноза.

Э - Для уточнения диагноза необходимо выполнить МСКТ, в том числе и с контрастированием.

P2 - Метод обследования и дополнение к нему указаны верно.

P1 - Метод обследования указан верно, дополнение не указано.

P0 - Метод обследования и дополнение к нему указаны неверно.

В 3 Можно ли рассматривать состояние больной как неотложную ситуацию

Э - Обтурирующие камни мочеточников, постренальная анурия – неотложное состояние, требующее срочного восстановления пассажа, мочи из почки

P2 - Ответ обоснован и указан верно.

P1 - Ответ обоснован и указан верно, неотложный метод лечения не указан.

P0 - Ответ не обоснован или указан не верно.

В 4 Укажите способы ликвидации осложнения основного заболевания.

Э - Катетеризация / стентирование хотя бы одного мочеточника, пункционная нефростомия. При отсутствии возможности такого восстановления пассажа мочи - уретеролитотомия с нефростомией.

P2 - Способы ликвидации осложнения указаны верно.

P1 - Способы ликвидации осложнения указаны не полностью, упущена часть мероприятий.

P0 - Способы ликвидации осложнения указаны не верно.

В 5 Выпишите рецепт на но-шпу.

Э - Rp.: Sol No-spani 2% 2,0

D.t.d. N 10 in amp.

S. В мышцу по 2 мл 1-2 раза в день

- P2 - Рецепт выписан верно.
P1 - Рецепт выписан с грамматическими ошибками, либо неверно указаны дозировки препарата или режим приема.
P0 - Рецепт выписан неверно.

№45: Больного 65 лет беспокоят боли внизу живота иррадиирующие в головку полового члена, бесплодные позывы на мочеиспускание. Оперирован по поводу аденомы предстательной железы 2 года назад. Самостоятельное мочеиспускание в послеоперационном периоде восстановилось.

Первый года после операции периодически лечился амбулаторно по поводу обострения хронического цистита. Ухудшение состояния последние 2 месяца, когда стал замечать учащенное с режями мочеиспускание, прерывистость струи мочи, периодически примесь крови в последних порциях мочи. За медицинской помощью не обращался, занимался самолечением. При отсутствии самостоятельного мочеиспускания в течении 6 часов вызвал «скорую помощь». Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы не изменены. Температура тела 36,7°C. Пульс 68 уд./мин, АД – 130/60 мм. рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот правильной формы, над лоном имеется старый окрепший послеоперационный рубец, где при пальпации отмечается болезненность, и определяется перерастянутый мочевой пузырь. Симптом XII ребра (-) с обеих сторон. Катетером из мочевого пузыря выведено до 600 мл мочи розоватого цвета. При ректальном исследовании: рецидив аденомы не выявлен.

- В 1 Установите предварительный диагноз
Э - Острая задержка мочи. Камень мочевого пузыря, хронический цистит.
P2 - Диагноз поставлен верно.
P1 - Диагноз поставлен неполностью, часть нозологий упущена.
P0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Какие дополнительные обследования необходимы для подтверждения диагноза.

- Э - Для уточнения диагноза необходимо выполнить ОАМ, ОАК, биохимический анализ крови с определением уровня мочевины, креатинина, УЗИ мочевого пузыря и почек, обзорную и экскреторную урографию с нисходящей цистографией, МСКТ, уретроцистоскопию.
P2 - Указаны все методы обследования в полном объеме.
P1 - Указаны не все методы обследования, часть методов упущена.
P0 - Методы обследования не указаны или указаны неверно.

В 3 Каким осложнением обусловлено данное состояние.

- Э - Острая задержка мочи возникает в результате вклинения в шейку мочевого пузыря камня, образовавшегося на фоне инфравезикальной обструкции, инородных тел (лигатуры после операции), хронического цистита.
P2 - Осложнение указано верно. Ответ обоснован верно.
P1 - Осложнение указано верно, обоснование дано неполностью.
P0 - Осложнение указано не верно.

В 4 Определите лечебную тактику

- Э - При одиночном камне без воспалительных явлений со стороны мочевого пузыря показана - цистолитотрипсия. При наличии цистита, множественных камней – открытое оперативное вмешательство: цистолитотомия с возможной цистостомией.
P2 - Лечебный алгоритм определен верно и в полном объеме.
P1 - Лечебный алгоритм определен верно, но не в полном объеме, часть лечебных

мероприятий указана неверно или не указана совсем.

P0 - Лечебный алгоритм определен неверно.

В 5 Выпишите рецепт на но-шпу.

Э - Rp.: Sol No-spani2% 2,0

D.t.d. N 10 in amp.

S. В мышцу по 2 мл 1-2раза в день

P2 - Рецепт выписан верно.

P1 - Рецепт выписан с грамматическими ошибками, либо неверно указаны дозировки препарата или режим приема.

P0 - Рецепт выписан неверно.

№46: В приемный покой ГБ доставлен больной 37 лет с жалобами на повторяющиеся в течение суток боли в поясничной области слева, сопровождающиеся рвотой, повышение температуры тела до 37,2° С При осмотре пациент ведет себя беспокойно, температура тела 36,6° С, пульс 76 уд./мин, АД140/70 мм.рт.ст. Почки не пальпируются, при наличии болезненности в левой подреберно-поясничной,(+) симптоме XII ребра слева

. ОАМ: лейкоцитов 6-8в поле зрения, эритроцитов – до 10 в п/зр.ОАК: НВ 110 г/л; Л – 10,9х10⁹/л без сдвига лейкоцитарной формулы влево, СОЭ - 18 мм/час. Рентгенологически на обзорной урограмме в проекции левой почки определяется «плотная тень» размерами 1,0х1,2 см. При УЗИ почек выявлено увеличение размеров левой почки без четких очаговых изменений в паренхиме, расширение чашечно-лоханочной системы с наличием гиперэхогенного образования размерами 1,0х1,2 см в области левого пиелoureтерального сегмента, с «акустической тенью».

В 1 Установите предварительный диагноз

Э - Обтурирующий камень пиелoureтерального сегмента слева, почечная колика слева.

P2 - Диагноз поставлен верно.

P1 - Диагноз поставлен не полностью, локализация конкремента указана не верно упущена.

P0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Какие дополнительные обследования необходимы для подтверждения диагноза.

Э - Биохимический анализ крови с определением уровня мочевины, креатинина, фибриногена, проведение МСКТ, ДГ почек, экскреторной урографии.

P2 - Указаны все методы обследования в полном объеме.

P1 - Указаны не все методы обследования, часть методов упущена.

P0 - Методы обследования не указаны или указаны неверно.

В 3 Чем обусловлена клиническая картина.

Э - Клиническая картина обусловлена обтурацией камнем пиелoureтерального сегмента слева, быстрым повышением внутрилоханочного и интерстициального давления.

P2 - Этиология развития заболевания в данном случае определена и обоснована верно.

P1 - Этиология развития заболевания в данном случае определена верно, но обоснована не полностью.

P0 - Этиология развития заболевания в данном случае определена не верно.

В 4 Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.

Э - Своевременная профилактика, диагностика и лечение мочекаменной болезни, здоровый образ жизни, необходимо избегать однообразного питания, малого употребления жидкости.

Р2 - Мероприятия по первичной профилактике заболевания указаны верно и в полном объеме.

Р1 - Мероприятия по первичной профилактике заболевания указаны верно, но не в полном объеме, часть мероприятий упущена или определена неверно.

Р0 - Мероприятия по первичной профилактике заболевания указаны неверно.

В 5 Определите лечебную тактику

Э - Учитывая размеры камня необходимо срочное восстановление пассажа мочи из левой почки катетеризацией/стентированием мочеточника, лоханки левой почки, либо пункционной нефропиелостомией с последующим проведением ДЛТ, КЛТ либо открытой пиелолитотомией.

Р2 - Лечебный алгоритм определен верно и в полном объеме.

Р1 - Лечебный алгоритм определен верно, но не в полном объеме, часть лечебных мероприятий указана неверно или не указана совсем.

Р0 - Лечебный алгоритм определен неверно.

№47: Больной 45 лет доставлен в ГБ с жалобами на интенсивные боли в поясничных областях, больше справа, повышением температуры тела до 37,8°C. Из анамнеза выяснено, что многие годы лечится амбулаторно по поводу подагры, мочекишечного диатеза и хронического пиелонефрита. После употребления алкоголя, обильной мясной пищи 2 дня тому назад заметил появление мочи кирпично-красного цвета и отметил уменьшение ее количества. При осмотре: общее состояние средней тяжести, кожные покровы сухие, наблюдается деформация 1 плюснефаланговых суставов стоп без отека и гиперемии кожи. Температура тела – 37,9°C. Пульс 98 уд./мин, АД – 160/80 мм. рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий болезненный в пояснично-подреберных областях, больше справа. Почки четко не пальпируются. Симптом XII ребра слабо (+) с обеих сторон. ОАМ: лейкоциты ед. в поле зрения, эритроциты до 10 в п/зр, соли ураты +++++. ОАК: Hb – 110г/л; L- 12,9x10⁹/л. без сдвига формулы, СОЭ 36 мм/час. На обзорной урограмме теней подозрительных на конкремент в проекции органов мочевой системы не выявлено. При УЗИ почек отмечается 2-стороннее расширение чашечно-лоханочных систем с обеих сторон и нижней трети правого мочеточника где визуализируется гиперэхогенное включение до 0,5 см в диаметре.

В 1 Установите предварительный диагноз

Э - Острая уратная нефропатия, мочевого криз с развитием острой интратенальной и постренальной почечной недостаточности, уратный нефролитиаз, уратный камень нижней трети правого мочеточника.

Р2 - Диагноз поставлен верно.

Р1 - Диагноз поставлен не полностью, часть нозологий упущена

Р0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 С какими заболеваниями мочевой системы нужно провести дифференциальную диагностику.

Э - Острая почечная недостаточность на фоне отравления суррогатами алкоголя, пищевыми продуктами.

Р2 - Заболевания для дифференциального диагноза указаны верно и в полном

объеме.

P1 - Заболевания для дифференциального диагноза указаны верно, но уточняющие факторы упущены.

P0 - Заболевания для дифференциального диагноза указаны не верно или не указаны совсем.

В 3 Какие дополнительные обследования необходимы для подтверждения диагноза.

Э - Для уточнения диагноза необходимо провести общий анализ мочи и крови, биохимический анализ крови (уровень азота мочевины, креатинина, мочевой кислоты), УЗИ и ДГ почек, мочеточников, мочевого пузыря, МСКТ, катетеризация/стентирование правого мочеточника.

P2 - Указаны все методы обследования в полном объеме.

P1 - Указаны не все методы обследования, часть методов упущена.

P0 - Методы обследования не указаны или указаны неверно.

В 4 Определите лечебную тактику для данного случая.

Э - Консервативная терапия: спазмолитики, анальгетики, катетеризация/стентирование правого мочеточника, при восстановлении пассажа мочи из правой почки - антибактериальная, детоксикационная, инфузионная терапия; препараты как для растворения мочевых камней (аллопуринол), так и для улучшения микроциркуляции; мочегонные препараты. При отсутствии эффекта от терапии - гемодиализ, гемосорбция.

P2 - Лечебный алгоритм определен верно и в полном объеме.

P1 - Лечебный алгоритм определен верно, но не в полном объеме, часть лечебных мероприятий указана неверно или не указана совсем.

P0 - Лечебный алгоритм определен неверно.

В 5 Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.

Э - Устранение или ослабление факторов, способствующих накоплению в организме мочевой кислоты: здоровый образ жизни, соблюдение диеты (прием щелочных минеральных вод, ограничение употребления продуктов, содержащих большое количество пуринов, разгрузочные дни), обильное питье до 1,5-2литров свободной жидкости в день

P2 - Мероприятия по первичной профилактике заболевания указаны верно и в полном объеме.

P1 - Мероприятия по первичной профилактике заболевания указаны верно, но часть факторов упущена.

P0 - Мероприятия по первичной профилактике заболевания указаны не верно.

№48: К терапевту обратился пациент 22 лет с жалобами на тупые боли в правой поясничной области, повышение температуры тела до 39,0°C и познабливание, снижение аппетита, тошноту и рвоту, слабость и потливость. Накануне лечился у хирурга по поводу фурункула правого предплечья, который и вскрывал гнойник. Состояние больного ухудшилось после 2 недель лечения - появилась гипертермия. Объективно: состояние средней тяжести. Температура тела 38,7 °C. Кожа и видимые слизистые обычной окраски, в средней трети правого предплечья на месте вскрытого фурункула имеется чистая, инфильтрации тканей нет. Визуально и рентгенологически со стороны зева, органов грудной клетки изменений не выявлено. Живот не вздут, мягкий, незначительно болезненный в правой подреберно-поясничной области. Почки не пальпируются, симптом XII ребра(-)с обеих сторон. ОАМ: лейкоцитов4-5в поле

зрения, эритроцитов –2-3в п/зр., соли оксалаты +++ . ОАК: НВ-110г/л; Л - 12, 8×10^9 /л, сдвига лейкоцитарной формулы нет, СОЭ 12 мм/ч. УЗИ почек: расширения ЧЛС не выявлено, нечетко лоцируется контур верхнего полюса правой почки, подвижность почки не снижена.

В 1 Установите предварительный диагноз

Э - Острый первичный серозный правосторонний пиелонефрит, возможно с формированием карбункула верхнего полюса правой почки.

P2 - Диагноз поставлен верно.

P1 - Диагноз поставлен не полностью, часть нозологий упущена

P0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Определите патогенез данного заболевания.

Э - При наличии первичного гнойного очага (фурункула правого предплечья) инфекция (скорее всего в данном случае – высокопатогенный плазмокоагулирующий стафилококк) гематогенным путем попала в паренхиму правую почку, развитию острого пиелонефрита способствовало и переохлаждение больного.

P2 - Патогенез данного заболевания определен верно и в полном объеме.

P1 - Патогенез данного заболевания определен верно, но часть элементов упущена.

P0 - Патогенез данного заболевания определен не верно.

В 3 Какие нужны дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.

Э - Биохимический анализ крови с определением мочевины, креатинина, фибриногена; ДГ почек, МСКТ с контрастированием, обзорная, экскреторная урография, в том числе и экскурсионная; бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам.

P2 - Указаны все дополнительные методы обследования в полном объеме.

P1 - Указаны не все дополнительные методы обследования, часть методов упущена.

P0 - Дополнительные методы обследования не указаны или указаны неверно.

В 4 Тактика лечения в данном случае.

Э - Срочная госпитализация в урологическое отделение, проведение патогенетической парентеральной антибактериальной, противовоспалительной, дезинтоксикационной, инфузионной терапий. При отсутствии эффекта от проводимой терапии в течение 1-1,5суток показано открытое оперативное вмешательство: ревизия почки с возможной декапсуляцией, рассечением/иссечением карбункула, дренированием чашечно-лоханочной системы, забрюшинного пространства.

P2 - Тактика лечения в данном случае определена верно, в полном объеме.

P1 - Тактика лечения в данном случае определена верно, но часть лечебных мероприятий упущена.

P0 - Тактика лечения в данном случае определена не верно.

В 5 Выпишите рецепт на цефотаксим.

Э - Rp.: S. Cefotaximi (Claforani) 1,0

D.t.d. N 20 in flac.

S. Содержимое флакона растворить в 20 мл воды для инъекций, вводить в/в медленно в теч.3-5минут 2 раза в сутки.

P2 - Рецепт выписан верно.

P1 - Рецепт выписан с грамматическими ошибками, либо неверно указаны дозировки препарата или режим приема.

P0 - Рецепт выписан неверно.

№49: Больная 68 лет обратилась повторно к хирургу с жалобами на тупые боли в левой поясничной области, слабость, потливость, повышение температуры тела до 39,0° С, ознобы, снижение аппетита, тошноту и рвоту. Из анамнеза известно, что лечилась у хирурга по поводу абсцесса области левого плеча. После вскрытия гнояника на фоне проводимой антибактериальной терапии чувствовала себя удовлетворительно, хотя сохранялся субфебрилитет. Состояние пациентки ухудшилось 5 дней тому назад - появилась гипертермия. После приема аспирина наблюдалось лишь небольшое снижение температуры тела, а со вчерашнего дня гипертермия сопровождается потрясающими ознобами. Объективно: состояние больной тяжелое. Температура тела 39,7°С, тахикардия, АД90/50 мм.рт.ст. Кожа и видимые слизистые бледно-розовой окраски, в области левого плеча на месте

абсцесса – чистая поверхностная рана, вокруг него - незначительная инфильтрация подкожной клетчатки. Визуальных и рентгенологических изменений со стороны зева, органов грудной клетки не выявлено. Живот при пальпации мягкий, отмечается болезненность, напряжение мышц в левой пояснично-подреберной области. Почки не пальпируются, положительный симптом XII ребра слева. Отмечается сглаженность левой поясничной области. ОАК:НВ-110г/л; умеренно выраженный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, СОЭ – 52 мм/ч. На обзорной урограмме теней подозрительных на конкременты в проекции почек, по ходу мочевых путей, а так же контур левой поясничной мышцы не определяются. Отмечается выраженный сколиоз. УЗИ почек: деформация наружного контура левой почки, снижение подвижности ее при отсутствии расширения ЧЛС. Выявлена повышенная гидрофильность паренхимы левой почки, в верхнем и среднем сегментах ее зоны пониженной эхогенности с жидкостными включениями.

В 1 Установите предварительный диагноз

Э - Острый первичный гнойный левосторонний пиелонефрит, не исключаются карбункулы левой почки, эндотоксический шок.

P2 - Диагноз поставлен верно.

P1 - Диагноз поставлен не полностью, часть нозологий упущена

P0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Укажите причину и механизм развития данного заболевания.

Э - Высокопатогенный золотистый или белый стафилококк из гнойного очага в области левого плеча гематогенным путем попал в паренхиму левой почки, привел к развитию острого левостороннего пиелонефрита, а отсутствие адекватного своевременного лечения в условиях переохлаждения способствовало быстрому развитию деструктивных процессов в очагах воспаления.

P2 - Причина развития заболевания и механизм указаны полностью, верно.

P1 - Причина развития заболевания и механизм указаны верно, но не полностью, часть элементов упущена.

P0 - Причина развития заболевания и механизм указаны не верно.

В 3 Какие нужны дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.

Э - Биохимический анализ крови с определением мочевины, креатинина, фибриногена; экзодопплерография левой почки, МСКТ с контрастированием; обзорная, экскреторная урография, в том числе и экскурсионная, бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности микроорганизмов антибактериальным препаратам.

P2 - Указаны все дополнительные методы обследования в полном объеме.

P1 - Указаны не все дополнительные методы обследования, часть методов упущена.

P0 - Дополнительные методы обследования не указаны или указаны неверно.

В 4 Тактика лечения в данном конкретном случае.

Э - Срочная госпитализация в урологическое отделение, предоперационная подготовка к неотложному хирургическому вмешательству (проведение противошоковой, патогенетической, противовоспалительной, дезинтоксикационной, инфузионной терапии). При сохранности функции противоположной почки, множественных карбункулах левой почки у пожилых больных целесообразно выполнение нефрэктомии.

P2 - Тактика лечения в данном случае определена верно, в полном объеме.

P1 - Тактика лечения в данном случае определена верно, но часть лечебных мероприятий упущена.

P0 - Тактика лечения в данном случае определена не верно.

В 5 Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике.

Э - Адекватное лечение абсцесса левого плеча для предупреждения гематогенного распространения высокопатогенной инфекции.

P2 - Мероприятия по первичной профилактике заболевания указаны верно и в полном объеме.

P1 - Мероприятия по первичной профилактике заболевания указаны верно, но часть факторов упущена.

P0 - Мероприятия по первичной профилактике заболевания указаны не верно.

№50: Больная 50 лет обратилась к урологу с жалобами на боли в левой поясничной области, учащенное болезненное мочеиспускание, повышение температуры тела до 38,0°C с позноблизанием, слабость, потливость. Указанные симптомы отмечает в течение недели. В анамнезе частые рецидивы цистита на протяжении 5 лет. Неоднократно курсами принимала антибактериальные препараты, спазмолитики и отвары мочегонных трав по назначениям врача-терапевта. Лечение приносило облегчение на некоторое время. Стойкая дизурия с выделением мутной мочи малыми порциями, субфебрилитет наблюдается в последний год. Объективно: состояние больной средней тяжести, пульс 90 уд./мин, АД 110/60 мм. рт.ст., язык обложен белым налетом, влажный. Живот мягкий, болезненный в левом подреберье, где отмечается напряжение мышц брюшной стенки. Пальпация передней стенки брюшной полости, области подреберья неинформативна из-за массивной подкожно-жировой клетчатки. Симптом XII ребра (+) слева. ОАМ: лейкоциты сплошь покрывают поле зрения. ОАК: НВ 90 г/л; Л - 15,9x10⁹/л умеренный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ - 46 мм/ч. Теней конкрементов в проекции органов мочевой системы на обзорной урограмме не выявлено. На экскреторных урограммах функция правой почки не нарушена. Чашечно-лоханочная система левой почки представлена в виде множественных полостей неправильной формы, мочеточник четко не визуализируется. Буллезный отек, гиперемия области устья левого мочеточника из которого выделяется густой гной в виде "пасты из тюбика" выявлены при цистоскопии.

В 1 Установите предварительный диагноз

Э - Поликавернозный нефротуберкулез, туберкулезный пионефроз слева.

P2 - Диагноз поставлен верно.

P1 - Диагноз поставлен не полностью, часть нозологий упущена

P0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Какие дополнительные исследования необходимо произвести для уточнения и подтверждения диагноза.

Э - Биохимический анализ кров: уровень креатинина, азота мочевины, калия; посев

мочи на ВК; рентгенография органов грудной клетки; МСКТ с контрастированием, ретроградная уретеропиелогграфия слева.

P2 - Указаны все дополнительные методы обследования в полном объеме.

P1 - Указаны не все дополнительные методы обследования, часть методов упущена.

P0 - Дополнительные методы обследования не указаны или указаны неверно.

В 3 Чем обусловлена клиническая картина.

Э - Запущенным поликавернозным туберкулезом, туберкулезным пионефрозом слева вследствие неполного обследования по поводу часто рецидивирующего цистита, отсутствия консультации уролога, фтизиоуролога, своевременной диагностики нефротуберкулеза и адекватного специфического лечения.

P2 - Этиология развития заболевания в данном случае определена и обоснована верно.

P1 - Этиология развития заболевания в данном случае определена верно, но обоснована не полностью.

P0 - Этиология развития заболевания в данном случае определена не верно.

В 4 Возможные осложнения данного заболевания.

Э - Туберкулез мочевого пузыря, сморщивание последнего, вторичная генерализация туберкулеза.

P2 - Осложнения указаны верно.

P1 - Осложнения указаны верно, но некоторые патологические состояния не указаны.

P0 - Осложнения указаны не верно.

В 5 Тактика лечения в данном конкретном случае.

Э - Неоадьювантная, противотуберкулезная и полихимиотерапия не менее 10 дней с последующей нефрэктомией слева.

P2 - Тактика лечения в данном случае определена верно, в полном объеме.

P1 - Тактика лечения в данном случае определена верно, но часть лечебных мероприятий упущена.

P0 - Тактика лечения в данном случае определена не верно.

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ (КЛИНИЧЕСКОЙ) ПРАКТИКИ (БАЗОВАЯ ЧАСТЬ):

а) основная и дополнительная литература:	
1. Урология / А. И. Неймарк, Б. А. Неймарк, А. В. Давыдов [и др.] ; под редакцией А. И. Неймарк. — 2-е изд., стер. — Санкт-Петербург : Лань, 2023. — 172 с. — ISBN 978-5-507-45578-2. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/276440 2. Урология : учебник / А. В. Строцкий, А. А. Жебентяев, Н. А. Нечипоренко [и др.] ; под редакцией А. В. Строцкого. — 3-е изд., испр. — Минск : Новое знание, 2024. — 304 с. — ISBN 978-985-24-0708-3. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/513963 3. Нечипоренко, Н. А. Урология : учебное пособие / Н. А. Нечипоренко, А. Н. Нечипоренко, В. А. Филиппович. — Гродно : ГрГМУ, 2025. — 228 с. — ISBN 978-985-595-958-9. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/518464 4. Урология : учебное пособие / А. В. Строцкий, А. А. Жебентяев, Н. А. Нечипоренко, Д. Н. Руденко ; под редакцией А. В. Строцкого. — Минск : Новое знание, 2016. — 224 с. — ISBN 978-985-475-786-5. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/90704 5. Боковой, С. П. Неотложная урология : руководство / С. П. Боковой. — Архангельск : СГМУ, 2015. — 124 с. — ISBN 978-5-91702-202-4. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/365297 6. Чумаков, П. И. Урология: симптомы, диагноз, лечение : учебно-методическое пособие / П. И. Чумаков, Р. С. Францев, И. В. Павленко. — Ставрополь : СтГМУ, 2022. — 124 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/359792 7. 7.Общая и детская урология-андрология : учебное пособие / А. В. Гудков, В. С. Бощенко, С. П. Селиванов [и др.]. — Томск : СибГМУ, 2020. — 108 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/276278	https://e.lanbook.com
б) современные профессиональные базы данных:	
• Медико-биологический информационный портал для специалистов http://www.medline.ru; • Медицинский сервер "MedLinks.Ru - Вся медицина в Интернет" http://www.medlinks.ru; • Медицинский портал http://www.medportal.ru • Медицинский видеопортал Med-Edu.ru http://www.med-edu.ru/ • Портал российского врача МЕДВЕСТИК https://medvestnik.ru/	
в) информационные справочные системы:	
• Рубрикатор клинических рекомендаций http://cr.rosminzdrav.ru/ • Международная классификация болезней 10-го пересмотра https://mkb-10.com/ • Информационно-аналитический портал Remedium.ru http://www.remedium.ru	

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРАКТИКИ:

Наименование специальных помещений	Оснащенность специальных помещений	Перечень программного обеспечения. Реквизиты подтверждающего документа
Помещение, предусмотренное для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанное с медицинскими вмешательствами, оснащенное специализированным оборудованием и медицинскими изделиями, для проведения практических занятий, клинических практических занятий, практик Общество с ограниченной ответственностью «Мой медицинский центр Высокие технологии» (188632, Ленинградская область, м.р-н Всеволожский, с.п. Юкковское, тер. Клиника Белоостров, зд. 1, к. 1)	Стерилизатор паровой Автоклав MELAG Vacuklav 23 B+ Анализатор биохимический многоканальный ИВД, для использования вблизи пациента, с питанием от батареи Анализатор i-STAT 1 Analyzer (Model № 300-G) Анализатор газов крови ИВД, лабораторный, полуавтоматический Анализатор газов крови и электролитов лабораторный медицинский Gastat-navi Антистатическая клапанная камера/спейсер VORTEX тип 051 Апекслокатор эндодонтический Апекслокатор Райпекс 6 (Raupex 6) Аппарат высокочастотной искусственной вентиляции легких TwinStream Аппарат для гальванизации и лекарственного электрофореза автоматизированный "ЭЛФОР-ПРОФ" Аппарат для измерения артериального давления с детскими манжетами Omron M2 Basic с универсальной манжетой Аппарат рентгеновский диагностический цифровой передвижной GM85 Аппарат рентгеновский интраоральный HELIODENT Plus Аппарат для коротковолновой терапии Curapuls Аппарат для микроволновой терапии Radarmed 950+ Аппарат для пневмокомпрессорной профилактики тромбоэмболических осложнений и лимфостаза Physio 3 Pro Аппарат для проведения интрааортальной контрпульсации AC3 Optimus Аппарат искусственного кровообращения Stockert S5	

	Аппарат электрохирургический ArthroCare моделей: Coblator II Аппарат для электротерапии лимфатической и венозной систем, в исполнении «BodyDrain» Аппарат искусственной вентиляции лёгких Puritan Bennett 560 Аппарат криотерапевтический Cryo-6 Аппарат лазерный терапевтический HIRO TT Аппарат квантовый медицинский портативный диодный лазер A.R.C. Laser Аппарат магнитотерапии MAGCELL® с принадлежностями Аппарат ударно-волновой терапии BTL-5000 SWT Аппарат ультразвуковой диагностический серии М с принадлежностями, вариант исполнения: M9T Аудиометр импедансный Titan Бактерицидный облучатель/очиститель воздуха/устройство для обеззараживания и (или) фильтрации воздуха и (или) дезинфекции поверхностей "ОРУБН-3-3-"КРОНТ" (ДЕЗАР-3) Весы напольные медицинские электронные ВМЭН-150 Весы электронные для детей до 1 года ВЭНд-01-"Малыш"-15-С-5-Рм-А Дефибриллятор BeneHeart D3 Изделия для дыхательной и кислородной терапии АРЕХMED (мешки дыхательные реанимационные) Измерители артериального давления CS Medica CS-107 Ингалятор ультразвуковой UN-231 Коагулометр портативный «КоагуЧек ИксЭс» (CoaguChek XS) Комплекс для многосуточного мониторингирования ЭКГ (по Холтеру) и АД "Кардиотехника-07" Инфузомат BeneFusion eSP Насос шприцевой BeneFusion eSP Комплект противошоковый КПШ Контейнер (бак) многоразовый для сбора, хранения и транспортирования медицинских отходов классов А, Б, В, Г МК-03 «МедКом» (вид 123680), объемом 35,0 Контейнеры для хранения стерильных инструментов и материала Ermis Кресло для забора крови ДМ-5-004-01	

	Кровати функциональные с принадлежностями BETA 3LA450H Кушетка ДМ-5-001-01 Медицинский стол (тележка с полками) М-СС-80 Мойка медицинская ДМ-6-011-04 Оборудование эндоскопическое Karl Storz для визуализации и обработки изображения с принадлежностями IMAGE1 S CONNECT Набор-укладка многокомпонентная хирургическая одноразовая стерильная "ЗДРАВМЕДТЕХ" Набор хирургический малый Насос шприцевой BeneFusion eSP Негатоскоп медицинский, с электропитанием "Armed": 1-кадровый Набор бужей уретральных по DITTEL Облучатели-рециркуляторы воздуха ультрафиолетовые бактерицидные ОРУБ-3-3-«КРОНТ» Пикфлоуметр VITALOGRAPH Подушка кислородная марки MERIDIAN 40л Портативный пульсоксиметр MD300C2 Портативный электрокардиограф ELI 150C Ростомер РП Сейф для хранения лекарственных препаратов (шкаф с ключом) ДМ-6-001-07 Система высокоинтенсивной магнитотерапии BTL-6000 Super Inductive System Elite Сигнализатор паров этанола пороговый Lion Alcoblow Система инфузионная BeneFusion eVP Система мониторинга физиологических показателей BeneVision N1 Система ультразвуковая диагностическая медицинская Logiq e R8 Спирограф SpiroScout Стетофонендоскоп Duplex 2.0 Стимулятор магнитный ритмический "Neuro-MSX" Стойки инфузионные KaWe Столик процедурный передвижной ДМ-6-010-19 Стол перевязочный UniBase 30 Стол операционный UniBase 30 Термометр медицинский Omron Eco Temp Basic Холодильник для хранения	

	медикаментов ХФ-250-2 «Позис» Центральная система мониторинга BeneVision Экспресс-анализатор (глюкометр) портативный для определения уровня сахара в крови "Акку-Чек Актив" (Accu-Chek Active) Электрокардиограф ELI 150C Устройство для вспомогательного кровообращения Xenios Console с принадлежностями Штатив для длительных инфузионных вливаний на трех опорах ШВ-"ДЗМО"	

8. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОХОЖДЕНИЮ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ (КЛИНИЧЕСКОЙ) ПРАКТИКИ (БАЗОВАЯ ЧАСТЬ)

Контроль за участием ординаторов в оказании медицинской помощи гражданам осуществляет руководитель практики, назначенный из числа педагогических работников, который несет ответственность за проведение практической подготовки.

При прохождении производственной (клинической) практики (базовая часть) ординаторы ведут дневник ординатора, который содержит краткое описание курируемых больных (диагнозы заболеваний), перечень выполненных видов работ за период практики, в том числе диагностические и лечебные мероприятия; освоенные умения и практические навыки, приобретенные за период практики.

Подробные методические рекомендации по прохождению практики содержатся в методических материалах ОПОП ВО «Методические рекомендации по прохождению производственной (клинической) практики».

9. СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ УСЛОВИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ-ИНВАЛИДОВ И ОБУЧАЮЩИХСЯ-ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Для обучающихся-инвалидов и обучающихся-лиц с ограниченными возможностями здоровья выбор мест прохождения практик должен учитывать состояние здоровья и требования по доступности.

Создание безбарьерной среды должно учитывать потребности следующих категорий инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья:

- с нарушениями зрения;
- с нарушениями слуха;
- с ограничением двигательных функций.

Обеспечение доступности прилегающей к образовательной организации территории, входных путей, путей перемещения внутри здания для различных нозологий.

Территория организации места проведения практики должна соответствовать условиям беспрепятственного, безопасного и удобного передвижения маломобильных обучающихся, обеспечения доступа к зданиям и сооружениям, расположенным на нем. Требуется обеспечить доступность путей движения, наличие средств информационно-навигационной поддержки, дублирование лестниц пандусами или подъемными устройствами, оборудование лестниц и пандусов поручнями, контрастная окраска дверей и лестниц, выделение мест для парковки автотранспортных средств инвалидов.

В зданиях, предназначенных для прохождения практики обучающимися-инвалидами и обучающимися-лицами с ограниченными возможностями здоровья, требуется обеспечить

как минимум один вход, доступный для лиц с нарушением опорно-двигательного аппарата. Помещения, где могут находиться люди на креслах-колясках, следует размещать на уровне доступного входа. При ином размещении помещений по высоте здания, кроме лестниц, следует предусматривать пандусы, подъемные платформы для лиц с нарушением опорно-двигательного аппарата или лифты.

Комплексная информационная система для ориентации и навигации лиц с нарушением зрения в архитектурном пространстве организации должна включать визуальную, звуковую и тактильную информацию.

Наличие специальных рабочих мест для обучающихся-инвалидов и обучающихся-лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Оборудование специальных учебных мест предполагает увеличение размера зоны на одно место с учетом подъезда и разворота кресла-коляски, увеличения ширины прохода между рядами столов, замену двухместных столов на одноместные.

Наличие оборудованных санитарно-гигиенических помещений для обучающихся различных нозологий.

В организации проведения практики необходимо обустройство минимум одной туалетной кабины доступной для маломобильных обучающихся. В универсальной кабине и других санитарно-бытовых помещениях, предназначенных для пользования всеми категориями обучающихся-инвалидов и обучающихся-лиц с ограниченными возможностями здоровья следует предусматривать возможность установки откидных опорных поручней, штанг, поворотных или откидных сидений.

Наличие системы сигнализации и оповещения для обучающихся различных нозологий.

Проектные решения зданий организаций должны обеспечивать безопасность маломобильных обучающихся в соответствии с требованиями СНиП 21-01 и ГОСТ 12.1.004, с учетом мобильности обучающихся-инвалидов и обучающихся-лиц с ограниченными возможностями здоровья различных категорий, их численности и места нахождения в здании.

Особое внимание уделяется обеспечению визуальной, звуковой и тактильной информацией для сигнализации об опасности и других важных мероприятиях.

Пути движения к помещениям, зонам и местам обслуживания внутри здания должны соответствовать нормативным требованиям к путям эвакуации людей из здания.

При наличии среди обучающихся, проходящих практику, инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья обеспечиваются следующие материально-технические условия.

Наличие звукоусиливающей аппаратуры, мультимедийных средств и других технических средств приема-передачи учебной информации в доступных формах для ординаторов с нарушениями слуха.

Для слабослышащих обучающихся использование сурдотехнических средств является средством оптимизации учебного процесса, средством компенсации утраченной или нарушенной слуховой функции.

Технологии беспроводной передачи звука (FM-системы) являются эффективным средством для улучшения разборчивости речи в условиях профессионального обучения.

Помещения, в которых проходят практику обучающиеся с нарушением слуха, при необходимости будут оборудованы, компьютерной техникой, аудиотехникой (акустический усилитель и колонки), видеотехникой (мультимедийный проектор, телевизор), электронной доской, документ-камерой, мультимедийной системой. Особую роль в обучении слабослышащих также играют видеоматериалы.

При необходимости предусматривается применение брайлевской компьютерной техники, электронных луп, видеоувеличителей, программ невидимого доступа к информации, программ-синтезаторов речи и других технических средств приема-передачи учебной информации в доступных формах для лиц с нарушениями зрения.

Компьютерные тифлотехнологии базируются на комплексе аппаратных и программных средств, обеспечивающих преобразование компьютерной информации в доступные для незрячей и слабовидящей формы (звуковое воспроизведение, рельефно-точечный или укрупненный текст), и позволяют им самостоятельно работать на обычном персональном компьютере с программами общего назначения.

Программно-технические средства для лиц с нарушениями зрения, условно делятся на две группы: средства для усиления остаточного зрения и средства преобразования визуальной информации в аудио и тактильные сигналы.

Для слабовидящих обучающихся в аудиториях при необходимости будет предусмотрена возможность просмотра удаленных объектов (например, текста на доске или слайда на экране) при помощи видеоувеличителей для удаленного просмотра.

Наличие компьютерной техники, адаптированной для инвалидов и лиц с ОВЗ со специальным программным обеспечением, альтернативных устройств ввода информации и других технических средств приема-передачи учебной информации в доступных формах для лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Для обучающихся с нарушениями опорно-двигательного аппарата при необходимости будет предусмотрено использование альтернативных устройств ввода информации.

Рекомендуется использовать специальные возможности операционной системы Windows, таких как экранная клавиатура, с помощью которой можно вводить текст, настройка действий Windows при вводе с помощью клавиатуры или мыши.

Лист регистрации изменений

Номер изменения	Номера листов			Основание для внесения изменений	Подпись	Дата	Дата введения изменения
	замененных	новых	аннулированных				

УТВЕРЖДЕНА

Директор
ЧОУ ДПО «Научно-образовательный
Институт ММЦ»

 Фомина М.В.

«23» 03 2026 г.



ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ



Сертификат: 028DE39600D1B336874C86699DA48FEF6D
Владелец: ФОМИНА МАРИЯ ВЛАДИМИРОВНА
Действителен: с 13.01.2026 до 13.04.2027

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ПРАКТИКИ
основной профессиональной образовательной программы
высшего образования – уровень подготовки кадров высшей квалификации
(ординатура)

Специальность: 31.08.68 Урология

«ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ (КЛИНИЧЕСКАЯ) ПРАКТИКА
(ВАРИАТИВНАЯ ЧАСТЬ)»

Длительность обучения: 432 академических часа

Трудовое количество: 12 ЗЭТ

Форма обучения: очная

Санкт-Петербург

2026 г.

1. ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ

1.1. Цели и задачи практики

Цели практики:

Расширение и улучшение практических умений и навыков по специальности 31.08.68 Урология, полученных в процессе обучения в ординатуре, формирование профессиональных компетенций врача-уролога, приобретение дополнительного опыта в решении профессиональных задач.

Задачи практики:

Закрепить и дополнить у обучающихся компетенции, включающие в себя способность/готовность:

1. К осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;
2. К проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения;
3. К проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях;
4. К применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков;
5. К определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем;
6. К ведению и лечению пациентов с урологическими заболеваниями;
7. К оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации;
8. К применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации;
9. К формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;
10. К применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях;
11. К участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей;
12. К организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации.

1.2. Место практики в структуре основной профессиональной образовательной программы

Производственная (клиническая) практика (вариативная часть) относится к вариативной части Блока 2 «Практики» ОПОП ВО по специальности 31.08.68 Урология.

Производственная (клиническая) практика (вариативная часть) проводится дискретно.

Для прохождения практики необходимы знания, умения и навыки, формируемые дисциплинами:

Урология

Знания: методов опроса, физикального осмотра, клинического обследования урологического больного в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания; особенностей биохимических, инструментальных, патологоанатомических исследований у урологических больных; основных симптомов и синдромов урологических заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра; этиологии, патогенеза и мер профилактики наиболее часто встречающихся урологических заболеваний; современной классификации урологических заболеваний; клинической картины, особенностей течения и возможных осложнений наиболее распространенных урологических заболеваний; методов диагностики, диагностических возможностей методов непосредственного исследования урологического больного; современных методов клинического, лабораторно-инструментального обследования урологических больных (включая эндоскопические, рентгенологические методы ультразвуковую диагностику); современных методов применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания у пациентов с урологическими заболеваниями в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара; механизмов действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, медицинских показаний и противопоказаний к их применению у урологических больных; осложнений, вызванных их применением; современных методов немедикаментозного лечения урологических заболеваний в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара.

Умения: проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование урологического больного в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания; интерпретировать результаты современных лабораторно-инструментальных исследований, морфологического анализа биопсийного, операционного и секционного материала при урологических заболеваниях; выявлять у урологических пациентов основные патологические симптомы и синдромы урологического заболевания; определять у пациента основные патологические состояния, симптомы, синдромы урологического заболевания, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра; поставить предварительный диагноз; наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достаточного результата; подобрать индивидуальный вид оказания помощи урологическому пациенту в соответствии с ситуацией, оказать первичную помощь, сформулировать направление на госпитализацию; сформулировать клинический диагноз; разработать план лечения, с учетом протекания болезни и ее лечения; составлять план лечения урологического заболевания с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, и клиническими рекомендациями (протоколами лечения) в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара; назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание больным с урологическими заболеваниями с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи и клиническими рекомендациями в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара; оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания у пациентов с урологическими заболеваниями

Навыки: владения методами общеклинического обследования урологических больных; методикой постановки урологического диагноза на основании результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований и с учетом

законов течения урологического заболевания; методами диагностики основных патологических состояний, симптомов, синдромов урологических заболеваний, анализом результатов обследования, алгоритмом формулировки клинического диагноза, в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем способностью синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих; анализом информации о клинической картине, особенностях течения и возможных осложнениях наиболее распространенных урологических заболеваний; сопоставлением данных клинической картины наиболее распространенных урологических заболеваний с результатами лабораторно-инструментальных методов исследования; навыком определения тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами в зависимости от клинико-лабораторных данных; навыками организации персонализированного лечения урологического пациента, в том числе беременных женщин, пациентов пожилого и старческого возраста, оценки эффективности и безопасности лечения в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара

Общественное здоровье и здравоохранение

Знания: взаимоотношения «врач-пациент», взаимоотношения в коллективе; морально-этические нормы, правила и принципы профессионального врачебного поведения, права пациента и врача, основы современного медицинского законодательства; принципы ведения дискуссий в условиях плюрализма мнений и основные способы разрешения конфликтов; основные направления психологии, психологию личности и малых групп; основные принципы маркетинга медицинских услуг; основные направления психологии, психологию личности и малых групп; основы организации профилактики; основы организации медицинской деятельности; основы применения статистического метода; возможности использования статистических показателей при оценке состояния здоровья населения и деятельности медицинских организаций.

Умения: обеспечивать рабочие отношения с другими членами коллектива; организовать работу младшего и среднего медицинского персонала в медицинских организациях; применять нормы законодательства в конкретных практических ситуациях; соблюдать и защищать права врачей и пациентов; соблюдать правила поведения врача с позиций современного маркетинга; планировать собственную деятельность и работу рабочей группы; давать распоряжения персоналу; осуществлять контроль исполнения; проводить базовую статистическую обработку данных; анализировать и оценивать качество медицинской помощи, состояние здоровья населения и влияние на него факторов окружающей и производственной среды.

Навыки: изложения собственной точки зрения, анализа и логического мышления, морально-этической аргументации, ведения дискуссий и круглых столов, применения принципов врачебной деонтологии и медицинской этики; навыками информирования пациентов и их родственников в соответствии с требованиями правил «информированного согласия»; общения с людьми; формирования приказов; формирования планов, принятия решений; применения показателей, характеризующих состояние здоровья населения, и результатов деятельности организаций и подразделений здравоохранения, навыками владения методикой расчета показателей медицинской статистики.

Педагогика

Знания: нормативно-правовой базы организации обучения по направлению здравоохранение, психологических основ обучения, основных принципов дидактики; психологических аспектов мотивации к сохранению здоровья, основных понятий теории личности.

Умения: планировать проведение семинарских и практических занятий; планировать проведение профилактических встреч.

Навыки: подготовки правильно построенных презентаций для использования в учебном процессе; подготовки правильно построенных презентаций для использования в просветительной работе.

Гигиена и эпидемиология чрезвычайных ситуаций

Знания: принципов предупреждения возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий; принципов организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, правил оказания медицинской помощи при стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях; современных методов, средств, способов проведения лечебно-эвакуационных мероприятий при оказании медицинской помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях; организации медико-санитарного обеспечения населения при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций; санитарно-гигиенических и противоэпидемиологических мероприятий при эвакуации населения; мероприятий по защите населения при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях; правил и порядков медицинской эвакуации; принципов сортировки пострадавших в чрезвычайных ситуациях.

Умения: проводить профилактические и противоэпидемические мероприятия; организовывать защиту населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки; оказывать медицинскую помощь при стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях; выполнять лечебно-эвакуационные мероприятия по оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, определять вид и объем оказываемой медицинской помощи пострадавшим; оказывать врачебную помощь пострадавшим в очагах поражения при чрезвычайных ситуациях и на этапах медицинской эвакуации; проводить сердечно-легочную реанимацию при терминальных состояниях; проводить мероприятия противошоковой терапии; организовать медицинскую помощь и эвакуацию при чрезвычайных ситуациях.

Навыки: владения методами оценки медико-тактической обстановки в очагах чрезвычайных ситуаций и очагах массового поражения; методикой проведения основных мероприятий по защите пациентов от поражающих факторов чрезвычайных ситуаций; навыками организации и проведения основных мероприятий по санитарной и специальной обработке; методикой оценки состояний угрожающих жизни; алгоритмом проведения медицинской сортировки, способами оказания медицинской помощи и медицинской эвакуации пострадавших; навыком выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях; методами оценки медико-тактической обстановки в очагах чрезвычайных ситуаций и очагах массового поражения; алгоритмом проведения медицинской сортировки, способами оказания медицинской помощи и медицинской эвакуации пострадавших в чрезвычайных ситуациях; навыками организации и проведения основных мероприятий по санитарной и специальной обработке методами ведения отчетной документации, способностями оценивать эффективность взаимодействия при ликвидации последствий чрезвычайной ситуации с другими службами ЧС.

Микробиология

Знания: принципов предупреждения возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий; принципов организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, правил оказания медицинской помощи при стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях.

Умения: проводить профилактические и противоэпидемические мероприятия; организовывать защиту населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении

радиационной обстановки; оказывать медицинскую помощь при стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях.

Навыки: владения методами оценки медико-тактической обстановки в очагах чрезвычайных ситуаций и очагах массового поражения; методикой проведения основных мероприятий по защите пациентов от поражающих факторов чрезвычайных ситуаций; методикой организации и проведения основных мероприятий по санитарной и специальной обработке.

А также знания, умения и навыки, формируемые дисциплинами по выбору вариативной части ОПОП ВО.

1.3. Место проведения практики

В соответствии с учебным планом практика проводится на 2 курсе.

Производственная (клиническая) практика (вариативная часть) проводится в организациях, осуществляющих деятельность в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации (далее – профильная организация).

Организация практической подготовки обучающихся в форме практики осуществляется на основании договора об организации практической подготовки обучающихся, заключаемого между Институтом и медицинской организацией либо организацией, осуществляющей производство лекарственных средств, организацией, осуществляющей производство и изготовление медицинских изделий, аптечной организацией, судебно-экспертным учреждением или иной организацией, осуществляющей деятельность в сфере охраны здоровья.

Для лиц с ограниченными возможностями здоровья (при наличии) выбор мест прохождения практик осуществляется с учетом состояния здоровья и требований по доступности.

Промежуточная аттестация по Производственной (клинической) практике (вариативная часть) может проводиться в Институте.

1.4. Способы проведения практики

Способы проведения производственной (клинической) практики (вариативная часть):

- стационарная;
- выездная.

Стационарная практика проводится в профильных организациях и учреждениях, расположенных на территории города Санкт-Петербург.

Выездной является практика, которая проводится за пределами места нахождения Института.

1.5. Роль производственной (клинической) практики (вариативная часть) в формировании компетенций выпускника

Производственная (клиническая) практика (вариативная часть) участвует в формировании у выпускников следующих профессиональных компетенций: ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9; ПК-10; ПК-11.

1.6. Требования к результатам освоения практики

№ п/п	Компетенции		В результате практики обучающиеся должны:		
	Индекс	Содержание	Знать	Уметь	Владеть
1	ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	1)основные мероприятия, направленные на укрепление здоровья, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	1)организовывать и проводить мероприятия, направленные на укрепление здоровья, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	1)основами формирования здорового образа жизни и мер первичной профилактики заболеваний человека
2	ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	1)основы организации и проведения различных методов скрининга социально значимых заболеваний 2)определять объём и последовательность исследований, обоснованно строить алгоритм обследования пациента	1)документировать диагностическую информацию, проводить описание результатов обследования с оформлением протокола исследования и заключения, квалифицированно оформлять медицинское заключение 2)давать рекомендации лечащему врачу о дальнейшем плане	1)современными методиками проведения исследования органов и систем человеческого организма в различные возрастные периоды 2)современными методиками архивирования, передачи и хранения результатов

				исследования больного	
3	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	1)общие вопросы организации урологической помощи в РФ, организация работы скорой и неотложной помощи 2)анатомию, эмбриологию и топографическую анатомию мочевыделительной и мужской половой систем 3)основные вопросы нормальной и патологической физиологии мочевыделительной и мужской половой систем 4)причины возникновения патологических процессов в организме, механизмы их развития 5)клинические симптомы основных урологических заболеваний, критерии диагностики, принципы лечения и профилактики 6)основные методы параклинического обследования в урологической клинике, включая общие исследования, рентгенологические, магнитно-резонансные, радиоизотопные и ультразвуковые методы, уродинамические исследования 7)показания и противопоказания к проведению параклинического обследования	1)получить информацию о заболевании 2)применить объективные методы исследования 3)выявить общие и специфические признаки урологического заболевания 4)оценивать динамику симптоматики при ведении больных с заболеваниями мочевыделительной системы 5)оценить тяжесть состояния больного, в том числе определить необходимость реанимационных мероприятий 6) определить план реанимационных мероприятий 7)определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, функциональных), интерпретировать полученные данные, определить показания к госпитализации 8)провести дифференциальную диагностику основных урологических заболеваний 9)обосновать клинический диагноз, схему, план и тактику ведения больного 10)определить возможные	1)комплексом методов стандартного урологического обследования 2)основными принципами диагностики и лечения мочекаменной болезни 3)основными принципами диагностики и лечения эректильной дисфункции и мужского бесплодия 4)основными принципами диагностики и лечения инфекционно-воспалительных заболеваний мочевыделительной и мужской половой систем 5) основными принципами диагностики и лечения паразитарных заболеваний мочевыделительной и мужской половой систем 6) основными принципами диагностики и лечения туберкулеза мочевыделительной системы 7) основными принципами диагностики и лечения опухолей мочевыделительной и мужской половой систем 8) основными принципами

			урологического больного	показания/противоп оказания к оперативному лечению, определить объем и метод хирургического вмешательства	диагностики и лечения аномалий развития мочевыделительн ой и мужской половой систем 9) основными принципами диагностики и лечения травматических поражений мочевыделительн ой и мужской половой систем 10) основными принципами диагностики и лечения неотложных состояний в урологии
4	ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании урологической медицинской помощи	1) общие вопросы организации урологической помощи в РФ, организация работы скорой и неотложной помощи 2) анатомию, эмбриологию и топографическую анатомию мочевыделительной и мужской половой систем 3) основные вопросы нормальной и патологической физиологии мочевыделительной и мужской половой систем 4) причины возникновения патологических процессов в организме, механизмы их развития 5) клинические симптомы основных урологических заболеваний, критерии диагностики,	1) оценивать динамику состояния урологических больных 2) оценить тяжесть состояния больного, в том числе определить необходимость реанимационных мероприятий 3) определить план реанимационных мероприятий 4) определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, функциональных), интерпретировать полученные данные, определить показания к госпитализации 5) провести дифференциальную диагностику основных урологических заболеваний	1) комплексом методов стандартного урологического обследования 2) основными принципами диагностики и лечения мочекаменной болезни 3) основными принципами диагностики и лечения эректильной дисфункции и мужского бесплодия 4) основными принципами диагностики и лечения инфекционно- воспалительных заболеваний мочевыделительн ой и мужской половой систем 5) основными принципами диагностики и лечения паразитарных

			принципы лечения и профилактики 6)основные методы параклинического обследования в урологической клинике, включая общие исследования, рентгенологические, магнитно-резонансные, радиоизотопные и ультразвуковые методы, уродинамические исследования 7)показания и противопоказания к проведению параклинического обследования урологического больного	6)обосновать клинический диагноз, схему, план и тактику ведения больного 7)дать оценку течения заболевания, предусмотреть возможные осложнения и осуществить их профилактику	заболеваний мочевыделительной и мужской половой систем 6) основными принципами диагностики и лечения туберкулеза мочевыделительной системы 7) основными принципами диагностики и лечения опухолей мочевыделительной и мужской половой систем 8) основными принципами диагностики и лечения аномалий развития мочевыделительной и мужской половой систем 9) основными принципами диагностики и лечения травматических поражений мочевыделительной и мужской половой систем 10)основными принципами диагностики и лечения неотложных состояний в урологии
5	ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-	1)возможности физиотерапии и ЛФК, показания и противопоказания к физиотерапии и ЛФК, санаторно-курортному лечению 2)основы рационального питания и принципы диетотерапии в урологической клинике	1)определить программу реабилитационных мероприятий 2)решить вопрос о трудоспособности больного 3)применять в повседневной работе достижения информационных технологий и статистические методы	1)основными принципами реабилитации больных, перенесших оперативное лечение по поводу различных заболеваний органов мочевыделительной и мужской половой систем

		курортном лечении			
6	ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	Принципы формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	Формировать у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	принципами к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих
7	ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	1)законодательство РФ 2)Локальные номенклатурные акты учреждения 3)принципы организации урологической помощи населению РФ	1)организовать работу урологического отделения и смежных специалистов	1)применением законов и положений в сфере организации урологической помощи
8	ПК-11	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	1)законодательство РФ 2)Локальные номенклатурные акты учреждения 3)принципы организации урологической помощи населению РФ	1)оценивать качество медицинской помощи	1)применением законов и положений в сфере организации урологической помощи и медицинской статистики в отделениях урологического профиля

1.7. Форма контроля: зачет с оценкой, 2 курс.

2. ОБЪЁМ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ (КЛИНИЧЕСКОЙ) ПРАКТИКИ (ВАРИАТИВНАЯ ЧАСТЬ)

Общая трудоёмкость практики «Производственная (клиническая) практика (вариативная часть)» составляет 12 зачётных единиц.

Вид работы	Всего часов	2 курс
Контактная работа	32,2	32,2
Самостоятельная работа: выполнение работ в профильной организации, ведение дневника	399,8	399,8
Консультации в ходе практики	32	32
Промежуточная аттестация: <i>зачёт с оценкой (кчз)</i>	0,2	0,2
Общая трудоемкость, академ. час	432	432

3. СОДЕРЖАНИЕ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ (КЛИНИЧЕСКОЙ) ПРАКТИКИ (ВАРИАТИВНАЯ ЧАСТЬ)

Разделы производственной (клинической) практики (вариативная часть) по видам работ:

1. Работа в профильной организации

№ п/п	Тема	Вид деятельности	Формируемые профессиональные компетенции
1.1.	Заболевание почек и мочевыводящих путей	Участие в клинических разборах, разбор историй болезни, самостоятельный анализ лабораторных и инструментальных исследований.	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
1.2	Заболевания предстательной железы	Участие в клинических разборах, разбор историй болезни, самостоятельный анализ лабораторных и инструментальных исследований.	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
1.3	Заболевания наружных половых органов	Участие в клинических разборах, разбор историй болезни, самостоятельный анализ лабораторных и инструментальных исследований.	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
1.4	Онкоурология	Участие в клинических разборах, разбор историй болезни, самостоятельный анализ лабораторных и инструментальных исследований.	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
1.5	Клинико-диагностическое поликлиническое отделение	Участие в клинических разборах, разбор историй болезни, самостоятельный анализ лабораторных и инструментальных исследований.	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

4. ФОРМЫ ОТЧЁТНОСТИ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ (КЛИНИЧЕСКОЙ) ПРАКТИКЕ (ВАРИАТИВНАЯ ЧАСТЬ)

В соответствии с Положением о порядке проведения практики по программам подготовки кадров высшей квалификации – программам ординатуры в ходе практики ординатор ведет дневник, в структуру которого, в том числе, входит отчет по практике. Ежедневно дневник подписывается сотрудником профильной организации, непосредственно курирующим работу данного ординатора. По итогам прохождения практики ординатор сдает зачет с оценкой (дифференцированный зачет).

4.1. Отчет работы ординатора в профильной организации:

Виды работ в профильной организации	Всего часов:
	2 курс
Работа в профильной организации:	399,8
Работа в ... отделении	
Работа в ...	
Работа в ...	

4.2.

О Т Ч Ё Т

Ординатора _____ курса _____ о выполнении программы производственной (клинической) практики (вариативная часть)

Перечень видов работ, отрабатываемых в профильной организации

Перечень умений и навыков	Итоговое кол-во выполненных манипуляций
1. Первичная хирургическая обработка ран	
2. Люмботомия	
3. Декапсуляция почки	
4. Уретероскопия	
5. Эпицистостомия	
6. Цистолитотомия	
7. Чреспузырная аденомэктомия	
8. Циркумцизия,	
9. Рассечение крайней плоти при невправляемом парафимозе	
10. Дренирование кавернозных тел при приапизме	
11. Орхэктомия	
12. Эпидидимэктомия	
13. Операция при гидроцеле (Винкельмана)	
14. Операция при гидроцеле (Бергмана)	
15. Операция при варикоцеле (Иванисевича)	
16. Операция при варикоцеле (Мармара)	
17. Новокаиновая блокада семенного канатика	
18. Катетеризация мочевого пузыря	
19. Надлобковая пункция мочевого пузыря	

20.	Мультифокальная биопсия предстательной железы под контролем УЗИ	

При проведении промежуточной аттестации в форме зачёта с оценкой по окончании практики учитываются следующие составляющие:

- оценка за ведение и оформление дневника практики, в том числе отчета;
- оценка руководителя от профильной организации за полноту отработки задания практики, проявленные личностные профессиональные характеристики и качество освоенных навыков;
- оценка по результатам собеседования с руководителем практики от Института.

По результатам обучения в ходе практической подготовки в форме практики, защиты отчетных документов, содержащихся в дневнике по практике, руководителем практики от Института фиксируются результаты освоения компетенции в Аттестационном листе.

Оценка руководителя практики от института заносится в ведомость/индивидуальную ведомость и зачетную книжку ординатора (за исключением оценки «неудовлетворительно»).

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

5.1. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ, ШКАЛЫ ОЦЕНИВАНИЯ ПО ВИДАМ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
	Собеседование	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определённому разделу, теме, проблеме и т.п.	Вопросы по урологии	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
	Ситуационные задачи	Проблемная задача на основе реальной профессионально-ориентированной ситуации, имеющая варианты решений. Позволяет оценить умение применить знания и аргументированный	Набор ситуационных задач по урологии	грамотность определения содержащейся в задаче проблемы; корректность оперирования профессиональной терминологией при анализе и решении задачи; адекватность применяемого

п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
		выбор варианта решения		способа решения ситуационной задачи
	Тестовое задание	Система заданий, позволяющая стандартизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.	Фонд тестовых заданий по урологии	Критерии оценки вопросов теста в зависимости от типов формулируемых вопросов.

Практические навыки

Оценка «отлично» выставляется, если необходимые практические навыки, предусмотренные рабочей программой практики, сформированы полностью и подкреплены теоретическими знаниями.

Оценка «хорошо» выставляется, если необходимые практические навыки, предусмотренные рабочей программой практики, сформированы недостаточно, но подкреплены теоретическими знаниями без пробелов.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если необходимые практические навыки, предусмотренные рабочей программой практики, в основном сформированы, но теоретические знания освоены частично.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если необходимые практические навыки, предусмотренные рабочей программой практики, не сформированы

Ситуационные задачи

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 неправильная.

5.2.ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

5.2.1. Оценочные средства для текущего контроля

№п/п	Перечень умений и навыков
1.	Анализировать социально-значимые проблемы и процессы, использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах своей профессиональной деятельности;
2.	Проводить логический и аргументированный анализ, выступать с публичной речью, вести дискуссию и полемику, редактировать тексты профессионального содержания, осуществлять воспитательную и педагогическую деятельность, способствовать сотрудничеству и разрешению конфликтов;
3.	Использовать методы управления, организовывать работу исполнителей, находить и принимать ответственные управленческие решения в рамках своей профессиональной компетенции;
4.	Осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну;
5.	Анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний в конкретной группе заболеваний;
6.	Составить план обследования пациента, осуществить постановку диагноза на основании диагностического исследования, провести дифференциальный диагноз;
7.	Выполнить основные лечебные мероприятия при наиболее часто встречающихся заболеваниях среди пациентов той или иной группы нозологических форм, способных вызвать тяжелые осложнения и (или) летальный исход: заболевания нервной, иммунной, сердечно-сосудистой, эндокринной, дыхательной, пищеварительной, мочеполовой систем и крови;
8.	Своевременно выявлять жизнеопасные нарушения, использовать методики их немедленного устранения, осуществлять противошоковые мероприятия;
9.	Назначить больным адекватное лечение в соответствии с поставленным диагнозом, осуществлять алгоритм выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии больным с инфекционными и неинфекционными заболеваниями, беременностью и родами;
10.	Применять различные реабилитационные мероприятия (медицинские, социальные, психологические) при наиболее распространенных патологических состояниях и повреждениях организма;
11.	Давать рекомендации по выбору оптимального режима двигательной активности и диеты в зависимости от морфофункционального статуса, определять показания и противопоказания к назначению средств лечебной физкультуры, физиотерапии, рефлексотерапии, фитотерапии;

12.	Оказать первичную специализированную помощь пациентам с травмами почек, мочеточников, мочевого пузыря, уретры, полового члена, органов мошонки и их последствиями в условиях урологического отделения стационара или поликлиники
13.	Оказать первичную специализированную помощь пациентам с почечной коликой в условиях урологического отделения стационара или поликлиники
14.	Оказать первичную специализированную помощь пациентам с острой задержкой мочеиспускания в условиях урологического отделения стационара или поликлиники
15.	Оказать первичную специализированную помощь пациентам с постренальной анурией в условиях урологического отделения стационара
16.	Оказать первичную специализированную помощь пациентам с гемотампонадой мочевого пузыря в условиях урологического отделения стационара
17.	Обследовать пациентов с микро- и макрогематурией, их последствиями
18.	Обследовать детей и подростков с заболеваниями органов мочеполовой системы, их последствиями с учётом их анатомо-функциональных особенностей
19.	Проводить дифференциальную диагностику больных урологического профиля, используя алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учётом Международной статистической классификации болезней (МКБ); способностью и готовностью назначать урологическим пациентам адекватное лечение в соответствии с поставленным диагнозом
20.	Применять различные реабилитационные мероприятия (медицинские, социальные, психологические) при урологических заболеваниях
21.	Определять показания и противопоказания к назначению средств лечебной физкультуры, физиотерапии, рефлексотерапии, фитотерапии
22.	Выявлять жизнеопасные нарушения в организме, использовать методики их немедленного устранения, осуществлять противошоковые мероприятия
23.	Эпицистостомия, цистолитотомия
24.	Чреспузырная аденомэктомия
25.	Циркумцизия, рассечение крайней плоти при невправляемом парафимозе;
26.	Дренирование кавернозных тел при приапизме
27.	Орхэктомия
28.	Эпидидимэктомия
29.	Операции при гидроцеле (Винкельмана, Бергмана)
30.	Операции при варикоцеле (Иванисевича, Мармара)
31.	Новокаиновая блокада семенного канатика
32.	Мультифокальная биопсия предстательной железы под контролем УЗИ

5.2.2. Оценочные средства для промежуточной аттестации

Контрольные вопросы:

1. Диагностика и клиника мочекаменной болезни.
2. Урофлоуметрия. Методика, расшифровка урофлоуограмм.
3. Хронический пиелонефрит. Лечение, исходы, прогноз, профилактика.

4. Рентгеновские методы диагностики мочекаменной болезни.
5. Динамическая кавернозография. Показания, методика, осложнения.
6. Хронические циститы. Классификация, клиника, дифференциальная диагностика.
7. Ультразвуковая доплерография сосудов полового члена. Показания, методика, оценка результатов.
8. Методы обследования больных с недержанием мочи.
9. Уретероскопия. Показания, методика выполнения, профилактика осложнений
10. Электромиография бульбокавернозного рефлекса. Методика, оценка результатов.
11. Клиника и диагностика эректильной дисфункции.
12. Аномалии яичка. Классификация, диагностика, лечение.
13. Аномалии почек. Классификация, диагностика, лечение.
14. Уретроскопия. Показания, методика выполнения, профилактика осложнений.
15. Бесплодие у мужчин. Этиология, патогенез, классификация, методы диагностики.
16. Особенности урологической помощи в поликлиниках и стационарах.
17. Консервативное секреторного бесплодия у мужчин.
18. Цистоскопия. Показания, методика, оценка результатов.
19. Физиотерапия при лечении эректильной дисфункции. Показания, противопоказания.
20. Эферентные методы бесплодия у мужчин.
21. Термотерапия при ДГПЖ. Показания, методика.
22. Динамическая кавернозография. Показания, методика, осложнения.
23. Динамическая кавернозография. Расшифровка результатов исследования.
24. Спермограмма. Расшифровка основных показателей.
25. Рентгенологические методы диагностики аномалий развития почек. Расшифровка рентгенограмм.
26. Компьютерная томография в дифференциальной диагностике гидронефроза.
27. Принципы диспансеризации урологических больных.
28. Рентгенодиагностика стриктур уретры. Расшифровка уретрограмм.
29. Туберкулёз придатка яичка. Патогенез, клиника, диагностика и лечение
30. Приапизм. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
31. Острый цистит. Клиника, диагностика, лечение.
32. Эписпадия. Клиника, диагностика, хирургическое лечение.
33. Варикоцеле. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
34. Острый пиелонефрит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
35. Гипоспадия. Клиника, диагностика, хирургическое лечение.
36. Экстрофия мочевого пузыря. Клиника, диагностика, хирургическое лечение.
37. Хронический пиелонефрит. Классификация, клиника, диагностика и осложнения.
38. ДГПЖ. Этиология, патогенез, клиника, диагностика.
39. Диагностика и лечение опухолей почек.
40. Травмы почек. Этиология, патогенез, классификация, клиника травм и их осложнений, диагностика.
41. Болезнь Пейрони. Этиология, диагностика, консервативное лечение.
42. Травмы мочеточников. Классификация, клиническая симптоматика травм и осложнений.
43. Неспецифические уретриты. Этиология, патогенез, дифференциальная диагностика и лечение.
44. Травмы мочеточников. Лечение, прогноз и экспертиза нетрудоспособности.
45. Интерстициальный цистит. Особенности клиники. Диагностика, методы лечения.
46. Методы реконструктивной пластики полового члена при его утрате.
47. Аномалии полового члена. Диагностика, лечение.
48. Воспалительные заболевания яичка и придатка. Особенности клиники. Методы консервативного и оперативного лечения.

49. Баланопостит. Кавернит. Клиника, диагностика, лечение.
50. Гидронефроз. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
51. Нефроптоз. Клиника, диагностика, методы лечения
52. Рак предстательной железы. Этиология, патогенез, клиника, диагностика.
53. Опухоли мочевого пузыря. Радикальные операции, доступы, виды цистэктомий.
54. Протяжённые стриктуры мочеоточника. Причины, симптоматика, диагностика.
55. Опухоли полового члена. Этиология, патогенез, клиника, комбинированное и хирургическое лечение
56. Опухоли яичка. Этиопатогенез, клиника, хирургическое лечение.
57. Гидронефроз и беременность. Тактика ведения, методы лечения.
58. Стриктуры уретры. Классификация, клиника, методы уретропластики.
59. Хроническая почечная недостаточность урологических больных. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
60. Бактериотоксический шок. Этиопатогенез, клиника, лечение.
61. Ранние и поздние осложнения после аденомэктомии
62. Оперативные и эндоскопические методы лечения мочекаменной болезни
63. Контактная и дистанционная литотрипсия при мочекаменной болезни.
64. Особенности туберкулёза почек и мочевых путей.
65. Осложнения туберкулёза почек и мочевых путей.
66. Осложнения острого пиелонефрита. Консервативное и хирургическое лечение.
67. Лечение туберкулёза почек и мочевых путей.
68. Особенности клиники и диагностики туберкулёза мужских половых органов.
69. Бужирование уретры. Показания, методика, осложнения.
70. ДГПЖ. Методы консервативного лечения.
71. Травмы полового члена. Неотложная помощь.
72. ДГПЖ. Хирургическое лечение, осложнения и их профилактика.
73. Хирургическое лечение опухолей почек. Органосохраняющие и радикальные операции.
74. Клинические особенности течения пиелонефрита у беременных.
75. Травмы почек. Консервативное и оперативное лечение.
76. Консервативное лечение эректильной дисфункции.
77. Методы реконструктивной пластики полового члена при его утрате.
78. Травмы Трансуретральная резекция (ТУР) ДГПЖ. Показания, методика, профилактика осложнений мочевого пузыря. Этиология, классификация, клиника, диагностика
79. Хирургическое лечение травм мочевого пузыря.
80. Клинические особенности течения мочекаменной болезни у беременных.
81. Установка почечного стента. Показания, профилактика осложнений.
82. Методы хирургического лечения гидронефроза.
83. Цистоскопия. Показания, методика, оценка результатов.
84. Диагностика и лечение травм уретры.
85. Хирургическое лечение экскреторного бесплодия.
86. Ятрогенные повреждения мочеоточников и мочевого пузыря в акушерско-гинекологической практике. Методы хирургического лечения.
87. Хирургическое лечение васкулогенной эректильной дисфункции.
88. Консервативное лечение рака предстательной железы.
89. Цистоскопия. Показания, методика, оценка результатов.
90. Имплацационная хирургия эректильной дисфункции. Показания, профилактика осложнений.
91. Хирургическое лечение рака предстательной железы. Виды осложнений и их лечение.
92. Цисталгия. Классификация, диагностика, лечение.

93. Методы хирургической коррекции девиации полового члена.
94. Мочеполовые свищи. Методы хирургического лечения.
95. Гиперактивный мочевой пузырь. Диагностика и лечение.
96. Опухоли мочевого пузыря. Этиология, патогенез, классификация.
97. Реконструктивная хирургия мочеточника различными отделами желудочно-кишечного тракта.
98. Опухоли мочевого пузыря. Клиника, диагностика, принципы лечения.
99. Восстановление протяженных дефектов мочеточника неизменёнными отделами мочевыводящих путей.
100. Хирургическое лечение рака мочевого пузыря. Методы деривации мочи после цистэктомий.
101. Фармакотерапия эректильной дисфункции.
102. Опухоли мочевого пузыря. Консервативное лечение (внутрипузырная иммунотерапия, фотодинамическая терапия).
103. Особенности эндовидеохирургических операций у уроандрологических больных.
104. Лечение мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря.
105. Эндоскопические методы лечения стриктур уретры.
106. Иммунологическое бесплодие. Эфферентные методы лечения.
107. Осложнения острого пиелонефрита. Консервативное и хирургическое лечение.
108. Тактика ведения беременных с гидронефрозом.
109. Лечение поверхностного рака мочевого пузыря.
110. Принципы антибактериальной терапии воспалительных заболеваний почек.
111. Эндоскопическая уретеролитотрипсия. Показания, методика, осложнения
112. Трансуретральная резекция при лечении рака мочевого пузыря.
113. Консервативное лечение и профилактика уролитиаза.
114. Диета при оксалатном, фосфатном, уратном и смешанном уролитиазе.
115. Особенности физиотерапии урологических больных.
116. Физиотерапия при лечении эректильной дисфункции. Показания, противопоказания.

Тестовые задания

Код Текст названия трудовой функции/ вопроса задания/ вариантов ответа

001 ПОЧЕЧНАЯ КОЛИКА — СИМПТОМОКОМПЛЕКС, КОТОРЫЙ ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- А камнях почек и мочеточников
- Б кисте почки
- В ренальной гипертензии
- Г поликистозе почек

002 ПОВЕДЕНИЕ БОЛЬНОГО ПРИ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКЕ

- А беспрерывно меняет положение тела
- Б лежа на боку
- В вынужденное положение сидя на стуле
- Г вертикальное положение

003 ТИПИЧНАЯ ИРРАДИАЦИЯ БОЛЕЙ ПРИ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКЕ

- А в паховую область, бедро, половые органы
- Б в плечо, лопатку
- В в мечевидный отросток грудины
- Г в эпигастральную область

004 НАЗОВИТЕ РЕДКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ

- А бактериотоксический шок
- Б простатит
- В варикоцеле
- Г уретероцеле

005 ПРИ КАКОМ СИМПТОМОКОМПЛЕКСЕ ПУЛЬС НЕ БЫВАЕТ УЧАЩЕННЫМ, ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ВАЖНЫМ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ?

- А почечная колика
- Б перитонит
- В апостематозный пиелонефрит
- Г острый холецистит

006 КАКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОЖЕТ ПОДТВЕРДИТЬ ИЛИ ИСКЛЮЧИТЬ НАЛИЧИЕ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ С ОСТРЫМИ ХИРУРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

- А хромоцистоскопия
- Б урофлоуметрия
- В венотестикулография
- Г компьютерная томография почек

007 КАКОЙ ВИД НОВОКАИНОВОЙ БЛОКАДЫ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ С ОСТРЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ?

- А блокада семенного канатика или круглой связки матки
- Б пресакральная
- В хлорэтиловая
- Г пред пузырная

008 С ПОМОЩЬЮ КАКОЙ ПРОБЫ МОЖНО ПОЛУЧИТЬ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ЛОКАЛИЗАЦИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В МОЧЕВОЙ СИСТЕМЕ?

- А двухстаканная проба мочи
- Б проба Реберга
- В проба Каковского—Аддиса
- Г проба Нечипоренко

009 НАЗОВИТЕ САМЫЙ РАСПРОСТРАНЕННЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА

- А микционная цистография
- Б экскреторная урография
- В уретрография
- Г цистоскопия

010 С ПОМОЩЬЮ КАКОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ МОЖНО ПРОИЗВОДИТЬ ЭНДОУРЕТРАЛЬНО ЛЕЧЕБНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ?

- А уретроскопия
- Б цистоскопия
- В урофлоуметри
- Г уретероскопия

011 КАК НАЗЫВАЕТСЯ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ, С ПОМОЩЬЮ КОТОРОГО МОЖНО ПРОИЗВЕСТИ ВИЗУАЛЬНЫЙ ОСМОТР ЛОХАНКИ И ЧАШЕЧЕК?

- А пиелоскопия
- Б уретроскопия
- В цистоскопия
- Г эхография

012 Пиелонефрит является заболеванием

- А инфекционно-воспалительным
- Б наследственным
- В аллергическим
- Г сосудистым

013 ОСНОВНОЙ (ВЕДУЩИЙ) МИКРОБНЫЙ ВОЗБУДИТЕЛЬ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ

- А кишечная палочка
- Б клебсиелла
- В синегнойная палочка
- Г стафилококк

014 С КАКИХ ЦИФР СНИЖЕНИЯ УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ МОЖНО ДУМАТЬ О НАЧАЛЕ СЕПТИЧЕСКОГО ШОКА?

- А 90-80 мм рт. ст.
- Б 80 — 70 мм рт. ст.
- В 70 — 60 мм рт. ст.
- Г 100 — 90 мм рт. ст.

015 В КАКОМ ВОЗРАСТЕ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПИЕЛОНЕФРИТ У ЖЕНЩИН?

- А молодом
- Б пожилом
- В старческом
- Г в детском

016 ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЙ ФАКТОР ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕВОЧЕК

- А вульвовагиниты
- Б переохлаждение
- В гипо- и авитаминоз
- Г несоблюдение туалета наружных половых органов

017 ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЙ ФАКТОР ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

- А снижение иммунореактивности организма
- Б травма
- В нарушение пассажа мочи
- Г нефропатии

018 ПУТЬ ИНФИЦИРОВАНИЯ ПОЧКИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ (НЕОБСТРУКТИВНОМ) ПИЕЛОНЕФРИТЕ

- А гематогенный

- Б лимфогенный
- В по стенке мочеточника
- Г по просвету мочеточника

019 ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЙ ФАКТОР ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВТОРИЧНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

- А нарушение оттока мочи
- Б переохлаждение
- В инфекция
- Г нарушение лимфооттока

020 ЧАСТЫЙ ВОЗБУДИТЕЛЬ ГЕМАТОГЕННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

- А стафилококк
- Б стрептококк
- В синегнойная палочка
- Г протей

021 РАННИЙ ЛАБОРАТОРНЫЙ СИМПТОМ, УКАЗЫВАЮЩИЙ НА СЕРЬЕЗНУЮ ФАЗУ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В ПОЧКАХ

- А бактериурия
- Б цилиндрурия
- В альбуминурия
- Г лейкоцитурия

022 ЛАБОРАТОРНЫЙ ПРИЗНАК, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙ ГНОЙНУЮ ФАЗУ ВОСПАЛЕНИЯ В ПОЧКЕ

- А лейкоцитурия
- Б эритроцитурия
- В кристаллурия
- Г бактериурия

023 КАКОЕ МЕСТО ПО ЧАСТОТЕ ЗАНИМАЕТ ПИЕЛОНЕФРИТ СРЕДИ ПОЧЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

- А первое
- Б второе
- В третье
- Г четвертое

024 КАКАЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ОСОБЕННОСТЬ ПРЕДОПРЕДЕЛЯЕТ КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ВТОРИЧНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА?

- А лоханочно-почечные рефлюксы
- Б нарушение лимфооттока
- В венозный застой
- Г вирулентность микробной флоры

025 ПРОЯВЛЕНИЕМ КАКОГО ПРОЦЕССА ЯВЛЯЕТСЯ ОЗНОБ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ?

- А прорыва бактерий в кровеносное русло
- Б инфицирования мочевых путей
- В лихорадки
- Г нарушения оттока мочи

026 ЧТО ИГРАЕТ ОСНОВНУЮ РОЛЬ В РАСПРОСТРАНЕНИИ ИНФЕКЦИИ ПРИ УРИНОГЕННОМ (ВОСХОДЯЩЕМ) ПИЕЛОНЕФРИТЕ?

- А пузырно-мочеточниковый рефлюкс
- Б расстройство кровообращения
- В гипотония мочевых путей
- Г нарушение иннервации

027 ОСТРЫЙ ПЕРВИЧНЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОСЛОЖНЯЕТСЯ

- А апостематозным нефритом
- Б сморщенной почкой
- В артериальной гипертензией
- Г пионефрозом

028 ПИЕЛОНЕФРИТ БЕРЕМЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ ЧАСТО СЛЕДСТВИЕМ

- А латентно протекающей хронической инфекции
- Б впервые возникшего острого процесса
- В эндогенных очагов инфекции
- Г воспалительного процесса в гениталиях

029 МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АПОСТЕМАТОЗНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕНЫ

- А в корковом слое
- Б в мозговом слое
- В в чашках
- Г в лоханке

030 В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО СЕРОЗНОГО И ГНОЙНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

- А экскурсионная внутривенная урография
- Б обзорный снимок мочевых путей
- В клиническая картина
- Г ультразвуковое исследование почек

031 КАКИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ

- А пенициллины
- Б тетрациклины
- В аминогликозиды
- Г цефалоспорины

032 ПИЕЛОНЕФРОСТОМИЧЕСКИЙ ДРЕНАЖ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У БЕРЕМЕННЫХ УДАЛЯЕТСЯ ПОСЛЕ РОДОВ ЧЕРЕЗ?

- А 1 мес
- Б 2 — 23 дня
- В 1 нед
- Г 2 нед

033 ПРИ НЕКРОЗЕ ПОЧЕЧНЫХ СОСОЧКОВ ЧАСТЫМ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А макрогематурия

- Б лейкоцитурия
- В бактериурия
- Г цилиндрурия

034 КАКОЙ ПАРАНЕФРИТ ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ ВСТРЕЧАЕТСЯ ЧАЩЕ?

- А задний
- Б нижний
- В верхний
- Г боковой

035 ПРИ КАКОЙ ФОРМЕ ПИЕЛОНЕФРИТА МАССА ПОЧКИ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ?

- А при ксантогранулематозном
- Б при первичном
- В при вторичном
- Г при эмфизематозном

036 В КАКОЙ СТАДИИ ПИЕЛОНЕФРИТА МАССА ПОЧКИ УМЕНЬШАЕТСЯ?

- А при сморщенной почке
- Б при остром серозном воспалении
- В при карбункуле почки
- Г при жировом перерождении почки

037 В КАКИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫЙ РЕФЛЮКС?

- А дети
- Б подростки
- В молодые люди
- Г средний возраст

038 ЧЕРЕЗ КАКОЙ ТРЕУГОЛЬНИК ГНОЙ ИЗ ПАРАНЕФРАЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА МОЖЕТ ПРОРВАТЬСЯ В ПЛЕВРАЛЬНУЮ ПОЛОСТЬ?

- А Богдалека
- Б Льето
- В Пти
- Г Лесгафта—Грюнфельда

039 БАКТЕРИЕМИЧЕСКИЙ ШОК ЯВЛЯЕТСЯ

- А острой формой течения уросепсиса
- Б острой формой с 2—3 атаками
- В острой формой и последующим затяжным течением
- Г подострой формой

040 ОСОБУЮ ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ ЦЕННОСТЬ ПРИ НЕКРОЗЕ ПОЧЕЧНЫХ СОСОЧКОВ ИМЕЕТ

- А ретроградная пиелография
- Б обзорная рентгенография мочевых путей
- В экскреторная урография
- Г ультразвуковое исследование

041 С ПОМОЩЬЮ КАКОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ НАЛИЧИЕ ГАЗА В КИШЕЧНИКЕ МОЖНО ОТДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОТ ГАЗА В ОКОЛОПОЧЕЧНОЙ КЛЕТЧАТКЕ?

- А компьютерная томография
- Б экскреторная урография
- В обзорный снимок почек
- Г ультразвуковое исследование почек

042 ДЛЯ КАКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ПИЕЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРЕН СИМПТОМ ХОДСОНА

- А хронического
- Б ксантогранулематозного
- В острого
- Г гестационного

043 НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ПУТЬ ПРОНИКНОВЕНИЯ ИНФЕКЦИИ ПРИ ВТОРИЧНОМ ПАРАНЕФРИТЕ

- А из гнойного очага в почке (карбункул, абсцесс почки)
- Б гематогенный
- В лимфогенный
- Г из соседних органов

044 КАКОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ПОСОБИЕ ЧАЩЕ ВЫПОЛНЯЕТСЯ ПРИ ОДИНОЧНОМ КАРБУНКУЛЕ ПОЧКИ?

- А иссечение карбункула, декапсуляция почки
- Б нефрэктомия
- В резекция почки
- Г уретеролиз

045 КАКАЯ ОПЕРАЦИЯ ПОКАЗАНА ПРИ АПОСТЕМАТОЗНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ?

- А декапсуляция почки
- Б нефрэктомия
- В резекция почки
- Г чрескожная пункционная нефростомия

046 ОСЛОЖНЕНИЕМ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ПОДДИАФРАГМАЛЬНЫЙ АБСЦЕСС?

- А карбункул почки
- Б холецистит
- В пиелонефрит
- Г пионефроз

047 НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ УРОЛОГИЧЕСКАЯ ПРИЧИНА ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

- А пиелонефрит
- Б пионефроз
- В паранефрит
- Г поликистоз почек

048 НАЗОВИТЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ, КОТОРЫЕ МОЖНО ПРИМЕНЯТЬ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ БЕРЕМЕННЫХ

- А хромоцистоскопия
- Б обзорный снимок мочевых путей
- В ретроградная пиелография
- Г экскреторная урография

049 КАКОВА ДОЛЖНА БЫТЬ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ?

- А 2 мес
- Б 3—4 мес
- В 5-6мес
- Г 2 нед

050 ЧТО СЧИТАЕТСЯ КРИТЕРИЕМ ПРОДОЛЖЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ?

- А бактериурия
- Б эритроцитурия
- В цилиндрурия
- Г клиническая картина

051 КАКИМ СПОСОБОМ НЕОБХОДИМО БРАТЬ МОЧУ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ БЕРЕМЕННЫХ?

- А забор средней порции струи мочи
- Б капиллярной пункцией
- В интраоперационно
- Г забор первой порции струи мочи

052 ДЛЯ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРНА ЛИХОРАДКА ГЕКТИЧЕСКОГО ТИПА С ПОТРЯСАЮЩИМИ ОЗНОБАМИ?

- А острый пиелонефрит
- Б острый уретрит
- В острый эпидидимит
- Г острый цистит

053 С КАКОГО МЕРОПРИЯТИЯ НАЧИНАЕТСЯ ЛЕЧЕНИЕ ВТОРИЧНОГО ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА?

- А устранение нарушений пассажа мочи
- Б антибактериальная терапия
- В иммунотерапия
- Г детоксикационное лечение

054 С ПОМОЩЬЮ КАКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МОЖНО ВЫЯВИТЬ УМЕНЬШЕНИЕ ПАРЕНХИМЫ ПОЧКИ НА РАННИХ СТАДИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА?

- А ренокортикальный индекс
- Б хромоцистоскопия
- В экскреторная урография
- Г статическая сцинтиграфия

055 САМОЕ ОПАСНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

- А бактериотоксический шок

- Б гепаторенальный синдром
- В некроз почечных сосочков
- Г анурия

056 ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С УРОСЕПСИСОМ НУЖНО СОЗДАТЬ ВЫСОКИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ ПРЕПАРАТА

- А в крови
- Б в гнойном очаге
- В в других органах
- Г в почечной паренхиме

057 ИМЕЮТСЯ ЛИ ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ ПРИ БАКТЕРИОТОКСИЧЕСКОМ ШОКЕ, И ЕСЛИ ДА, ТО КОГДА НУЖНО ПРОИЗВОДИТЬ ОПЕРАЦИЮ?

- А после выведения из шока
- Б через 1—2 дня после шока
- В через 3—4 дня после шока
- Г через 5 — 6 дней после шока

058 ДО КАКОГО УРОВНЯ СНИЖАЕТСЯ ДИУРЕЗ В НАЧАЛЕ БАКТЕРИОТОКСИЧЕСКОГО ШОКА?

- А менее 30 — 25 мл/ч
- Б 90-80 мл/ч
- В 70-60 мл/ч
- Г 50-40 мл/ч

059 С КАКОГО МЕРОПРИЯТИЯ ДОЛЖНО НАЧИНАТЬСЯ ВЫВЕДЕНИЕ БОЛЬНОГО ИЗ БАКТЕРИОТОКСИЧЕСКОГО ШОКА?

- А восстановление объема циркулирующей крови
- Б устранение ДВС-синдрома
- В коррекция электролитных нарушений
- Г уменьшение азотемии

060 КАКИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О ДВУСТОРОННЕМ ВОСПАЛИТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ В ПОЧКАХ?

- А азотемия
- Б бактериурия
- В пиурия
- Г альбуминурия

061 В КАКОМ ПЕРИОДЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ МОГУТ БЫТЬ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ?

- А начальный период
- Б период разгара
- В период осложнений
- Г период обратного развития

062 ПРИ КАКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА МОЖЕТ ОТСУТСТВОВАТЬ ПИУРИЯ?

- А в корковом веществе
- Б в собирательных трубках
- В в фиброзной капсуле

Г в фиброзной капсуле и малых чашечках

063 НА КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ МОЖЕТ УКАЗЫВАТЬ ПОЯВЛЕНИЕ ИКТЕРИЧНОСТИ СКЛЕР И КОЖИ ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ?

- А гепаторенальный синдром
- Б хроническая почечная недостаточность
- В холецистит
- Г желчнокаменная болезнь

064 ПРИ ВОСХОДЯЩЕМ (УРИНОГЕННОМ) ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ОТДЕЛЬНЫЕ ОЧАГИ ИНФЕКЦИИ В ПОЧКЕ РАСПОЛАГАЮТСЯ

- А веерообразно в виде клиньев от лоханки до поверхности почки
- Б диффузно в паренхиме
- В вдоль внутридолевых сосудов
- Г вдоль собирательных трубочек

065 ПРИ КАКОМ ВИДЕ РЕФЛЮКСА НАБЛЮДАЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА?

- А при пиелофорникальном
- Б при пиелолимфатическом
- В при пиелосинусном
- Г при пиелотубулярном

066 В КАКОЙ СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАСТУПАЕТ НАРУШЕНИЕ АЗОТЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПОЧЕК?

- А интермиттирующая
- Б терминальная
- В компенсированная
- Г латентная

067 В ДИАГНОСТИКЕ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРЕДНИЗОЛОНОВЫЙ ТЕСТ?

- А педункулит
- Б острый пиелонефрит
- В пионефроз
- Г ксантогранулематозный пиелонефрит

068 КАКОЙ ИЗ СИНОНИМОВ ТЕРМИНА НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ПРОСТАТИТ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ НАИБОЛЕЕ ПРАВИЛЬНЫМ?

- А бактериальный
- Б нетрихомонозный
- В инфекционный
- Г негонококковый

069 К КАКОЙ ГРУППЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСИТСЯ ХЛАМИДИЙНЫЙ ПРОСТАТИТ?

- А к воспалительным неспецифическим ЗППП
- Б к венерическим
- В к бактериальным грамотрицательным
- Г к заболеваниям, передающимся половым путем

070 КАКОЙ ВОЗРАСТ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ СТРАДАЮЩИХ ПРОСТАТИТОМ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ?

- А простатитом болеют теперь и юноши, и больные с аденомой ПЖ
- Б средний, 30—45 лет
- В старший возраст, 46—60 лет
- Г пожилой возраст

071 УКАЖИТЕ 2 ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПРОСТАТИТА?

- А рост урогенитальных инфекций, передающихся половым путем
- Б снижение воспитательной роли школы
- В уменьшение объема санитарной пропаганды
- Г уменьшение пропаганды классической литературы и искусства

072 КАКАЯ ИЗ ГРАМОТРИЦАТЕЛЬНЫХ БАКТЕРИЙ НЕ СОДЕРЖИТ ОБОЛОЧКИ?

- А уреаплазмы, микоплазмы
- Б кишечная палочка
- В протейные бактерии
- Г хламидии

073 ПРИ КАКОЙ ИЗ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ЖЕНЩИН НАСТУПАЮТ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ВО ВЛАГАЛИЩЕ С ГНИЛОСТНЫМ ЗАПАХОМ?

- А при гарднереллезе
- Б при инфицировании урогенитальным вирусом герпеса
- В при выявлении микоплазм
- Г при уреаплазмозе

074 КАКОВЫ ВРОЖДЕННЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРОСТАТИТА?

- А все перечисленные факторы
- Б обширные венозные анастомозы предстательной железы с венами таза
- В отсутствие мышечных жомов выводных протоков ацинусов в задней уретре, гипоандрогения
- Г анатомическая близость всех добавочных половых желез и затрудненный отток секрета предстательной железы; Д. все перечисленное выше

075 КАКИЕ АРТЕРИИ КРОВΟΣНАБЖАЮТ ПРЕДСТАТЕЛЬНУЮ ЖЕЛЕЗУ?

- А верхние и нижние правые и левые простатические артерии
- Б сигмовидная артерия
- В верхние геморроидальные
- Г нижние геморроидальные

076 НАЗОВИТЕ 2 ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ПРИОБРЕТЕННЫХ ФАКТОРА ПРОСТАТИТА

- А задний уретрит, стриктура уретры
- Б цистит
- В варикозное расширение геморроидальных вен, стриктура уретры
- Г колит

077 КАКИЕ ПРИНЦИПЫ, ПОЛОЖЕННЫЕ В ОСНОВУ КЛАССИФИКАЦИЙ ПРОСТАТИТОВ, СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ ПРАВИЛЬНЫМИ?

- А все перечисленные
- Б клинический
- В этиологический
- Г патогенетический

078 КАКОВЫ ПРИЧИНЫ ОСТРОГО ПРОСТАТИТА?

- А уретрит
- Б пиелонефрит
- В цистит
- Г колит

079 ПЕРЕЧИСЛИТЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРОСТАТИТА

- А конгестия вен таза и предстательной железы
- Б анатомические особенности строения выводных протоков ацинусов предстательной железы
- В артериальное кровоснабжение предстательной железы, его особенности
- Г иммунологический

080 НАЗОВИТЕ ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ ОСТРОГО КАТАРАЛЬНОГО ПРОСТАТИТА

- А умеренная, но острая боль в промежности
- Б терминальная гематурия
- В диарея
- Г поллакиурия

081 КАКОВЫ ПОКАЗАТЕЛИ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ОСТРОМ ФОЛЛИКУЛЯРНОМ ПРОСТАТИТЕ?

- А негетерогенная по консистенции ПЖ, в которой пальпируются очажки-инфильтраты
- Б уменьшенная в размерах предстательная железа
- В асимметрия предстательной железы, флюктуация одной доли ее
- Г обычные размеры и консистенция ПЖ, выраженная болезненность

082 КАКОВЫ ВОЗМОЖНЫЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ МОЧИ И СЕКРЕТА ПЖ ПРИ ОСТРОМ ПРОСТАТИТЕ?

- А общий анализ мочи, выделенной во время акта дефекации
- Б анализ секрета ПЖ (нативного препарата)
- В двухстаканная проба
- Г трехстаканная проба

083 КАКОВЫ УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОГО ГНОЙНО-ПАРЕНХИМАТОЗНОГО ПРОСТАТИТА?

- А значительно увеличены размеры ПЖ, эхопозитивные (пестрые) образования
- Б слегка увеличенные размеры ПЖ, гомогенная консистенция ее
- В предстательная железа умеренно увеличена, видны эхонегативные образования
- Г предстательная железа увеличена, гомогенна, вдаётся в просвет мочевого пузыря, остаточная моча — 120 мл

084 ПРИЗНАКИ «СИМПТОМА ЗАКРЫТОЙ ДОЛИ» ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПРОСТАТИТЕ

А ректально одна из долей увеличена, при пальпации отмечается баллотирование и флюктуация; вторая доля обычных размеров, консистенции

Б обе доли слегка напряжены, болезненны

В обе доли ПЖ не увеличены в размерах, обычной гомогенной консистенции; пальпация одной доли болезненна

Г одна доля ПЖ утолщена, тестовидной консистенции, безболезненна; другая доля несколько увеличена, напряжена, гомогенна, болезненна

085 УКАЖИТЕ ВЕДУЩИЙ СИМПТОМ КОНГЕСТИВНОГО ПРОСТАТИТА

А «тусклость» оргазма

Б боль в промежности

В снижение либидо

Г уменьшение эректильной составляющей

086 КАК ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ УРЕТРОПРОСТАТИТА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ТРЕХСТАКАННОЙ ПРОБЫ?

А лейкоцитурия в первой порции

Б лейкоцитурия в третьей порции

В лейкоцитурия в первой и третьей порции

Г тотальная лейкоцитурия во всех трех порциях мочи

087 ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ АНАЛИЗА СЕКРЕТА ПЖ ПРИ ЕЕ АТОНИИ (ПРОСТАТОРЕЕ) СЛЕДУЮЩИЕ

А лейкоциты 12 — 17 в поле зрения, лецитиновые зерна в уменьшенном количестве

Б лейкоциты сплошь покрывают поле зрения, лецитиновые тельца в небольшом количестве

В лейкоциты скоплениями в отдельных полях зрения, лецитиновые тельца в умеренном количестве

Г лейкоциты 30 — 40 в поле зрения, лецитиновые зерна в уменьшенном количестве

088 КАКОЙ САМЫЙ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ АНАЛИЗОВ СЕКРЕТА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПИРОГЕНАЛОТЕРАПИИ?

А лейкоциты сплошь покрывают поле зрения

Б лейкоциты 20—30 в поле зрения, лецитиновые зерна в небольшом количестве

В лейкоциты 10 — 12 в поле зрения, лецитиновые зерна в небольшом количестве

Г лейкоциты до 100 в поле зрения

089 КАКОВА НАЧАЛЬНАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА ПИРОГЕНАЛА ДЛЯ ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ?

А 2,5мкг

Б 3 мкг

В 4 мкг

Г 1мкг

090 КОТОРЫЙ ДЕНЬ КУРСА ПИРОГЕНАЛОТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ ОПТИМАЛЬНЫМ ДЛЯ НАЧАЛА ЭТИОТРОПНОГО АНТИИНФЕКЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ?

А четвертый

Б первый

В второй

Г третий

091 ВРЕМЯ НАЧАЛА МАССАЖА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ДРЕНИРОВАНИЯ ПРИ ПИРОГЕНАЛОТЕРАПИИ ИЛИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИММУНОПРОТЕКТОРАМИ

- А спустя 1—2 дня от начала этиотропной антиинфекционной терапии
- Б через 4 дня от начала пирогеналотерапии
- В после окончания пирогеналотерапии
- Г на третий день ее проведения

092 КАКИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ЯВЛЯЮТСЯ НАИБОЛЕЕ ПРИЕМЛЕМЫМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ?

- А антибиотики фторхинолонового ряда
- Б тетрациклины и макролиды
- В аминогликозиды
- Г нитрофураны

093 ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ГЛАВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ПРИКРЫТИЯ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ХЛАМИДИЙНЫХ ПРОСТАТИТОВ?

- А антигрибковые препараты
- Б сердечные средства
- В витамины
- Г препараты, улучшающие функцию печени и трентал

094 КАКУЮ ИЗ НОВОКАИНОВЫХ БЛОКАД МОЖНО РЕКОМЕНДОВАТЬ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРОСТАТИТОВ?

- А параппростатическую
- Б паранефральную
- В пресакральную
- Г позадилодную

095 КАКОЙ ГОРМОНАЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ ЯВЛЯЕТСЯ ЛУЧШИМ В ЛЕЧЕНИИ ИНТЕРОРЕЦЕПТИВНОЙ ИМПОТЕНЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ПРОСТАТИТАХ?

- А андриол
- Б метилтестостерон
- В тестостерона пропионат
- Г омнадрен

096 КАКОВЫ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АТОНИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ?

- А мелипрамин
- Б массаж предстательной железы, восходящий душ
- В диатермия предстательной железы
- Г антибактериальная терапия

097 ЛУЧШАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ АППАРАТНАЯ ТЕРАПИЯ ПРОСТАТИТА

- А электролазерная на аппарате «Ярило»
- Б диатермия предстательной железы
- В ультразвуковая терапия
- Г лазерная

098 УКАЖИТЕ ОСНОВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СКЛЕРОЗА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ

- А гормональное
- Б антибактериальное
- В с применением фермента лидазы
- Г хирургическое

099 КАКОВА ЛОКАЛИЗАЦИЯ БОЛИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВЕЗИКУЛИТЕ?

- А глубоко в тазу, в паховой области
- Б в позадилобной области
- В в прямой кишке
- Г в крестце

100 ПРИ КАКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВОЗМОЖНА ГЕМОСПЕРМИЯ?

- А при везикулите
- Б при простатите
- В при цистите
- Г при тромбозе вен таза

101 КАКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ОБУСЛОВЛЕН СИМПТОМ ВЫДЕЛЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ГНОЙНОГО ЭКССУДАТА ИЗ УРЕТРЫ ВО ВРЕМЯ ДЕФЕКАЦИИ?

- А простатитом
- Б колликулитом
- В везикулитом
- Г гнойным циститом

102 КАКОВА ОПТИМАЛЬНАЯ И БЕЗВРЕДНАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ АЗОТНОКИСЛОГО СЕРЕБРА ДЛЯ ПРИЖИГАНИЯ СЕМЕННОГО БУТОРКА ПРИ КОЛЛИКУЛИТЕ

- А 8%
- Б 15%
- В 20%
- Г 1 %

103 ОПТИМАЛЬНЫЙ ДОСТУП ПРИ ВСКРЫТИИ ЭМПИЕМЫ СЕМЕННОГО ПУЗЫРЬКА

- А ишиоректальный
- Б чреспузырный
- В по Мак-Уортеру
- Г пироговский

104 ПОКАЗАНИЯМИ К УРЕТРОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А хронический уретрит
- Б передний уретрит
- В задний уретрит
- Г острый уретрит

105 НЕСОМНЕННЫМ ПРИЗНАКОМ УРЕТРИТА ПРИ ТРЕХСТАКАННОЙ ПРОБЕ МОЖЕТ БЫТЬ

- А наличие лейкоцитов в первой порции мочи
- Б наличие лейкоцитов во второй порции мочи
- В наличие лейкоцитов в третьей порции мочи

Г наличие лейкоцитов во всех порциях мочи

106 ПРИ КАКОМ УРЕТРИТЕ РАЗВИВАЕТСЯ БОЛЕЗНЬ РЕЙТЕРА?

- А хламидийном
- Б гонорейном
- В вирусном
- Г микоплазменном

107 Синдром Рейтера встречается при

- А во всех перечисленных случаях
- Б гонорейном уретрите
- В микоплазменном уретрите
- Г дизентерии

108 БОЛЕЗНЬ РЕЙТЕРА ОБУСЛОВЛЕНА

- А генетическими факторами
- Б наличием антител к возбудителю
- В аллергической реакцией
- Г снижением иммунитета

109 ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ ТРИХОМОНАДНОМ УРЕТРИТЕ
ДЛИТСЯ

- А 10 дней
- Б 20 дней
- В 15 дней
- Г 5 дней

110 ДЛЯ ВЫРАЩИВАНИЯ ВИРУСОВ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- А клеточные среды
- Б агар-агар
- В мясной бульон
- Г картофельно-глицериновая среда

111 КАКОВА ТАКТИКА ПРИ ПЕРЕКРУТЕ ЯИЧКА?

- А активно-оперативная
- Б блокада семенного канатика
- В физиотерапия (УВЧ)
- Г выжидательная

112 ТАКТИКА ПРИ ОСТРЫХ СЕРОЗНЫХ ЭПИДИДИМИТАХ

- А оперативное дренирование органов мошонки
- Б орхиэпидидимэктомия
- В эпидидимэктомия
- Г вскрытие придатка яичка

113 СКОЛЬКО ТИПОВ ГИДАТИД МОЖЕТ ИМЕТЬ ЯИЧКО И ЕГО
ПРИДАТОК?

- А четыре
- Б один
- В пять
- Г три

- 114 Симптомы острого орхита
А отек и боль в мошонке
Б гемоспермия
В гипертермия
Г боли в промежности
- 115 Хирургическая тактика при обструктивной аспермии
А эпидидимовазоанастомоз
Б дренирование мошонки
В тестикуловазоанастомоз
Г искусственная инсеминация
- 116 ЧЕМ ОБРАЗОВАН ГЕМАТОТЕСТИКУЛЯРНЫЙ БАРЬЕР?
А оболочкой канальца и цитоплазмой клеток Сертоли
Б сперматидами
В клетками Лейдига
Г сперматогониями
- 117 КАКАЯ БАКТЕРИАЛЬНАЯ ФЛОРА ЧАЩЕ ПРИСУТСТВУЕТ В МОЧЕ ПРИ ОСТРОМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЭПИДИДИМИТЕ?
А микрофлора отсутствует
Б синегнойная палочка
В протей
Г клебсиелла
- 118 ЧЕМ ОСЛОЖНЯЕТСЯ ДВУСТОРОННИЙ ЭПИДИДИМИТ, ЛЕЧЕННЫЙ КОНСЕРВАТИВНО?
А атрофией яичка
Б обструктивной аспермией
В олигоспермией
Г перекрутом яичка
- 119 ЧЕМ ОБЪЯСНЯЕТСЯ ЧАСТОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЯИЧЕК ПРИ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ?
А тропизмом вирусов к паренхиме яичек
Б хорошим кровоснабжением тестикул
В рефлюксом мочи
Г низкой температурой
- 120 Яичко кровоснабжается за счет
А внутренней семенной вены
Б внутренней семенной артерии
В ренальной вены
Г нижней простатической артерии
- 121 СКОЛЬКО ОБОЛОЧЕК ИЛИ СЛОЕВ ЯИЧКА НУЖНО ВСКРЫТЬ ПРИ ПОДХОДЕ К НЕМУ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ?
А семь
Б пять
В четыре
Г шесть

122 ПРИ КАКОЙ ЭТИОЛОГИИ ПРОЦЕССА ВОЗНИКАЕТ ОРХОЭПИДИДИМИТ?

- А туберкулез
- Б гонорея
- В хламидиоз
- Г бруцеллез

123 В КАКОМ ВОЗРАСТЕ ВОЗМОЖНЫ ИСТИННЫЕ ОРХИТЫ?

- А до 13 лет
- Б до 25 лет
- В до 70 лет
- Г до 5 лет

124 Какой фермент вырабатывает придаток яичка?

- А корнитин
- Б фибриногеназу
- В дегидрогеназу
- Г везикулазу

125 НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО ДИАГНОЗ ТУБЕРКУЛЕЗА ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ МОЖНО ПОСТАВИТЬ ПРИ

- А биологической пробе
- Б микроскопии мочи
- В микроскопии эякулята
- Г посева мочи и эякулята на специальные питательные среды

126 ДЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ХАРАКТЕРНО

- А все перечисленное выше
- Б рецидивирующий характер заболевания
- В наличие свищей
- Г вторичное поражение

127 ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПОРАЖЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ПОКАЗАНА

- А ничего из вышеперечисленного
- Б туберкулостатическая терапия
- В оперативное лечение
- Г пункция

128 Оперативное лечение при туберкулезе половых органов производится

- А после туберкулостатической терапии
- Б после назначения антибиотиков широкого спектра действия
- В в любом из перечисленных вариантов
- Г до туберкулостатической терапии

129 Для диуретической стадии острой почечной недостаточности характерно

- А развитие на 2—3-й сутки от начала заболевания
- Б развитие на 10 — 14-е сутки от начала заболевания
- В развитие через 3 — 6 мес от начала заболевания
- Г суточное количество мочи не превышает 200 — 300 мл

130 НЕЗАВИСИМО ОТ ЭТИОЛОГИИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАЗНАЧАЮТ

- А осмотические диуретики
- Б гемодиализ, не ранее 14 — 16-го дня от начала заболевания
- В препараты калия
- Г внутривенное введение подкисляющих растворов

131 К РАЗВИТИЮ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЧАЩЕ ПРИВОДИТ

- А гломерулонефрит
- Б септический аборт
- В массивное кровотечение
- Г отравление этиленгликолем

132 Для хронической почечной недостаточности характерно

- А уменьшение числа функционирующих нефронов
- Б алкалоз
- В гипокалиемия
- Г артериальная гипотензия

133 КОМПЕНСИРОВАННАЯ СТАДИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А увеличением суточного диуреза
- Б снижением клу бочковой фильтрации до 60 — 70 мл/мин
- В снижением клубочковой фильтрации до 30 — 40 мл/мин
- Г повышением осмолярности мочи

134 ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАБЛЮДАЕТСЯ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ

- А тошнота, рвота
- Б гиперкоагуляция
- В повышенное потоотделение
- Г гиперплазия эритропоэтической ткани

135 Показания к гемодиализу

- А снижение уровня клубочковой фильтрации ниже 5 мл/мин
- Б повышение содержания мочевины в сыворотке крови до 15 ммоль/л
- В повышение содержания креатинина в сыворотке крови до 0,8 — 1 ммоль/л
- Г уровень клубочковой фильтрации 25 мл/мин

136 Какие инфекции относятся к урогенитальным?

- А хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, генитальный герпес, бактериальный вагиноз
- Б трихомоноз
- В СПИД
- Г сифилис

137 К КАКОМУ ВИДУ МИКРООРГАНИЗМОВ ОТНОСЯТСЯ ХЛАМИДИИ?

- А бактерии
- Б вирусы
- В грибы
- Г анаэробы

- 138 К КАКОМУ СЕРОТИПУ ОТНОСИТСЯ CHLAMYDIA TRACHOMATIS?
А D —K
Б L1-L3
В T1-T2
Г M1-M2
- 139 КАКАЯ ФОРМА ХЛАМИДИЙ СЧИТАЕТСЯ ИНФЕКЦИОННОЙ?
А элементарное тельце
Б ретикулярное
В промежуточное
Г элементарное и ретикулярное
- 140 КАКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ВЫЗЫВАЕТ УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ ХЛАМИДИОЗОВ?
А болезнь Рейтера
Б кавернит
В баланопостит
Г болезнь Пейрони
- 141 КАКОЙ ПУТЬ ЗАРАЖЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ ПРИ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЯХ?
А половой
Б гематогенный
В пищевой
Г лимфогенный
- 142 Инкубационный период при урогенитальном хламидиозе продолжается
А 10-15 дней
Б 40 — 60 дней
В 120-150 дней
Г 1 —3 дня
- 143 САМЫЙ БЫСТРЫЙ И НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА
А ПИ (прямая иммунофлюоресценция)
Б ИФА (иммуноферментный анализ)
В РСК (реакция связывания комплемента)
Г ПЦР (полимеразноцепная реакция)
- 144 КАКИЕ ИЗ ПРЕПАРАТОВ ДАЮТ АНТИХЛАМИДИЙНЫЙ ЭФФЕКТ?
А кларитромицин
Б амоксициллин
В полимиксин
Г пefлоксацин
- 145 КАКИМ МЕТОДОМ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ МИКОПЛАЗМЫ И УРЕАПЛАЗМЫ?
А культуральный метод
Б метод непрямой иммунофлюоресценции
В метод молекулярной гибридизации
Г уреазные тесты

146 КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ НАЗНАЧАЮТСЯ ПРИ МИКОПЛАЗМЕННО-УРЕАПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ?

- А доксициклин
- Б карбециллин
- В гентамици
- Г клафоран

147 КАКОВА КЛИНИКА РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ФОРМЫ ГЕРПЕСА I И II ТИПА?

- А отсутствие интоксикации
- Б отсутствие высокой температуры тела
- В в виде ОРВИ
- Г афтозный стоматит

148 КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ В ЛЕЧЕНИИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА?

- А тинидазол
- Б макмирор
- В метилурацил
- Г госсипол

149 КАКОВЫ ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОБСТРУКТИВНОЙ АСПЕРМИИ?

- А все стадии сперматогенеза
- Б клетки Сертоли
- В клетки Лейдига
- Г сперматогонии

150 Что означает термин «азооспермия»?

- А наличие клеток сперматогенеза при отсутствии спермиев
- Б наличие неподвижных форм спермиев
- В наличие дегенеративных форм спермиев
- Г отсутствие спермиев

151 ЧТО ОЗНАЧАЕТ ТЕРМИН «АСПЕРМИЯ»?

- А отсутствие спермиев и клеток сперматогенеза
- Б отсутствие клеток сперматогенеза
- В единичные спермии в полях зрения
- Г наличие клеток сперматогенеза

152 УКАЖИТЕ НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ PH ЭЯКУЛЯТА

- А 7,2-7,8
- Б 8,0-8,6
- В 5,0-5,4
- Г 4,5-4,8

153 КАКОВА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЦИКЛА СПЕРМАТОГЕНЕЗА?

- А 72 дня
- Б 50 ч
- В 48 дней
- Г 90 дней

154 КАКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СПЕРМАТОГРАММЫ ОЖИДАЮТСЯ ПОСЛЕ ХРОНИЧЕСКОГО ДВУСТОРОННЕГО ЭПИДИДИМИТА, ЛЕЧЕННОГО КОНСЕРВАТИВНО?

- А аспермия
- Б олигозооспермия
- В тератоспермия
- Г астенозооспермия

155 НАЗОВИТЕ НОРМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО СПЕРМАТОЗОИДОВ В 1 МЛ ЭЯКУЛЯТА

- А 20 — 40 млн/мл
- Б 5 — 10 млн/мл
- В 100-200 тыс./мл
- Г 180-200 млн/мл

156 КАКИМ МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЯЮТ КОЛИЧЕСТВО СПЕРМАТОЗОИДОВ?

- А в камере Горяева
- Б метод Курцрока—Миллера
- В метод Морозова
- Г метод Баскина

157 КАКИЕ НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВЯЗКОСТИ ЭЯКУЛЯТА?

- А 0,3 — 0,5 см
- Б 0,1-0,2 см
- В 5-10 см
- Г 3 — 5 см

158 КАКИЕ НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СОДЕРЖАНИЯ ЛЕЙКОЦИТОВ В СЕКРЕТЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ?

- А 0 — 1 — 6 в поле зрения
- Б 10 — 15 в поле зрения
- В 20 — 25 в поле зрения
- Г 25 — 100 в поле зрения

159 КАКИЕ ИЗ ГОРМОНОВ ОТНОСЯТСЯ К ГОНАДОТРОПНЫМ?

- А фолликулостимулирующий
- Б тироксин
- В прогестерон
- Г эстрадиол

160 КАКИЕ ГОРМОНЫ СЧИТАЮТСЯ ПОЛОВЫМИ?

- А эстрадиол
- Б лютеинизирующий
- В фолликулостимулирующий
- Г прогестерон

161 КАКИМ МЕТОДОМ ОКРАСКИ МОЖНО ПОДТВЕРДИТЬ НЕКРОСПЕРМИЮ?

- А по Морозову
- Б по Папаниколау

В по Рубенкову
Г по Романовскому—Гимзе

162 КАКИЕ НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРОЛАКТИНА?

- А 60-380 МЕ/л
- Б 400-500 МЕ/л
- В 20-40 МЕ/л
- Г 500-800 МЕ/л

163 КАКИМ СЧИТАЕТСЯ НОРМАЛЬНЫЙ ЦВЕТ ЭЯКУЛЯТА?

- А беловато-серый
- Б красный
- В красно-желтый
- Г желтый

164 КАКОЙ ОБЪЕМ ЭЯКУЛЯТА СЧИТАЕТСЯ НОРМАЛЬНЫМ?

- А 3 -5 мл
- Б 1-1,5 мл
- В 7-8 мл
- Г 10-15 мл

165 КАКОЙ ОБЪЕМ ЭЯКУЛЯТА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ СИНДРОМЕ СЕРТОЛИЕВЫХ КЛЕТОК?

- А 3 — 5 мл
- Б 8— 10 мл
- В 0,5 — 1 мл
- Г 10— -15 мл

166 ЧТО ОЗНАЧАЕТ ТЕРМИН «ТЕРАТОЗООСПЕРМИЯ»?

- А наличие дегенеративных форм сперматозоидов
- Б нормальные формы сперматозоидов
- В наличие молодых форм сперматозоидов
- Г уменьшение количества сперматозоидов

167 КАКОВА ДЫХАТЕЛЬНАЯ СПОСОБНОСТЬ СПЕРМАТОЗОИДОВ ПО МЕТОДУ ШЕРГИНА?

- А 23 —75 мин
- Б 20-90 мин
- В 60-120 мин
- Г 20 — 25 мин

168 КАКОВА ЧАСТОТА ОПРЕДЕЛЕНИЯ Х-ПОЛОВОГО ХРОМАТИНА У МУЖЧИН?

- А 0-4%
- Б 50-100%
- В 300-400%
- Г 10-15%

169 КАКОВА ЧАСТОТА ОПРЕДЕЛЕНИЯ Х-ПОЛОВОГО ХРОМАТИНА У ЖЕНЩИН?

- А 10-50%
- Б 100-200%

В 10-15%

Г 50-30%

170 КАКИЕ БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЫ ПРОВОДЯТСЯ ПРИ ОТНОСИТЕЛЬНОМ БЕСПЛОДИИ В БРАКЕ?

А перекрестно-пенетрационная

Б феномен кристаллизации

В симптом зрачка

Г посткоитальная

171 КАКОЙ СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМАХ МУЖСКОГО СЕКРЕТОРНОГО БЕСПЛОДИЯ?

А ЭКО (экстракорпоральное оплодотворение) СД

Б искусственная инсеминация СД

В эпидидимовазоанастомоз

Г эпидидимокутанеонеостомия

172 КАКИЕ ИЗ ГОРМОНАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ВЛИЯЮТ НА ПОДВИЖНОСТЬ СПЕРМАТОЗОИДОВ?

А андриол

Б синэстрол

В андрокур

Г диэтилстильбэстрол

173 К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ АМОКСИЛАВ?

А пенициллины

Б тетрациклины

В цефалоспорины

Г макролиды

174 К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ ЦЕДЕКС?

А цефалоспорины

Б иммуномодуляторы

В тетрациклины

Г ангиопротекторы

175 К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ НОЛИЦИН?

А хинолоны

Б макролиды

В цефалоспорины

Г пенициллины

176 КАКОЙ ИЗ ПРЕПАРАТОВ ВОЗДЕЙСТВУЕТ НА ХЛАМИДИЙНУЮ ИНФЕКЦИЮ?

А ципринол

Б амикоцин

В леворин

Г полимиксин

177 КАКОЙ ИЗ ПРЕПАРАТОВ ВОЗДЕЙСТВУЕТ НА ВСЮ УРОГЕНИТАЛЬНУЮ ИНФЕКЦИЮ?

А квинтор

- Б кефзол
- В цеклор
- Г тиенам

178 КАКОЙ ИЗ ПРЕПАРАТОВ ДОСТИГАЕТ ВЫСОКОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ В ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЕ?

- А сумамед
- Б палин
- В фурагин
- Г канамицин

179 К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ СОЛКОУРОВАК?

- А иммуномодуляторы
- Б хинолоны
- В тетрациклины
- Г ангиопротекторы

180 КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ОКАЗЫВАЕТ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ?

- А левамизол
- Б спирамицин
- В нетромицин
- Г палин

181 К КАКОЙ ГРУППЕ ОТНОСИТСЯ ГЕНТАМИЦИН?

- А аминогликозиды
- Б нитрофураны
- В макролиды
- Г цефалоспорины

182 К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ СУЛЬФАТЕН?

- А сульфаниламиды
- Б пенициллины
- В аминогликозиды
- Г нитрофураны

183 К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ ЛЕВАНТИН?

- А фторхинолоны
- Б нитрофураны
- В тетрациклины
- Г аминогликозиды

184 К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ ПРЕПАРАТ ПЕНТОКСИФИЛЛИН?

- А ангиопротекторы
- Б аминогликозиды
- В пенициллины
- Г фторхинолоны

185 КАКОЙ ИЗ ПРЕПАРАТОВ СНИЖАЕТ УРОВЕНЬ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ В МОЧЕ И КРОВИ?

- А милурит

- Б пенициллин
- В рифампицин
- Г нитроксолин

186 К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ ПИМИДЕЛЬ?

- А хинолоны
- Б тетрациклины
- В пенициллины
- Г аминогликозид

187 К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ АЦИКЛОВИР?

- А противовирусные
- Б ангиопротекторы
- В иммуномодуляторы
- Г аминогликозиды

188 ПЕРЕЧИСЛИТЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ УРОДИНАМИКИ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

- А урофлоуметрия
- Б цистография
- В хромоцистоскопия
- Г уретроцистоскопия

189 НАЗОВИТЕ УРОДИНАМИЧЕСКИЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ФАЗЫ НАКОПЛЕНИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

- А ретроградная цистометрия
- Б сфинктерометрия
- В электромиография
- Г профилометрия уретры

190 НАЗОВИТЕ ФУНКЦИЮ ДЕТРУЗОРА В ФАЗЕ ЭВАКУАЦИИ

- А сокращение
- Б снижение сокращения
- В снижение расслабления
- Г расслабление

191 НАЗОВИТЕ ФУНКЦИИ СФИНКТЕРОВ В ФАЗЕ НАКОПЛЕНИЯ

- А сокращение
- Б снижение расслабления
- В нет функции
- Г снижение сокращения

192 ДАЙТЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТЕРМИНУ «СТРЕССОВОЕ НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ»

- А «потеря» мочи при физической нагрузке, кашле, смехе, изменении положения тела
- Б «потеря» мочи при пузырных, уретральных фистулах
- В ночное непроизвольное мочеиспускание
- Г «потеря» мочи при переполнении мочевого пузыря

193 НОРМАЛЬНОЕ ВНУТРИПУЗЫРНОЕ ДАВЛЕНИЕ РАВНО

- А 12 — 20 см вод. ст.

- Б 25 — 40 см вод.ст.
- В 45 — 60 см вод.
- Г 65 — 80 см вод. ст.

194 ДАВЛЕНИЕ В УРЕТРЕ В ФАЗЕ НАКОПЛЕНИЯ ДОЛЖНО

- А превышать давление в мочевом пузыре
- Б быть меньше давления в мочевом пузыре
- В повышаться по мере наполнения мочевого пузыря
- Г оставаться постоянно низким по мере наполнения мочевого пузыря

195 НАЗОВИТЕ ПРИЧИНЫ ОБРАЗОВАНИЯ АКУШЕРСКИХ МОЧЕПОЛОВЫХ СВИЩЕЙ

- А хирургическая травма мочевого пузыря во время акушерско-гинекологических пособий
- Б нарушение трофики тканей пузырно-генитальной области
- В задержка мочеиспускания после акушерско-гинекологических пособий
- Г хроническая инфекция нижних мочевых путей

196 ВАША ТАКТИКА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ТАЗОВОГО ОТДЕЛА МОЧЕТОЧНИКА В ХОДЕ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ПОСОБИЙ СРОКОМ БОЛЕЕ 1 СУТ

- А пункционная или открытая нефростомия, дренирование зоны затека
- Б дренирование зоны мочевого затека
- В реконструктивные операции
- Г нефрэктомия (при одностороннем повреждении)

197 НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ ФОРМЫ НЕФРОГЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

- А атеросклеротический стеноз почечной артерии
- Б аневризма почечной артерии
- В сдавление почечной артерии извне
- Г аномалии развития аорты

198 НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ПРИЧИНЫ ПАРЕНХИМАТОЗНОЙ ФОРМЫ НЕФРОГЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

- А гломерулонефрит
- Б опухоль или киста паренхимы почки
- В поликистоз почек
- Г губчатая почка

199 ПРИ НЕФРОГЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НАБЛЮДАЕТСЯ

- А повышение образования ренина
- Б уменьшение образования ангиотензина
- В повышение артериального давления в сосудах почки
- Г повышенное выведение натрия

200 КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ НЕФРОГЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А неэффективностью гипотензивной терапии
- Б частыми гипертоническими кризами

- В высоким систолическим, нормальным диастолическим давлением
- Г относительно частыми жалобами на головную боль, слабость

201 ПРИ ЭКСКРЕТОРНОЙ УРОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗОМ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ СО СТОРОНЫ ПОРАЖЕНИЯ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

- А замедление появления рентгеноконтрастного вещества в чашечно-лоханочной системе на стороне поражения
- Б увеличение почки
- В низкая концентрация рентгеноконтрастного вещества на поздних стадиях
- Г интенсивное контрастирование чашечно-лоханочной системы на ранних снимках

202 ПОКАЗАНИЕ К НЕФРЭКТОМИИ ПРИ НЕФРОГЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

- А инфаркт почки с отсутствием функции
- Б стеноз проксимальной трети почечной артерии
- В стеноз средней трети почечной артерии
- Г аневризма почечной артерии

203 ПРИ ПОЧЕЧНОЙ АНГИОГРАФИИ ДЛЯ АНЕВРИЗМЫ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ ХАРАКТЕРНО

- А мешкообразное расширение почечной артерии
- Б локализация в проксимальной трети почечной артерии, без распространения на внутривисцеральные ветви
- В локализация в дистальной трети почечной артерии с распространением на внутривисцеральные сосуды
- Г стеноз выглядит в виде «нитки бус»

204 ПОКАЗАНИЯ К РЕНОВАСКУЛЯРНОЙ ДИЛАТАЦИИ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ

- А ангиографически четко выраженные стенозы почечной артерии
- Б множественные стенозы с поражением внутривисцеральных ветвей
- В выраженный атеросклероз
- Г извилистые почечные артерии

205 НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕМЫЙ ВОЗБУДИТЕЛЬ ОСТРОГО ЦИСТИТА

- А кишечная палочка
- Б стафилококк
- В стрептококк
- Г клебсиелла

206 ПРИ КАКОМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ВОСПАЛЕНИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ МОГУТ БЫТЬ СТРИКТУРЫ МОЧЕТОЧНИКА?

- А билъгарциозном
- Б интерстициальном
- В химическом
- Г лучевом

207 СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПРИЧИНЕ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО ЦИСТИТА

- А аутоиммунный фактор
- Б аллергия
- В гормональный фактор
- Г инфекция

208 НАЗВАНИЕ СИНДРОМА УЧАЩЕННОГО МОЧЕИСПУСКАНИЯ

- А поллакиурия
- Б полиурия
- В дизурия
- Г никтурия

209 ХАРАКТЕР ГЕМАТУРИИ ПРИ ОСТРОМ ЦИСТИТЕ

- А терминальный
- Б инициальный
- В интермиттирующий
- Г тотальный и терминальный

210 ЧТО ТАКОЕ РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ЦИСТИТ?

- А 3 обострения за год
- Б 1 обострение в месяц
- В 1 обострение за год
- Г 2 обострения за год

211 ПРИ КАКОМ ЦИСТИТЕ НЕ НУЖНО ПРОИЗВОДИТЬ ЦИСТОСКОПИЮ?

- А при остром первичном цистите
- Б паразитарном
- В лучевом
- Г интерстициальном

212 ПРИ КАКОМ ЦИСТИТЕ НАБЛЮДАЕТСЯ УПОРНОЕ, РЕЦИДИВИРУЮЩЕЕ ТЕЧЕНИЕ, ВЕДУЩЕЕ К ИНВАЛИДНОСТИ БОЛЬНЫХ?

- А интерстициальном
- Б аллергическом
- В дисгормональном
- Г нейрогенном

213 ПРИ КАКОМ ЦИСТИТЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ ЯЗВА ЛИНЕЙНОЙ ФОРМЫ?

- А интерстициальном
- Б кандидомикозном
- В лучевом
- Г аллергическом

214 У КАКОЙ КАТЕГОРИИ БОЛЬНЫХ НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛЯТЬ НАЛИЧИЕ ОСТАТОЧНОЙ МОЧИ ПРИ ЦИСТИТЕ?

- А при сахарном диабете
- Б у больных пиелонефритом
- В у больных лучевым циститом
- Г при нейрогенном мочевом пузыре

215 БЕЗ КАКОГО СИМПТОМА НЕЛЬЗЯ ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ ЦИСТИТА?

- А лейкоцитурии
- Б боли

- В поллакиурии
- Г терминальной гематурии

216 САМОЕ ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ЦИСТИТА

- А пиелонефрит
- Б лейкоплакия мочевого пузыря
- В малакоплакия мочевого пузыря
- Г перитонит

217 ДЛЯ ЦИСТИТА ХАРАКТЕРНА СЛЕДУЮЩАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- А частое болезненное мочеиспускание, обычно в конце его
- Б схваткообразные острые боли внизу живота с частым мочеиспусканием, но без болей
- В рези в конце мочеиспускания
- Г гнойные выделения из уретры, рези в начале мочеиспускания

218 ПРИ КАКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ЦИСТИТА МОЖЕТ БЫТЬ ПЕРИТОНИТ?

- А при гангренозной
- Б при опухоловой
- В при лучевой
- Г при послеоперационной

219 НАЗОВИТЕ ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЙ ПРИЗНАК ЦИСТАЛГИИ ОТ ЦИСТИТА

- А отсутствие лейкоцитурии
- Б императивные позывы
- В неполное опорожнение мочевого пузыря
- Г генитально-пузырная дисфункция мочевого пузыря

220 КАКОЕ СОВРЕМЕННОЕ НАЗВАНИЕ НАИБОЛЕЕ ПОЛНО ОТРАЖАЕТ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКУЮ СУЩНОСТЬ ЦИСТАЛГИИ?

- А Какое современное название наиболее полно отражает патогенетическую сущность цисталгии?
- Б генитально-пузырная дисфункция мочевого пузыря
- В уретральный синдром у женщин
- Г нервная поллакиурия

221 КАКИЕ НЕРВЫ ОБЕСПЕЧИВАЮТ РЕЗЕРВУАРНУЮ ФУНКЦИЮ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ?

- А гипогастральные
- Б тазовые
- В половые
- Г простатические

222 Морфологическим субстратом какой формы цистита является эозинофильный инфильтрат?

- А аллергической
- Б интерстициальной
- В химической
- Г инфекционной

- 223 ГДЕ РАСПОЛАГАЕТСЯ ИСТОЧНИК ГЕМАТУРИИ ПРИ ТЕРМИНАЛЬНОМ ЕЕ ХАРАКТЕРЕ?
- А в шейке мочевого пузыря
 - Б в уретре
 - В в почке
 - Г в дивертикуле уретры
- 224 КАКОЙ СИМПТОМ ПРИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ЦИСТИТА ИСЧЕЗАЕТ БЫСТРЕЕ?
- А дизурия
 - Б бактериурия
 - В лейкоцитурия
 - Г гематурия
- 225 КАКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕ ПОКАЗАНЫ ПРИ ОСТРОМ ЦИСТИТЕ?
- А промывание мочевого пузыря, инсталляции лекарственных веществ
 - Б тепловые процедуры
 - В антигистаминные препараты
 - Г спазмолитические препараты
- 226 КАКОМУ ФАКТОРУ ОТВОДИЛОСЬ ВЕДУЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ЦИСТИТОВ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ?
- А нервно-психическому фактору
 - Б охлаждению
 - В авитаминозу
 - Г обменному фактору
- 227 ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЩАВЕЛЕВОКИСЛОГО УРОЛИТИАЗА ПОКАЗАНЫ
- А пиридоксин
 - Б восходящий литолиз
 - В нисходящий литолиз
 - Г аскорбиновая кислота
- 228 ДЕЙСТВИЕ ПРЕПАРАТА МАРЕЛИНА НАПРАВЛЕНО НА СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ
- А фосфатурии
 - Б гиперкальциемии
 - В оксалатурии
 - Г гиперурикемии
- 229 СОДЕРЖАНИЕ КАЛЬЦИЯ В КРОВИ ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА
- А 2,24 ммоль/л
 - Б 1,76ммоль/л
 - В 1,94 ммоль/л
 - Г 5,74 ммоль/л
- 230 СОДЕРЖАНИЕ КАЛЬЦИЯ В МОЧЕ ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА
- А 4,55 ммоль/сут
 - Б 5,74 ммоль/сут
 - В 0,98 ммоль/сут
 - Г 3,82 ммоль/сут

231 САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО ПРИ

- А коралловидном (одностороннем) камне почки
- Б пиелонефрите в активной фазе
- В двустороннем уролитиазе
- Г мигрирующем камне единственной почки

232 САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО ПРИ

- А калькулезном пиелонефрите в фазе ремиссии
- Б реакции мочи pH 8,2 (у больных уролитиазом)
- В терминальной стадии хронической почечной недостаточности
- Г острой почечной недостаточности

233 ПРИ УРАТАХ НЕ СЛЕДУЕТ УПОТРЕБЛЯТЬ

- А мясную пищу
- Б молочную пищу
- В овощи и фрукты некислых сортов
- Г минеральную воду «Боржоми»

234 ПРИ ОКСАЛАТАХ НЕ СЛЕДУЕТ УПОТРЕБЛЯТЬ

- А молоко
- Б блюда из перловой крупы
- В блюда из гречневой крупы
- Г хлеб из пшеничной муки

235 ПРИ ФОСФАТАХ НЕ СЛЕДУЕТ УПОТРЕБЛЯТЬ

- А овощи и фрукты некислых сортов
- Б минеральную воду «Арзни»
- В блюда из ячневой крупы
- Г овощи и фрукты кислых сортов

236 ПРИ УРАТАХ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ

- А блемарен
- Б марелин
- В жженая магнезия
- Г алмагель

237 ПРИ ОКСАЛАТАХ И ЩЕЛОЧНОЙ МОЧЕ ПОКАЗАНЫ

- А марена красильная
- Б лист ортосифона
- В бикарбонат натрия
- Г глюконат кальция

238 ПРИ ОКСАЛАТАХ И КИСЛОЙ МОЧЕ НЕ ПОКАЗАНЫ

- А аскорбиновая кислота
- Б солимок
- В пиридоксин
- Г лист ортосифона

239 ПРИ ФОСФАТАХ ПОКАЗАНЫ

- А солуран
- Б бикарбонат натрия
- В метионин

Г уродан

240 ФЕРМЕНТ УРЕАЗА СПОСОБСТВУЕТ

- А подщелачиванию мочи
- Б образованию уратов
- В подкислению мочи
- Г улучшению реабсорбции

241 КАКИЕ ИЗ ПРИВЕДЕННЫХ ЛЕКАРСТВ СПОСОБСТВУЮТ КАМНЕОБРАЗОВАНИЮ?

- А тетрациклин
- Б левомицетин
- В пенициллин
- Г лидаза

242 КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЛЕКАРСТВ ДАЮТ ПОДКИСЛЯЮЩИЙ ЭФФЕКТ?

- А хлористый аммоний
- Б аевит
- В ацетат натрия
- Г алмагель

243 КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЛЕКАРСТВ ДАЮТ ПОДЩЕЛАЧИВАЮЩИЙ ЭФФЕКТ?

- А ацетат натрия
- Б витамин С
- В роватинекс
- Г пиридоксин

244 КАКИЕ ИЗ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСЯТСЯ К ЦИТРАТНЫМ СМЕСЯМ?

- А блемарен
- Б милурит
- В аллопуринол
- Г пиридоксин

245 КАКИЕ ИЗ ПРЕПАРАТОВ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ ПРИ ВОСХОДЯЩЕМ ЛИТОЛИЗЕ?

- А фермент террилитин
- Б бикарбонат натрия
- В физиологический раствор
- Г дистиллированная вода

246 КАКИЕ ВИДЫ КАМНЕЙ ПОДЛЕЖАТ ВОСХОДЯЩЕМУ ЛИТОЛИЗУ?

- А фосфаты кальция
- Б оксалаты магния
- В оксалаты кальция
- Г ураты

247 КАКИЕ ВИДЫ КАМНЕЙ И МОЧЕВЫХ ДИАТЕЗОВ ПОДЛЕЖАТ НИСХОДЯЩЕМУ ЛИТОЛИЗУ?

- А уратурия
- Б фосфаты

- В оксалурия
- Г оксалаты кальция

248 ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕКИСЛОГО УРОЛИТИАЗА ПОКАЗАНЫ

- А цитратные смеси
- Б фитин
- В ниерон
- Г сульфат магния

249 В РЕЗУЛЬТАТЕ НАРУШЕНИЯ ПУРИНОВОГО ОБМЕНА ОБРАЗУЮТСЯ

- А оксалаты
- Б фосфаты магния
- В карбонаты кальция
- Г фосфаты кальция

250 ЭМБРИОНАЛЬНАЯ ЗАКЛАДКА ПОЧЕК У ЧЕЛОВЕКА ПРОИСХОДИТ

- А на 3-й неделе
- Б на 4-м месяце развития эмбриона
- В на 4-й неделе
- Г на 2-м месяце

251 СРАЩЕНИЕ ПОЧЕК ОТНОСИТСЯ К АНОМАЛИЯМ

- А взаимоотношения
- Б количества
- В положения
- Г лоханок и мочеточников

252 Определяющим методом диагностики сращенных почек является

- А статическая сцинтиграфия
- Б эхография
- В обзорная рентгенография
- Г экскреторная урография

253 НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ВИД СРАЩЕНИЯ ПОЧЕК

- А подковообразная почка
- Б галетообразная почка
- В сигмовидная почка
- Г углообразная почка

254 НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ВИД ДИСТОПИИ ПОЧЕК

- А поясничная
- Б подвздошная
- В тазовая
- Г внутригрудная

255 НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ АНОМАЛИЕЙ РАЗВИТИЯ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ

- А удвоение лоханок и мочеточников
- Б гипоплазия
- В аплазия
- Г дистопия

256 МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ДИСТОПИРОВАННОЙ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А эхография
- Б обзорная рентгенография
- В анализ мочи
- Г хромоцистоскопия

257 МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ УПОРНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ДИСТОПИИ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А нефрэктомия
- Б пластика лоханки
- В резекция нижнего полюса
- Г ношение бандажа

258 ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ АПЛАЗИИ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А ангиография
- Б экскреторная урография
- В динамическая ренография
- Г статическая сцинтиграфия

259 ГИПОПЛАЗИЯ ПОЧКИ — ЭТО АНОМАЛИЯ

- А структуры
- Б количества
- В взаимоотношения
- Г положения

260 ПЕРЕКРЕСТНАЯ ДИСТОПИЯ ПОЧКИ — ЭТО АНОМАЛИЯ

- А положения
- Б взаимоотношения
- В структуры
- Г количества

261 СИМПТОМЫ, ТИПИЧНЫЕ ДЛЯ ГИПОПЛАЗИИ ПОЧКИ

- А артериальная гипертензия
- Б почечная колика
- В гематурия
- Г дизурия

262 МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ГИПОПЛАЗИИ ПОЧКИ

- А нефрэктомия
- Б нефропексия
- В резекция почки
- Г реваскуляризация почки

263 КАКОЕ МЕСТО ПО ЧАСТОТЕ СРЕДИ ДРУГИХ АНОМАЛИЙ ЗАНИМАЕТ УДВОЕНИЕ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ?

- А первое
- Б второе
- В третье
- Г четвертое

- 264 СИМПТОМАМИ НАДСФИНКТЕРНОЙ ЭКТОПИИ УСТЬЯ МОЧЕТОЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ
- А боли в поясничной области
 - Б поллакиурия
 - В отсутствие произвольного мочеиспускания
 - Г артериальная гипертензия
- 265 КАКАЯ ОПЕРАЦИЯ НАИБОЛЕЕ РАДИКАЛЬНА ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ?
- А уретеропиелонеоанастомоз по Андерсону —Хайнсу
 - Б уретеролиз
 - В интубационная уретеротомия по Мариону
 - Г уретеропиелопластика по Фолею
- 266 При инфицированном гидронефрозе II стадии показана
- А пиелостомия
 - Б уретеролиз
 - В пиелопликация
 - Г уретеропиелонеоанастомоз
- 267 МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА
- А микционная цистография
 - Б экскреторная урография
 - В ретроградная цистография
 - Г цистоскопия
- 268 МЕТОД ВЫБОРА ЛЕЧЕНИЯ ГИДРОНЕФРОЗА ПРИ УДВОЕНИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ
- А мочеточниково-лоханочный анастомоз
 - Б нефрэктомия
 - В геминефрэктомия
 - Г пластика лоханки
- 269 При какой величине солитарной кисты почки показана операция
- А при сдавлении лоханки
 - Б 10-20 мм
 - В 20-30 мм
 - Г 40-50 мм
- 270 МЕТОД ДИАГНОСТИКИ СОЛИТАРНОЙ КИСТЫ ПОЧКИ
- А экскреторная урография
 - Б ретроградная пиелография
 - В люмботомия
 - Г ангиосцинтиграфия
- 271 ПЛАСТИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ ПОКАЗАНА ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ
- А II стадии
 - Б III стадии
 - В IV стадии
 - Г при инфицированном гидронефрозе
- 272 НЕФРЭКТОМИЯ ПОКАЗАНА ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ

- А III стадии
- Б I стадии
- В II стадии
- Г во всех случаях

273 ГИПОСПАДИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

- А задержки или нарушения формирования уретры
- Б родовой травмы
- В неправильного расположения плода в матке
- Г преждевременных родов

274 ВСЕ СЛЕДУЮЩЕЕ НИЖЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ГИПОСПАДИИ, КРОМЕ

- А отсутствия на большем или меньшем протяжении верхней стенки мочеиспускательного канала
- Б искривления полового члена
- В недоразвития губчатой части уретры
- Г врожденных аномалий уретры

275 КОГДА НЕОБХОДИМО ОПЕРИРОВАТЬ БОЛЬНЫХ С ГИПОСПАДИЕЙ И ЭПИСПАДИЕЙ?

- А в первые годы жизни
- Б после 15 лет
- В после 20 лет
- Г в 25 лет

276 КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПОСПАДИИ?

- А по Сесилу—Калпу
- Б по Винкельману
- В по Иваниссевичу
- Г по Лопаткину

277 КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРИ ЭПИСПАДИИ?

- А по Державину
- Б по Андерсону—Хайнсу
- В по Лидскому
- Г по Иваниссевичу

278 В КАКИЕ СРОКИ ЭМБРИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА ПОЯВЛЯЕТСЯ ГИПОСПАДИЯ И ЭПИСПАДИЯ?

- А на 9-й неделе
- Б на 25-й неделе
- В на 30—35-й неделе
- Г на 2—3-м месяце

279 С КАКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ МОШОНОЧНУЮ И ПРОМЕЖНОСТНУЮ ГИПОСПАДИЮ?

- А с ложным женским гермафродитизмом
- Б с гипоплазией яичек
- В с эктопией полового члена
- Г с поликистозом почек

280 КАКИЕ ФОРМЫ ГИПОСПАДИИ НЕ ТРЕБУЮТ ОПЕРАТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ?

А головчатая и гипоспадия дистальной стволковой трети мочеиспускательного канала

Б все формы

В промежностная

Г мошоночная

281 ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРИЧИНЫ МОГУТ ПРИВЕСТИ К РАЗВИТИЮ ГИПОСПАДИИ И ЭПИСПАДИИ, КРОМЕ

А перенесенной беременности

Б внутриутробной инфекции

В экзогенных интоксикаций

Г гиперэстрогении у беременной матери

282 КАК ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ГИПОСПАДИЯ?

А 1 случай на 150 — 300 новорожденных

Б 1 случай на 50000 новорожденных

В 1 случай на 100000 новорожденных

Г 1 случай на 50 новорожденных

283 КАК ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ЭПИСПАДИЯ?

А 1 случай на 50000 новорожденных

Б 1 случай на 100000 новорожденных

В 1 случай на 50 новорожденных

Г 1 случай на 500 000 новорожденных

284 ОСНОВНЫМИ СИМПТОМАМИ ВРОЖДЕННОГО ДИВЕРТИКУЛИТА МО-ЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА ЯВЛЯЮТСЯ

А затрудненное и болезненное мочеиспускание

Б острая задержка мочи

В озноб

Г никтурия

285 В КАКИХ СЛУЧАЯХ ВРОЖДЕННОЕ УДВОЕНИЕ УРЕТРЫ НЕ ТРЕБУЕТ ЛЕЧЕНИЯ?

А если добавочная уретра не инфицирована

Б при макрогематурии

В если добавочная уретра инфицирована

Г при затруднении мочеиспускания

286 ВРОЖДЕННЫЕ КЛАПАНООБРАЗНЫЕ СУЖЕНИЯ МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО

А в мембранозном и предстательном отделах уретры

Б в головчатом отделе уретры

В в кавернозном отделе уретры

Г вообще не встречаются

287 СКРЫТЫЙ ПОЛОВОЙ ЧЛЕН ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

А порока развития

Б воспалительных заболеваний полового члена

- В травмы полового члена
- Г опухоли полового члена

288 КАКУЮ ОПЕРАЦИЮ ВЫПОЛНЯЮТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СКРЫТОГО ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

- А по Баирову
- Б по Дюплею
- В по Тиршу
- Г по Савченко

289 ПЕРЕПОНЧАТЫЙ ПОЛОВОЙ ЧЛЕН ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

- А порока развития
- Б воспаления кожи полового члена
- В опухоли полового члена
- Г травмы полового члена

290 К АНОМАЛИЯМ ПОЛОЖЕНИЯ ЯИЧКА ОТНОСЯТСЯ

- А паховая ретенция
- Б брюшная ретенция
- В эктопия
- Г все перечисленное выше

291 К структурным аномалиям яичка относятся

- А ничего из перечисленного ниже
- Б монорхизм
- В анорхизм
- Г полиорхизм

292 К КОЛИЧЕСТВЕННЫМ АНОМАЛИЯМ ЯИЧКА ОТНОСЯТСЯ

- А ничего из перечисленного выше
- Б синдром Клайнфелтера
- В синдром Шерешевского—Тернера
- Г синдром дель Кастильо

293 ИСТИННЫЙ ГЕРМАФРОДИТИЗМ — ЭТО

- А структурная аномалия яичка
- Б аномалия положения яичка
- В двойственное строение наружных половых органов
- Г аплазия гонад

294 ПОЛ ЭМБРИОНА ЗАВИСИТ ОТ

- А Сперматозоида
- Б состояния эндокринной системы родителей
- В овуляторного цикла
- Г все перечисленное выше имеет значение

295 Формирование наружных половых органов в мужском эмбрионе управляется

- А андрогенами
- Б фолликулостимулирующим гормоном
- В лютеинизирующим гормоном
- Г пролактином

- 296 СИНДРОМ ДЕЛЬ КАСТИЛЬО ПРОЯВЛЯЕТСЯ
А терминальной аплазией
Б наличием дополнительной X-хромосомы
В наличием дополнительной Y-хромосомы
Г хромосомным набором 45 XO
- 297 ГОРМОНАЛЬНАЯ НАСЫЩЕННОСТЬ ОРГАНИЗМА — ЭТО
А достаточный уровень андрогенов и эстрогенов в крови при хорошей чувствительности тканевых рецепторов к ним
Б достаточный уровень эстрогенов в крови
В достаточный уровень андрогенов в крови
Г достаточный уровень андрогенов и эстрогенов в крови
- 298 РУДИМЕНТОМ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У МУЖЧИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ
А все перечисленное выше
Б гадатида Морганьи
В половой бугорок (мужская маточка)
Г ладьевидная ямка уретры
- 299 КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПРИ ТРАВМЕ ПОЧКИ?
А гематурия
Б почечная колика
В гипертермия
Г падение артериального давления
- 300 КАКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНА ПРИ СУБКАПСУЛЯРНОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ПОЧКИ?
А динамическое наблюдение в стационаре, соблюдение постельного режима в течение 3 нед
Б исключение физических нагрузок в течение 3 мес
В массивная антибактериальная терапия
Г наблюдение за пациентом в амбулаторных условиях
- 301 КАКОЙ ИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ТРАВМЫ ПОЧЕК?
А обзорная рентгенография мочевых путей и экскреторная урография
Б ультрасонография
В ретроградная пиелография
Г теплография
- 302 ЧТО ТАКОЕ СУБКАПСУЛЯРНЫЙ РАЗРЫВ ПОЧКИ?
А повреждение почки с сохранением поверхностной капсулы
Б надрыв или перфорация полостной системы почки
В повреждение паренхимы почки с надрывом капсулы до 1 см
Г повреждение магистральных сосудов в области ворот почки
- 303 ПРИ КАКОМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ НЕОБХОДИМО ЗАПОДОЗРИТЬ ТРАВМУ ПОЧКИ?
А перелом ребер
Б перелом конечностей

- В перелом ключицы
- Г перелом костей таза

304 ПРИ КАКОМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ РАЗВИВАЕТСЯ ПОЧЕЧНАЯ КОЛИКА?

- А субкапсулярное повреждение почки
- Б множественные разрывы почечной паренхимы и капсулы
- В гематома в области ворот почки
- Г отрыв почечной ножки

305 ОПТИМАЛЬНЫЕ СРОКИ ПОСТЕЛЬНОГО РЕЖИМА ПРИ ГЕМАТУРИИ

- А 3 — 4 нед
- Б 3 мес
- В до 1 года
- Г 1-2 ч

306 ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ДЛЯ РЕШЕНИЯ ВОПРОСА О ВОЗМОЖНОСТИ НЕФРЭКТОМИИ ПРИ ТРАВМЕ?

- А функция контралатеральной почки
- Б степень повреждения почки
- В продолжающееся кровотечение
- Г наличие урогематомы

307 КРИТЕРИЙ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ПОЧЕК

- А без повреждения кожных покровов
- Б повреждения почек без нарушения целостности полостной системы
- В без повреждения сосудистой ножки
- Г без сочетанной травмы органов брюшной полости

308 ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ УСЛОВИЕМ ВНУТРИБРЮШИННОГО РАЗРЫВА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ?

- А переполненный мочевой пузырь
- Б перелом костей таза
- В опорожненный мочевой пузырь
- Г травма нижней части живота

309 КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЗНАКОВ НАЗЫВАЕТСЯ СИМПТОМОМ ЗЕЛЬДОВИЧА?

- А неадекватный отток жидкости при промывании полости мочевого пузыря
- Б поступление крови из уретры
- В острая задержка мочи
- Г мучительные позывы к мочеиспусканию

310 СРОЧНОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО ПРИ

- А диагностированном разрыве мочевого пузыря
- Б подозрении на внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря
- В подозрении на перитонит
- Г острой задержке мочи

311 ПРИ ВНУТРИБРЮШИННОМ РАЗРЫВЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПЕРИТОНИТ РАЗВИВАЕТСЯ ЧЕРЕЗ

- А 10-12 ч

- Б 1 сут
- В 1-2 ч
- Г 2 сут

312 ДРЕНИРОВАНИЕ ОКОЛОПУЗЫРНОГО ПРОСТРАНСТВА ПО БУЯЛЬСКОМУ—МАК-УОРТЕРУ ВЫПОЛНЯЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ

- А опорожнения урогематомы и предупреждения развития тазовой флегмоны
- Б предупреждения возникновения мочевых свищей
- В ревизии области шейки мочевого пузыря
- Г остановки кровотечения

313 НАЛОЖЕНИЕ ЭПИЦИСТОСТОМЫ ПОКАЗАНО ПРИ

- А любой локализации разрыва мочевого пузыря
- Б внебрюшинном разрыве мочевого пузыря
- В обширной гематоме в околопузырной клетчатке
- Г профузной гематурии

314 Какое из перечисленных исследований является наиболее ценным в диагностике разрывов мочевого пузыря?

- А цистография в прямой и боковой проекциях
- Б осадочная цистография
- В обзорная и экскреторная урография
- Г полицистография

315 В КАКИХ СЛУЧАЯХ ДОПУСТИМО ДРЕНИРОВАНИЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЧЕРЕЗ УРЕТРУ?

- А при ранениях мочевого пузыря во время операции (у женщин)
- Б при внебрюшинных разрывах мочевого пузыря
- В при сроке менее 24 ч после травмы
- Г при линейных разрывах мочевого пузыря не более 3 см длиной

316 ЧТО ЭТО ТАКОЕ — ЛОЖНАЯ (КРОВАВАЯ) АНУРИЯ?

- А выделение нескольких капель крови или мочи при попытке мочеиспускания
- Б отсутствие (невозможность) мочеиспускания при переполненном мочевом пузыре
- В постоянное выделение капель крови из уретры
- Г отсутствие позыва к мочеиспусканию более 12 ч

317 В каких случаях необходимо дренирование брюшной полости?

- А при всех внутрибрюшинных разрывах мочевого пузыря
- Б при сочетании разрыва мочевого пузыря с травмой кишечника
- В если внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря произошел более 24 ч назад
- Г при явлениях гнойного перитонита

318 СРЕДИ ОТКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЮТСЯ

- А разрывы и надрывы уздечки полового члена
- Б колото-резанные раны
- В колотые раны
- Г резанные раны

319 ПРИ ПОЛНОЙ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ АМПУТАЦИИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ОТСЕЧЕННЫЙ ОРГАН ЦЕЛЕСООБРАЗНО СОХРАНЯТЬ В ТЕЧЕНИЕ

- А 24 ч
- Б 48 ч
- В 1 ч
- Г 2 ч

320 КАКИЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПОКАЗАНЫ ДЛЯ ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТА КОЖИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА?

- А операция Диттеля или Рейха
- Б операция Иванисевича
- В операция Винкельмана
- Г операция Нечипоренко

321 ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПЕРЕСЕЧЕНИЯ ОДНОГО ИЗ КАВЕРНОЗНЫХ ТЕЛ ЯВЛЯЕТСЯ

- А искривление полового члена
- Б подъем температуры тела
- В озноб
- Г уретроррагия

322 ЭКСТРАВАГИНАЛЬНАЯ ГЕМАТОМА МОШОНКИ СВЯЗАНА С

- А повреждением общей влагалищной оболочки или сосудов семенного канатика
- Б разрывом белочной оболочки придатка яичка
- В повреждением межтканевых промежутков, не проникающим в общую влагалищную оболочку
- Г повреждением кожи мошонки

323 ОБРАЗОВАНИЕ ИНТРАВАГИНАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ОРГАНОВ МОШОНКИ СВЯЗАНО С

- А разрывом белочной оболочки придатка яичка
- Б повреждением подкожной жировой клетчатки
- В повреждением сосудов семенного канатика
- Г повреждением межтканевых промежутков, не проникающих в общую влагалищную оболочку

324 АУТОИММУННОЕ БЕСПЛОДИЕ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ЯИЧКА СВЯЗАНО С

- А нарушением гематотестикулярного барьера
- Б нарушением лимфооттока от яичка
- В выпадением яичка
- Г перенесенными операциями

325 КАКОВЫ 2 ОСНОВНЫХ СИМПТОМА РАЗРЫВА УРЕТРЫ?

- А уретроррагия
- Б боль в промежности
- В гематурия
- Г потекание мочи

326 КАКОЙ ОСНОВНОЙ ВНЕШНИЙ ПРИЗНАК ПЕРЕЛОМА КОСТЕЙ ТАЗА ПРИ СОЧЕТАНИИ С РАЗРЫВОМ УРЕТРЫ?

- А больной не может стоять на ногах
- Б бледность кожных покровов
- В слабость, адинамия
- Г уретроррагия

327 КАКОВЫ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ НАРУШЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У МУЖЧИН С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ СТРУКТУРАМИ УРЕТРЫ?

- А наличие спермы в моче
- Б азооспермия
- В аспермия
- Г асперматизм

328 УКАЖИТЕ ДВА ВЕДУЩИХ СИМПТОМА НАРУШЕНИЯ КОПУЛЯТИВНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ СО СТРИКТУРАМИ УРЕТРЫ?

- А снижение копулятивной функции в зависимости от обострения хронического простатита и колликулита
- Б преждевременная эякуляция
- В тусклость оргазма
- Г снижение либидо

329 КАКИМ СПОСОБОМ УРЕТРОГРАФИИ МОЖНО УСТАНОВИТЬ ДЛИНУ ЗАДНЕЙ ЧАСТИ УРЕТРЫ ПРИ БОЛЬШОЙ СТРИКТУРЕ УРЕТРЫ С МОЧЕПУЗЫРНЫМ СВИЩОМ?

- А восходящей уретрографией в сочетании с проведением бужа через мочепузырный свищ в шейку и заднюю уретру
- Б комбинированный восходящей и нисходящей уретрографией
- В антеградной уретрографией
- Г восходящей уретрографией

330 КАКАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ С ПРИСТЕНОЧНЫМ ЗАКРЫТЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ УРЕТРЫ?

- А выжидательная тактика с капиллярными пункциями мочевого пузыря
- Б попытка введения постоянного катетера
- В срочная операция — первичный шов уретры
- Г эпицистостомия

331 В ПРЕДЕЛАХ КАКОГО ПЕРИОДА ВРЕМЕНИ МОЖНО ПРИ РАЗРЫВЕ УРЕТРЫ ПРОИЗВЕСТИ ПЕРВИЧНЫЙ ШОВ (ПЕРВИЧНУЮ ПЛАСТИКУ)?

- А первые 24 ч
- Б 2 дня
- В 3—4 дня
- Г 1 нед

332 КАКОЕ КОЛИЧЕСТВО ЭТАПОВ ВКЛЮЧАЕТ ОПЕРАЦИЯ УРЕТРОПЛАСТИКИ КОЖЕЙ МОШОНКИ ПО РУСАКОВУ ПРИ СТРИКТУРАХ ДЛИНОЙ 3,5 — 7 СМ?

- А 4 этапа
- Б 6 этапов
- В 5 этапов
- Г 2 этапа

333 КАКОВЫ ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ ТОННЕЛИЗАЦИИ ПО ФРОНШТЕЙНУ?

- А постгонорейные стриктуры большой протяженности, но с ограниченным участком сужения
- Б относительные стриктуры
- В длиной до 3 см
- Г посттравматические стриктуры уретры длиной 2 см; Б. длиной 3 см

334 УКАЖИТЕ ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ СТРИКТУР УРЕТРЫ?

- А фермент лидаза (гиалуронидаза)
- Б стекловидное тело
- В алоэ
- Г антибактериальные препараты

335 ДЛЯ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ СИМПТОМАТИЧЕСКОГО ВАРИКОЦЕЛЕ?

- А опухоль почки
- Б нефроптоз
- В гидронефроз
- Г поликистоз

336 КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ СЛЕДУЕТ ИСКЛЮЧИТЬ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПРИ МАКРОГЕМАТУРИИ?

- А опухоль почки
- Б пиелонефрит
- В цистит
- Г нефроптоз

337 РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ОПУХОЛИ ПОЧКИ

- А дефект наполнения лоханки, ампутация одной или нескольких чашечек
- Б контрастные тени в проекции почки
- В увеличение размеров почки
- Г расширение полостной системы

338 КАКАЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ У ДЕТЕЙ?

- А эмбриональная аденомиосаркома
- Б гипернефроидный рак
- В семинома
- Г аденокарцинома

339 НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ТИП ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ ОПУХОЛИ ПОЧКИ

- А темноклеточный
- Б аденоматозной
- В саркомоподобный
- Г железистый

340 КАКОЕ НАЗВАНИЕ ОПУХОЛИ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРАВИЛЬНЫМ, И ОНО ПОЛУЧИЛО ШИРОКОЕ РАСПРОСТРАНЕНИЕ?

- А светлоклеточный рак почки

- Б темноклеточный
- В опухоль Гравитца
- Г аденокарцинома

341 КАКАЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ ЛОХАНКИ ВСТРЕЧАЕТСЯ ЧАЩЕ?

- А папиллярный рак
- Б саркома
- В слизисто-железистый рак
- Г ангиома

342 НАЗОВИТЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННУЮ ОПУХОЛЬ ПОЧКИ, КОТОРАЯ ДЛИТЕЛЬНОЕ ВРЕМЯ ИМЕЕТ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ

- А саркома
- Б аденокарцинома
- В полиморфно-клеточный рак
- Г эмбриональный рак

343 НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ НЕИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛИ ПОЧЕК

- А ультразвуковое сканирование
- Б компьютерная томография
- В почечная ангиография
- Г экскреторная урография

344 ПЕРВОЕ МЕСТО ПО ЧАСТОТЕ РАЗВИТИЯ РАКА ПОЧКИ ЗАНИМАЕТ

- А эпителий проксимальных канальцев
- Б фибробластоподобные клетки мозгового слоя почки
- В эпителий почечных сосудов
- Г эпителий капсулы клубочков

345 ПЕРВОЕ МЕСТО ПО ЧАСТОТЕ РАЗВИТИЯ РАКА ПОЧКИ ЗАНИМАЕТ

- А светлоклеточный рак
- Б опухоль Гравитца
- В аденокарцинома
- Г почечный рак

346 СКОЛЬКО ЛЕТ ПРОХОДИТ ОТ МОМЕНТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОПУХОЛЕВОЙ КЛЕТКИ ДО КЛИНИЧЕСКОГО ПРОЯВЛЕНИЯ?

- А 2 —7 лет
- Б 4 года
- В 5лет
- Г 1 год

347 КАКОВА СКОРОСТЬ РОСТА РАКА ПОЧЕЧНОЙ ПАРЕНХИМЫ У МОЛОДЫХ?

- А 2 см в год
- Б 3см в год
- В 4 см в год
- Г 5 см в год

348 КАКОВА СКОРОСТЬ РОСТА РАКА ПОЧЕЧНОЙ ПАРЕНХИМЫ У ПОЖИЛЫХ?

- А 1 см в год
- Б 2 см в год
- В 3 см в год
- Г 4 см в год

349 С ПОМОЩЬЮ КАКОГО МЕТОДА МОЖНО ВЫЯВИТЬ ОПУХОЛИ ПОЧЕЧНОЙ ПАРЕНХИМЫ МЕНЕЕ 1,5 —2 СМ В ДИАМЕТРЕ?

- А фармакоангиография
- Б экскреторная урография
- В УЗИ
- Г ретроградная пиелография

350 КАКОЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ПОЧКИ ПРИМЕНЯЕТСЯ В ВИДЕ СКРИНИНГ-ТЕСТА?

- А ультразвуковое сканирование
- Б компьютерная томография
- В почечная ангиография
- Г нефросцинтиграфия

351 РАК ПОЧКИ ЧАЩЕ МЕТАСТАЗИРУЕТ В

- А легкие
- Б печень
- В головной мозг
- Г позвоночник

352 КАКОЙ ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ ПРИ ОПУХОЛИ ПОЧКИ У ДЕТЕЙ?

- А чрезбрюшинный
- Б торакоабдоминальный
- В торакальный
- Г по Нагамацу

353 КАКАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ РАКЕ ЛОХАНКИ

- А нефроуретерэктомия
- Б расширенная нефрэктомия
- В резекция лоханки
- Г радикальная лимфаденэктомия

354 В КАКОЙ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЙ ПРОЦЕСС ВЫХОДИТ ЗА ПРЕДЕЛЫ ФИБРОЗНОЙ КАПСУЛЫ ПОЧКИ?

- А T3
- Б T4
- В T5
- Г T1

355 РАК МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ У

- А пациентов в возрасте от 50 до 70 лет
- Б молодых людей
- В деревенских жителей
- Г женщин

356 СРЕДИ ОПУХОЛЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРЕВАЛИРУЮТ

- А эпителиальные опухоли
- Б саркомы
- В феохромоцитомы
- Г эндометриозные опухоли

357 ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

- А фибромиома
- Б аденокарциома
- В первичный гипернефроидный рак
- Г саркома

358 ДЛЯ ПАПИЛЛЯРНОГО РАКА ХАРАКТЕРНО

- А ворсинки имеют тупые концы и склонны к некрозу
- Б инфильтрирующий рост, опухоль как бы стелется по стенкам пузыря
- В эмбриональное происхождение из остатков урахуса
- Г тонкая ножка

359 Чаще всего метастазы рака мочевого пузыря наблюдаются в

- А регионарных лимфатических узлах таза, в области подвздошных и запирательных сосудов
- Б миокарде
- В кавернозных телах полового члена
- Г коже

360 ПОКАЗАТЕЛИ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ РАКА

- А клетки едва дифференцируются, как переходный эпителий
- Б некоторая вариабельность размеров и формы клеток, их ядер
- В соединительнотканый центр покрыт правильными рядами клеток эпителия
- Г базальные клетки правильной формы

361 ДЛЯ СТАДИИ T1 ХАРАКТЕРНО

- А поражение слизистой оболочки, инфильтрация субэпителиальной соединительной ткани
- Б опухоль инфильтрирует внутреннюю половину толщины мышечной оболочки
- В прорастание всей толщины стенки пузыря и инфильтрация паравезикальной клетчатки
- Г опухоль прорастает в глубокие слои мышечной оболочки

362 ДЛЯ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ХАРАКТЕРНО

- А сравнительно позднее метастазирование
- Б отсутствие боли длительное время
- В боль в костях таза
- Г раннее метастазирование

363 ДЛЯ САРКОМЫ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ХАРАКТЕРНО

- А высокая злокачественность
- Б чаще встречается у пожилых людей
- В раннее метастазирование
- Г медленный рост

364 ПРИ ЦИТОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОСАДКА МОЧИ

А частота положительных цитологических заключений у больных раком мочевого пузыря достигает 70 %

Б частота положительных цитологических исследований не превышает 5 —10 %

В флюоресцентная микроскопия мало информативна

Г раковые клетки имеют одинаковую форму и размеры с клетками эпителия

365 ОСНОВНОЙ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ СИМПТОМ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

А имеется дефект наполнения, но контуры мочевого пузыря остаются неизмененными, симметричными

Б тень опухоли имеет широкое основание и узловатую поверхность

В тени кальцификатов на поверхности опухоли

Г на полицистограмме определяется асимметрия пузыря с ригидностью одной из его стенок в зоне опухоли

366 ДАННЫЕ ТАЗОВОЙ ВНУТРИКОСТНОЙ ФЛЕБОГРАФИИ И ЛИМФОАДЕНОГРАФИИ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИЕ О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА

А краевой дефект наполнения или распределения контрастного вещества по периферии лимфатических узлов

Б состояние венозного сплетения

В венозный отток по магистральным сосудам таза

Г гомогенность тени лимфатических узлов

367 ЭНДОВЕЗИКАЛЬНАЯ ЭЛЕКТРОКОАГУЛЯЦИЯ

А показана при папилломе мочевого пузыря

Б является радикальным методом лечения при диффузном папилломатозе

В показана при папиллярном раке мочевого пузыря

Г показана при папилломе устье мочеточников

368 РЕЗЕКЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

А в случае расположения опухоли у верхушки должна дополняться иссечением всего урахуса

Б не предполагает удаление пораженных бластоматозным процессом лимфатических узлов таза

В дает лучшие результаты при локализации опухоли в области шейки пузыря и вблизи обоих мочеточниковых устьев

Г осуществляется в пределах здоровых тканей на расстоянии не менее 1 см от края опухоли

369 ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ЦИСТЭКТОМИИ

А выраженная кахексия с метастазами

Б множественные опухоли

В диффузный папилломатоз

Г рецидивные опухоли

370 ПРОВЕДЕНИЕ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ДОПУСТИМО ПРИ

А локализации опухоли в области шейки мочевого пузыря

Б резко выраженной раковой кахексии

- В при двух опухолевых образованиях
- Г острой и хронической почечной, выраженной печеночной недостаточности

371 ХИМИОТЕРАПИЯ ПРИ РАКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

- А проводимая в послеоперационном периоде, способствует подавлению или уничтожению остатков опухолевой ткани
- Б в сочетании с хирургическим и лучевым лечением применяется редко
- В наиболее эффективна, как самостоятельный метод лечения
- Г применяемая регионарно методом внутриартериальных инфузий, не отличается высокой эффективностью

372 ПРОФИЛАКТИКА РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРЕДПОЛАГАЕТ

- А своевременное лечение воспалительных, трофических и паразитарных заболеваний мочевого пузыря
- Б уменьшение приема жидкости пациентами «группы риска»
- В обследование пациентов с дивертикулами мочевого пузыря проводится в случае возникновения макрогематурии
- Г проведение цистоскопии не реже 1 раза в 2 года пациентам, лечившимся по поводу опухолей мочевого пузыря

373 АДЕНОМА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ — ЭТО ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ, КОТОРАЯ РАЗВИВАЕТСЯ ИЗ

- А краниальной (центральной) области предстательной железы
- Б шейки мочевого пузыря
- В куперовых желез
- Г семенных пузырьков

374 В ПРОЦЕССЕ РОСТА ДГПЖ ПРЕДСТАТЕЛЬНАЯ ЖЕЛЕЗА

- А оттесняется к периферии, превращаясь в хирургическую капсулу
- Б гипертрофируется
- В остается без изменений
- Г прорастает аденоматозной тканью

375 КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА ДГПЖ НАИМЕНЕЕ ВЫРАЖЕНА ПРИ

- А ректальной форме
- Б смешанной форме
- В асимметрии боковых долей по величине
- Г сочетании ДГПЖ и хронического простатита

376 МЕХАНИЗМ ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКИ МОЧИ ПРИ ДГПЖ ОБУСЛОВЛЕН

- А нарушением координированной работы детрузора и замыкательного аппарата мочевого пузыря
- Б сопутствующим баланопоститом
- В наличием дивертикулов мочевого пузыря
- Г хроническим пиелонефритом

377 РАЗВИТИЕ ДГПЖ ОБУСЛОВЛЕНО

- А повышенной активностью 5-а-редуктазы
- Б снижением образования эстрогенов
- В половыми дизритмиями
- Г преобладанием в рационе растительной пищи

- 378 ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА НИКТУРИИ ПРИ ДГПЖ
 уретры А прилив крови в вены таза, венозастаз в подслизистом слое предстательной части
 Б развитие хронического пиелонефрита
 В атрофия предстательной железы
 Г ректальная форма ДГПЖ
- 379 Для первой стадии ДГПЖ характерно
 мочи нет А при мочеиспускании мочевого пузыря полностью опорожняется, остаточной
 Б количество остаточной мочи 50 — 400 мл
 В пузырно-мочеточниковые рефлюксы
 Г мочеиспускание в несколько этапов, сопровождающееся чувством неполного опорожнения мочевого пузыря
- 380 ОСЛОЖНЕНИЯ ДГПЖ
 А цистит
 Б рак полового члена
 В рак предстательной железы
 Г рак почки
- 381 ПРИ РЕКТАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ ДЛЯ ДГПЖ ХАРАКТЕРНЫ
 СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ
 А консистенция узлов эластическая или плотно-эластическая
 Б плотные узлы хрящевидной консистенции
 В асимметрия предстательной железы
 Г инфильтраты, нарушающие целостность капсулы, идущие к окружающим
 тканям
- 382 ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ СКАНИРОВАНИИ ДЛЯ ДГПЖ ХАРАКТЕРНО
 А овальная форма, симметричность, однородная мелкогранулярная эхоструктура
 Б симметричные гиперэхогенные очаги
 В интенсивные, ограниченные, эхологически плотные участки с акустической
 тенью
 Г неоднородная эхоструктура, деформация предстательной железы, увеличение ее
 в ширину
- 384 Экстренная аденомэктомия предполагает
 стационаре А полное исключение катетеризации мочевого пузыря на предыдущих этапах и в
 Б временное отведение мочи посредством эпицистостомии
 В обязательное обследование пациента с использованием радиоизотопных
 методов
 Г проведение операции в первые 6 — 36 ч после задержки мочи
- 385 ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ЭКСТРЕННОЙ АДЕНОМЭКТОМИИ
 А острый пиелонефрит
 Б сдавление аденомой интрамуральной части мочеточников
 В большие размеры аденомы
 Г камень мочевого пузыря

386 ПОКАЗАНИЯ К ПЛАНОВОЙ АДЕНОМЭКТОМИИ

- А вторая стадия ДГПЖ
- Б ХПН
- В острый пиелонефрит, уросепсис
- Г подозрение на рак в аденоме

387 ПОКАЗАНИЯ К ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

- А плотная консистенция, пузырная форма ДГПЖ
- Б опухоль мочевого пузыря
- В осложнения, вызванные ушиванием ложа предстательной железы при аденомэктомии
- Г большой размер аденомы (масса больше 70 г)

388 ОСЛОЖНЕНИЯ, ВЫЗВАННЫЕ УШИВАНИЕМ ЛОЖА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ АДЕНОМЭКТОМИИ

- А рубцовый стеноз шейки мочевого пузыря
- Б кровотечение
- В рак почки
- Г рецидив ДГПЖ

389 ПРЕИМУЩЕСТВА БЕСШОВНОГО ВЕДЕНИЯ ЛОЖА ПРИ АДЕНОМЭКТОМИИ

- А меньшая травматичность и эффект вымывания из ложа ДГПЖ фибринолитических веществ
- Б радикальное удаление ДГПЖ
- В удаление конкрементов мочевого пузыря во время операции
- Г возможность тщательной ревизии мочевого пузыря для исключения опухоли и дивертикулов

390 ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ АДЕНОМЭКТОМИИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ У ПАЦИЕНТОВ С

- А варикозным расширением вен нижних конечностей
- Б ректальной формой ДГПЖ
- В дивертикулами мочевого пузыря
- Г малыми размерами ДГПЖ

391 ОСТРЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ ПОСЛЕ АДЕНОМЭКТОМИИ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ У БОЛЬНЫХ

- А после неоднократных катетеризаций мочевого пузыря в предоперационном периоде
- Б при небольших размерах ДГПЖ
- В с нарушением функций почек
- Г которым проводилась вазорезекция

392 ЧТО ОЗНАЧАЕТ ПОНЯТИЕ «ГИПЕРТЕРМИЯ»?

- А 42-45°C
- Б 37-39°C
- В 70—100°C
- Г 50-70 °C

393 ЧТО ОЗНАЧАЕТ ПОНЯТИЕ «ТЕРМОТЕРАПИЯ»?

- А 55-80 °C

- Б 40-45 °С
- В 80-100 °С
- Г температурный режим 37—38 °С

394 КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРОИСХОДЯТ В ТКАНИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ МИКРОВОЛНОВОЙ ТЕРМОТЕРАПИИ?

- А геморрагический эффект
- Б коагуляционный некроз
- В макроскопический некроз
- Г химический ожог

395 КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРОИСХОДЯТ В ТКАНИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ РАДИОЧАСТОТНОЙ ТЕРМОТЕРАПИИ?

- А макроскопический некроз
- Б антипролиферативный эффект
- В геморрагическая болезнь
- Г коагуляционный некроз

396 КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ НАСТУПАЮТ В ТКАНИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ТЕРМОАБЛАЦИИ?

- А коагуляционный некроз
- Б точечный некроз
- В геморрагический эффект
- Г фиброз ткани

397 КАКИЕ НОВЫЕ ТЕРМАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ В ЛЕЧЕНИИ ДГПЖ?

- А радиочастотная термоабляция
- Б микроволновая гипертермия
- В радиочастотная термотерапия
- Г микроволновая термотерапия

398 КАКОВА МЕДИЦИНСКАЯ ГЕОГРАФИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (РПЖ)?

- А наибольшее распространение в США
- Б наибольшее распространение РПЖ в Юго-Восточной Азии
- В наименьшее распространение в Западной Европе
- Г наибольшее распространение в РФ

399 КАКОЙ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР РПЖ БОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН?

- А генетический
- Б воспалительный
- В гормональный
- Г микробный

400 УКАЖИТЕ ОСНОВНОЕ ЗВЕНО ПАТОГЕНЕЗА РПЖ?

- А гиперандрогения
- Б первичное поражение гонад
- В снижение функции печени
- Г гиперэстерогения

Ситуационные задачи:

ВидКод Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса

Н - 001

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - У пациента 55 лет при обследовании выявлен коралловидный камень левой почки. При цистоскопии из левого устья выделился густой гной в виде «пасты из тюбика». На обзорной урограмме тень конкремента в проекции левой почки 4 на 6 см, на экскреторных урограммах контрастного вещества в проекции левой почки нет. Справа функция почки не изменена. На радиоизотопной ренограмме: справа васкуляризация, секреция и экскреция не нарушены, слева - «немая» почка.

В 1 Предварительный диагноз?

Э - МКБ. Коралловидный камень левой почки. Калькулезный пионефроз слева.

Р2 - Диагноз поставлен верно.

Р1 - Диагноз поставлен неполностью - часть нозологий упущена.

Р0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Какие дополнительные обследования необходимо провести?

Э - Для уточнения диагноза необходимо УЗИ почек с цветовым доплеровским картированием (ЦДК). МСКТ органов мочеполовой системы с контрастированием. Оценить биохимические показатели (креатинин, мочевины).

Р2 - Указаны все методы исследования. Ответ обоснован.

Р1 - Указаны не все исследования либо перечислены не все методики исследования не обоснована цель их назначения.

Р0 - Указаны неверные методы исследования.

В 3 Какой из методов лечения показан больному. Обоснуйте.

Э - Оперативное вмешательство в объеме нефруретерэктомия слева. Т.к. левая почка не функционирует, из мочеточника поступает гной.

Р2 - Правильно выбран метод лечения. Правильно обоснован метод лечения.

Р1 - Правильно указан способ лечения, но не обоснованы показания.

Р0 - Ответ неверен полностью.

В 4 Какое обстоятельство позволяет выполнить оперативное вмешательство в запланированном объеме, если таковое показано.

Э - Т.к. левая почка не функционирует, а у правой почки полностью сохранена функция и отсутствуют конкременты и новообразования.

Р2 - Перечислены все обстоятельства правильно.

Р1 - Ответ верен только частично.

Р0 - Ответ полностью неверен.

В 5 Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике заболевания.

Э - Профилактическое обследование (УЗИ почек 1 раз в год). Избегать переохлаждения. Исключить из рациона острую пищу, алкоголь. Лечение воспалительных осложнений, своевременное оперативное лечение.

Р2 - Ответ верен

Р1 - Указана только часть мероприятий

Р0 - Ответ неверен.

Н - 002

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - При поступлении в урологическую клинику больная 34 лет предъявляет жалобы на тупые боли в поясничных областях, жажду, субфебрильную температуру, повышение артериального давления до 180/110 мм.рт.ст. Анамнез: считает себя больной в течение 5 лет, длительное время лечится амбулаторно у нефролога по поводу хронического пиелонефрита; ранее никогда не обследовалась. При осмотре: в подреберьях, симметрично пальпируются больших размеров малоподвижные образования с бугристыми поверхностями. Анализ мочи: удельный вес -1006, лейкоциты - до 100 в п/зр. Мочевина крови - 9,0 ммоль/л, креатинин 198 мкмоль/л.

В 1 Предварительный диагноз?

Э - Поликистоз почек - врожденное заболевание, наследуемое по доминантному типу.

Р2 - Диагноз поставлен верно.

Р1 - Диагноз поставлен неполностью - часть нозологий упущена.

Р0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Укажите признаки, симптомы данного заболевания.

Э - Пальпируемые образования являются почками. Наличие двустороннего увеличения почек с неровной поверхностью, признаки артериальной гипертензии, хронического пиелонефрита и почечной недостаточности позволяют предположить у больной это заболевание.

Р2 - Указаны все признаки, симптомы. Ответ обоснован.

Р1 - Указаны не все признаки и симптомы.

Р0 - Ответ неверен.

В 3 Какие дополнительные исследования необходимы для его уточнения

Э - Для уточнения диагноза показано: УЗИ, мультиспиральная компьютерная томография, сцинтиграфия почек, экскреторная урография, ренография.

Р2 - Перечислены все методы исследования

Р1 - Указано только часть методов исследования

Р0 - Ответ неверен полностью.

В 4 Какова лечебная тактика. Какие осложнение является абсолютным показанием для оперативного вмешательства. Укажите название операции.

Э - Показано проведение гипотензивной и дезинтоксикационной терапии, назначение средств, улучшающих микроциркуляцию, молочно-растительная диета. Осложнения: нагноение кист. Операция: игнипунктура.

Р2 - Перечислены все обстоятельства правильно.

Р1 - Ответ верен только частично.

Р0 - Ответ полностью неверен.

В 5 5.Перечислите меры вторичной профилактики.

5.

Э - Прием уроантисептиков, гипотензивных препаратов, средств улучшающих кровообращение.

Р2 - Ответ верен

P1 - Указана только часть мероприятий

P0 - Ответ неверен.

Н - 003

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - Больной, 72 года, обратился с жалобами на присутствие крови в моче в течение последних 4 месяцев. Моча окрашена кровью во время всего акта мочеиспускания. Периодически отмечает отхождение сгустков крови червеобразной формы. Неделю назад после очередного эпизода гематурии появились сильные боли в правой поясничной области, которые прошли самостоятельно после от-хождения с мочой сгустков крови.

В 1 Какое заболевание следует заподозрить?

Э - Макрогематурия. Новообразование правой почки (?), правого мочеточника (?)

P2 - Диагноз поставлен верно.

P1 - Диагноз поставлен неполностью - часть нозологий не указана.

P0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Каков план обследования больного?

Э - Для установления диагноза последовательность обследования больного следующая: пальпация области почек, особенно тщательная справа, исследование органов мошонки на предмет вторичного варикоцеле, цитологическое исследование мочи на атипичные клетки, УЗИ почек и мочевого пузыря, экскреторная урография, мультиспиральная КТ и МРТ почек и забрюшинного пространства.

P2 - Указаны все методы исследования

P1 - Методы исследования указаны частично

P0 - Ответ неверен.

В 3 Ваш выбор лечения?

Э - При выявлении новообразование почки показана радикальная хирургическая тактика. При новообразование паренхимы почки до 3 см – резекция почки, если более 3-х см с прорастанием в лоханку – нефрэктомия. При Сг лоханки – нефроуретерэктомия справа с трансуретральной резекцией устья мочеточника правой почки. В послеоперационном периоде комбинированная химиотерапия и лучевая терапия.

P2 - Ответ полный. Указаны все виды лечения.

P1 - Указана только часть

P0 - Ответ неверен полностью.

Н - 004

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - У мальчика 4 лет затрудненное мочеиспускание тонкой нитевидной струей; при каждом мочеиспускании отмечается растягивание в виде шара препунциального мешка.

В 1 Предварительный диагноз? Определение заболевания?

Э - Фимоз - заболевание, при котором происходит сужение крайней плоти (складки кожи, прикрывающей головку полового члена): либо головка полового члена открывается, вызывая болезненные ощущения, либо не открывается вовсе.

P2 - Диагноз поставлен верно.

P1 - Диагноз поставлен верно, но без объяснения патологии

P0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Классификация заболевания.

Э - Заболевание имеет 4 степени.

Фимоз первой стадии характеризуется затруднением обнажения головки полового члена в эрегированном состоянии, тогда как в спокойном состоянии таких проблем не возникает.

Второй стадии заболевания головку полового члена можно с усилием открыть только в спокойном состоянии, а при эрекции сделать это невозможно.

Третьей стадии головка не открывается вовсе, но проблемы с мочеиспусканием ещё не проявляются.

Четвертой стадии заболевания, когда моча выделяется наружу только слабой струйкой или каплями.

P2 - Указаны все стадии правильно.

P1 - Указаны не все стадии заболевания, либо указаны неправильно.

P0 - Ответ полностью не верен.

В 3 Какова лечебная тактика?

Э - Циркумцизия - это процедура иссечения крайней плоти полового члена. Инструментальное расширение препунциального отверстия

P2 - Правильно выбран метод лечения. Правильно обоснован метод лечения.

P1 - Правильно указан способ лечения, но не обоснованы показания. Либо перечислены не все методы

P0 - Ответ неверен полностью.

В 4 Перечислите меры первичной профилактики.

Э - Информирование матери о необходимости выполнения постоянных попыток открыть головку полового члена с момента рождения мальчика. Профилактика баланопостита (избегать воспалительного процесса) – гигиена наружных половых органов.

P2 - Ответ верен.

P1 - Ответ верен только частично.

P0 - Ответ полностью неверен.

Н - 005

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - У мальчика 8 лет отсутствует правое яичко в мошонке. При рождении в мошонке отсутствовали оба яичка, в возрасте 6 лет левое яичко заняло нормальное положение. В правой паховой области нечетко пальпируется округлое образование размером 3х2 см.

В 1 Диагноз? Определение?

Э - Паховый крипторхизм. Крипторхизм — неопущение яичка в мошонку: расположение яичек вне мошонки (в брюшной полости или в паховом канале), либо неправильное опускание, при котором яичко, выйдя из пахового канала, меняет направление и располагается под кожей в паху, на бедре, в лобке или промежности.

P2 - Диагноз поставлен верно. Определение указано верно.

P1 - Только часть ответа указано правильно.

R0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Каков генез заболевания?

Э - Врожденное заболевание – результат нарушения процесса миграции яичка в мошонку.

R2 - Полностью правильный ответ

R1 - Ответ частично правильный

R0 - Ответ неверен.

В 3 Нужны ли дополнительные методы исследования?

Э - УЗИ пахового канала справа, УЗИ органов мошонки с ЦДК.

R2 - Ответ правильный

R1 - В ответе есть ошибки.

R0 - Ответ неверен полностью.

В 4 Какова лечебная тактика?

Э - Необходимо оперативное лечение: орхипексия справа. Орхипексия — прикрепление яичка к соседним тканям с помощью швов.

R2 - Все ответы правильные

R1 - Ответ верен только частично.

R0 - Ответ полностью неверен.

В 5 Перечислите меры профилактики: а) для матери с учетом последующих беременностей; б) для ребенка.

Э - а) исключение тератогенных воздействий во время 2-го триместра беременности; б) ежегодный проф. осмотр для исключения онкопатологии.

R2 - Ответ верен

R1 - Ответ частично верен.

R0 - Ответ неверен.

Н - 006

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - Больной 18 лет поступил в клинику с жалобами на тупую боль в правой поясничной области, которую ощущает около 10 лет. В правой половине живота пальпаторно определяется опухолевидное образование. Клинические анализы мочи и крови не изменены. На обзорной рентгенограмме теней конкрементов не определяются, отмечается расширение чашечно-лоханочной системы, замедление пассажа контрастного вещества. Слева изменений рентгенологической картины нет. На артериограмме почек справа определяется добавочный сосуд, идущий к нижнему полюсу правой почки.

В 1 Диагноз?

Э - Врожденный гидронефроз на почве уретеровазального конфликта справа.

R2 - Диагноз поставлен верно.

R1 - Только часть ответа указано правильно.

R0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Каков генез заболевания?

Э - Врожденное заболевание – результат нарушения оттока мочи из полостной системы правой почки в результате сдавления пиелоуретерального сегмента мочеточника аберрантным сосудом.

P2 - Полностью правильный ответ

P1 - Ответ частично правильный

P0 - Ответ неверен.

В 3 Нужны ли дополнительные методы исследования?

Э - МСКТ мочеполовой системы с контрастированием.

P2 - Ответ правильный

P1 - В ответе есть ошибки.

P0 - Ответ неверен полностью.

В 4 Какова лечебная тактика?

Э - Необходимо оперативное лечение: пластика пиелоуретерального сегмента справа по Хайнесу-Андерсену.

P2 - Все ответы правильные

P1 - Ответ верен только частично.

P0 - Ответ полностью неверен.

В 5 Перечислите меры вторичной профилактики.

Э - Диспансерное наблюдение. Профилактика воспалительных заболеваний почек. Избегать переохлаждения. Контрольное УЗИ 1 раз в 6 месяцев.

P2 - Ответ верен

P1 - Ответ частично верен.

P0 - Ответ неверен.

Н - 007

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - Больная 22 лет обратилась к врачу-урологу с жалобами на тупую боль в левой поясничной области, учащенное мочеиспускание. При цистоскопии в области левого устья определяется выпухание с точечным устьем. На экскреторной урограмме справа чашечно-лоханочная система и мочеточник не изменены, слева - расширение тазового отдела мочеточника в виде «головы кобры».

В 1 Диагноз?

Э - Уретероцеле слева. Уретероцеле — сужение устья мочеточника, приводящее к образованию шаровидного и кистовидного выпячивания внутрипузырного отдела мочеточника, состоящего из двух слоёв слизистой оболочки — внутри мочеточника и снаружи мочевого пузыря, ввиду чего происходит нарушение оттока мочи и возникновение уретрогидронефротической трансформации и хронического пиелонефрита.

P2 - Диагноз поставлен верно. Определение указано верно.

P1 - Только часть ответа указано правильно.

P0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Каков генез заболевания?

Э - Врожденное заболевание; результат неправильного развития (значительного сужения) устья мочеточника и нарушения оттока мочи.

P2 - Полностью правильный ответ

P1 - Ответ частично правильный

P0 - Ответ неверен.

В 3 Нужны ли дополнительные методы исследования?

Э - МСКТ мочеполовой системы с контрастированием. УЗИ мочевого пузыря, УЗИ почек.

P2 - Ответ правильный

P1 - В ответе есть ошибки.

P0 - Ответ неверен полностью.

В 4 Какова лечебная тактика?

Э - Необходимо оперативное лечение: эндоскопическое рассечение устья левого мочеточника.

P2 - Все ответы правильные

P1 - Ответ верен только частично.

P0 - Ответ полностью неверен.

В 5 Перечислите меры вторичной профилактики.

Э - Диспансерное наблюдение с детского возраста.

P2 - Ответ верен

P1 - Ответ частично верен.

P0 - Ответ неверен.

Н - 008

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - Больная 20 лет в течение года отмечает резкое снижение массы тела, приступообразные боли в правой поясничной области после физической нагрузки, купирующиеся в горизонтальном положении. При вертикальном положении в правой половине живота прощупывается опухолевидное образование. На обзорной рентгенограмме теней конкрементов нет, нижний полюс правой почки в вертикальном положении, определяется на уровне тела L5.

В 1 Диагноз?

Э - Правосторонний нефроптоз 2ст. Нефроптоз (опущение почки) — патологическое состояние, характеризующееся избыточной подвижностью почки и нарушением нормальных анатомических взаимоотношений органов мочеполовой системы

P2 - Диагноз поставлен верно. Определение указано верно.

P1 - Только часть ответа указано правильно.

P0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Каков генез заболевания?

Э - Врожденное заболевание, развившееся в результате неправильного развития фиксирующего аппарата почек.

R2 - Полностью правильный ответ

R1 - Ответ частично правильный

R0 - Ответ неверен.

В 3 Нужны ли дополнительные методы исследования?

Э - МСКТ мочеполовой системы с контрастированием. Необходимы дополнительные методы обследования: экскреторная урография с ортостатической пробой.

R2 - Ответ правильный

R1 - В ответе есть ошибки.

R0 - Ответ неверен полностью.

В 4 Какова лечебная тактика?

Э - Выбор лечебной тактики в зависимости от состояния уродинамики: при отсутствии нарушения – консервативная терапия, при наличии нарушения уродинамики, сохраняющегося болевого синдрома, частые обострения пелонефрита – нефропексия.

R2 - Все ответы правильные

R1 - Ответ верен только частично.

R0 - Ответ полностью неверен.

В 5 Перечислите меры вторичной профилактики.

Э - ☐ Диспансерное наблюдение у уролога с детского возраста. Ограничение физических нагрузок, ношение почечного бандажа, лечебная физкультура.

R2 - Ответ верен

R1 - Ответ частично верен.

R0 - Ответ неверен.

Н - 009

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - Больной 20 лет предъявляет жалобы на боли в левой половине мошонки. В вертикальном положении тела в области левого семенного канатика определяется гроздевидное образование тестоватой консистенции, которое спускается ниже яичка, а в горизонтальном положении тела значительно уменьшается в размерах. При пальпации яичко дрябловатое, слегка уменьшено в размерах.

В 1 Диагноз?

Э - Варикоцеле слева 3 ст. Варикоцеле — расширение вен гроздевидного сплетения семенного канатика.

R2 - Диагноз поставлен верно. Определение указано верно.

R1 - Только часть ответа указано правильно.

R0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Каков генез заболевания?

Э - Врожденное заболевание; результат неправильного развития несостоятельность клапанного механизма вен или положения левой почечной вены (анатомическая особенность).

P2 - Полностью правильный ответ

P1 - Ответ частично правильный

P0 - Ответ неверен.

В 3 Нужны ли дополнительные методы исследования?

Э - Флебография. УЗИ органов мошонки с ЦДК. Спермограмма (оценить нарушение сперматогенеза)

P2 - Ответ правильный

P1 - В ответе есть ошибки.

P0 - Ответ неверен полностью.

В 4 Какова лечебная тактика?

Э - Выбор лечебной тактики зависимости от градиента давления в левой почечной вене и нижней полой; при наличии выраженной флебогипертензии показан тестикуло-гипогастральный венозный анастомоз; при незначительной флебогипертензии (менее 70 см вод. ст.) – эндоваскулярная эмболизация внутренней семенной (тестикулярной) вены или операция Иванисевича, операция Мар-мар, лапароскопическое клипирование яичковой вены..

P2 - Все ответы правильные

P1 - Ответ верен только частично.

P0 - Ответ полностью неверен.

В 5 Перечислите меры вторичной профилактики.

Э - Диспансерное наблюдение уролога с детского возраста. Ограничение физических нагрузок в вертикальном положении, ношение тугих плавок.

P2 - Ответ верен

P1 - Ответ частично верен.

P0 - Ответ неверен.

Н - 010

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - Больная 36 лет жалуется на быструю утомляемость, слабость, сухость во рту, тошноту. Страдает гипертонической болезнью, которая плохо корректируется терапией. При пальпации области живота определяются увеличенные бугристые почки, больше справа. В клиническом анализе мочи

– лейкоцитурия, микрогематурия, гипоизостенурия. В анализе крови - анемия, азотемия.

В 1 Каков Ваш предварительный диагноз.

Э - Вероятно пальпируемые образования являются почками. Наличие двустороннего увеличения почек с неровной поверхностью, признаки артериальной

гипертензии, хронического пиелонефрита и почечной недостаточности позволяют предположить у больной поликистоза почек.

P2 - Диагноз поставлен верно.

P1 - Только часть ответа указано правильно.

P0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Каков генез заболевания?

Э - Поликистоз - врожденное заболевание, наследуемое по доминантному типу.

P2 - Полностью правильный ответ

P1 - Ответ частично правильный

P0 - Ответ неверен.

В 3 Нужны ли дополнительные методы исследования?

Э - Для уточнения диагноза показано: УЗИ, МСКТ, сцинтиграфия почек.

P2 - Ответ правильный

P1 - В ответе есть ошибки.

P0 - Ответ неверен полностью.

В 4 Какова лечебная тактика. Какое осложнение является абсолютным показанием для оперативного вмешательства, название операции?

Э - Показано проведение антибактериальной, гипотензивной и дезинтоксикационной терапии, назначение средств, улучшающих микроциркуляцию, молочно-растительная диета, слабительные. Нагноение кист. Операция: иглопункция

P2 - Все ответы правильные

P1 - Ответ верен только частично.

P0 - Ответ полностью неверен.

В 5 Перечислите меры вторичной профилактики.

Э - Диета, постоянный прием уроантисептиков, средств, улучшающих кровообращение, гипотензивных препаратов.

P2 - Ответ верен

P1 - Ответ частично верен.

P0 - Ответ неверен.

Н - 011

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - Пациент 55 лет поступил в урологическую клинику с DS: «Киста правой почки». По результатам обследования выявлена парапелвичная киста правой почки 4,5 × 3,0 см. На экскреторных урограммах лоханка справа не выполняется, гидрокаликоз всех групп чашечек.

В 1 Каков Ваш предварительный диагноз.

Э - Парапелъвикальная киста правой почки.

R2 - Диагноз поставлен верно.

R1 - Только часть ответа указано правильно.

R0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Почему не выполняется лоханка

Э - Лоханка правой почки сдавлена парапелъвикальной кистой.

R2 - Полностью правильный ответ

R1 - Ответ частично правильный

R0 - Ответ неверен.

В 3 Какое дополнительное обследование необходимо провести

Э - Для уточнения диагноза необходимо провести УЗ почек и мочевого пузыря.
МСКТ почек.

R2 - Ответ правильный

R1 - В ответе есть ошибки.

R0 - Ответ неверен полностью.

В 4 Какой из методов оперативного лечения предпочтителен.

Э - Предпочтителен метод оперативного лечения: минилумботомия, иссечение парапелъвикальной кисты почки.

R2 - Все ответы правильные

R1 - Ответ верен только частично.

R0 - Ответ полностью неверен.

В 5 Перечислите меры вторичной профилактики.

Э - Диспансерное наблюдение уролога с детского возраста.

R2 - Ответ верен

R1 - Ответ частично верен.

R0 - Ответ неверен.

Н - 012

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - Больной М., 45 лет последние 3 месяца отмечает периодические подъемы температуры до 38,0°C с ознобом. При пальпации определяется болезненность в области правого подреберья. Симптом XII ребра положительный справа. На обзорной урограмме в проекции правой почки визуализируется тень, подозрительная на конкремент 1,5 x 1,4 см в d. На экскреторной урограмме функция правой почки снижена, определяется правосторонний гидронефроз, мочеточник четко не виден. Выявленная тень наслаивается на проекцию лоханки. Изменений чашечно-лоханочной системы, мочеточника слева не обнаружено.

В 1 Каков Ваш предварительный диагноз.

Э - Клиническая картина характерна для камня правой почки.
Предварительный диагноз: Камень правой почки.

- P2 - Диагноз поставлен верно.
- P1 - Только часть ответа указано правильно.
- P0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

Э - Для уточнения диагноза необходимо проведения УЗИ почек мочевого пузыря. МСКТ мочеполовой системы.

- P2 - Полностью правильный ответ
- P1 - Ответ частично правильный
- P0 - Ответ неверен.

В 3 Какой из методов обследования в данном случае даст наиболее достоверную информацию.

- Э - МСКТ
- P2 - Ответ правильный
- P1 - В ответе есть ошибки.
- P0 - Ответ неверен полностью.

В 4 Какие рентгенологические признаки указывают на то, что тень на обзорной урограмме имеет отношение к мочевым путям.

- Э - Расширение полостной системы правой почки по УЗИ почек.
- P2 - Все ответы правильные
- P1 - Ответ верен только частично.
- P0 - Ответ полностью неверен.

В 5 Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.

- Э - Здоровый образ жизни. Отказ от вредных привычек. Высокая водная нагрузка не менее 2,5 л в день.
- P2 - Ответ верен
- P1 - Ответ частично верен.
- P0 - Ответ неверен.

Н - 013

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - В медпункт обратился больной 17 лет с жалобами на тошноту и рвоту, на резкие схваткообразные боли в левом боку, распространяющиеся в паховую область, в наружные половые органы, учащение мочеиспускания. Температура тела нормальная. Больной непрерывно меняет положение тела, не находя в этом облегчения. Месяц тому назад отмечает аналогичный приступ, который купировался спазмолитиками.

В 1 Каков Ваш предварительный диагноз.

Э - Клиническая картина характерна для левосторонней почечной колики.
Предварительный DS: Камень левого мочеточника.

P2 - Диагноз поставлен верно.

P1 - Только часть ответа указано правильно.

P0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

Э - Для уточнения диагноза необходимо проведение УЗИ почек, обзорной, экскреторной урографии.

P2 - Полностью правильный ответ

P1 - Ответ частично правильный

P0 - Ответ неверен.

В 3 Меры первой (доврачебной) и врачебной помощи

Э - Спазмолитики, обезболивание, теплая ванна.

P2 - Ответ правильный

P1 - В ответе есть ошибки.

P0 - Ответ неверен полностью.

В 4 Какие заболевания могут «симулировать» указанное заболевание

Э - Заболевания кишечника, позвоночника (остеохондроз).

P2 - Все ответы правильные

P1 - Ответ верен только частично.

P0 - Ответ полностью неверен.

В 5 Перечислите мероприятия по первичной профилактике заболевания.

Э - Здоровый образ жизни, диета, повышенный прием жидкости.

P2 - Ответ верен

P1 - Ответ частично верен.

P0 - Ответ неверен.

Н - 014

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - У больной 48 лет накануне обращения возник приступ острой боли в левой поясничной области, после чего прекратилось мочеиспускание, нет позывов в течение последних 12 ч. Мочевой пузырь над лобком пальпаторно и перкуторно не определяется. При катетеризации мочевого пузыря мочи из него не получено. По поводу почечно-каменной болезни 6 лет назад удалена правая почка.

В 1 Каков Ваш предварительный диагноз.

Э - Камень левого мочеточника. Постренальная анурия.

- P2 - Диагноз поставлен верно.
- P1 - Только часть ответа указано правильно.
- P0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

Э - Для уточнения диагноза необходимо проведение обзорной урографии, УЗИ почек.

- P2 - Полностью правильный ответ
- P1 - Ответ частично правильный
- P0 - Ответ неверен.

В 3 Можно ли рассматривать состояние больной как неотложную ситуацию.

Э - Анурия – неотложное состояние.

- P2 - Ответ правильный
- P1 - В ответе есть ошибки.
- P0 - Ответ неверен полностью.

В 4 Укажите способы ликвидации осложнения основного заболевания.

Э - Катетеризация левого мочеточника, стентирование, пункционная нефростомия, уретеролитотомия с нефростомией.

- P2 - Все ответы правильные
- P1 - Ответ верен только частично.
- P0 - Ответ полностью неверен.

В 5 Перечислите мероприятия по первичной профилактике заболевания.

Э - Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, диета. Регулярное профилактическое обследование (УЗИ почек), Санаторно-курортное лечение.

- P2 - Ответ верен
- P1 - Ответ частично верен.
- P0 - Ответ неверен.

Н - 015

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - Больной пожилого возраста предъявляет жалобы на боли внизу живота, иррадиирующие в головку полового члена. Мочеиспускание резко учащено, затруднено, беспокоят рези при мочеиспускании. Периодически в последних порциях мочи отмечается примесь крови. Год назад оперирован по поводу аденомы предстательной железы. Амбулаторное лечение не проводилось. При осмотре: живот правильной формы, над лоном определяется старый окрепший послеоперационный рубец. Per rectum признаков рецидива аденомы нет. Катетеризация уретры свободно осуществляется катетером № 18.

В 1 Каков Ваш предварительный диагноз.

Э - Камень мочевого пузыря. ДГПЖ 2 ст. Хронический цистит. Хронический пиелонефрит

- P2 - Диагноз поставлен верно.
- P1 - Только часть ответа указано правильно.
- P0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

Э - Для уточнения диагноза необходимо проведение УЗИ мочевого пузыря, обзорной, экскреторной урографий, урофлоуметрии.

- P2 - Полностью правильный ответ
- P1 - Ответ частично правильный
- P0 - Ответ неверен.

В 3 Какой из методов обследования в данном случае даст наиболее достоверную информацию

- Э - Цистоскопия.
- P2 - Ответ правильный
- P1 - В ответе есть ошибки.
- P0 - Ответ неверен полностью.

В 4 Чем обусловлено данное заболевание.

Э - Камень мочевого пузыря может быть результатом инфравезикальной обструкции, хронического цистита.

- P2 - Все ответы правильные
- P1 - Ответ верен только частично.
- P0 - Ответ полностью неверен.

В 5 Перечислите возможные мероприятия по третичной профилактике заболевания.

Э - Лечение воспалительных осложнений со стороны мочевых путей.

- P2 - Ответ верен
- P1 - Ответ частично верен.
- P0 - Ответ неверен.

Н - 016

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - Больная 55 лет поступила в городскую больницу скорой медицинской помощи с жалобами на боли в левой поясничной области, субфебрилитет. Анамнез: считает себя больной в течение года. При объективном осмотре живот мягкий, умеренно болезнен в левом подреберье. Пропальпировать чтолибо в подреберьях невозможно из-за массивной подкожно-жировой клетчатки. Симптом XII ребра (+) слева. Клинический анализ мочи: лейкоциты сплошь покрывают поле зрения. Анализ крови: НВ 100 г/л; Л - $5,9 \cdot 10^9$ /л; СОЭ 56 мм/час. На обзорной урограмме тень конкремента коралловидной формы в проекции левой почки 4х6 см. На серии экскреторных урограмм контрастного вещества в проекции левой почки не определяется. Функция правой почки не изменена. На радиоизотопной ренограмме: справа - сосудистая, секреторная и экскреторная составляющие кривой не нарушены, слева - "немая" почка. На ангиограммах: резкое обеднение сосудистого рисунка

слева; ангиоархитектоника справа не нарушена. Цистоскопия: видно выделение густого гноя в виде "пасты из тюбика" из левого устья.

В 1 Каков Ваш предварительный диагноз.

Э - Мочекаменная болезнь. Коралловидный камень левой почки.

Р2 - Диагноз поставлен верно.

Р1 - Только часть ответа указано правильно.

Р0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Осложнения основного заболевания.

Э - Калькулезный пионефроз, нефросклероз слева.

Р2 - Полностью правильный ответ

Р1 - Ответ частично правильный

Р0 - Ответ неверен.

В 3 Каков, вероятнее всего, химический состав камня.

Э - Фосфат.

Р2 - Ответ правильный

Р1 - В ответе есть ошибки.

Р0 - Ответ неверен полностью.

В 4 Какая лечебная тактика? Показания для оперативного лечения?

Э - Для устранения источника инфекции и интоксикации показана нефрэктомия слева.

Р2 - Все ответы правильные

Р1 - Ответ верен только частично.

Р0 - Ответ полностью неверен.

В 5 Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.

Э - Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, диета. Регулярное профилактическое обследование (УЗИ почек).

Р2 - Ответ верен

Р1 - Ответ частично верен.

Р0 - Ответ неверен.

Н - 017

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - Пациенту 36 лет четыре года назад проведена пластика гидронефроза слева. В течение трех месяцев беспокоят ноющие боли в поясничной области слева после физической нагрузки. На обзорной урограмме тени $2,5 \times 1,5$ и $1,0 \times 0,8$ см в проекции левой почки. На экскреторных урограммах функция левой почки снижена, гидронефроз, рецидив стриктуры

ПУС. Тени камней наслаиваются на пиелоуретральный сегмент и нижнюю группу чашечек. Справа изменений чашечно-лоханочной системы и мочеточника не обнаружено.

В 1 Каков Ваш предварительный диагноз.

Э - Рецидив стриктуры ПУС (пиелоуретрального сегмента) слева, гидронефроз слева. Камни левой почки.

Р2 - Диагноз поставлен верно.

Р1 - Только часть ответа указано правильно.

Р0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

Э - Для уточнения диагноза необходимо проведение МСКТ почек, посев мочи на БАК флору и антибиограмму.

Р2 - Полностью правильный ответ

Р1 - Ответ частично правильный

Р0 - Ответ неверен.

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

Э - Расширение полостной системы левой почки.

Р2 - Ответ правильный

Р1 - В ответе есть ошибки.

Р0 - Ответ неверен полностью.

В 4 Предпочтительный метод оперативного лечения.

Э - Перкутанная нефролитолапаксия слева. Рассечение стриктуры ПУС, стентирование мочеточника.

Р2 - Все ответы правильные

Р1 - Ответ верен только частично.

Р0 - Ответ полностью неверен.

В 5 Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике заболевания.

Э - Лечение воспалительных осложнений со стороны мочевых путей.

Р2 - Ответ верен

Р1 - Ответ частично верен.

Р0 - Ответ неверен.

Н - 018

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - у пациента 48 лет накануне обращения возник приступ острой боли в левой поясничной области и левой половине живота, после чего прекратилось мочеиспускание и

позывы на него. Мочи нет в течение 12 ч. При пальпации и перкуссии над лобком мочевого пузыря не определяется. При катетеризации мочевого пузыря мочи не получено. 6 лет назад удалена правая почка по поводу почечнокаменной болезни.

В 1 Предварительный диагноз.

Э - Мочекаменная болезнь. Камень левого мочеточника. Постренальная анурия.

P2 - Предварительный диагноз поставлен верно

P1 - Предварительный диагноз неполный, или указано неверное осложнение

P0 - Диагноз поставлен неверно

В 2 Какие дополнительные обследования необходимо провести

Э - Описание эталонного ответа на вопрос 2

P2 - Для уточнения диагноза необходимо выполнить клинический анализ крови, клинический анализ мочи, биохимический анализ крови, УЗИ почек, обзорная урография, МСКТ почек.

P1 - Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования

P0 - Методы обследования не указаны

В 3 Можно ли рассматривать состояние больного как неотложную ситуацию.

Э - Анурия – неотложное состояние. Анурия – полное прекращение выделения мочи или выделение не более 50 мл мочи в сутки.

P2 - Указано, что ситуация неотложная. Дано определение

P1 - Указано, что ситуация неотложная. Не дано определение

P0 - Ситуация не расценена как неотложная. Определение не дано.

В 4 Укажите способы ликвидации осложнения основного заболевания.

Э - Катетеризация левого мочеточника, установка внутреннего мочеточникового стента слева, чрескожная нефростомия. Уретеролитотрипсия

P2 - Указаны все способы ликвидации осложнения

P1 - Указаны не все способы ликвидации осложнения

P0 - Способы ликвидации осложнения не указаны

В 5 С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику

Э - Острая хирургическая патология, сопровождающаяся болевым синдромом в левой половине живота (острый дивертикулит ободочной кишки, местный неотграниченный перитонит, острый панкреатит). Острая кардиологическая патология – острый коронарный синдром

P2 - Указаны все варианты для дифференциальной диагностики

P1 - Перечислены не все варианты для дифференциальной диагностики

P0 - Варианты для дифференциальной диагностики не указаны

Н - 019

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - Больной 16 лет поступил в клинику с жалобами на увеличение правой половины мошонки. В возрасте 6 лет перенес орхопексию по поводу пахового крипторхизма. При пальпации мошонки правое яичко увеличено, малоболезненно, плотной консистенции, четких изменений в придатке не обнаружено, паховые лимфоузлы не увеличены. На экскреторных урограммах определяется отклонение правого мочеточника латерально.

В 1 Предварительный диагноз.

Э - Опухоль правого яичка, вероятно, метастазы в тазовые лимфатические узлы.

Р2- Диагноз установлен верно с локализацией основного процесса и вторичных изменений

Р1- Диагноз установлен верно с локализацией основного процесса. Вторичные изменения не выявлены или выявлены с неправильной локализацией

Р0- Диагноз установлен неверно

В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

Э - Для уточнения диагноза необходимо клинический анализ крови и мочи, определение ЛДГ, альфафетопротеина, Бэта-ХГЧ, УЗИ почек, КТ, МРТ, гистологическое исследование опухоли (тонкоигольная пункционная биопсия).

Р2- Указаны лабораторные и инструментальные виды исследований. Указаны основные онкомаркеры опухоли яичка

Р1 - Не указаны лабораторные или инструментальные виды исследований.

Указаны лабораторные и инструментальные виды исследований. Не указаны основные онкомаркеры опухоли яичка

Р0- Не указаны методы дополнительных исследований

В 3 Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.

Э - Гистологическое исследование опухоли (тонкоигольная пункционная биопсия).

Р2- Указан наиболее информативный метод с детальным описанием

Р1- Указан наиболее информативный метод без детального описания

Р0- Наиболее информативный метод не указан

В 4 От чего зависит объем вероятного оперативного вмешательства.

Э - От гистологического строения опухоли. Доброкачественная или злокачественная. Злокачественная (Герминогенные и негерминогенные.) Наличие или отсутствие метастазов. Стадия заболевания

Р2- Указаны все параметры, определяющие объем вмешательства

Р1- Указаны параметры, от которых зависит объем оперативного вмешательства не полностью

Р0- параметры, определяющие объем вмешательства не указаны

В 5 Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике.

Э - Орхэктомия в 6 лет

Р2- Профилактическая мера указана верно

Р1- Профилактическая мера указана в другом объеме (не радикально)

Р0- Профилактическая мера не указана

Н - 020

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - Больная 55 лет поступила в урологическую клинику с жалобами на учащенное мочеиспускание, наличие крови в моче, тупые боли в левой поясничной области. При цистоскопии на левой боковой стенке мочевого пузыря обнаружена грубоворсинчатая опухоль, входящая в 2 поля зрения цистоскопа на широком основании, прикрывает левое устье. На экскреторных урограммах функция правой почки не нарушена, слева-снижена.

В 1 Предварительный диагноз.

Э - Рак мочевого пузыря с вовлечением в процесс устья левого мочеточника.

P2- Диагноз установлен верно с уточнением локализации и распространения

P1- Диагноз установлен верно без уточнения локализации и распространения

P0- Диагноз установлен неверно

В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

Э - Для уточнения диагноза необходимо выполнение клинических, биохимических анализов крови и мочи, УЗИ почек и мочевого пузыря. МРТ малого таза. МСКТ мочевыделительной системы. ТУР биопсия мочевого пузыря с использованием в том числе фотодинамических методов

P2- Указаны и лабораторные, и инструментальные методы исследования

P1- Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования. Или не указаны все основные методы для оценки состояния органов мочевыделительной системы

P0- Не указаны дополнительные методы исследования

В 3 Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.

Э - Биопсия опухоли с последующим гистологическим исследованием. Выполняется с помощью трансуретральной резекции стенки мочевого пузыря в том числе с использованием фотодинамических методов.

P2- Указан наиболее информативный метод диагностики с пояснением механизма его

P1- Указан наиболее информативный метод диагностики без уточнения механизма его

P0- Не указан наиболее информативный метод диагностики, или указан иной менее информативный метод

В 4 План лечения.

Э - Лечение оперативное: резекция мочевого пузыря с уретероцистостомией.

P2- Указан оптимальный метод лечения с учетом распространения опухоли

P1- Указан метод лечения без учета распространения опухоли

P0- Метод лечения не указан

В 5 Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике.

Э - Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек (курение), исключение профессиональных вредностей (контакт с ароматическими аминами, фосфоорганическими веществами, ионизирующее излучение производство красок, полимеров)

P2- Указаны меры первичной профилактики с пояснением и уточнением возможных этиологических факторов

P1- Указаны меры профилактики без пояснения и уточнения возможных этиологических факторов

P0- Меры первичной профилактики не указаны.

Н - 021

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - Больной 69 лет поступил в клинику с жалобами на затрудненное мочеиспускание, вялую струю мочи, боли в промежности и крестце. Болен около года. При

ректальном обследовании: простата увеличена, с нечеткими контурами, бугристая, с очагами каменистой плотности.

В 1 Предварительный диагноз.

Э - Рак простаты.

P2- Диагноз установлен верно

P1- Диагноз установлен с нечетко определенной нозологией (например, гиперплазия простаты)

P0- Диагноз установлен неверно

В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

Э - Для уточнения диагноза необходимо выполнение ТРУЗИ простаты, определение уровня ПСА (простатспецифического антигена). МРТ малого таза.

P2- Указаны и лабораторные, и инструментальные методы исследования

P1- Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования.

P0- Не указаны дополнительные методы исследования

В 3 Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.

Э - Биопсия простаты с последующим гистологическим исследованием. Выполняется трансректальная мультифокальная 12 точечная биопсия под УЗ контролем. Возможно выполнение трансректальной или промежностной биопсии под МРТ наведением.

P2- Указаны метод и описание его вариантов

P1- Указан только метод без описания его вариантов

P0- Неверное указание наиболее достоверного метода диагностики

В 4 От чего зависит выбор метода лечения больного. Поясните.

Э - От стадии заболевания. При стадии 1-2стадии – радикальная простатэктомия, при 3-4стадии – орхэктомия, гормонотерапия, лучевая, химиотерапия

P2- Указан параметр с пояснением

P1- Указан параметр без пояснения

P0- Указан неверный параметр или не указан вовсе

В 5 Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике.

Э - Здоровый образ жизни, наблюдение у уролога. Контроль УЗИ простаты, определение ПСА (более 4 нг/мл), скорости прироста (более 0,75 нг/мл в год) и скорости удвоения его (менее чем 12 мес) –онконастороженность и показание к биопсии

P2- Указаны меры вторичной профилактики полно

P1- Указаны меры профилактики неполно

P0- Меры вторичной профилактики не указаны.

Н - 022

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - Больной 65 лет поступил в клинику с жалобами на вялую струю мочи, учащенное мочеиспускание (ночью до 6 раз). Болен 3 года. При ректальном обследовании простата увеличена, эластична с четкими контурами. На обзорной, экскреторных урограммах функция почек и пассаж контрастного вещества не нарушен. На нисходящей цистограмме имеется дефект наполнения в области шейки мочевого пузыря. Мочевина крови- 4,2 ммоль/л,

в анализе мочи до 10 лейкоцитов в поле зрения. По данным УЗИ остаточной мочи более 100 мл.

В 1 Предварительный диагноз.

Э - Гиперплазия простаты 2 стадии

P2- Диагноз установлен верно

P1- Диагноз установлен верно без уточнения стадии

P0- Диагноз установлен неверно

В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

Э - Для уточнения диагноза необходимо выполнение ТРУЗИ простаты, определение уровня ПСА (простатспецифического антигена). Урофлуометрия, определение IPSS

P2- Указаны и лабораторные, и инструментальные методы исследования

P1- Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования.

P0- Не указаны дополнительные методы исследования

В 3 От чего зависит вид оперативного вмешательства. Поясните.

Э - От типа роста и объема аденоматозной ткани. При объеме менее 60 г – ТУР. При объеме более 60 г и внутрипузырном росте – трансвезикальная аденомэктомия. При объеме более 60 г и парауретральном росте – позадилоная аденомэктомия.

P2- Указаны оба критерии выбора метода операции

P1- Указан 1 критерий выбора метода операции

P0- Неверное указание критериев выбора метода операции или отсутствие указания критериев.

В 4 Какой параметр определяет стадию заболевания.

Э - Наличие остаточной мочи. В норме объем остаточной мочи не превышает 50 мл

P2- Указан параметр с пояснением

P1- Указан параметр без пояснения

P0- Указан неверный параметр или не указан вовсе

В 5 Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике.

Э - Здоровый образ жизни, наблюдение у уролога.

P2- Указаны меры вторичной профилактики полно

P1- Указаны меры профилактики неполно

P0- Меры вторичной профилактики не указаны.

Н - 023

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - У больного 66 лет на протяжении 1 года отмечается учащенное мочеиспускание, периодически кровь с бесформенными сгустками в моче в конце мочеиспускания. При двустаканной пробе вторая порция мочи цвета «мясных помоев» со сгустками.

В 1 Предварительный диагноз.

Э - Гиперплазия простаты, камень мочевого пузыря.

P2- Диагноз установлен верно

P1 - Диагноз установлен с нечетко определенной нозологией

P0 - Диагноз установлен неверно

В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

Э - Для уточнения диагноза необходимо УЗИ мочевого пузыря и почек, пальцевой ректальный осмотр. ПСА крови

P2 - Указаны и лабораторные, и инструментальные методы исследования

P1 - Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования.

P0 - Не указаны дополнительные методы исследования

В 3 Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.

Э - Обзорная урография и УЗИ мочевого пузыря. Позволят выявить увеличенную простату с остаточной мочой, конкремент мочевого пузыря, обусловленный инфравезикальной обструкцией

P2 - Указаны метод и результат

P1 - Указан только метод без описания результата

P0 - Неверное указание наиболее достоверного метода диагностики

В 4 Каков объем предполагаемого оперативного вмешательства Какое исследование его точно определит.

Э - Аденомэктомия в сочетании с цистолитотомией. При наличии лейкоцитурии (клинический анализ мочи) – цистолитотомия и цистостомия.

P2 - Указан метод с определяющим исследованием и уточнением в зависимости от результата исследования.

P1 - Указан метод без определяющего исследования

P0 - Указан неверный метод и неверное определяющее исследование

В 5 Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике.

Э - Здоровый образ жизни, наблюдение у уролога, прием уроантисептиков.

P2 - Указаны меры вторичной профилактики полно

P1 - Указаны меры профилактики неполно

P0 - Меры вторичной профилактики не указаны.

Н - 024

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - У больного 72 лет после приема алкоголя прекратилось мочеиспускание, появились ощущение переполнения мочевого пузыря, настоятельные позывы на мочеиспускание, сильные распирающие боли внизу живота. До этого в течение 2-3 лет отмечал умеренное затруднение мочеиспускания, учащение его ночью до 2-3 раз, ослабление струи мочи.

В 1 Предварительный диагноз.

Э - Доброкачественная гиперплазия простаты, острая задержка мочеиспускания.

P2 - Диагноз установлен верно

P1 - Диагноз установлен верно, не указано осложнение.

P0 - Диагноз установлен неверно

В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

Э - Для уточнения диагноза необходимо осмотреть больного ректально, ТРУЗИ простаты, УЗИ почек и мочевого пузыря, клинические и биохимические анализы крови, определить уровень ПСА.

P2 - Указаны и лабораторные, и инструментальные методы исследования

P1 - Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования.

P0 - Не указаны дополнительные методы исследования

В 3 Объем оказания неотложной помощи.

Э - Катетеризация мочевого пузыря, при технической невозможности – цистостомия (Троакарная или открытая).

P2 - Указана суть неотложной помощи, сформулированы методы ее оказания с разновидностями

P1 - Указана только суть неотложной помощи, или сформулированы методы ее оказания без подробного описания разновидностей

P0 - Не указан метод неотложной помощи

В 4 Какой параметр определяет стадию заболевания.

Э - Наличие остаточной мочи, показатели азотистого обмена.

P2 - Указаны все определяющие параметры.

P1 - Не указан 1 из параметров

P0 - Параметры не указаны

В 5 Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике.

Э - Здоровый образ жизни, наблюдение у уролога, своевременное оперативное лечение.

P2 - Указаны меры вторичной профилактики полно

P1 - Указаны меры профилактики неполно

P0 - Меры вторичной профилактики не указаны.

Н - 025

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - Больной 80 лет предъявляет жалобы на постоянное непроизвольное выделение мочи каплями в течение 2 недель. До этого учащенное и затрудненное мочеиспускание с выделением большого количества мочи (до 3 л в сутки), прозрачной и бесцветной, сухость во рту, сильная жажда. Диагноз «Сахарный диабет» не подтвержден. Над лобком прощупывается округлое, эластичное, умеренно болезненное образование.

В 1 Предварительный диагноз.

Э - Доброкачественная гиперплазия простаты 3 стадии. ХПН. Полиурия

P2 - Диагноз установлен верно

P1 - Диагноз установлен верно, но без указания стадии и осложнений

P0 - Диагноз установлен неверно

В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

Э - Для уточнения диагноза необходимо: пальцевой ректальный осмотр, ТРУЗИ, определение уровня ПСА, мочевины, креатинина. УЗИ почек и мочевого пузыря

P2 - Указаны и лабораторные, и инструментальные методы исследования

P1 - Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования.

P0 - Не указаны дополнительные методы исследования

В 3 От чего зависит вид оперативного вмешательства. Поясните.

Э - У больного явные признаки ХПН на фоне аденомы простаты, что является показанием к цистостомии.

P2 - Указан параметр, от которого зависит вид оперативного вмешательства с пояснением

P1 - Указан параметр без пояснения

P0 - Не указан параметр, от которого зависит вид оперативного вмешательства

В 4 Какой параметр определяет стадию заболевания.

Э - Наличие остаточной мочи, показатели азотистого обмена.

P2 - Указаны все определяющие параметры.

P1 - Не указан 1 из параметров

P0 - Параметры не указаны

В 5 Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике.

Э - Здоровый образ жизни, наблюдение у уролога, своевременное оперативное лечение.

P2 - Указаны меры вторичной профилактики полно

P1 - Указаны меры профилактики неполно

P0 - Меры вторичной профилактики не указаны.

Н - 026

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - Больной 56 лет сегодня утром внезапно, на фоне нормального самочувствия отметил выделение мочи ярко-красного цвета, с червеобразными сгустками. Окраска мочи равномерная на протяжении всего акта мочеиспускания. Такой же цвет мочи при двух последующих мочеиспусканиях. Содержание гемоглобина крови и артериальное давление - в пределах нормы.

В 1 Предварительный диагноз.

Э - Клиническая картина характерна для опухоли почки.

P2 - Диагноз установлен верно. Указан орган, котором локализуется патологический процесс

P1 - Упоминание об онкопатологии, но без указания локализации патологического процесса

P0 - Диагноз установлен неверно

В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

Э - Для уточнения диагноза необходимо УЗИ почек, обзорная, экскреторная урография, МРТ, МСКТ, клинические и биохимические анализы крови и мочи

P2 - Указаны и лабораторные, и инструментальные методы исследования

P1 - Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования.

P0 - Не указаны дополнительные методы исследования

В 3 Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.

Э - МСКТ мочевыделительной системы с внутривенным болюсным контрастированием, определением ангиоархитектоники патологического процесса

P2 - Указан метод с пояснением

P1 - Указан метод без пояснения

P0 - Не указан метод

В 4 Каков объем оперативного вмешательства, если таковое показано.

Э - Радикальная нефрэктомия с лимфаденэктомией.

P2 - Указаны полный объем

P1 - Объем указан неполностью

P0 - Объем указан неверно

В 5 Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике.

Э - Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек.

P2 - Указаны меры первичной профилактики полно

P1 - Указаны меры профилактики неполно

P0 - Меры первичной профилактики не указаны.

Н - 027

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - Больной 62 лет обратился за медицинской помощью в связи с примесью крови к моче, равномерно окрашивающей всю струю мочи, почти постоянным повышением температуры тела до 37,8-38,00 С. При осмотре выявлено варикозное расширение вен семенного канатика справа. В момент осмотра моча без видимой примеси крови.

В 1 Предварительный диагноз.

Э - Клиническая картина характерна для опухоли правой почки.

P2 - Диагноз установлен верно. Указан орган, в котором локализуется патологический процесс

P1 - Упоминание об онкопатологии, но без указания локализации патологического процесса

P0 - Диагноз установлен неверно

В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

Э - Для уточнения диагноза необходимо УЗИ почек, обзорная, экскреторная урография, МРТ, МСКТ, клинические и биохимические анализы крови и мочи

P2 - Указаны и лабораторные, и инструментальные методы исследования

P1 - Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования.

P0 - Не указаны дополнительные методы исследования

В 3 О каком осложнении говорит наличие правостороннего варикоцеле.

Э - О наличии флотирующего тромба в нижней полой вене.

P2 - Указано осложнение с четкой локализацией

P1 - Указано осложнение, локализация указана неверно или не указана

P0 - Не указано осложнение

В 4 Каков объем оперативного вмешательства, если таковое показано.

Э - Радикальная нефрэктомия с лимфаденэктомией и тромбэктомией.

P2 - Указаны полный объем

P1 - Объем указан неполностью

P0 - Объем указан неверно

В 5 Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике.

Э - Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек.

P2 - Указаны меры первичной профилактики полно

P1 - Указаны меры профилактики неполно

P0 - Меры первичной профилактики не указаны.

Н - 028

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - Больной 65 лет поступил в урологическую клинику с жалобами на вялую струю мочи, учащенное мочеиспускание, ноктурию (до 6 раз). Анамнез: подобные явления, нарастая, отмечаются в течение 3 лет. При осмотре: живот мягкий, безболезненный. Per rectum: простата увеличена, эластична, поверхность гладкая, контуры четкие, бороздка сглажена. Клинический анализ крови - б/патологии. Мочевина крови - 4,2 ммоль/л. Анализ мочи: лейкоциты до 4 в п/зр. На экскреторных урограммах функция почек и пассаж контрастного вещества из верхних мочевых путей не нарушены. На нисходящей цистограмме имеется дефект наполнения полулунной формы по нижнему контуру мочевого пузыря. По данным УЗИ остаточной мочи более 100 мл.

В 1 Предварительный диагноз.

Э - Проведенное обследование выявило наличие аденомы простаты 2 ст.

P2 - Диагноз установлен верно. Указан орган, в котором локализуется патологический процесс и стадия

P1 - Диагноз установлен верно. Указан орган, в котором локализуется патологический процесс без указания стадии

P0 - Диагноз установлен неверно

В 2 Какой параметр определяет стадию заболевания.

Э - Наличие остаточной мочи, определяемой по данным УЗИ мочевого пузыря.

P2 - Параметр указан верно, есть пояснение

P1 - Параметр указан верно, без пояснения

P0 - Параметр не указан, или указан неверно

В 3 Какова в данном случае тактика лечения.

Э - Отсутствие у больного явлений почечной недостаточности и острого пиелонефрита дает возможность выполнить одномоментную аденомэктомию.

P2 - Указана тактика с пояснением

P1 - Указана тактика без пояснения

P0 - Тактика указана неверно или не указана

В 4 Какие осложнения данного заболевания возможны. Как называется последняя стадия этого заболевания и чем она характеризуется.

Э - Острый или хронический обструктивный пиелонефрит; ХПН; острая задержка мочи; кровотечение из варикозно расширенных вен шейки мочевого пузыря, хронический цистит, камни мочевого пузыря. Третья стадия аденомы простаты называется стадией декомпенсации, характеризуется наличием парадоксальной ишурии, хроническим обструктивным пиелонефритом и развитием ХПН.

P2 - Ответ на вопрос полный

P1 - Ответ на вопрос не полный (менее 3 осложнений)

P0 - Ответ неверный, осложнения не указаны

В 5 Укажите меры третичной профилактики

Э - Прием уроантисептиков в течение 6 мес.

P2 - Указаны меры третичной профилактики полно

P1 - Указаны меры профилактики неполно

P0 - Меры третичной профилактики не указаны.

Н - 029

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - В приемный покой городской больницы скорой медицинской помощи доставлен больной 64 лет с жалобами на отсутствие самостоятельного мочеиспускания в течение суток, повышение температура до 38 С без ознобов. Анамнез: расстройства мочеиспускания в виде ослабления струи мочи, ночной поллакиурии, императивных позывов к мочеиспусканию в течение последних 5 лет. Накануне заболевания употреблял алкоголь. При осмотре: живот мягкий, умеренно болезнен в левом подреберье и над лоном, где пальпируется увеличенный мочевой пузырь. Симптом XII ребра (+) слева. Температура тела при поступлении 38,2С.

В 1 Каким заболеванием страдает больной.

Э - Больной страдает аденомой простаты (аденомой периуретральных желез, доброкачественной гиперплазией простаты).

P2 - Диагноз установлен верно. Указаны различные наименования конкретной нозологии

P1 - Диагноз установлен верно. Варианты наименований конкретной нозологии не указаны

P0 - Диагноз установлен неверно

В 2 Какие осложнения возникли у данного больного.

Э - Острая задержка мочеиспускания. Острый пиелонефрит слева.

P2 - Указаны все осложнения

P1 - Указаны не все осложнения

P0 - Осложнения не указаны

В 3 Какие осложнения данного заболевания возможны.

Э - Острый или хронический обструктивный пиелонефрит; ХПН; острая задержка мочи; кровотечение из варикозно расширенных вен шейки мочевого пузыря; хронический цистит; камни мочевого пузыря.

P2 - Указаны все осложнения

P1 - Указано не менее 3 осложнений

P0 - Осложнения не указаны

В 4 Какие обследования необходимо провести для подтверждения диагноза. Каковы неотложные лечебные мероприятия в данном случае.

Э - Пальцевое ректальное исследование простаты. Обзорная, экскреторная урография; анализы крови; исследование состояния сердечно-сосудистой системы. Наложение эпицистостомического дренажа, массивная антибактериальная и детоксикационная терапия.

P2 - Ответ на вопрос полный (указаны обследования и лечебные мероприятия)

P1 - Ответ на вопрос не полный (указаны только обследования или лечебные мероприятия, или неверное указание или методов обследования или лечебных мер)

P0 - Ответ неверный. Не указаны методы обследования и лечебные меры

В 5 Укажите меры третичной профилактики

Э - Наблюдение у уролога.

P2 - Указаны меры третичной профилактики полно

P1 - Указаны меры профилактики неполно

P0 - Меры первичной профилактики не указаны.

Н - 030

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - Девочка 12 лет страдает хроническим циститом с обострениями до 2-3 раз в год с 7 лет. Со слов матери последние 2 года периодически появляются тупые ноющие боли в левой поясничной области, чаще в ночное время и во время мочеиспускания, сопровождаются субфебрилитетом, головной болью, слабостью. АД 130/100 мм рт. ст. Анализ мочи - единичные лейкоциты. Анализ мочи по Нечипоренко - 8000 лейкоцитов. На обзорной урограмме левая почка небольших размеров с неровными контурами, теней конкрементов не определяется. На экскреторных урограммах - функция левой почки снижена, определяется умеренная пиелэктазия, расширение нижней трети левого мочеточника.

В 1 Предварительный диагноз.

Э - Клиническая картина характерна для пузырно-мочеточниково-лоханочного рефлюкса. Хронического рефлюкс-генного пиелонефрита (рефлюкс-нефропатии).

P2 - Диагноз установлен верно. Полный ответ

P1 - Диагноз установлен верно. Неполный ответ

P0 - Диагноз установлен неверно

В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

Э - Для уточнения диагноза необходима микционная цистоуретрография (цистоуретрография в момент мочеиспускания)

P2 - Указан метод с пояснением

P1 - Указаны метод без пояснения

P0 - Метод обследования не указан

В 3 Укажите признаки осложнения основного заболевания.

Э - Нефросклероз (неровность контура почек слева).

P2 - Указано осложнение с пояснением

P1 - Указано осложнение без пояснения

P0 - Признаки осложнения не указаны

В 4 С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику.

Э - Мочекаменная болезнь. Рентгеннегативный камень мочеточника.

P2 - Ответ на вопрос полный (указана нозология и характеристика субстрата)

P1 - Ответ на вопрос не полный

P0 - Ответ неверный.

В 5 Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике заболевания.

Э - Антибактериальная терапия (прием уроантисептиков курсами).
Принудительное мочеиспускание через 2,5- 3 часа.

P2 - Указаны меры вторичной профилактики полно

P1 - Указаны меры профилактики неполно

P0 - Меры первичной профилактики не указаны.

Н - 031

Ф Код функции Текст названия трудовой функции

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - У больного 17 лет, после перенесенного фурункула правого предплечья, появились тупые боли в правой поясничной области, повышение температуры до 38,0С, снижение аппетита, слабость. При осмотре в правой поясничной области отмечается припухлость. Больной лежит на правом боку с подтянутым к животу бедром. При пальпации в правойпояснично-подребернойобласти отмечается дефанс, положительный симптом XII ребра. ОАК: выраженный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево. На обзорной урограмме контуры поясничной мышцы справа не определяются. Теней, подозрительных на конкременты, в проекции почек, мочевых путей не выявлено, выражен сколиоз. По данным УЗИ расширения ЧЛС не выявлено, нечетко лоцируется контур верхнего полюса правой почки, подвижность почки снижена.

В 1 Предварительный диагноз.

Э - Клиническая картина характерна для острого гнойного пиелонефрита.

P2 - Диагноз установлен верно. Полный ответ

P1 - Диагноз установлен верно. Неполный ответ

P0 - Диагноз установлен неверно

В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

Э - УЗИ почек с цветным доплеровским картированием, МСКТ мочевогоделительной системы с внутривенным болюсным контрастированием

P2 - Указан метод с пояснением

P1 - Указаны метод без пояснения

P0 - Метод обследования не указан

В 3 Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.

Э - МСКТ мочевогоделительной системы с внутривенным болюсным контрастированием

P2 - Указан метод с пояснением

P1 - Указан метод без пояснения

P0 - Указан неверный метод

В 4 С чем связано вынужденное положение больного.

Э - Гнойный процесс в почке осложнился паранефритом, псоитом.

P2 - Ответ на вопрос полный (указана нозология и характеристика субстрата)

P1 - Ответ на вопрос не полный

P0 - Ответ неверный.

В 5 Перечислите возможные мероприятия по третичной профилактике заболевания.

Э - Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, исследование и коррекция изменений иммунной системы.

P2 - Указаны меры вторичной профилактики полно

P1 - Указаны меры профилактики неполно

P0 - Меры первичной профилактики не указаны.

Н - 032

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - У женщины 20 лет на следующий день после переохлаждения появилось учащенное, болезненное мочеиспускание, терминальная гематурия, боли внизу живота. Температура не повышена.

В 1 Предварительный диагноз.

Э - Клиническая картина характерна для острого цистита.

P2 - Диагноз установлен верно. Полный ответ (указана нозология и течение процесса)

P1 - Диагноз установлен верно. Неполный ответ

P0 - Диагноз установлен неверно

В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

Э - УЗИ почек, мочевого пузыря; общий анализ мочи, посев мочи. Клинический анализ крови

P2 - Указаны и лабораторные, и инструментальные методы исследования

P1 - Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования.

P0 - Не указаны дополнительные методы исследования

В 3 Какой метод обследования необходимо выполнить после стихания воспалительных явлений

Э - Цистоскопия. Так как метод инвазивный и применяется наполнение мочевого пузыря с возможным возникновением рефлюксов ПМР

P2 - Указан метод с пояснением

P1 - Указан метод без пояснения

P0 - Указан неверный метод

В 4 Какие виды гематурий Вам известны.

Э - Инициальная, тотальная, терминальная.

P2 - Ответ на вопрос полный (указана 3 вида)

P1 - Ответ на вопрос не полный (указано не менее 2 видов)

P0 - Ответ неверный. Или указан 1 вид

В 5 Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.

Э - Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, исследование и коррекция изменений иммунной системы, общая гигиена, гигиена половой жизни.

P2 - Указаны меры вторичной профилактики полно

P1 - Указаны меры профилактики неполно

P0 - Меры первичной профилактики не указаны.

Н - 033

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - У больной 16 лет последние 2 года периодически, чаще в ночное время, возникают приступы острых болей в правой пояснично-подреберной области, сопровождающиеся подъемом температуры до 39°C, ознобом. Неоднократно была осмотрена дежурным хирургом, который данных за острую хирургическую патологию не находил. В дошкольном возрасте наблюдались частые обострения хронического цистита, лечилась у педиатра.

В 1 Предварительный диагноз.

Э - Клиническая картина характерна для обострения хронического цистита на почве других заболеваний мочевого пузыря, уретры, почек, возможно специфического характера.

P2 - Диагноз установлен верно. Полный ответ (указана нозология и дано пояснение фоновых заболеваний)

P1 - Диагноз установлен верно. Неполный ответ

P0 - Диагноз установлен неверно

В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

Э - УЗИ почек, мочевого пузыря; обзорная, экскреторная урография, общий анализ мочи, посев мочи. Клинический анализ крови

P2 - Указаны и лабораторные, и инструментальные методы исследования

P1 - Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования.

P0 - Не указаны дополнительные методы исследования

В 3 Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.

Э - Цистоскопия, посев мочи на ВК.

P2 - Указаны все методы

P1 - Указан 1 метод

P0 - Метод не указан или указан неверный метод

В 4 Какое заболевание наиболее вероятно.

Э - Туберкулез органов мочевыделительной системы. Поражение мочевого пузыря

P2 - Ответ на вопрос полный

P1 - Ответ на вопрос не полный

P0 - Ответ неверный

В 5 Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.

Э - Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, исследование и коррекция изменений иммунной системы, общая гигиена, гигиена половой жизни.

P2 - Указаны меры первичной профилактики полно

P1 - Указаны меры профилактики неполно

P0 - Меры первичной профилактики не указаны.

Вид Код Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса

И - 034

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - У больного 12 лет после перенесенного фурункула правого предплечья появились тупые боли в правой поясничной области, повышение температуры до 38 градусов, снижение аппетита, слабость. При осмотре в правой поясничной области отмечается припухлость. Больной лежит на правом боку с подтянутым к животу бедром. При пальпации в правой пояснично-подреберной области отмечается дефанс, положительный симптом XII ребра. ОАК: выраженный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево. На обзорной урограмме контуры поясничной мышцы справа не определяются. Теней, подозрительных на конкременты, в проекции почек, мочевых путей не выявлено, выражен сколиоз. По данным УЗИ расширения ЧЛС не выявлено, нечетко лоцируется контур верхнего полюса правой почки, подвижность почки снижена.

В 1 Предварительный диагноз.

Э - Клиническая картина характерна для острого гнойного пиелонефрита, паранефрита справа

R2 - Диагноз установлен верно. Полный ответ

R1 - Диагноз установлен верно. Неполный ответ

R0 - Диагноз установлен неверно

В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

Э - Обзорная, экскреторная урография, УЗИ почек, ЦДК; общий анализ мочи, посев мочи. МСКТ мочевогоделительной системы с внутривенным болюсным контрастированием

R2 - Указаны и лабораторные, и инструментальные методы исследования

R1 - Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования.

R0 - Не указаны дополнительные методы исследования

В 3 Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.

Э - МСКТ мочевогоделительной системы с внутривенным болюсным контрастированием, УЗИ почек с ЦДК

R2 - Указаны все методы

R1 - Указан 1 метод

R0 - Метод не указан или указан неверный метод

В 4 При каких данных УЗИ показано оперативное лечение. Укажите объем оперативного вмешательства.

Э - При наличии очага ишемии почечной паренхимы. Операция: люмботомия, ревизия правой почки, возможно иссечение карбункула, декапсуляция почки, дренирование забрюшинного пространства.

R2 - Ответ на вопрос полный

R1 - Ответ на вопрос не полный

R0 - Ответ неверный

В 5 Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.

Э - Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, исследование и коррекция изменений иммунной системы. Профилактика гнойничковых поражений кожи.

R2 - Указаны меры первичной профилактики полно

- P1 - Указаны меры профилактики неполно
- P0 - Меры первичной профилактики не указаны.

Н - 035

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - Пациент 55 лет поступил в урологическую клинику с жалобами на учащенное мочеиспускание, наличие крови в моче. При цистоскопии на левой боковой стенке мочевого пузыря обнаружена грубоворсинчатая опухоль на широком основании, входящая в 1 поле зрения цистоскопа. На экскреторных урограммах нарушения функции почек нет.

В 1 Предварительный диагноз.

Э - Новообразование мочевого пузыря. Рак мочевого пузыря.

P2 - Диагноз установлен верно. Полный ответ с указанием локализации, характера поражения (добро/злокачественное)

P1 - Диагноз установлен верно. Неполный ответ

P0 - Диагноз установлен неверно

В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

Э - Для уточнения диагноза необходимо клинические анализы крови и мочи, биохимические анализы крови, УЗИ почек и мочевого пузыря, органов брюшной полости, Р-графия легких. МРТ малого таза

P2 - Указаны и лабораторные, и инструментальные методы исследования

P1 - Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования.

P0 - Не указаны дополнительные методы исследования

В 3 Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.

Э - Биопсия опухоли с последующим гистологическим исследованием. Выполняется с помощью трансуретральной резекции

P2 - Метод описан полно

P1 - Метод описан неполно

P0 - Метод не указан или указан неверный метод

В 4 План лечения.

Э - Лечение оперативное: ТУР опухоли мочевого пузыря. Возможно проведение внутрипузырной химиотерапии при мышечноинвазивном раке. Цистэктомия в зависимости от стадии опухоли по TNM

P2 - Ответ на вопрос полный

P1 - Ответ на вопрос не полный

P0 - Ответ неверный

В 5 Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.

Э - Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, исключение профессиональных вредностей.

P2 - Указаны меры первичной профилактики полно

P1 - Указаны меры профилактики неполно

P0 - Меры первичной профилактики не указаны.

Н - 036

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - Больной 44 лет обратился в приемный покой стационара с жалобами на острые боли в правой пояснично-подреберной области, иррадиирующие по ходу мочеточника, правую половину мошонки, сопровождающиеся тошнотой и рвотой. Отмечает учащенное малыми порциями мочеиспускание. Боли в поясничной области беспокоят в течение 3-х суток. Вчера присоединилась гипертермия до 38,4°C с ознобом, в моче заметил незначительную примесь крови без сгустков, появилась дизурия. После приема анальгина, спазмолитиков состояние не улучшилось. Из анамнеза известно, что 2 года назад наблюдался аналогичный приступ болей, купированный инъекциями папаверина, анальгина. В дальнейшем он за медицинской помощью не обращался и не обследовался. При осмотре общее состояние средней тяжести, больной беспокоен, мечется от болей, кожные покровы бледные. Язык сухой, обложен белым налетом. Температура тела – 38,2°C. Пульс 98 уд. /мин, ритмичен, АД – 100/70 мм. рт. ст. Живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в правой пояснично-подреберной области. Симптом XII ребра справа (+). Перкуторно мочевой пузырь не определяется. Лабораторные данные - ОАК: Нб – 112г/л; L- 12,8х10⁹/л, Э – 1%; Ю-1%, П-6%; С-77%, Л. – 15%; ОАМ: L – 3 в п/зр, Ег – 4-5 в п/зр.

В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз.

Э - Острый (не исключается гнойный) калькулезный правосторонний пиелонефрит. Обтурирующий камень интрамурального отдела правого мочеточника. Правосторонняя почечная колика.

Р2 - Диагноз поставлен верно.

Р1 - Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена.

Р0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Определите, чем обусловлена клиническая картина.

Э - Клиническая картина обусловлена обтурацией мигрирующим из почки камнем правого мочеточника, последующим развитием на этом фоне острого пиелонефрита.

Р2 - Ответ дан верно.

Р1 - Клиническая картина обоснована не в полном объеме: часть патологий упущена.

Р0 - Клиническая картина обоснована неверно.

В 3 Какие методы обследования дадут наиболее достоверную информацию о характере заболевания.

Э - Лучевые методы: МСКТ, УЗИ и ДГ почек, экскреторная урография (с возможным проведением экскурсионной урографии, отсроченных R- снимков).

Р2 - Методы обследования указаны верно.

Р1 - Методы обследования указаны неполностью: названы не все методы обследования.

Р0 - Методы обследования указаны неверно.

В 4 Какой лечебный алгоритм целесообразен в данном случае.

Э - При подтверждении диагноза, отсутствии деструктивных изменений в паренхиме правой почки – срочное восстановление уродинамики: катетеризация правого мочеточника/пункционная нефроопиелостомия (при невозможности такого восстановления

пассажа мочи – открытая нефропиелостомия) + детоксикационная, антибактериальная терапия.

P2 - Лечебный алгоритм определен в полном объеме.

P1 - Лечебный алгоритм определен неполностью: часть лечебных мероприятий упущена.

P0 - Лечебный алгоритм определен неверно.

В 5 Выпишите рецепт на цефотаксим.

Э - Rp.: S. Cefotaximi (Claforani) 1,0

D.t.d. N 20 in flac.

S. Содержимое флакона растворить в 20 мл воды для инъекций, вводить в/в медленно в теч.3-5 минут 2 раза в сутки.

P2 - Рецепт выписан верно.

P1 - Рецепт выписан с грамматическими ошибками, либо неверно указаны дозировки препарата или режим приема.

P0 - Рецепт выписан неверно.

Н - 037

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - Больная 24 лет обратилась в приемный покой ГБ с жалобами на острые боли в левой пояснично-подреберной области, иррадиирующие в левую подвздошно-паховую область, сопровождающиеся тошнотой и рвотой, учащенным малыми порциями мочеиспусканием. Перечисленные жалобы появились 2 часа назад, кроме этого отмечает в моче примесь крови без сгустков. После приема анальгина состояние не улучшилось. Из анамнеза известно, что год назад наблюдался аналогичный приступ болей, купированный инъекциями папаверина, анальгина. В дальнейшем боли не повторялись, она не обследовалась. При осмотре общее состояние удовлетворительное, пациентка беспокойна, мечется от болей. Кожные покровы не изменены. Температура тела – 37,2°C. Пульс 80 уд./мин., ритмичен, АД – 110/70 мм. рт. ст. Язык влажный, живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в левой пояснично-подреберной области. Симптом XII ребра слева (+). Перкуторно мочевого пузыря не определяется.

В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз.

Э - Камень интрамурального отдела левого мочеточника. Левосторонняя почечная колика.

P2 - Диагноз поставлен верно.

P1 - Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена.

P0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Чем обусловлена клиническая картина

Э - Клиническая картина обусловлена миграцией камня из почки в интрамуральный отдел левого мочеточника.

P2 - Клиническая картина оценена верно и полностью

P1 - Клиническая картина оценена неполностью, часть патологий упущена

P0 - Клиническая картина оценена неверно

В 3 Ка Какие заболевания органов брюшной полости требуют проведения дифференциальной диагностики.

Э - Заболевания, сопровождающиеся клиникой "острого живота"(острая кишечная непроходимость, прободная язва желудка или ДПК, острый панкреатит, острый холецистит, острый аппендицит и другие).

P2- Группа заболеваний определена верно, указано не менее пяти основных патологических состояний.

P1- Группа заболеваний определена верно, названо менее пяти основных патологических состояний.

P0- Группа заболеваний определена неверно.

В 4 Какие методы обследования дадут наиболее достоверную информацию о характере заболевания.

Э - Лучевые методы: УЗИ/ДГ почек, мочеточников, мочевого пузыря; МСКТ, экскреторная урография (с возможным проведением экскурсионной урографии, отсроченных R-снимков).

P2- Группа методов определена верно, указаны все методы обследования.

P1- Группа методов определена верно, указаны все методы обследования.

P0- Группа методов определена неверно.

В 5 Выпишите рецепт на раствор атропина.

Э - Rp.: S. Atropini sulfatis 0,1% 1,0

72

D.t.d. N 10 in amp

S. Подкожно по 1 мл 1-2раза в день

P2- Рецепт выписан верно.

P1- Рецепт выписан с грамматическими ошибками, либо неверно указаны дозировки препарата или режим приема.

P0- Рецепт выписан неверно.

Н - 038

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - Больной 34 лет обратился в приемный покой ГБ с жалобами на острые боли в правой пояснично-подреберной области, иррадиирующие по ходу мочеточника, правую мошонку, сопровождающиеся тошнотой и рвотой, учащенным малыми порциями мочеиспусканием. Перечисленные жалобы, примесь крови без сгустков в моче отмечает в течение 4 часов. Прием анальгина не принесло облегчения. Из анамнеза известно, что прошлый год наблюдался аналогичный приступ болей, купированный инъекциями папаверина, анальгина. Боли не повторялись, в дальнейшем не обследовался. При осмотре общее состояние удовлетворительное, но больной беспокоен, мечется от болей. Температура тела – 37,2°C. Пульс 80 уд./мин, ритмичен, АД – 110/70 мм. рт. ст. Язык влажный, живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в правой пояснично-подреберной области. Симптом XII ребра справа (+). Мочевой пузырь перкуторно не определяется.

В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз.

Э - Камень интрамурального отдела правого мочеточника. Правосторонняя почечная колика.

P2- Диагноз поставлен верно.

P1- Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена.

P0- Диагноз поставлен неверно.

В 2 Какие дополнительные исследования необходимо произвести для уточнения и подтверждения диагноза.

Э - Для уточнения диагноза необходимо провести общий анализ мочи и крови, УЗИ почек, мочеточников, мочевого пузыря, обзорную и экскреторную урографию, МСКТ.

P2 - Указаны все методы обследования.

P1 - Указаны не все методы обследования.

P0 - Методы обследования не указаны или указаны неверно.

В 3 Перечислите методы лечения основного патологического состояния.

Э - Горячая ванна, внутримышечное, внутривенное введение спазмолитика/аналгетика, блокада семенного канатика/круглой связки матки по Лорин-Элштейну, катетеризация мочеточника, уретеропиелоскопия.

P2 - Методы лечения основного патологического состояния указаны верно и в полном объеме.

P1 - Методы лечения основного патологического состояния указаны верно, но не в полном объеме.

P0 - Методы лечения основного патологического состояния указаны неверно или не указаны совсем.

В 4 Перечислите возможные осложнения.

Э - Острый калькулезный пиелонефрит, постренальная анурия (при обтурации мочеточника единственной функционирующей почки), острый гидронефроз, форникальное кровотечение.

P2 - Возможные осложнения указаны верно и в полном объеме.

P1 - Возможные осложнения указаны верно, но не в полном объеме.

P0 - Возможные осложнения указаны неверно или не указаны совсем.

В 5 Выпишите рецепт на спазмолитический препарат.

Э - Rp.: Sol No-spanil 2% 2,0

D.t.d. N 10 in amp

S. В мышцу по 2 мл 1-2 раза в день.

P2 - Рецепт выписан верно.

P1 - Рецепт выписан с грамматическими ошибками, либо неверно указаны дозировки препарата или режим приема.

P0 - Рецепт выписан неверно.

Н - 039

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - Больная 50 лет поступила в Городскую больницу скорой медицинской помощи с жалобами на интенсивные боли в левой поясничной области, сухость во рту, слабость, субфебрилитет. Анамнез: во время беременности, 30 лет назад лечилась по поводу острого пиелонефрита. В последующем не обследовалась, хотя периодически отмечался субфебрилитет. В течение 5 лет на фоне субфебрилитета стали беспокоить боли ноющего характера в левой поясничной области, повышение артериального давления. В последний год периодически наблюдалось выделение мутных порций мочи, временами повышение температуры тела до 38°C с познанием. Амбулаторно терапевтом проводилось лечение по поводу обострения хронического пиелонефрита. Ухудшение состояния в течение 5 дней - усилились боли в левой поясничной области, сопровождающиеся гипертермией, ознобами, потливостью, слабостью. Объективно: положение вынужденное, левая нижняя конечность

согнута в коленном и тазобедренном суставах. Разгибание левой нижней конечности вызывает усиление боли в подвздошной области. Общее состояние средней тяжести, кожные покровы сухие. Температура тела – 38,2°C. Пульс 98 ударов в 1 минуту, ритмичен, АД

34

– 100/60 мм. рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в левой пояснично-подреберной области, где определяется напряжение мышц. Пальпация не информативна из-за массивной подкожно-жировой клетчатки. Симптом XII ребра (+) слева. На обзорной урограмме в проекции левой почки выявлена тень коралловидного конкремента размеров 4х6 см, контур m.psoas четко не визуализируется.

В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз.

Э - Острый вторичный левосторонний паранефрит, калькулезный левосторонний пионефроз, коралловидный камень левой почки.

P2 - Диагноз поставлен верно.

P1 - Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена.

P0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Определите план обследования больной для уточнения диагноза.

Э - Для уточнения диагноза необходимо провести общий анализ мочи и крови, биохимический анализ крови, УЗИ почек, мочеточников, мочевого пузыря, МСКТ и экскреторную урографию (с возможным проведением отсроченных R-снимков).

P2 - Указаны все методы обследования в полном объеме.

P1 - Указаны не все методы обследования, часть методов упущена.

P0 - Методы обследования не указаны или указаны неверно.

В 3 Назовите возможные осложнения данного заболевания.

Э - Калькулезный пионефроз, нефросклероз слева, уросепсис, септический шок, ОПН, ХПН.

P2 - Возможные осложнения указаны верно и в полном объеме.

P1 - Возможные осложнения указаны верно, но не в полном объеме.

P0 - Возможные осложнения указаны неверно или не указаны совсем.

В 4 Какой лечебный алгоритм целесообразен в данном случае.

Э - В условиях сохранной функции контралатеральной почки для устранения источника инфекции и интоксикации показана нефрэктомия, дренирование брюшинного пространства слева. В послеоперационном периоде – детоксикационная, инфузионная, антибактериальная терапии.

P2 - Лечебный алгоритм определен верно и в полном объеме.

P1 - Лечебный алгоритм определен верно, но не в полном объеме, часть лечебных мероприятий указана неверно или не указана совсем.

P0 - Лечебный алгоритм определен неверно.

В 5 Выпишите рецепт на фуросемид.

Э - Rp. : Furosemidi 0,04 D.t.d. N 10 in tabul.

S. по 1/2 т. 1 раз в день.

P2 - Рецепт выписан верно.

P1 - Рецепт выписан с грамматическими ошибками, либо неверно указаны дозировки препарата или режим приема.

P0 - Рецепт выписан неверно.

Н - 040

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - Больная 49 лет поступила в Городскую больницу скорой медицинской помощи с жалобами на интенсивные боли в левой поясничной области, повышение температуры тела до 38°C, ознобы, слабость. Анамнез: неоднократно в течение многих лет получала амбулаторное лечение по поводу подагры, обострения хронического цистита, пиелонефрита. В последний год стали чаще беспокоить боли ноющего характера в левой поясничной области, субфебрилитет, временами повышение температуры тела до 38°C. Ухудшение состояния отмечает 2 дня тому назад после переохлаждения. При осмотре отмечена деформация I плюснефаланговых суставов стоп без гиперемии и отека кожи. Общее состояние средней тяжести, кожные покровы сухие. Температура тела – 38,2°C. Пульс 98 уд./мин, ритмичен, АД – 110/60 мм. рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в левой пояснично-подреберной области. Почки четко не пальпируются. Симптом XII ребра (+) слева. Лабораторные данные - ОАМ: лейкоциты сплошь, эритроциты до 8 в п/зр,

соли ураты ++++; ОАК: Hb – 110 г/л; L- 12,9х10⁹/л, Э – 1%; Ю-1%, П-6%; С-77%, Лимф. – 15%; СОЭ 36 мм/час. На обзорной урограмме теней подозрительных на конкремент в проекции мочевой системы не выявлено. На экскреторных урограммах контуры левой почки не определяются, контрастного вещества в полостной системе нет, изменения рентгенологической картины правой почки не определяются.

В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз.

Э - Уратный нефролитиаз, обострение хронического, левостороннего пиелонефрита, не исключается острый гнойный калькулезный пиелонефрит слева.

P2 - Диагноз поставлен верно.

P1 - Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена.

P0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 С какими заболеваниями мочевой системы нужно провести дифференциальную диагностику.

Э - Восходящий, на фоне хронического цистита и пиелонефрита, пузырномочеточниковый рефлюкс, нефротуберкулез слева;

P2 - Все заболевания указаны верно и в полном объеме.

P1 - Заболевания указаны верно, но часть патологических состояний упущена.

P0 - Все заболевания указаны неверно.

В 3 Какие дополнительные исследования необходимо произвести для уточнения и подтверждения диагноза.

Э - Для уточнения диагноза необходимо провести общий анализ мочи и крови, биохимический анализ крови (уровень азота мочевины, креатинина, мочевой кислоты), посев мочи на ВК, УЗИ и ДГ почек, мочеточников, мочевого пузыря, МСКТ.

P2 - Указаны все методы обследования в полном объеме.

P1 - Указаны не все методы обследования, часть методов упущена.

P0 - Методы обследования не указаны или указаны неверно.

В 4 Определите тактику лечения.

Э - Консервативная терапия: спазмолитики, анальгетики, катетеризация/стентирование левого мочеточника. На фоне восстановленного пассажа мочи из левой почки - антибактериальная, детоксикационная, инфузионная терапия; препараты для растворения мочевых камней (аллопуринол), улучшающие микроциркуляцию; мочегонные

препараты. При отсутствии эффекта от терапии в течение 12-24 часов - оперативное лечение: ревизия почки, нефропиелостомия, декапсуляция, дренирование забрюшинного пространства.

P2 - Лечебный алгоритм определен верно и в полном объеме.

P1 - Лечебный алгоритм определен верно, но не в полном объеме, часть лечебных мероприятий указана неверно или не указана совсем.

P0 - Лечебный алгоритм определен неверно.

В 5 Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.

Э - Устранение или ослабление факторов, способствующих накоплению в организме мочевой кислоты: здоровый образ жизни, соблюдение диеты (прием щелочных минеральных вод, ограничение употребления продуктов, содержащих большое количество пуринов, разгрузочные дни), обильное питье до 1,5-2 литров свободной жидкости в день.

P2 - Мероприятия по первичной профилактике заболевания указаны верно и в полном объеме.

P1 - Мероприятия по первичной профилактике заболевания указаны верно, но не в полном объеме, часть мероприятий упущена или определена неверно.

P0 - Мероприятия по первичной профилактике заболевания указаны неверно.

Н - 041

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - Больная 55 лет поступила в Городскую больницу скорой медицинской помощи с жалобами на интенсивные боли в правой поясничной области ноющего характера, учащенное, малыми порциями мочеиспускание, гипертермию до 39°C, ознобы, потливость, слабость. Анамнез: считает себя больной в течение 10 лет. Ранее ухудшение состояния, как правило, наступало после переохлаждения. Амбулаторное лечение, проводимое участковым терапевтом в течение 2-3 недель антибактериальными препаратами, спазмолитиками, отварами мочегонных трав, купировало атаки на 6-8 месяцев. В последний год стала наблюдать появление мутной мочи, на фоне субфебрилитета. Последнее обострение заболевания в течение недели, с момента появления вышеописанных жалоб. Участковым терапевтом направлена на стационарное лечение. Объективно: состояние тяжелое, кожа и видимые слизистые бледно – розового цвета, пульс 96 уд./мин, АД 100/60 мм.рт.ст., язык сухой, живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье, где наблюдается напряжение мышц передней брюшной стенки. Симптом XII ребра (+) справа. ОАМ: лейкоциты сплошь покрывают поле зрения, эритроцитов – 8-10 в п/зр. ОАК: НВ 100 г/л; Л - 12, 8х10⁹/л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ 56 мм/час. На обзорной урограмме в проекции правой почки выявлена тень подозрительная на конкремент размерами 2х3 см. Картина "немой" почки справа наблюдается на радиоизотопной нефросцинтиграмме.

В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз.

Э - Острый правосторонний калькулезный пиелонефрит, пионефроз, нефросклероз справа, обтурирующий камень лоханки правой почки, обострение хронического цистита.

P2 - Диагноз поставлен верно.

P1 - Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена.

P0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Какие дополнительные исследования необходимо произвести для подтверждения и уточнения диагноза.

Э - Для уточнения диагноза необходимо провести общий анализ мочи и крови, биохимический анализ крови, посев мочи на ВК, УЗИ почек, мочеточников, мочевого пузыря, МСКТ, цистоскопия с возможной катетеризацией правого мочеточника.

P2 - Указаны все методы обследования в полном объеме.

P1 - Указаны не все методы обследования, часть методов упущена.

P0 - Методы обследования не указаны или указаны неверно.

В 3 Чем обусловлена клиническая картина.

Э - На фоне рецидивирующего хронического цистита развился восходящий правосторонний пиелонефрит с вторичным камнеобразованием, формированием обтурирующего камня лоханки правой почки, калькулезного пионефроза

P2 - Этапность развития патологического состояния растолкована верно, указаны все патологические элементы заболевания в полном объеме.

P1 - Этапность развития патологического состояния растолкована верно, но указаны не все патологические элементы заболевания.

P0 - Этапность развития патологического состояния растолкована неверно.

В 4 Определите лечебную тактику для данной больной.

Э - При подтверждении диагноза, наличии деструктивных изменений в паренхиме правой почки – срочная открытая операция: ревизия правой почки, пиелолитотомия, пиелонефростомия, дренирование забрюшинного пространства, возможна и нефрэктомия; в послеоперационном периоде: детоксикационная, антибактериальная инфузионная терапии.

P2 - Лечебный алгоритм определен верно и в полном объеме.

P1 - Лечебный алгоритм определен верно, но не в полном объеме, часть лечебных мероприятий указана неверно или не указана совсем.

P0 - Лечебный алгоритм определен неверно.

В 5 Выпишите рецепт на викасол.

Э - Rp.: S. Vicasoli 1% 1, 0

D.t.d. N 6 in amp

S. По 1 мл в мышцу 2 раза в день.

P2 - Рецепт выписан верно.

P1 - Рецепт выписан с грамматическими ошибками, либо неверно указаны дозировки препарата или режим приема.

P0 - Рецепт выписан неверно.

Н - 042

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - Больную 35 лет последние 3 месяца беспокоят приступообразные боли в правой пояснично-подреберной области, иррадиирующие в пах, сопровождающиеся субфебрилитетом, познобливанием. Приступы болей легко купировались спазмолитиками, анальгетиками. Возникший же вчера приступ болей плохо купировался приемом лекарственных препаратов. Сегодня присоединилась высокая (до 38,0°C) температура тела с ознобами, была однократная рвота. Доставлена в стационар бригадой скорой помощи. Объективно: общее состояние средней тяжести, кожные покровы сухие, температура тела – 38,2°C. Пульс 98 уд. /мин, ритмичен, АД – 110/60 мм. рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в правой пояснично-подреберной области. Симптом XII ребра

(+) слева. ОАМ: лейкоцитов 7-8 в поле зрения, эритроцитов – 8-10 в п/зр., соли оксалаты +++, ОАК: НВ 110 г/л; Л - 9, 8×10^9 /л, незначительный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ 26 мм/час. Рентгенологически на уровне поперечного отростка L³ справа обнаружена тень, подозрительная на конкремент размерами 1,2х0,8 см. На экскреторных урограммах через 10, 30 минут функция правой почки снижена, определяется правосторонний гидронефроз, мочеточник четко не определяется. Слева визуализируется неизмененная почка, чашечно-лоханочная система, мочеточник.

В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз.

Э - Обтурирующий камень верхней трети правого мочеточника, острый калькулезный пиелонефрит.

Р2 - Диагноз поставлен верно.

Р1 - Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена.

Р0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Какие дополнительные исследования необходимо произвести для подтверждения и уточнения диагноза.

Э - Для уточнения диагноза необходимо выполнить отсроченную урографию через 1,2 часа, УЗИ + ДГ почек.

Р2 - Указаны все методы обследования в полном объеме.

Р1 - Указаны не все методы обследования, часть методов упущена.

Р0 - Методы обследования не указаны или указаны неверно.

В 3 Какой из современных методов обследования дает наиболее достоверную информацию в данном случае.

Э - МСКТ с контрастированием, УЗИ + ДГ почек.

Р2 - Указаны основные современные методы обследования в полном объеме.

Р1 - Указаны не все основные современные методы обследования, часть методов упущена.

Р0 - Методы обследования не указаны или указаны неверно.

В 4 Определите лечебную тактику для данной больной.

Э - При подтверждении диагноза, отсутствии деструктивных изменений в паренхиме правой почки – срочное восстановление уродинамики: катетеризация правого мочеточника/пункционная нефропиелостомия, в последующем – ДЛТ, нефролитолапаксия. При невозможности консервативно-инструментального восстановления пассажа мочи – открытая нефропиелолитотомия + детоксикационная, антибактериальная терапия

Р2 - Лечебный алгоритм определен верно и в полном объеме.

Р1 - Лечебный алгоритм определен верно, но не в полном объеме, часть лечебных мероприятий указана неверно или не указана совсем.

Р0 - Лечебный алгоритм определен неверно.

В 5 Выпишите рецепт на платифиллин.

Э - .Rp.: Platyphyllini hydrotartratis 0,005

D.t.d. N 12 in tabul.

S. по 1 т. 2-3 раза в день.

Р2 - Рецепт выписан верно.

Р1 - Рецепт выписан с грамматическими ошибками, либо неверно указаны дозировки препарата или режим приема.

Р0 - Рецепт выписан неверно.

Н - 043

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - Больная 26 лет обратилась к врачу - урологу с жалобами на учащенное мочеиспускание, боли в правой пахово-подвздошной области. Болеет в течение недели. Приступообразные боли легко купируются спазмолитиками. Объективно: состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7°C. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Почки не пальпируются, симптом XII ребра(-) с обеих сторон. ОАМ: лейкоцитов 4-5 в поле зрения, эритроцитов - 2-3 в п/зр., соли оксалаты +++. ОАК: НВ-110 г/л; Л - $6,9 \times 10^9$ /л, сдвига лейкоцитарной формулы нет, СОЭ 12 мм/час. На обзорной урограмме в проекции нижней трети правого мочеточника выявлена тень 0,4*0,2 см, подозрительная на конкремент. На экскреторных урограммах изменений со стороны почек, чашечно-лоханочных систем не выявлено, определяется незначительное расширение правого мочеточника над указанной тенью.

В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз.

Э - Мелкий камень нижней трети правого мочеточника.

Р2 - Диагноз поставлен верно.

Р1 - Диагноз поставлен неполностью, неверно указан размер конкремента или локализация не уточнена.

Р0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Какие заболевания могут «симулировать» данную патологию.

Э - Острый аппендицит, острый аднексит, острый цистит, заболевания позвоночника, спинного мозга.

Р2 - Заболевания указаны верно, в полном объеме.

Р1 - Заболевания указаны верно, но не в полном объеме.

Р0 - Заболевания указаны неверно.

В 3 Перечислите рентгенологические признаки, указывающие на то, что тень имеет отношение к мочевым путям.

Э - Симптом «указательного пальца» (Лихтенберга) - на экскреторных урограммах определяется незначительное расширение правого мочеточника над указанной тенью.

Р2 - Рентгенологический признак указан верно, дано полное определение симптома.

Р1 - Рентгенологический признак указан верно, не дано полное определение симптома.

Р0 - Рентгенологический признак указан неверно.

В 4 Определите объем лечебных мероприятий для данной больной.

Э - Консервативная терапия: спазмолитики, анальгетики, обильное питье/водные нагрузки, растительные диуретики, физиотерапевтические мероприятия, ЛФК.

Р2 - Лечебный алгоритм определен верно и в полном объеме.

Р1 - Лечебный алгоритм определен верно, но не в полном объеме, часть лечебных мероприятий указана неверно или не указана совсем.

Р0 - Лечебный алгоритм определен неверно.

В 5 Перечислите возможные мероприятия по профилактике заболевания.

Э - Здоровый образ жизни, избегать однообразного питания, малого употребления жидкости.

Р2- Мероприятия по профилактике заболевания указаны верно и в полном объеме.

Р1- Мероприятия по профилактике заболевания указаны верно, но не в полном объеме, часть мероприятий упущена или определена неверно.

Р0- Мероприятия по профилактике заболевания указаны неверно.

Н - 044

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - Накануне обращения у больного 50 лет возникли приступы острых болей в пояснично-подреберных областях, которые сопровождались тошнотой, рвотой. Они плохо купировались спазмолитиками и анальгетиками. В течение 18 часов нет позывов на мочеиспускание. В анамнезе: 3 года назад был подобный приступ почечной колики слева с последующим самостоятельным отхождением небольшого камня кирпично-красного цвета. Объективно: общее состояние средней тяжести, кожные покровы сухие. Температура тела – 37,2°C. Пульс 88 уд./ мин. ритмичен, АД – 110/60 мм. рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в пояснично-подреберных областях. Симптом XII ребра (+) с обеих сторон. При пальпации и перкуссии над лобком мочевого пузыря не определяется. ОАК: НВ 110 г/л; Л-10,8х10⁹/л, незначительный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ 26 мм/час. По данным УЗИ отмечается 2-стороннее расширение чашечно-лоханочных систем и верхней трети мочеточников до гиперэхогенных образований диаметром 0,8 см, с акустической тенью. На обзорной урограмме теней подозрительных на конкременты не выявлено. На экскреторных урограммах через 10, 30 мин отмечается снижение функции почек в виде отсутствия контрастного вещества в лоханках, мочеточниках, мочевом пузыре. Мочи из мочевого пузыря при катетеризации не получено.

В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз.

Э - Острая постренальная анурия, уратный нефролитиаз, 2-сторонние обтурирующие камни верхней трети мочеточников.

Р2- Диагноз поставлен верно.

Р1- Диагноз поставлен неполностью, часть нозологий упущена или локализация конкрементов не уточнена.

Р0- Диагноз поставлен неверно.

В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести для подтверждения диагноза.

Э - Для уточнения диагноза необходимо выполнить МСКТ, в том числе и с контрастированием.

Р2- Метод обследования и дополнение к нему указаны верно.

Р1- Метод обследования указан верно, дополнение не указано.

Р0- Метод обследования и дополнение к нему указаны неверно.

В 3 Можно ли рассматривать состояние больной как неотложную ситуацию

Э - Обтурирующие камни мочеточников, постренальная анурия – неотложное состояние, требующее срочного восстановления пассажа, мочи из почки

Р2- Ответ обоснован и указан верно.

Р1- Ответ обоснован и указан верно, неотложный метод лечения не указан.

Р0- Ответ не обоснован или указан не верно.

В 4 Укажите способы ликвидации осложнения основного заболевания.

Э - Катетеризация / стентирование хотя бы одного мочеточника, пункционная нефростомия. При отсутствии возможности такого восстановления пассажа мочи - уретеролитотомия с нефростомией.

P2 - Способы ликвидации осложнения указаны верно.

P1 - Способы ликвидации осложнения указаны не полностью, упущена часть мероприятий.

P0 - Способы ликвидации осложнения указаны не верно.

В 5 Выпишите рецепт на но-шпу.

Э - Rp.: Sol No-spani2% 2,0

D.t.d. N 10 in amp.

S. В мышцу по 2 мл 1-2раза в день

P2 - Рецепт выписан верно.

P1 - Рецепт выписан с грамматическими ошибками, либо неверно указаны дозировки препарата или режим приема.

P0 - Рецепт выписан неверно.

Н - 045

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - Больного 65 лет беспокоят боли внизу живота иррадиирующие в головку полового члена, бесплодные позывы на мочеиспускание. Оперирован по поводу аденомы предстательной железы 2 года назад. Самостоятельное мочеиспускание в послеоперационном периоде восстановилось.

Первый года после операции периодически лечился амбулаторно по поводу обострения хронического цистита. Ухудшение состояния последние 2 месяца, когда стал замечать учащенное с резями мочеиспускание, прерывистость струи мочи, периодически примесь крови в последних порциях мочи. За медицинской помощью не обращался, занимался самолечением. При отсутствии самостоятельного мочеиспускания в течении 6 часов вызвал «скорую помощь». Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы не изменены. Температура тела 36,7°C. Пульс 68 уд./мин, АД – 130/60 мм. рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот правильной формы, над лоном имеется старый окрепший послеоперационный рубец, где при пальпации отмечается болезненность, и определяется перерастянутый мочевой пузырь. Симптом XII ребра (-)с обеих сторон. Катетером из мочевого пузыря выведено до 600 мл мочи розоватого цвета. При ректальном исследовании: рецидив аденомы не выявлен.

В 1 Установите предварительный диагноз

Э - Острая задержка мочи. Камень мочевого пузыря, хронический цистит.

P2 - Диагноз поставлен верно.

P1 - Диагноз поставлен неполностью, часть нозологий упущена.

P0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Какие дополнительные обследования необходимы для подтверждения диагноза.

Э - Для уточнения диагноза необходимо выполнить ОАМ, ОАК, биохимический анализ крови с определением уровня мочевины, креатинина, УЗИ мочевого пузыря и почек, обзорную и экскреторную урографию с нисходящей цистографией, МСКТ, уретроцистоскопию.

P2 - Указаны все методы обследования в полном объеме.

P1 - Указаны не все методы обследования, часть методов упущена.

P0 - Методы обследования не указаны или указаны неверно.

В 3 Каким осложнением обусловлено данное состояние.

Э - Острая задержка мочи возникает в результате вклинения в шейку мочевого пузыря камня, образовавшегося на фоне инфравезикальной обструкции, инородных тел (лигатуры после операции), хронического цистита.

P2 - Осложнение указано верно. Ответ обоснован верно.

P1 - Осложнение указано верно, обоснование дано неполностью.

P0 - Осложнение указано не верно.

В 4 Определите лечебную тактику

Э - При одиночном камне без воспалительных явлений со стороны мочевого пузыря показана - цистолитотрипсия. При наличии цистита, множественных камней – открытое оперативное вмешательство: цистолитотомия с возможной цистостомией.

P2 - Лечебный алгоритм определен верно и в полном объеме.

P1 - Лечебный алгоритм определен верно, но не в полном объеме, часть лечебных мероприятий указана неверно или не указана совсем.

P0 - Лечебный алгоритм определен неверно.

В 5 Выпишите рецепт на но-шпу.

Э - Rp.: Sol No-spani2% 2,0

D.t.d. N 10 in amp.

S. В мышцу по 2 мл 1-2раза в день

P2 - Рецепт выписан верно.

P1 - Рецепт выписан с грамматическими ошибками, либо неверно указаны дозировки препарата или режим приема.

P0 - Рецепт выписан неверно.

Н - 046

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - В приемный покой ГБ доставлен больной 37 лет с жалобами на повторяющиеся в течение суток боли в поясничной области слева, сопровождающиеся рвотой, повышение температуры тела до 37,2° С При осмотре пациент ведет себя беспокойно, температура тела 36,6° С, пульс 76 уд./мин, АД140/70 мм.рт.ст. Почки не пальпируются, при наличии болезненности в левой подреберно-поясничной,(+) симптоме XII ребра слева

. ОАМ: лейкоцитов 6-8в поле зрения, эритроцитов – до 10 в п/зр.ОАК: НВ 110 г/л; Л – 10,9х10⁹/л без сдвига лейкоцитарной формулы влево, СОЭ - 18 мм/час. Рентгенологически на обзорной урограмме в проекции левой почки определяется «плотная тень» размерами 1,0х1,2 см. При УЗИ почек выявлено увеличение размеров левой почки без четких очаговых изменений в паренхиме, расширение чашечно-лоханочной системы с наличием гиперэхогенного образования размерами 1,0х1,2 см в области левого пиелoureтерального сегмента, с «акустической тенью».

В 1 Установите предварительный диагноз

Э - Обтурирующий камень пиелoureтерального сегмента слева, почечная колика слева.

P2 - Диагноз поставлен верно.

P1 - Диагноз поставлен не полностью, локализация конкремента указана не верно упущена.

P0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Какие дополнительные обследования необходимы для подтверждения диагноза.

Э - Биохимический анализ крови с определением уровня мочевины, креатинина, фибриногена, проведение МСКТ, ДГ почек, экскреторной урографии.

Р2 - Указаны все методы обследования в полном объеме.

Р1 - Указаны не все методы обследования, часть методов упущена.

Р0 - Методы обследования не указаны или указаны неверно.

В 3 Чем обусловлена клиническая картина.

Э - Клиническая картина обусловлена обтурацией камнем пиелоуретерального сегмента слева, быстрым повышением внутрилоханочного и интерстициального давления.

Р2 - Этиология развития заболевания в данном случае определена и обоснована верно.

Р1 - Этиология развития заболевания в данном случае определена верно, но обоснована не полностью.

Р0 - Этиология развития заболевания в данном случае определена не верно.

В 4 Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.

Э - Своевременная профилактика, диагностика и лечение мочекаменной болезни, здоровый образ жизни, необходимо избегать однообразного питания, малого употребления жидкости.

Р2 - Мероприятия по первичной профилактике заболевания указаны верно и в полном объеме.

Р1 - Мероприятия по первичной профилактике заболевания указаны верно, но не в полном объеме, часть мероприятий упущена или определена неверно.

Р0 - Мероприятия по первичной профилактике заболевания указаны неверно.

В 5 Определите лечебную тактику

Э - Учитывая размеры камня необходимо срочное восстановление пассажа мочи из левой почки катетеризацией/стентированием мочеточника, лоханки левой почки, либо пункционной нефропиелостомией с последующим проведением ДЛТ, КЛТ либо открытой пиелолитотомией.

Р2 - Лечебный алгоритм определен верно и в полном объеме.

Р1 - Лечебный алгоритм определен верно, но не в полном объеме, часть лечебных мероприятий указана неверно или не указана совсем.

Р0 - Лечебный алгоритм определен неверно.

Н - 047

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - Больной 45 лет доставлен в ГБ с жалобами на интенсивные боли в поясничных областях, больше справа, повышением температуры тела до 37,8°C. Из анамнеза выяснено, что многие годы лечится амбулаторно по поводу подагры, мочекишечного диатеза и хронического пиелонефрита. После употребления алкоголя, обильной мясной пищи 2 дня тому назад заметил появление мочи кирпично-красного цвета и отметил уменьшение ее количества. При осмотре: общее состояние средней тяжести, кожные покровы сухие, наблюдается деформация 1 плюснефаланговых суставов стоп без отека и гиперемии кожи. Температура тела – 37,9°C. Пульс 98 уд./мин, АД – 160/80 мм. рт. ст. Язык сухой, обложен

белым налетом. Живот при пальпации мягкий болезненный в пояснично-подреберных областях, больше справа. Почки четко не пальпируются. Симптом XII ребра слабо (+) с обеих сторон. ОАМ: лейкоциты ед. в поле зрения, эритроциты до 10 в п/зр, соли ураты +++++. ОАК: Нб – 110г/л; L- 12,9х10⁹/л. без сдвига формулы, СОЭ 36 мм/час. На обзорной урограмме теней подозрительных на конкремент в проекции органов мочевой системы не выявлено. При УЗИ почек отмечается 2-стороннее расширение чашечно-лоханочных систем с обеих сторон и нижней трети правого мочеточника где визуализируется гиперэхогенное включение до 0,5 см в диаметре.

В 1 Установите предварительный диагноз

Э - Острая уратная нефропатия, мочевого криз с развитием острой интратенальной и постренальной почечной недостаточности, уратный нефролитиаз, уратный камень нижней трети правого мочеточника.

Р2 - Диагноз поставлен верно.

Р1 - Диагноз поставлен не полностью, часть нозологий упущена

Р0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 С какими заболеваниями мочевой системы нужно провести дифференциальную диагностику.

Э - Острая почечная недостаточность на фоне отравления суррогатами алкоголя, пищевыми продуктами.

Р2 - Заболевания для дифференциального диагноза указаны верно и в полном объеме.

Р1 - Заболевания для дифференциального диагноза указаны верно, но уточняющие факторы упущены.

Р0 - Заболевания для дифференциального диагноза указаны не верно или не указаны совсем.

В 3 Какие дополнительные обследования необходимы для подтверждения диагноза.

Э - Для уточнения диагноза необходимо провести общий анализ мочи и крови, биохимический анализ крови (уровень азота мочевины, креатинина, мочевого кислоты), УЗИ и ДГ почек, мочеточников, мочевого пузыря, МСКТ, катетеризация/стентирование правого мочеточника.

Р2 - Указаны все методы обследования в полном объеме.

Р1 - Указаны не все методы обследования, часть методов упущена.

Р0 - Методы обследования не указаны или указаны неверно.

В 4 Определите лечебную тактику для данного случая.

Э - Консервативная терапия: спазмолитики, анальгетики, катетеризация/стентирование правого мочеточника, при восстановлении пассажа мочи из правой почки - антибактериальная, детоксикационная, инфузионная терапия; препараты как для растворения мочевых камней (аллопуринол), так и для улучшения микроциркуляции; мочегонные препараты. При отсутствии эффекта от терапии - гемодиализ, гемосорбция.

Р2 - Лечебный алгоритм определен верно и в полном объеме.

Р1 - Лечебный алгоритм определен верно, но не в полном объеме, часть лечебных мероприятий указана неверно или не указана совсем.

Р0 - Лечебный алгоритм определен неверно.

В 5 Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.

Э - Устранение или ослабление факторов, способствующих накоплению в организме мочевой кислоты: здоровый образ жизни, соблюдение диеты (прием щелочных минеральных вод, ограничение употребления продуктов, содержащих большое количество пуринов, разгрузочные дни), обильное питье до 1,5-2-литров свободной жидкости в день

P2 - Мероприятия по первичной профилактике заболевания указаны верно и в полном объеме.

P1 - Мероприятия по первичной профилактике заболевания указаны верно, но часть факторов упущена.

P0 - Мероприятия по первичной профилактике заболевания указаны не верно.

Н - 048

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - К терапевту обратился пациент 22 лет с жалобами на тупые боли в правой поясничной области, повышение температуры тела до 39,0°C и познабливание, снижение аппетита, тошноту и рвоту, слабость и потливость. Накануне лечился у хирурга по поводу фурункула правого предплечья, который и вскрывал гнойник. Состояние больного ухудшилось после 2 недель лечения - появилась гипертермия. Объективно: состояние средней тяжести. Температура тела 38,7 °С. Кожа и видимые слизистые обычной окраски, в средней трети правого предплечья на месте вскрытого фурункула имеется чистая, инфильтрации тканей нет. Визуально и рентгенологически со стороны зева, органов грудной клетки изменений не выявлено. Живот не вздут, мягкий, незначительно болезненный в правой подреберно-поясничной области. Почки не пальпируются, симптом XII ребра(-) с обеих сторон. ОАМ: лейкоцитов 4-5 в поле зрения, эритроцитов – 2-3 в п/зр., соли оксалаты

+++. ОАК: НВ-110 г/л; Л - 12, 8×10^9 /л, сдвига лейкоцитарной формулы нет, СОЭ 12 мм/ч. УЗИ почек: расширения ЧЛС не выявлено, нечетко лоцируется контур верхнего полюса правой почки, подвижность почки не снижена.

В 1 Установите предварительный диагноз

Э - Острый первичный серозный правосторонний пиелонефрит, возможно с формированием карбункула верхнего полюса правой почки.

P2 - Диагноз поставлен верно.

P1 - Диагноз поставлен не полностью, часть нозологий упущена

P0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Определите патогенез данного заболевания.

Э - При наличии первичного гнойного очага (фурункула правого предплечья) инфекция (скорее всего в данном случае – высокопатогенный плазмокоагулирующий стафилококк) гематогенным путем попала в паренхиму правую почку, развитию острого пиелонефрита способствовало и переохлаждение больного.

P2 - Патогенез данного заболевания определен верно и в полном объеме.

P1 - Патогенез данного заболевания определен верно, но часть элементов упущена.

P0 - Патогенез данного заболевания определен не верно.

В 3 3. Какие нужны дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.

Э - Биохимический анализ крови с определением мочевины, креатинина, фибриногена; ДГ почек, МСКТ с контрастированием, обзорная, экскреторная урография, в

том числе и экскурсионная; бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам.

P2 - Указаны все дополнительные методы обследования в полном объеме.

P1 - Указаны не все дополнительные методы обследования, часть методов упущена.

P0 - Дополнительные методы обследования не указаны или указаны неверно.

В 4 Тактика лечения в данном случае.

Э - Срочная госпитализация в урологическое отделение, проведение патогенетической парентеральной антибактериальной, противовоспалительной, дезинтоксикационной, инфузионной терапий. При отсутствии эффекта от проводимой терапии в течение 1-1,5 суток показано открытое оперативное вмешательство: ревизия почки с возможной декапсуляцией, рассечением/иссечением карбункула, дренированием чашечно-лоханочной системы, забрюшинного пространства.

P2 - Тактика лечения в данном случае определена верно, в полном объеме.

P1 - Тактика лечения в данном случае определена верно, но часть лечебных мероприятий упущена.

P0 - Тактика лечения в данном случае определена не верно.

В 5 Выпишите рецепт на цефотаксим.

Э - Rp.: S. Cefotaximi (Claforani) 1,0

D.t.d. N 20 in flac.

S. Содержимое флакона растворить в 20 мл воды для инъекций, вводить в/в медленно в теч. 3-5 минут 2 раза в сутки.

P2 - Рецепт выписан верно.

P1 - Рецепт выписан с грамматическими ошибками, либо неверно указаны дозировки препарата или режим приема.

P0 - Рецепт выписан неверно.

Н - 049

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - Больная 68 лет обратилась повторно к хирургу с жалобами на тупые боли в левой поясничной области, слабость, потливость, повышение температуры тела до 39,0° С, ознобы, снижение аппетита, тошноту и рвоту. Из анамнеза известно, что лечилась у хирурга по поводу абсцесса области левого плеча. После вскрытия гнойника на фоне проводимой антибактериальной терапии чувствовала себя удовлетворительно, хотя сохранялся субфебрилитет. Состояние пациентки ухудшилось 5 дней тому назад - появилась гипертермия. После приема аспирина наблюдалось лишь небольшое снижение температуры тела, а со вчерашнего дня гипертермия сопровождается потрясающими ознобами. Объективно: состояние больной тяжелое. Температура тела 39,7°С, тахикардия, АД 90/50 мм.рт.ст. Кожа и видимые слизистые бледно-розовой окраски, в области левого плеча на месте

абсцесса – чистая поверхностная рана, вокруг него - незначительная инфильтрация подкожной клетчатки. Визуальных и рентгенологических изменений со стороны зева, органов грудной клетки не выявлено. Живот при пальпации мягкий, отмечается болезненность, напряжение мышц в левой пояснично-подреберной области. Почки не пальпируются, положительный симптом XII ребра слева. Отмечается сглаженность левой поясничной области. ОАК: НВ-110 г/л; умеренно выраженный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, СОЭ – 52 мм/ч. На обзорной урограмме теней подозрительных на конкременты в проекции почек, по ходу мочевых путей, а так же контур левой поясничной мышцы не определяются. Отмечается выраженный сколиоз. УЗИ почек: деформация наружного контура левой почки,

снижение подвижности ее при отсутствии расширения ЧЛС. Выявлена повышенная гидрофильность паренхимы левой почки, в верхнем и среднем сегментах ее зоны пониженной эхогенности с жидкостными включениями.

В 1 Установите предварительный диагноз

Э - Острый первичный гнойный левосторонний пиелонефрит, не исключаются карбункулы левой почки, эндотоксический шок.

Р2 - Диагноз поставлен верно.

Р1 - Диагноз поставлен не полностью, часть нозологий упущена

Р0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Укажите причину и механизм развития данного заболевания.

Э - Высокопатогенный золотистый или белый стафилококк из гнойного очага в области левого плеча гематогенным путем попал в паренхиму левой почки, привел к развитию острого левостороннего пиелонефрита, а отсутствие адекватного своевременного лечения в условиях переохлаждения способствовало быстрому развитию деструктивных процессов в очагах воспаления.

Р2 - Причина развития заболевания и механизм указаны полностью, верно.

Р1 - Причина развития заболевания и механизм указаны верно, но не полностью, часть элементов упущена.

Р0 - Причина развития заболевания и механизм указаны не верно.

В 3 Какие нужны дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.

Э - Биохимический анализ крови с определением мочевины, креатинина, фибриногена; эходоплерография левой почки, МСКТ с контрастированием; обзорная, экскреторная урография, в том числе и экскурсионная, бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности микроорганизмов антибактериальным препаратам.

Р2 - Указаны все дополнительные методы обследования в полном объеме.

Р1 - Указаны не все дополнительные методы обследования, часть методов упущена.

Р0 - Дополнительные методы обследования не указаны или указаны неверно.

В 4 Тактика лечения в данном конкретном случае.

Э - Срочная госпитализация в урологическое отделение, предоперационная подготовка к неотложному хирургическому вмешательству (проведение противошоковой, патогенетической, противовоспалительной, дезинтоксикационной, инфузионной терапии). При сохранности функции противоположной почки, множественных карбункулах левой почки у пожилых больных целесообразно выполнение нефрэктомии.

Р2 - Тактика лечения в данном случае определена верно, в полном объеме.

Р1 - Тактика лечения в данном случае определена верно, но часть лечебных мероприятий упущена.

Р0 - Тактика лечения в данном случае определена не верно.

В 5 Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике.

Э - Адекватное лечение абсцесса левого плеча для предупреждения гематогенного распространения высокопатогенной инфекции.

Р2 - Мероприятия по первичной профилактике заболевания указаны верно и в полном объеме.

Р1 - Мероприятия по первичной профилактике заболевания указаны верно, но часть факторов упущена.

Р0 - Мероприятия по первичной профилактике заболевания указаны не верно.

Н - 050

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - Больная 50 лет обратилась к урологу с жалобами на боли в левой поясничной области, учащенное болезненное мочеиспускание, повышение температуры тела до 38,0°C с познанием, слабость, потливость. Указанные симптомы отмечает в течение недели. В анамнезе частые рецидивы цистита на протяжении 5 лет. Неоднократно курсами принимала антибактериальные препараты, спазмолитики и отвары мочегонных трав по назначениям врача-терапевта. Лечение приносило облегчение на некоторое время. Стойкая дизурия с выделением мутной мочи малыми порциями, субфебрилитет наблюдается в последний год. Объективно: состояние больной средней тяжести, пульс 90 уд./мин, АД 110/60 мм. рт.ст., язык обложен белым налетом, влажный. Живот мягкий, болезненный в левом подреберье, где отмечается напряжение мышц брюшной стенки. Пальпация передней стенки брюшной полости, области подреберья неинформативна из-за массивной подкожно-жировой клетчатки. Симптом XII ребра (+) слева. ОАМ: лейкоциты сплошь покрывают поле зрения. ОАК: НВ 90 г/л; Л - 15,9x10⁹/л умеренный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ - 46 мм/ч. Теней конкрементов в проекции органов мочевой системы на обзорной урограмме не выявлено. На экскреторных урограммах функция правой почки не нарушена. Чашечно-лоханочная система левой почки представлена в виде множественных полостей неправильной формы, мочеточник четко не визуализируется. Буллезный отек, гиперемия области устья левого мочеточника из которого выделяется густой гной в виде "пасты из тюбика" выявлены при цистоскопии.

В 1 Установите предварительный диагноз

Э - Поликавернозный нефротуберкулез, туберкулезный пионефроз слева.

Р2 - Диагноз поставлен верно.

Р1 - Диагноз поставлен не полностью, часть нозологий упущена

Р0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Какие дополнительные исследования необходимо произвести для уточнения и подтверждения диагноза.

Э - Биохимический анализ кров: уровень креатинина, азота мочевины, калия; посев мочи на ВК; рентгенография органов грудной клетки; МСКТ с контрастированием, ретроградная уретеропиелография слева.

Р2 - Указаны все дополнительные методы обследования в полном объеме.

Р1 - Указаны не все дополнительные методы обследования, часть методов упущена.

Р0 - Дополнительные методы обследования не указаны или указаны неверно.

В 3 Чем обусловлена клиническая картина.

Э - Запущенным поликавернозным туберкулезом, туберкулезным пионефрозом слева вследствие неполного обследования по поводу часто рецидивирующего цистита, отсутствия консультации уролога, фтизиоуролога, своевременной диагностики нефротуберкулеза и адекватного специфического лечения.

Р2 - Этиология развития заболевания в данном случае определена и обоснована верно.

Р1 - Этиология развития заболевания в данном случае определена верно, но обоснована не полностью.

Р0 - Этиология развития заболевания в данном случае определена не верно.

В 4 Возможные осложнения данного заболевания.

Э - Туберкулез мочевого пузыря, сморщивание последнего, вторичная генерализация туберкулеза.

P2 - Осложнения указаны верно.

P1 - Осложнения указаны верно, но некоторые патологические состояния не указаны.

P0 - Осложнения указаны не верно.

В 5 Тактика лечения в данном конкретном случае.

Э - Неoadьювантная, противотуберкулезная и полихимиотерапия не менее 10 дней с последующей нефрэктомией слева.

P2 - Тактика лечения в данном случае определена верно, в полном объеме.

P1 - Тактика лечения в данном случае определена верно, но часть лечебных мероприятий упущена.

P0 - Тактика лечения в данном случае определена не верно.

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ (КЛИНИЧЕСКОЙ) ПРАКТИКИ (ВАРИАТИВНАЯ ЧАСТЬ)

а) основная и дополнительная литература:

1. Урология / А. И. Неймарк, Б. А. Неймарк, А. В. Давыдов [и др.] ; под редакцией А. И. Неймарк. — 2-е изд., стер. — Санкт-Петербург : Лань, 2023. — 172 с. — ISBN 978-5-507-45578-2. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/276440>
2. Урология : учебник / А. В. Строцкий, А. А. Жебентяев, Н. А. Нечипоренко [и др.] ; под редакцией А. В. Строцкого. — 3-е изд., испр. — Минск : Новое знание, 2024. — 304 с. — ISBN 978-985-24-0708-3. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/513963>
3. Нечипоренко, Н. А. Урология : учебное пособие / Н. А. Нечипоренко, А. Н. Нечипоренко, В. А. Филиппович. — Гродно : ГрГМУ, 2025. — 228 с. — ISBN 978-985-595-958-9. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/518464>
4. Урология : учебное пособие / А. В. Строцкий, А. А. Жебентяев, Н. А. Нечипоренко, Д. Н. Руденко ; под редакцией А. В. Строцкого. — Минск : Новое знание, 2016. — 224 с. — ISBN 978-985-475-786-5. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/90704>
5. Боковой, С. П. Неотложная урология : руководство / С. П. Боковой. — Архангельск : СГМУ, 2015. — 124 с. — ISBN 978-5-91702-202-4. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/365297>
6. Чумаков, П. И. Урология: симптомы, диагноз, лечение : учебно-методическое пособие / П. И. Чумаков, Р. С. Францев, И. В. Павленко. — Ставрополь : СтГМУ, 2022. — 124 с. —

<https://e.lanbook.com>

Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/359792 7. 7.Общая и детская урология-андрология : учебное пособие / А. В. Гудков, В. С. Бощенко, С. П. Селиванов [и др.]. — Томск : СибГМУ, 2020. — 108 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/276278	
в) современные профессиональные базы данных:	
• Медико-биологический информационный портал для специалистов http://www.medline.ru; • Медицинский сервер "MedLinks.Ru - Вся медицина в Интернет" http://www.medlinks.ru; • Медицинский портал http://www.medportal.ru • Медицинский видеопортал Med-Edu.ru http://www.med-edu.ru/ • Портал российского врача МЕДВЕСТИК https://medvestnik.ru/	
г) информационные справочные системы:	
• Рубрикатор клинических рекомендаций http://cr.rosminzdrav.ru/ • Международная классификация болезней 10-го пересмотра https://mkb-10.com/ • Информационно-аналитический портал Remedium.ru http://www.remedium.ru • Энциклопедия лекарств от РЛС https://www.rlsnet.ru	

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРАКТИКИ

Наименование специальных помещений	Оснащенность специальных помещений	Перечень программного обеспечения. Реквизиты подтверждающего документа
Помещение, предусмотренное для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанное с медицинскими вмешательствами, оснащенное специализированным оборудованием и медицинскими изделиями, для проведения практических занятий, клинических практических занятий, практик Общество с ограниченной ответственностью «Мой медицинский центр Высокие технологии» (188632, Ленинградская область, м.р-н Всеволожский, с.п.	Стерилизатор паровой Автоклав MELAG Vacuklav 23 B+ Анализатор биохимический многоканальный ИВД, для использования вблизи пациента, с питанием от батареи Анализатор i-STAT 1 Analyzer (Model № 300-G) Анализатор газов крови ИВД, лабораторный, полуавтоматический Анализатор газов крови и электролитов лабораторный медицинский Gastat-navi Антистатическая клапанная камера/спейсер VORTEX тип 051 Апекслокатор эндодонтический Апекслокатор Райпекс 6 (Raupex 6) Аппарат высокочастотной искусственной вентиляции легких TwinStream	

Южковское, тер. Белоостров, зд. 1, к. 1)	Клиника	Аппарат для гальванизации и лекарственного электрофореза автоматизированный "ЭЛФОР-ПРОФ" Аппарат для измерения артериального давления с детскими манжетами Omron M2 Basic с универсальной манжетой Аппарат рентгеновский диагностический цифровой передвижной GM85 Аппарат рентгеновский интраоральный HELIODENT Plus Аппарат для коротковолновой терапии Curapuls Аппарат для микроволновой терапии Radarmed 950+ Аппарат для пневмокомпрессорной профилактики тромбоэмболических осложнений и лимфостаза Physio 3 Pro Аппарат для проведения интрааортальной контрпульсации AC3 Optimus Аппарат искусственного кровообращения Stockert S5 Аппарат электрохирургический ArthroCare моделей: Coblator II Аппарат для электротерапии лимфатической и венозной систем, в исполнении «BodyDrain» Аппарат искусственной вентиляции лёгких Puritan Bennett 560 Аппарат криотерапевтический Cryo-6 Аппарат лазерный терапевтический HIRO TT Аппарат квантовый медицинский портативный диодный лазер A.R.C. Laser Аппарат магнитотерапии MAGCELL® с принадлежностями Аппарат ударно-волновой терапии BTL-5000 SWT Аппарат ультразвуковой диагностический серии М с принадлежностями, вариант исполнения: M9T Аудиометр импедансный Titan Бактерицидный облучатель/очиститель воздуха/устройство для обеззараживания и (или) фильтрации воздуха и (или) дезинфекции поверхностей "ОРУБН-3-3-"КРОНТ" (ДЕЗАР-3) Весы напольные медицинские электронные ВМЭН-150 Весы электронные для детей до 1 года ВЭНД-01-"Малыш"-15-С-5-Рм-А Дефибриллятор BeneHeart D3	

	Изделия для дыхательной и кислородной терапии APExMED (мешки дыхательные реанимационные) Измерители артериального давления CS Medica CS-107 Ингалятор ультразвуковой UN-231 Коагулометр портативный «КоагуЧек ИксЭс» (CoaguChek XS) Комплекс для многосуточного мониторингирования ЭКГ (по Холтеру) и АД "Кардиотехника-07" Инфузомат BeneFusion eSP Насос шприцевой BeneFusion eSP Комплект противошоковый КПШ Контейнер (бак) многоразовый для сбора, хранения и транспортирования медицинских отходов классов А, Б, В, Г МК-03 «МедКом» (вид 123680), объемом 35,0 Контейнеры для хранения стерильных инструментов и материала Ermis Кресло для забора крови ДМ-5-004-01 Кровати функциональные с принадлежностями BETA 3LA450H Кушетка ДМ-5-001-01 Медицинский стол (тележка с полками) М-СС-80 Мойка медицинская ДМ-6-011-04 Оборудование эндоскопическое Karl Storz для визуализации и обработки изображения с принадлежностями IMAGE1 S CONNECT Набор-укладка многокомпонентная хирургическая одноразовая стерильная "ЗДРАВМЕДТЕХ" Набор хирургический малый Насос шприцевой BeneFusion eSP Негатоскоп медицинский, с электропитанием "Armed": 1-кадровый Набор бужей уретральных по DITTEL Облучатели-рециркуляторы воздуха ультрафиолетовые бактерицидные ОРУБ-3-3-«КРОНТ» Пикфлоуметр VITALOGRAPH Подушка кислородная марки MERIDIAN 40л Портативный пульсоксиметр MD300C2 Портативный электрокардиограф ELI 150C Ростомер РП Сейф для хранения лекарственных препаратов (шкаф с ключом) ДМ-6-001-07 Система высокоинтенсивной магнитотерапии BTL-6000 Super Inductive System Elite	

	Сигнализатор паров этанола пороговый Lion Alcoblow Система инфузионная BeneFusion eVP Система мониторинга физиологических показателей BeneVision N1 Система ультразвуковая диагностическая медицинская Logiq e R8 Спирограф SpiroScout Стетфонендоскоп Duplex 2.0 Стимулятор магнитный ритмический "Neuro-MSX" Стойки инфузионные KaWe Столик процедурный передвижной ДМ-6-010-19 Стол перевязочный UniBase 30 Стол операционный UniBase 30 Термометр медицинский Omron Eco Temp Basic Холодильник для хранения медикаментов ХФ-250-2 «Позис» Центральная система мониторинга BeneVision Экспресс-анализатор (глюкометр) портативный для определения уровня сахара в крови "Акку-Чек Актив" (Accu-Chek Active) Электрокардиограф ELI 150C Устройство для вспомогательного кровообращения Xenios Console с принадлежностями Штатив для длительных инфузионных вливаний на трех опорах ШВ-"ДЗМО"	

8. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОХОЖДЕНИЮ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ (КЛИНИЧЕСКОЙ) ПРАКТИКИ (ВАРИАТИВНАЯ ЧАСТЬ)

Контроль за участием ординаторов в оказании медицинской помощи гражданам осуществляет руководитель практики, назначенный из числа педагогических работников, который несет ответственность за проведение практической подготовки.

При прохождении производственной (клинической) практики (базовая часть) ординаторы ведут дневник ординатора, который содержит краткое описание курируемых больных (диагнозы заболеваний), перечень выполненных видов работ за период практики, в том числе диагностические и лечебные мероприятия; освоенные умения и практические навыки, приобретенные за период практики.

Подробные методические рекомендации по прохождению практики содержатся в методических материалах ОПОП ВО «Методические рекомендации по прохождению производственной (клинической) практики».

9. СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ УСЛОВИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ-ИНВАЛИДОВ И ОБУЧАЮЩИХСЯ-ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ

ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Для обучающихся-инвалидов и обучающихся-лиц с ограниченными возможностями здоровья выбор мест прохождения практик должен учитывать состояние здоровья и требования по доступности.

Создание безбарьерной среды должно учитывать потребности следующих категорий инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья:

- с нарушениями зрения;
- с нарушениями слуха;
- с ограничением двигательных функций.

Обеспечение доступности прилегающей к образовательной организации территории, входных путей, путей перемещения внутри здания для различных нозологий.

Территория организации места проведения практики должна соответствовать условиям беспрепятственного, безопасного и удобного передвижения маломобильных обучающихся, обеспечения доступа к зданиям и сооружениям, расположенным на нем. Требуется обеспечить доступность путей движения, наличие средств информационно-навигационной поддержки, дублирование лестниц пандусами или подъемными устройствами, оборудование лестниц и пандусов поручнями, контрастная окраска дверей и лестниц, выделение мест для парковки автотранспортных средств инвалидов.

В зданиях, предназначенных для прохождения практики обучающимися-инвалидами и обучающимися-лицами с ограниченными возможностями здоровья, требуется обеспечить как минимум один вход, доступный для лиц с нарушением опорно-двигательного аппарата. Помещения, где могут находиться люди на креслах-колясках, следует размещать на уровне доступного входа. При ином размещении помещений по высоте здания, кроме лестниц, следует предусматривать пандусы, подъемные платформы для лиц с нарушением опорно-двигательного аппарата или лифты.

Комплексная информационная система для ориентации и навигации лиц с нарушением зрения в архитектурном пространстве организации должна включать визуальную, звуковую и тактильную информацию.

Наличие специальных рабочих мест для обучающихся-инвалидов и обучающихся-лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Оборудование специальных учебных мест предполагает увеличение размера зоны на одно место с учетом подъезда и разворота кресла-коляски, увеличения ширины прохода между рядами столов, замену двухместных столов на одноместные.

Наличие оборудованных санитарно-гигиенических помещений для обучающихся различных нозологий.

В организации проведения практики необходимо обустройство минимум одной туалетной кабины доступной для маломобильных обучающихся. В универсальной кабине и других санитарно-бытовых помещениях, предназначенных для пользования всеми категориями обучающихся-инвалидов и обучающихся-лиц с ограниченными возможностями здоровья следует предусматривать возможность установки откидных опорных поручней, штанг, поворотных или откидных сидений.

Наличие системы сигнализации и оповещения для обучающихся различных нозологий.

Проектные решения зданий организаций должны обеспечивать безопасность маломобильных обучающихся в соответствии с требованиями СНиП 21-01 и ГОСТ 12.1.004, с учетом мобильности обучающихся-инвалидов и обучающихся-лиц с ограниченными возможностями здоровья различных категорий, их численности и места нахождения в здании.

Особое внимание уделяется обеспечению визуальной, звуковой и тактильной информацией для сигнализации об опасности и других важных мероприятиях.

Пути движения к помещениям, зонам и местам обслуживания внутри здания должны соответствовать нормативным требованиям к путям эвакуации людей из здания.

При наличии среди обучающихся, проходящих практику, инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья обеспечиваются следующие материально-технические условия.

Наличие звукоусиливающей аппаратуры, мультимедийных средств и других технических средств приема-передачи учебной информации в доступных формах для ординаторов с нарушениями слуха.

Для слабослышащих обучающихся использование сурдотехнических средств является средством оптимизации учебного процесса, средством компенсации утраченной или нарушенной слуховой функции.

Технологии беспроводной передачи звука (FM-системы) являются эффективным средством для улучшения разборчивости речи в условиях профессионального обучения.

Помещения, в которых проходят практику обучающиеся с нарушением слуха, при необходимости будут оборудованы, компьютерной техникой, аудиотехникой (акустический усилитель и колонки), видеотехникой (мультимедийный проектор, телевизор), электронной доской, документ-камерой, мультимедийной системой. Особую роль в обучении слабослышащих также играют видеоматериалы.

При необходимости предусматривается применение брайлевской компьютерной техники, электронных луп, видеоувеличителей, программ не визуального доступа к информации, программ-синтезаторов речи и других технических средств приема-передачи учебной информации в доступных формах для лиц с нарушениями зрения.

Компьютерные тифлотехнологии базируются на комплексе аппаратных и программных средств, обеспечивающих преобразование компьютерной информации в доступные для незрячей и слабовидящей формы (звуковое воспроизведение, рельефно-точечный или укрупненный текст), и позволяют им самостоятельно работать на обычном персональном компьютере с программами общего назначения.

Программно-технические средства для лиц с нарушениями зрения, условно делятся на две группы: средства для усиления остаточного зрения и средства преобразования визуальной информации в аудио и тактильные сигналы.

Для слабовидящих обучающихся в аудиториях при необходимости будет предусмотрена возможность просмотра удаленных объектов (например, текста на доске или слайда на экране) при помощи видеоувеличителей для удаленного просмотра.

Наличие компьютерной техники, адаптированной для инвалидов и лиц с ОВЗ со специальным программным обеспечением, альтернативных устройств ввода информации и других технических средств приема-передачи учебной информации в доступных формах для лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Для обучающихся с нарушениями опорно-двигательного аппарата при необходимости будет предусмотрено использование альтернативных устройств ввода информации.

Рекомендуется использовать специальные возможности операционной системы Windows, таких как экранная клавиатура, с помощью которой можно вводить текст, настройка действий Windows при вводе с помощью клавиатуры или мыши.

Лист регистрации изменений

Номер изменения	Номера листов			Основание для внесения изменений	Подпись	Дата	Дата введения изменения
	замененных	новых	аннулированных				

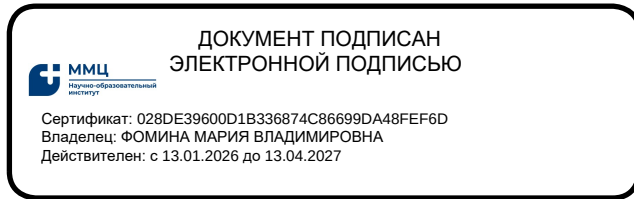
УТВЕРЖДЕНА

Директор

ЧОУ ДПО «Научно-образовательный
Институт ММЦ»

Фомина М.В.

2026 г.



РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

основной профессиональной образовательной программы

высшего образования – уровень подготовки кадров высшей квалификации (ординатура)

Специальность: 31.08.68 Урология

«ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ»

Длительность обучения: 2160 академических часов

Трудоемкость: 60 ЗЭТ

Форма обучения: очная

Санкт-Петербург
2026 г.

1. Общие положения

Государственная итоговая аттестация по основной профессиональной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.68 Урология (далее – ГИА) проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры по специальности 31.08.68 Урология (далее – Программа) требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.68 Урология (далее – ФГОС ВО).

ГИА относится к Блоку 3 ОПОП ВО и включает в себя подготовку к сдаче государственного экзамена и сдачу государственного экзамена.

ГИА обучающихся, освоивших программу ординатуры, осуществляет государственная экзаменационная комиссия.

2. Результаты освоения программы ординатуры

Государственная итоговая аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

Универсальные компетенции (УК):-готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

-готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);

-готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Профессиональные компетенции (ПК):

профилактическая деятельность:

-готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

-готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);

-готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);

-готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4); **диагностическая деятельность:**

-готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

лечебная деятельность:

-готовность к ведению и лечению пациентов с урологическими заболеваниями (ПК-6);

-готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

-готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации (ПК-8);

психолого-педагогическая деятельность:

-готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

организационно-управленческая деятельность:

-готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);
-готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);
-готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

3. Порядок проведения государственной итоговой аттестации

На ГИА отводится 108 часов (3 ЗЕ). ГИА проводится в форме государственного экзамена. К государственной итоговой аттестации допускается ординатор, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.68 Урология.

Программа ГИА, критерии оценки результатов сдачи государственного экзамена, а также порядок подачи и рассмотрения апелляций доводятся до сведения ординаторов не позднее, чем за шесть месяцев до начала государственной итоговой аттестации.

Не позднее чем за 30 календарных дней до дня проведения государственного аттестационного испытания Ректор института распорядительным актом утверждает расписание государственных аттестационных испытаний (далее – расписание), в котором указываются даты, время и место проведения государственного экзамена и предэкзаменационных консультаций.

Расписание доводится до сведения обучающихся, председателя и членов ГЭК и апелляционных комиссий, секретарей ГЭК.

Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся (предэкзаменационные консультации) по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственная итоговая аттестация относится к базовой части программы и завершается присвоением квалификации «Врач-уролог».

Государственный экзамен по специальности 31.08.68 Урология включает в себя:

- практическую подготовку (I этап);
- аттестационное тестирование (II этап);
- собеседование (III этап).

I и III этапы государственного экзамена, проводятся в устной форме, результаты объявляются в день проведения этапа, II этап государственного аттестационного испытания, проводится в тестовой форме, результаты объявляются на следующий рабочий день после дня его проведения.

Результаты государственного экзамена определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение государственной итоговой аттестации.

4. Порядок подведения результатов государственной итоговой аттестации

Все решения ГЭК оформляются протоколами. В протоколе заседания государственной экзаменационной комиссии по приему государственного экзамена отражаются перечень заданных ординатору вопросов и характеристика ответов на них, мнения председателя и членов государственной экзаменационной комиссии о выявленном в ходе государственного аттестационного испытания уровне подготовленности ординатора к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке ординатора.

Решения ГЭК принимаются простым большинством голосов членов комиссии, участвовавших в заседании. Заседание ГЭК проводится председателем ГЭК. При равном числе голосов председатель обладает правом решающего голоса.

Протоколы заседаний комиссий подписываются председателем. Протокол заседания государственной экзаменационной комиссии также подписывается секретарем государственной экзаменационной комиссии. Образцы протоколов – в Приложениях №№4–7. Протоколы заседаний комиссий сшиваются в книги и хранятся в архиве института.

5. Программа государственного экзамена

5.1. Методические рекомендации ординаторам по подготовке к государственному экзамену.

Государственная итоговая аттестация выпускника по специальности 31.08.68 Урология включает в себя подготовку к сдаче и сдачу государственного экзамена.

Подготовка к государственному экзамену должна осуществляться в соответствии с программой государственного экзамена.

В процессе подготовки к экзамену следует опираться на рекомендованную учебную и научную литературу, последние федеральные клинические рекомендации.

Для систематизации знаний необходимо посещение ординаторами предэкзаменационных консультаций по вопросам, включенным в программу государственного экзамена, которые проводятся выпускающей кафедрой по расписанию государственных аттестационных испытаний.

Содержимое ответов ординатора на соответствующих этапах государственного экзамена должно соответствовать требованиям ФГОС ВО по специальности 31.08.68 Урология, утвержденного Министерством образования и науки РФ 25.08.2014г., приказ №1074.

Выпускник должен продемонстрировать результаты освоения программы ординатуры.

I этап. Практическая подготовка

Оцениваются практическая профессиональная подготовка выпускника и сформированные компетенции – профессиональные: в профилактической деятельности (ПК 1–4), в диагностической деятельности (ПК–5), в лечебной деятельности (ПК 6–7), в реабилитационной деятельности (ПК–8), в психолого-педагогической деятельности (ПК–9), в организационно-управленческой деятельности (ПК 10–12); степень усвоения ординаторами мануальных навыков по урологии: курация больного, проведение и интерпретация основных клинико-диагностических симптомов и проб, используемых в урологии, техника дерматоскопии, методика криодеструкции, методика электрокоагуляции; дополнительное обследование кожного больного, обследование венерического пациента.

Прием практических навыков по урологии осуществляется в специализированных аудиториях, оснащенных фантомами и симуляторами, с использованием нативных препаратов.

При оценке выпускниками манипуляций учитывают организацию рабочего места, правильность использования средств индивидуальной защиты, соблюдение принципов асептики и антисептики, выбор инструментов, соблюдение последовательности и качество выполнения процедуры.

Продолжительность этапа должна давать возможность выпускнику последовательно выполнить весь необходимый объем навыков и умений для профессиональной деятельности.

Для проведения государственного экзамена составлен перечень практических умений и навыков по урологии в части женской венерологии, мужской венерологии и сбора жалоб и анамнеза. В программу также включен базовый реанимационный комплекс – демонстрация навыков и умений по оказанию первой медицинской помощи (базовый комплекс СЛР) и экстренная медицинская помощь в рамках своих компетенций (Приложение №1).

Методика проведения практической части экзамена

Количество экзаменационных листов должно быть не менее чем в 1,5–2 раза больше численности экзаменуемой группы.

В экзаменационный лист включено 3 задания.

1. Базовая сердечно-легочная реанимация взрослых и поддержание проходимости дыхательных путей.

Демонстрация ординатором умения оказывать первую помощь пострадавшему с полным нарушением проходимости верхних дыхательных путей, вызванным инородным телом, пострадавшему без признаков жизни, пострадавшему без сознания с признаками дыхания.

Перечень ситуаций (сценариев)

1 сценарий. Полное нарушение проходимости верхних дыхательных путей у пострадавшего, вызванное инородным телом с последующей остановкой дыхания и кровообращения (в оснащении имеется автоматический наружный дефибриллятор; ритм, подлежащий дефибрилляции);

2 сценарий. Остановка дыхания и кровообращения у пострадавшего с их восстановлением после реанимационных мероприятий, сопровождающимся отсутствием сознания (в оснащении имеется автоматический наружный дефибриллятор; ритм, подлежащий дефибрилляции).

2. Чрескожная пункция чашечно-лоханочной системы почки под ультразвуковым контролем
Демонстрация ординатором умения проводить пункцию ЧЛС под ультразвуковым контролем при острой или хронической обструкции верхних мочевых путей при противопоказании выполнить ретроградное дренирование верхних мочевых путей.

Сценарий:

Проведение пункции ЧЛС под ультразвуковым контролем при острой или хронической обструкции верхних мочевых путей при противопоказании выполнить ретроградное дренирование верхних мочевых путей

3. Наложение интракорпорального эндоскопического шва.

Демонстрация ординатором умения наложить интракорпоральным способом узловый эндохирургический шов.

Сценарий:

Повреждение мочевого пузыря. Ушивание дефекта мочевого пузыря простым узловым швом.

II этап. Аттестационное тестирование

Предусматривает выполнение тестовых заданий в компьютерном классе. С помощью тестовых заданий контролируется степень сформированности универсальных (УК 1–3) и профессиональных (ПК 1–12) компетенций выпускника.

При подготовке ответов на вопросы аттестационного тестирования ординатору предоставляется не более 60 минут. Тест на проверку знаний для каждого выпускника включает 80 тестовых заданий. Используются различные типы тестовых заданий для установления и оценки различных сторон логики клинического мышления: сравнение, сопоставление и противопоставление медицинских данных, анализ и синтез предлагаемой информации, установление причинно-следственных взаимосвязей.

Результат тестирования оценивается следующим образом:

- 70% и более правильных ответов – «зачтено»
- менее 70% правильных ответов – «не зачтено».

Пример оценочных материалов для проведения аттестационного тестирования представлен в Приложении №2.

Методика проведения тестирования.

Аттестационное тестирование проводится в компьютерном классе. Каждому выпускнику предоставляется отдельный компьютер. Необходимо быть внимательным при чтении формулировки задания и выборе варианта ответа. Требуется выбрать один ответ, наиболее полно соответствующий условиям задачи, или один неправильный ответ среди правильных. Ни одно задание нельзя оставить без ответа. Отсутствие ответа не будет зачтено, как верный ответ. Во время тестирования ординаторы не вправе общаться друг с другом, свободно перемещаться по аудитории, пользоваться мобильными телефонами или иными средствами связи, электронно-вычислительной техникой и справочными материалами.

При нарушении порядка проведения тестирования или отказе от его соблюдения председатель ГЭК вправе удалить ординатора с тестирования, о чем составляется соответствующий акт.

В период работы ординаторов над тестовыми заданиями в аудитории присутствуют члены государственной экзаменационной комиссии.

Продолжительность проведения тестирования составляет 60 мин. По истечении времени тестирования председатель ГЭК объявляет окончание тестирования. Проверка выполнения тестовых заданий осуществляется членами государственной экзаменационной комиссии в присутствии председателя ГЭК.

Итоги тестового этапа ГИА вносят в протокол тестирования.

Ординатор, получивший «не зачтено» по результатам прохождения данного этапа, решением ГЭК не допускается к участию в последующем этапе ГИА.

III этап. Собеседование

На данном этапе осуществляется проверка целостности профессиональной подготовки выпускника, т. е. уровня его компетенции в использовании теоретической базы для решения профессиональных ситуаций, а именно определяется степень сформированности универсальных компетенций (УК 1–3), профессиональных: в профилактической деятельности (ПК 1–4), в диагностической деятельности (ПК–5), в лечебной деятельности (ПК 6–7), в реабилитационной деятельности (ПК–8), в психолого-педагогической деятельности (ПК–9), в организационно-управленческой деятельности (ПК 10–12).

В процессе подготовки рекомендуется составить расширенный план ответа на каждый вопрос. Материал по раскрываемому вопросу необходимо излагать структурировано и логически. По своей форме ответ должен быть уверенным и четким. Необходимо следить за культурой речи, и не допускать ошибок в произношении терминов.

Результаты этапа оцениваются по пятибалльной шкале и определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно»: – оценки «отлично» заслуживает выпускник, показавший всестороннее, глубокое знание учебного программного материала; умение свободно выполнять задания; усвоивший основную литературу, рекомендованную программой; знающий нормативные документы; проявивший творческие способности и умение комплексно подходить к решению проблемной ситуации, способности анализировать ситуацию, делать выводы. Выпускник демонстрирует уверенные навыки в решении ситуационных задач, демонстрирует профессиональные умения в полном объеме. Отмечается всестороннее систематическое и глубокое знание материала, умение свободно выполнять задания, содержащиеся в оценочных материалах, выявлены творческие способности в понимании, изложении и использовании учебного материала.

– оценки «хорошо» заслуживает выпускник, показавший полное знание учебного программного материала, успешно выполнивший задания, усвоивший основную литературу, знающий нормативные документы; способный анализировать ситуацию, демонстрирующий профессиональные навыки и умения в решении ситуационных задач. Отмечается полное знание материала, выявляется способность к самостоятельному пополнению и обновлению знаний в ходе дальнейшего обучения и профессиональной деятельности. Даны полные, развернутые ответы на поставленные вопросы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. В ответе допущены недочеты, исправленные ординатором с помощью экзаменатора.

– оценки «удовлетворительно» заслуживает выпускник, показавший знание основного программного материала в объеме, необходимом для предстоящей работы по профессии, справляющийся с выполнением заданий, содержащихся в оценочных материалах. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется экзаменуемым, допустившим погрешности в ответах на вопросы, но обладающим необходимыми знаниями для их устранения. Выпускник демонстрирует недостаточную способность анализировать ситуацию, не в полной мере демонстрирует навыки решения ситуационных задач. Дает полный, но недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показывает умение выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Ответ логичен и изложен в терминах науки. Могут быть допущены 1–2 ошибки в определении основных понятий, которые ординатор затрудняется исправить самостоятельно.

– оценка «неудовлетворительно» выставляется выпускнику, обнаружившему пробелы в знаниях основного программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных заданий. Как правило, оценка «неудовлетворительно» ставится экзаменуемым, которые не могут самостоятельно выполнить поставленные задачи.

Методика проведения собеседования Собеседование проводится с использованием экзаменационных билетов. Каждый билет состоит из двух теоретических вопросов и одной клинической ситуационной задачи.

Примеры экзаменационных вопросов и ситуационных задач представлены в *Приложении №3*.

На всех этапах ГИА ординатору запрещается иметь при себе и использовать собственные справочные материалы, в том числе и самостоятельно изготовленные, средства связи и электронно-вычислительной техники. В ходе ответа перед государственной экзаменационной комиссией ординатор имеет право использовать лист для подготовки ответов (черновик), который после ответа сдается секретарю ГЭК (в том числе и в том случае, если ординатор не сделал на нем никаких записей).

5.2. Содержание программы государственного экзамена

1. Урология:

Уросемиотика. Доинструментальные методы исследования. Протеинурия, её виды. Цилиндрурия. Пиурия. Гематурия: причины и виды. Тактика врача при гематурии. Значение и техника проведения двухстаканной пробы. Оксалурия, уратурия, фосфатурия.

Диагностика заболеваний предстательной железы. Анализ эякулята. Значение его в диагностики заболеваний мужских половых органов. Инструментальные методы обследования.

Цистоскопия. Хромоцистоскопия. Уретроцистоскопия. Бужирование уретры. Методика их проведения и диагностическое значение. Особенности катетеризации мочевого пузыря у мужчин и женщин. Катетеризация мочеточников. Показания, ошибки, опасности, осложнения.

Ультразвуковая диагностика почек, мочевого пузыря, предстательной железы семенных пузырьков органов мошонки. Пункция кисты почки, пункционная нефростомия с помощью ультразвукового датчика. Биопсия почки, предстательной железы с помощью ультразвукового датчика.

Радиоизотопные методы обследования Рентгенологическое исследование Аномалии органов мочеполовой системы - эмбриогенез почек и мочевых путей Аномалии мозгового вещества почки. Диагностика, лечение. Вазоренальные и вазоуретральные аномалии. Аномалии мочеточника: количество, расположение (эктопия) структура стенки (ахалазия, мегалоуретер, дивертикул). Этиология, Патогенез, Клиника. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Диагностика, лечение. Симптомы эктопии устья мочеточника. Диагностика. Оперативное лечение. Уретероцеле. Диагностика. Виды оперативного лечения и показания. Ретрокавальный мочеточник. Диагностика, лечение. Дивертикул мочеточника. Клиническое значение. Ахалазия мочеточника. Патанатомия и патфизиология нервно-мышечного аппарата мочеточника при ахалазии. Особенности клинического течения. Диагностика. Лечение. Показания к операции на мочеточнике.

Экстрофия мочевого пузыря: признаки, клиническое течение. Осложнения. Лечение и его особенности: сроки и виды операций. Дивертикул мочевого пузыря: врожденный и приобретенный. Этиология. Патогенез. Клиника. Дифдиагностика. Лечение. Показания к операции и её техника. Незаращение урахуса. Эмбриогенез. Диагностика. Лечение. Особенности операции.

Аномалии уретры: стриктура, дивертикул. Клиника. Диагностика, Лечение. Эписпадия. Гипоспадия: анатомические особенности уретры и полового члена. Диагностика. Срок хирургического лечения. Особенности оперативного лечения и его этапы. Клапаны уретры Оперативное Лечение.

Парауретральный ход. Анатомические особенности. Клиника. Лечение. Удвоение уретры. Диагностика, лечение. Прямокишечно-уретральные свищи. Прямокишечно-мочепузырные свищи. Уретрова-гинальные свищи. Диагностика. Лечение. Аномалии структуры яичек. Половая недостаточность и бесплодие. Монорхизм. Крипторхизм. Клиника. Диагностика. Лечение: сроки хирургического лечения. Опасности. Осложнения. Эктопия и перекрут яичек. Показания к оперативному лечению. Техника. Неспецифические воспалительные заболевания почек, мочевых путей, половых органов.

Острый и хронический цистит. Этиология. Патогенез. Классификация цистита. Современное отношение к диагнозу «Хронический цистит». Симптоматология. Клиника. Диагностика. Простая язва мочевого пузыря. Лейкоплакия мочевого пузыря. Цисталгия. Лечение.

Острый пиелонефрит. Пути проникновения инфекции. Виды возбудителей. Роль рефлюксов (пузырно-мочеточникового, лоханочно-почечного) в патогенезе пиелонефрита. Современное отношение климфогенному пути распространения инфекции при пиелонефрите.

Патанатомия. Генез бактериурии и пиурии. Их клиническое течение. Клиника острого пиелонефрита: первичного и вторичного. Общие и местные симптомы заболевания. Диагностика острого пиелонефрита. Диагностическое значение хромоцистоскопии, обзорной урографии. Симптом «белой почки». Возможности экскреторной урографии. Апостематозный пиелонефрит, карбункул, абсцесс почки, некроз почечных сосочков: клиника, диагностика, лечение.

Бактериемический шок: причины, клиника по стадиям, особенности лечения и результаты его, профилактика.

Хронические пиелонефрит. Этиология, патогенез: факторы перехода острого воспаления в хроническое. Классификация по активности воспаления. Патанатомия. Симптоматика. Диагностика: количественные методики определения лейкоцитурии, теста активных лейкоцитов, клеток Штернгеймера-Мальбина, метода определения степени бактериурии, данные хромоцистоскопии. Рентгенологические признаки хронического пиелонефрита по данным экскреторной урографии. Значение изотопной ренографии и скеннирования в определении хронического пиелонефрита, его стадий. Фармакоренография, значение изотопной ренографии с бактериальными аллергенами для выявления латентного хронического пиелонефрита. Значение биопсии почки: чрескожной и открытой: достоинства и недостатки, осложнения. Лечение хронического пиелонефрита: антибактериальное, иммуностимулирующее, санаторно-курортное, оперативное.

Пионефроз - конечная стадия хронического воспалительного процесса. Клиника, диагностика, лечение. Паранефрит. Этиология, Патогенез. Симптоматика и клиническое течение.

Пути распространения гноя. Диагностика. Лечение: консервативное, оперативное. Забрюшинный фиброз (болезнь Ормонда). Сущность заболевания. Патогенез. Симптоматика и клиническое течение. Диагностика. Лечение. Виды операций.

Простатит: острый и хронический. Простатовезикулит. Гонорейный. трихомонадный, неспецифический, вирусный, кандидамикотический.

Задний уретрит хламидиозной этиологии. Диагностика, клиника, лечение. Симптоматика, дифференциальная диагностика, осложнения. Баланит и баланопостит. Лечение. Осложнения, Эпидидимит. Острый и хронический. Дифференциальная диагностика с туберкулезом. Эпидидимоорхит. Кавернит. Диагностика. Лечение: оперативное, консервативное. Фимоз и парафимоз. Лечение. Пиелонефрит беременных и послеродового периода. Особенности течения пиелонефрита беременных, лечение, профилактика пиелонефрита у детей. Особенности течения. Лечение: консервативное и оперативное. Показания. Виды операций, техника их выполнения, тактические особенности в зависимости от состояния пассажа мочи и степени тяжести воспалительного процесса в почке. Экспресс-диагностика чувствительности флоры мочи к антибактериальным препаратам.

Хронические пиелонефрит. Этиология, патогенез: факторы перехода острого воспаления в хроническое. Классификация по активности воспаления. Патанатомия. Симптоматика. Диагностика: количественные методики определения лейкоцитурии, теста активных лейкоцитов, клеток Штернгеймера-Мальбина, метода определения степени бактериурии, данные хромоцистоскопии.

Рентгенологические признаки хронического пиелонефрита по данным экскреторной урографии. Значение изотопной ренографии и скеннирования в определении хронического пиелонефрита, его стадий. Фармакоренография, значение изотопной ренографии с бактериальными аллергенами для выявления латентного хронического пиелонефрита. Значение биопсии почки: чрескожной и открытой: достоинства и недостатки, осложнения. Лечение хронического пиелонефрита: антибактериальное, иммуностимулирующее, санаторно-курортное, оперативное.

Основы экспертизы качества мед. помощи в урологии. Врачебные ошибки при неосложненной инфекции мочевых путей. Неспецифические воспалительные заболевания.

Фармакотерапия. Ятрогенные повреждения мочеполовой системы, фармакотерапия больных с неосложненной инфекцией мочеполовых путей. Типичные ошибки фармакотерапии при лечении инфекции мочевых путей. Мочекаменная болезнь. Этиология и патогенез заболевания. Роль тубулопатий в литогенезе. Роль анатомического фактора (врожденного и приобретенного генеза) в камнеобразовании, нарушенной гемодинамики почки, уродинамики. Виды камней: по химическому составу, по отношению к рентгеновским лучам. Взаимосвязь этих свойств. Функционально-мо-фологические последствия наличия камня в почке и в мочевых путях (уростаз, инфицирование мочевых путей, хроническая почечная недостаточность). Клиническая симптоматика уrolитиаза: симптомы, типичные для заболевания и симптоматика его осложнений, боль, примесь крови в моче: степень выраженности, механизм.

Симптоматика осложнений: 1 группа осложнений - нарушение уродинамики: гидронефроз, гидронефроз, уретерогидронефроз. 2 группа осложнений верхних мочевых путей: от лабораторно констатируемой лейкоцитурii до различных степеней проявления острого и хронического пиелонефрита, вплоть до карбункула почки или калъкулезного пионефроза. 3 группа осложнений: хроническая почечная недостаточность от субкомпенсированной до терминальных стадий. Диагностика: обзорная урография, обнаружение рентгенонегативного камня. Диагностика осложнений: оценка состояния уродинамики (хромоцистоскопия у женщин, ультразвуковое сканирование почек, изотопная ренография, экстреторная урография). Оценка инфицированности мочевых путей, - степени воспалительного процесса в почке (общий анализ мочи, посев мочи, анализ мочи по Нечипоренко, общий анализ крови); оценка функционального состояния почек (клиренс по эндогенному креатинину, азотовыделительная функция, дефицит секреции по данным изотопной ренографии).

Уратный нефролитиаз. Диагностика рентгенонегативных камней (экскреторная урография, ультразвуковое сканирование, ретроградная уретеропиелогграфия). Лечение. Консервативное: медикаментозный литолиз уратов; инструментальное - литоэкстракция и литотрипсия из ретроградного доступа. Оперативное: чрескожная трансренальная литоэкстракция из пункционного доступа и литотрипсия. Показания, техника исполнения. Открытые оперативные вмешательства. Показания. Гиперурикемия, нормализация нарушенного пуринового обмена.

Двусторонний и рецидивный уrolитиаз. Особенности диагностики. Роль определения паратгормона из вен шеи в диагностике. Лечебная тактика. Камни мочевого пузыря (первичные, вторичные), простаты, уретры. Клиника, диагностика, лечение. Дистанционная литотрипсия. контактная литотрипсия. перкутанная литотрипсия.

Физические принципы литотрипсии. ДЛТ, показания, осложнения, последствия, возможности современных литотрипторов в лечении МКБ.

Гидронефроз, гидроуретеронефроз. Этиология и патогенез. Патологическая анатомия и физиология. Клиника, диагностика, лечение. Виды пластических операций. Поздний гидроуретеронефроз. Особенности диагностики (оценка функционального резерва почки после её декомпрессии путём установки стента или пункционной нефростомии. Принципы и возможности оценки функционального состояния и активности стенки верхних мочевых путей со стороны поражения. Роль функциональных показателей контрлатеральной почки и определение лечебной тактики.

Злокачественные новообразования почки, почечной лоханки и мочеточника. Почечно-клеточный рак. Виды опухолей почки (аденокарциномы, опухоль Вильмса). Этиологические факторы. Патологическая анатомия. Патогенез метастазирования. Стадии опухолевого процесса по международной системе. Симптоматика (клиническая и параклиническая). Роль и последовательность диагностических этапов: обзорная и экскреторная урография. Статистическая сцинтиграфия почек. Ультразвуковое сканирование. Ангиография почек, компьютерная томография. Диагностика метастазов. Лечение. Оперативные доступы к почке. Химиотерапия. Значение предоперационной эмболизации почечной артерии. Показания, осложнения. Особенности операции в зависимости от вида и локализации опухоли. Лимфаденэктомия. Комбинированное лечение. Папиллярный рак лоханки почки. Этапы диагностики. Значение ретроградной уретеропиелогграфии. Значение пункционной биопсии

почек. Диагностика метастазов. Лечение. Особенности операции. Рак мочеочника. Клиника. Диагностика. Лечение.

Новообразования мочевого пузыря. Этиология.патогенез. диагностика. лечение. Опухоли мочевого пузыря: доброкачественные, злокачественные. Рак мочевого пузыря. Этиология. Патогенез. Метастазирование. Классификация, Симптоматика. Клиника. Диагностика. Роль тазовой артерио-флебо- и лимфографии. Значение радиоизотопных методов исследования. Последовательность диагностических этапов. Лечение: оперативное, лучевое, химиотерапия, комплексное, комбинированное. Виды операций и показания к ним, ТУР в лечении опухолей мочевого пузыря. Отдаленные результаты. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. этиология. патогенез. диагностика. Лечение.

Аденома предстательной железы. Этиология и патогенез. Патологическая анатомия. Стадии заболевания и их симптоматика. Диагностика. Особенности ректального исследования. Значение цистографии: нисходящей по Кнайзе-Шоберу; показания к последней. Показания к цистоскопии при аденоме простаты. Лечение: аденомэктомия одно- и двухмоментная, экстренная, плановая, отсроченная. Показания. Роль троакарной эпицистостомии. Виды аденомэктомии в зависимости от подхода к простате и дренирование мочевого пузыря. Трансуретральная электрорезекция предстательной железы. Ближайшие и поздние осложнения. Их лечение. Показания к вазорезекции. Консервативное лечение.

Рак предстательной железы. этиология. патогенез. Этиология. Патогенез. Патанатомия. Метастазирование. Стадии рака. Диагностика. Виды пункционной биопсии простаты. Показания к ним при раке простаты. Лечение: консервативное, оперативное. Дифференциальная диагностика при заболеваниях предстательной железы.

ПСА и его производные, как предиктор рака предстательной железы, ТРУЗИ, диагностические возможности и недостатки, ПРИ, диагностические возможности, биопсия простаты, техника проведения, обезболивание, осложнения.

Нефрогенная гипертензия. Вазоренальная гипертензия. Классификация: виды поражений почечной артерии. Патогенез: ренин-ангиотензин-альдостероновые факторы, ренопривная гипертензия, гипотензивные факторы почки. Схема строения ЮГА. Диагностический алгоритм синдрома гипертензии. Симптоматика. Значение анамнеза. Клиническое течение. Данные анализов крови, мочи, тестов глобальной функции почек, исследование глазного дна. Аускультация живота, измерение артериального давления на верхних и нижних конечностях, в различных положениях тела больного. Урографические признаки поражения почечной артерии. Показания к аортографии, селективной артериографии почки, флеботонометрии, флебографии. Значение дигитальной субтранкционной артериографии. Диагностическое значение отдельных клиренсов-тестов. Фармакологическая блокада ангиотензина. Ангиографические признаки различных видов поражения почечной артерии: атеросклеротический и фиброму-скулярные стенозы, аневризма, неспецифический аортоартериит, тромбоз и т.д. Признаки гемодинамически значимого стеноза почечной артерии. Активность ренина и его диагностическая роль. Показания к оперативному лечению. Хирургические доступы к сосудам почки. Виды операций в зависимости от характера поражений. Эстракорпоральная хирургия сосудов почки. Использование микрохирургической техники, аутотрансплантации. Показания к баллонной дилатации стеноза почечной артерии. Особенности послеоперационного ведения. Результаты. Паренхиматозная гипертензия: этиология, патогенез, симптоматика, диагностика. Лечение: при одно- и двухстороннем пиелонефрите. Принципы гипотензивной терапии при нефрогенной гипертензии. Гипертензия как следствие других урологических заболеваний (травмы, опухоли, кисты почек, мочекаменная болезнь, поликистоз почек, гидронефроз).

Повреждения почек и мочевого пузыря. Механизм закрытой травмы почек. Классификация повреждений почки. Клиническая картина закрытых травм почки. Местные и общие симптомы при различных видах повреждений почек. Диагностическое значение обзорной рентгенографии обзорной рентгенографии, экскреторной урографии, сканирования, почечной ангиографии и венографии. Хромоцистоскопия для уточнения стороны и характера повреждения почек. Показания к применению экскреторной урографии при различных видах повреждения почки, ретроградной пиелографии. Возможности ангиографии, венографии и сканирования почек

в уточнении диагноза и определении объёма оперативного вмешательства. Лечение закрытых повреждений почек. Принципы консервативного лечения повреждений почек. Показания к органосохраняющим и органонуносящим операциям при разрывах почки. Оперативные доступы к почке. Осложнения и последствия травмы почек.

Повреждения мочеточников. Механизм закрытых и открытых повреждений. Клиника травмы мочеточника. Диагностическая ценность экскреторной урографии, ретроградной пиелографии, уретеропиелографии, хромоцистоскопии. Возможность первичного шва мочеточника и способы его пластического восстановления. Механизм повреждения мочевого пузыря с переломом костей таза и повреждением внутренних органов. Патогенез внутри- и внебрюшинных разрывов мочевого пузыря. Отрыв шейки пузыря. Клиническая картина вне- и внутрибрюшинном разрыве мочевого пузыря. Диагностические тесты: при повреждении мочевого пузыря. Выполнение восходящей цистографии, отсроченная цистография. Условия для диагностики повреждений задней стенки. Ценность катетеризации мочевого пузыря, цистоскопии и других диагностических приемов. Лечебная тактика при разрывах мочевого пузыря. Виды дренирования.

Повреждение уретры и наружных половых органов. Травма уретры. Механизм повреждения уретры. Тяжесть разрыва задней уретры. Клиническая картина повреждений уретры. Возможность катетеризации уретры. Диагностическая ценность уретрографии при распознавании повреждений уретры. Тактика ведения больных с разрывами уретры. Показания к первичному шву уретры. Условия его выполнения. Стриктура уретры. Клиническая картина данного осложнения. Методы диагностики сужений мочеиспускательного канала и дифференциальная диагностика его с различными заболеваниями. Способы пластических операций, показания к консервативному лечению.

Повреждения полового члена. Механизм и виды повреждений полового члена. Клиническая картина открытых, закрытых и сочетанных повреждений. Значение различных диагностических приёмов в выявлении характера травмы полового члена. Способы лечения различных видов повреждений полового члена. Осложнения повреждений кавернозных тел. Методы пластического восстановления полового члена после травматической его ампутации.

Повреждения яичек. Механизм и виды травм яичка. Клиническая картина и методы диагностики различных видов открытых и закрытых повреждений яичек. Зависимость исхода ранения от характера повреждений яичка. Лечебная тактика при травме яичка.

Ятрогенная травма в урологии. Современные аспекты ятрогении в урологической практике врача стационара. Последствия ятрогенных осложнений и возможные пути их устранения, ятрогенные осложнения в эндоурологии.

Урогинекология. Пузырно-влагалищные свищи, причины, клиника, диагностика, лечение. Пузырно ректальные свищи, причины, клиника, диагностика, лечение.

Хроническая почечная недостаточность. Определение понятия ХПН. Заболевания, предшествующие ХПН. Патогенез ХПН, теория уремии. Патологическая анатомия. Разнообразный характер патоморфологических изменений в почках. Классификация ХПН. Стадии течения ХПН. Клинико-лабораторная диагностика каждой из них. Деление терминальной ХПН на периоды клинического течения. Симптоматология и клиническое течение ХПН. Зависимость степени выраженности клинических проявлений от стадии болезни, интеркуррентных заболеваний, артериальной гипертонии. Состояние ЦНС, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, костно-суставного аппарата, нервно-психической сферы, мочевыделительной системы при ХПН.

Диагностическое лечение лабораторных, рентгенологических, инструментальных методов обследования. Дифференциальный диагноз между гломерулонефритом и пиелонефритом, различными стадиями ХПН. Схема обследования больных при диагностике первичного заболевания почек и ХПН. Лечение. Задачи консервативной терапии. Показания к применению методов диализа и почечной трансплантации. Метод перитонеального диализа. Показания и условия проведения перитонеального диализа. Гемодиализ. Различные модификации артериовенозного шунтирования, их недостатки. Преимущества артериовенозного подкожного анастомоза. Показания к хроническому гемодиализу. Осложнения при проведении гемодиализа.

Трансплантация почки. Проблемы тканевой несовместимости и пути улучшения результатов пересадки почки. Показания и противопоказания к пересадке почки. Предоперационная подготовка, техника операции, послеоперационный период. Прогноз при ХПН в зависимости от стадии заболевания.

Водянка оболочек яичка. Понятие водянки оболочек яичка. Классификация водянки оболочек яичка. Формы клинического течения заболевания. Клиника острой и хронической водянки оболочек яичка. Дифференциальная диагностика водянки яичка, пахово-мошоночной грыжи, варикоцеле, опухоли яичка. Лечение. Способы оперативного вмешательства при водянке яичка. Течение послеоперационного периода. Возможные осложнения.

Приапизм. Определение понятия приапизма и его отличие от физиологической эрекции. Приапизм, как симптом различных заболеваний и как самостоятельная нозологическая форма. Лечебная тактика в зависимости от причин возникновения приапизма. Влияние приапизма на половую функцию и ее зависимость от длительности заболевания. Патогенез импотенции. Способы оперативных вмешательств и их возможности в сексуальной реабилитации больных, перенесших приапизм. Болезнь Пейрони (фибропластическая индурация полового члена) Этиология болезни Пейрони, возможность сочетания с другими системными заболеваниями. Патоморфологический субстрат и его локализация. Классическая триада симптомов. Механизм возникновения эректильной деформации. Дифференциальная диагностика болезни Пейрони. Показания к консервативному и оперативному лечению. Наиболее распространенные виды консервативного лечения, его эффективность, способы оперативных вмешательств. Техника операции Несбита. Прогноз в отношении выздоровления или восстановления половой функции.

Эректильная дисфункция. этиология. патогенез. лечение. Эректильная дисфункция и хронический простатит. Современные методы лечения преждевременной эякуляции преждевременная эякуляция как проявление эректильной дисфункции, медикаментозная и поведенческие методы лечения преждевременной эякуляции.

Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря. Поражение центральной и периферической иннервации при нейрогенной дисфункции мочевого пузыря. Этиология и патогенез. Причины нарушения функции мочевого пузыря. Симптоматика и клиническое течение нейрогенной дисфункции мочевого пузыря в зависимости от локализации повреждений нервной системы. Клиника гипорефлекторного, гиперрефлекторного, арефлекторного, склеротического мочевого пузыря. Значение анамнеза, объективного, лабораторного, эндоскопического, рентгенологического методов исследования диагностики нейрогенной дисфункции мочевого пузыря. Дифференциальная диагностика дисфункции мочевого пузыря, аденомы и рака простаты, болезни Мариона, стриктуры уретры и других заболеваний. Показания к консервативному и оперативному методам лечения. Прогноз.

Недержание мочи. Стрессовое недержание мочи, этиология, клиника, лечение. Гиперактивный мочевой пузырь, диагностика лечение.

Урофлоуметрия, диагностика в лечении урологических больных, цистометрия. Тех-ника выполнения, интерпретация результатов. Паразитарные заболевания мочеполовых органов, возбудители основных паразитарных заболеваний мочеполовых органов, диагностика, методы их лечения, прогноз.

Эхинококкоз почки. Возбудители заболевания. Частота поражения почки и других внутренних органов. Пути проникновения возбудителя заболевания в почку. Характер роста гидатидозных кист при различных формах эхинококкоза почки. Симптоматика и клиническое течение эхинококкоза почки. Значение специфических реакций и объективных методов обследования диагностики эхинококкоза почки. Место рентгенологических методов при распознавании эхинококкоза. Дифференциальная диагностика эхинококкоза почки с кистой, опухолью, забрюшинной опухолью, гидронефрозом. Методы лечения эхинококкоза почки. Показания к органосохраняющим и органорезецирующим оперативным вмешательствам. Меры профилактики эхинококкоза почки. Значение санитарно-просветительных мероприятий. Прогноз.

Шистозоматоз мочеполовых органов. Этиология и патогенез шистозоматоза мочеполовых органов, возбудитель шистозоматоза, цикл его развития. Распространенность заболевания. Характеристика общих и местных изменений при шистозоматозе. Стадии клинического течения

острого и хронического шистозоматоза, их характеристика. Значение анамнеза в диагностике шистозоматоза. Ценность инструментальных методов исследования в распознавании заболевания. Роль экскреторной урографии в выявлении осложнений шистозоматоза. Дифференциальная диагностика шистозоматоза с опухолевым и туберкулезным поражением мочевого пузыря. Содержание лекарственной терапии шистозоматоза мочеполовых органов. Показания к оперативному вмешательству. Меры профилактики шистозоматоза и прогноз.

Филяриатоз мочеполовых органов. Понятие филяриатоза мочеполовых органов, распространенность заболевания. Пути проникновения возбудителя в организм человека, локализация патологического процесса. Общие и местные симптомы заболевания. Методы диагностики филяриатоза. Роль лимфографии в установлении показаний к оперативному лечению. Характеристика консервативной химиотерапии. Профилактика заболевания.

Туберкулёз мочеполовой системы (фтизиурология). Этиология и патогенез. Патанатомия. Классификация. Симптоматика и клиническое течение. Диагностика. Дифференциальная диагностика с хроническим неспецифическим пиелонефритом. Лечение: консервативное, оперативное. Критерий излечённости. Прогноз. Туберкулёз мужских половых органов. Этиология и патогенез. Патанатомия. Симптоматика и клиническое течение. Диагностика, лечение. Осложнения. Прогноз. Актиномикоз мочеполовых органов. Этиология и патогенез. Клиника, диагностика, лечение.

Мочеполовые свищи у женщин. Механизм происхождения и локализация мочеполовых свищей у женщин. Основные группы свищей. Симптоматика. Зависимость характера и степени выраженности основного симптома мочеполового свища от его локализации и размеров. Значение анамнеза, рентгенологических и эндоскопических исследований в диагностике мочеполовых свищей у женщин. Исходы пластических восстановительных операций. Частота рецидивов свищей. Ургентная урология.

Экстренные состояния в урологии, методы оказания срочной помощи, интенсивная терапия при них. Почечная колика - клиника, дифференциальная диагностика, лечебные мероприятия. Острая задержка мочи. Причины. Методы лечения. Анурия - этиологические факторы. Виды анурии. Стадии развития. Клинические проявления. Методы диагностики. Лечение. Показания к операции. Исходы лечения. Гематурия - источник, локализация, причины кровотечения, характеристика, виды гематурии, показания к консервативному и оперативному методам лечения.

2. Гигиена и эпидемиология чрезвычайных ситуаций.

Основные понятия военной инфектологии. Гигиенические и эпидемиологические аспекты чрезвычайных ситуаций. Основные принципы и задачи противоэпидемического обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях.

Бактериозы в условиях ЧС. Протозойные инфекции в условиях ЧС. Основные принципы лечения протозойных инфекций в условиях ЧС. Планирование и проведение профилактических и противоэпидемических мероприятий в районах стихийных бедствий и других катастроф.

Гельминтозы в условиях ЧС. Основные принципы диагностики и лечения гельминтозов в условиях ЧС. Планирование и проведение профилактических и противоэпидемических мероприятий в районах стихийных бедствий и других катастроф.

Вирусные заболевания в условиях ЧС. Основные принципы диагностики лечения вирусных заболеваний в условиях ЧС. Планирование и проведение профилактических и противоэпидемических мероприятий в районах стихийных бедствий и других катастроф.

3. Общественное здоровье и здравоохранение.

Место организации здравоохранения и общественного здоровья в деятельности практического врача. Профилактика как основа обеспечения здоровья населения. Правовые и социально-этические аспекты медицинской деятельности. Право на занятие медицинской деятельностью. Социально-психологическая, моральная и юридическая ответственность в медицине и здравоохранении. Гражданско-правовая ответственность. Права пациентов в соответствии с ФЗ №323 и другими ФЗ в области медицины и здравоохранения. Управление в деятельности врача. Понятие управления. Понятие маркетинга. Экономика и ее место в деятельности медицинской организации.

4. Педагогика.

Нормативно-правовые основы подготовки медицинских и фармацевтических работников в Российской Федерации. Структура высшего образования. Аккредитация специалиста. Профессиональные стандарты. Непрерывное медицинское образование. Принципы дидактики. Дидактические теории и концепции. Методы обучения. Компетентностный подход в образовании. Теории обучения. Особенности обучения взрослых. Педагогическая психология. Понятие мотивации.

5. Микробиология.

Воздействие физических и химических факторов на микроорганизмы. Асептика и антисептика. Противоэпидемический режим медицинской организации. Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи. Эпидемиология, микробиологическая характеристика. Микробиологический мониторинг в многопрофильном стационаре. Проблемы антибиотикорезистентности и ее преодоления. Биотерроризм. Защита от бакоружия. Основы санитарной микробиологии воды, воздуха. Санитарная микробиология в ЛПУ. Эпидемиологическая и микробиологическая характеристика микроорганизмов группы ESKAPE. Сепсис. Определение, классификация, эпидемиология. Методы диагностики, мониторинга, терапии. Эпидемиология и вирусология гриппа, ОРВИ.

6. Клиническая лабораторная диагностика

Организация лабораторной службы. Контроль качества лабораторных исследований. Методы гематологических исследований. Диагностика заболеваний печени. Лабораторная диагностика заболеваний почек. Кислотно-щелочной и водно-электролитный баланс организма. Лабораторная диагностика заболеваний поджелудочной железы. Диагностика заболеваний сердечно-сосудистой системы

6. Учебно-методическое и информационное обеспечение

а) основная и дополнительная литература:

1. Урология / А. И. Неймарк, Б. А. Неймарк, А. В. Давыдов [и др.] ; под редакцией А. И. Неймарк. — 2-е изд., стер. — Санкт-Петербург : Лань, 2023. — 172 с. — ISBN 978-5-507-45578-2. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/276440	https://e.lanbook.com
2. Урология : учебник / А. В. Строчкин, А. А. Жебентяев, Н. А. Нечипоренко [и др.] ; под редакцией А. В. Строчкин. — 3-е изд., испр. — Минск : Новое знание, 2024. — 304 с. — ISBN 978-985-24-0708-3. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/513963	
3. Нечипоренко, Н. А. Урология : учебное пособие / Н. А. Нечипоренко, А. Н. Нечипоренко, В. А. Филиппович. — Гродно : ГрГМУ, 2025. — 228 с. — ISBN 978-985-595-958-9. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/518464	
4. Урология : учебное пособие / А. В. Строчкин, А. А. Жебентяев, Н. А. Нечипоренко, Д. Н. Руденко ; под редакцией А. В. Строчкин. — Минск : Новое знание, 2016. — 224 с. — ISBN 978-985-475-786-5. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/90704	
5. Боковой, С. П. Неотложная урология : руководство / С. П. Боковой. — Архангельск : СГМУ, 2015. — 124 с. — ISBN 978-5-91702-202-4. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/365297	
6. Чумаков, П. И. Урология: симптомы, диагноз, лечение : учебно-методическое пособие / П. И. Чумаков, Р. С. Францев, И. В. Павленко. — Ставрополь : СтГМУ, 2022. — 124 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/359792	
7. Общая и детская урология-андрология : учебное пособие / А. В. Гудков, В. С. Бощенко, С. П. Селиванов [и др.]. — Томск : СибГМУ, 2020. — 108 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/276278	

б) современные профессиональные базы данных:	
•Медико-биологический информационный портал для специалистов •Медицинский сервер "MedLinks.Ru - Вся медицина в Интернет" •Медицинский портал •Медицинский видеопортал Med-Edu.ru Портал российского врача МЕДВЕСТИК	http://www.medline.ru http://www.medlinks.ru ; http://www.medportal.ru http://www.med-edu.ru/ https://medvestnik.ru/
в) информационные справочные системы:	
•Рубрикатор клинических рекомендаций •Международная классификация болезней 10-го пересмотра •Информационно-аналитический портал Remedium.ru •Энциклопедия лекарств от РЛС	http://cr.rosminzdrav.ru/ https://mkb-10.com/ http://www.remedium.ru https://www.rlsnet.ru

7. Материально-техническое обеспечение

Учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации: 191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 223;

Специализированная мебель: доска (меловая); стол преподавателя, стол студенческий четырёхместный, стул студенческий;

Технические средства обучения: мультимедиа-проектор, экран, ноутбук преподавателя, системный блок, монитор.

Специальные технические средства обучения: Roger Pen (Индивидуальный беспроводной передатчик Roger в форме ручки), Roger MyLink (приемник сигнала системы Roger Pen) (для обучающихся с нарушениями слуха); IntelliKeys (проводная клавиатура с русским шрифтом Брайля с матовым покрытием черного цвета), 191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 223).

Учебные аудитории для проведения учебных занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации: 191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 223;

Специализированная мебель: доска (меловая); стол преподавателя, стол студенческий четырёхместный, стул студенческий;

Технические средства обучения: мультимедиа-проектор, экран, ноутбук преподавателя, системный блок, монитор.

Специальные технические средства обучения: Roger Pen (Индивидуальный беспроводной передатчик Roger в форме ручки), Roger MyLink (приемник сигнала системы Roger Pen) (для обучающихся с нарушениями слуха); IntelliKeys (проводная клавиатура с русским шрифтом Брайля с матовым покрытием черного цвета), (191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 223).

Помещения для самостоятельной работы обучающихся, оснащенные компьютерной техникой, в т.ч. специализированной, с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспеченные доступом к электронной информационно-образовательной среде: 191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 223

Помещения для хранения и профилактического обслуживания учебного оборудования: 1191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 316.

ПРИМЕРНЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ДЛЯ ВЫПУСКНИКОВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ

31.08.68 Урология

1. Перечень мануальных навыков при оказании первой медицинской помощи: – Базовая сердечно-легочная реанимация.

2. Перечень мануальных навыков по урологии

1.	Получение информации о заболевании, применение объективных методов обследования больного, выявление общих и специфических признаков заболевания;
2.	Оценка тяжести состояния больного, принятие необходимых мер для выведения больного из такого состояния, определение объема и последовательности реанимационных мероприятий, оказание необходимой срочной помощи;
3.	Определение специальных методов исследования (лабораторные, рентгенологические и функциональные);
4.	Определение показаний для госпитализации и организация ее
5.	Проведение дифференциальной диагностики, обоснование клинического диагноза, плана и тактики ведения больного;
6.	Оценка электрокардиограммы, спирограммы, данных рентгенологического обследования и заключение по ним;
7.	Определение степени нарушения гомеостаза и выполнение мероприятий по его нормализации;
8.	Назначение необходимых лекарственных средств и других лечебных мероприятий
9.	Определение вопросов трудоспособности больного – временной или стойкой;
10.	Проведение необходимых противоэпидемических мероприятий при выявлении инфекционного больного;
11.	Проведение диспансеризации здоровых и больных;
12.	Оформление медицинской документации, предусмотренной законодательством по здравоохранению
13.	Забор материала из мочеиспускательного канала
14.	Исследование стенки уретры на прямом буже
15.	Введение бужа, массаж уретры на прямом буже, введение катетера при острой задержке мочи
16.	Проведение инстилляций лекарственных веществ в уретру
17.	Выполнение уретроскопии и лечебной тампонады
18.	Взятие материала из мочеполовых органов
19.	Оформление экстренных извещений
20.	Оформление больничного листа
21.	Пальпация почек, мочевого пузыря, органов мошонки, стенок влагалища, уретры и кавернозных тел
22.	Интерпретация данных лабораторных исследований
23.	Интерпретации данных лучевого исследования (обзорной и экскреторной урографии)
24.	Интерпретации данных лучевого исследования (МРТ)
25.	Интерпретации данных лучевого исследования (КТ)
26.	Интерпретации данных лучевого исследования (УЗИ органов брюшной полости)

27.	Интерпретации данных лучевого исследования (УЗИ почек)
28.	Интерпретации данных лучевого исследования (УЗИ мочевого пузыря)
29.	Катетеризация мочевого пузыря
30.	Бужирование уретры
31.	Надлобковая капиллярная пункция мочевого пузыря
32.	Уретроскопия
33.	Цистоскопия
34.	Хромоцистоскопия
35.	Катетеризация мочеточника
36.	Биопсия стенки мочевого пузыря
37.	Электрокоагуляция папиллярной опухоли
38.	Цистолитотрипсия
39.	Выполнение и оценка результатов урофлоуметрии и цистометрии
40.	Оценка и описание обзорного снимка мочевой системы
41.	Представление больных на МСЭ
42.	Оформление медицинской документации на больных для МСЭ
43.	Оформление санаторно-курортной карты
44.	Участие в составлении годового отчета урологического отделения или кабинета
45.	Оформление документации для страховой компании
46.	Применение методов физиотерапевтического лечения

Пример оценочных материалов аттестационного тестирования

Аттестационное тестирование

1. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОСЛЕ ПЛАСТИКИ ЛУКОВИЧНОГО ОТДЕЛА УРЕТРЫ В ОТДАЛЕННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ЯВЛЯЕТСЯ эректильная дисфункция

стрессовое недержание мочи

уросепсис

*постмикционный дриблинг

2. ПРИ ПРОТЯЖЕННЫХ СТРИКТУРАХ УРЕТРЫ СЛЕДУЕТ ИЗБЕГАТЬ

_____ УРЕТРОПЛАСТИКИ

двухэтапной

*анастомотической

вентральной буккальной

дорсальной буккальной

3. ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ УРЕТРОПЛАСТИКА НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАНА ПРИ

_____ УРЕТРЫ

коротких стриктурах мембранозного отдела

коротких стриктурах луковичного отдела

*протяженных и рецидивных стриктурах передней коротких стриктурах

простатического отдела

4. ПРИ ЦИСТИТАХ НЕ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНЯТЬ _____ фитотерапию

*лучевую терапию

местное лечение

медикаментозное лечение

5. «ПЕНИСТЫЕ КЛЕТКИ» ВЫЯВЛЯЮТ ГИСТОЛОГИЧЕСКИ ПРИ

_____ ПИЕЛОНЕФРИТЕ

вторичном

*ксантогранулематозном

эмфизематозном

первичном

6. ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА С ПОТЯСАЮЩИМ ОЗНОБОМ У

БОЛЬНОГО С КАМНЕМ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ПРАВОГО МОЧЕТОЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ

*острого пиелонефрита

острого простатита

разрыва мочеточника

перитонита

7. ПРИ ОСТРОМ НЕОСЛОЖНЕННОМ ЦИСТИТЕ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН

ВОЗБУДИТЕ-ЛЕМ В ОСНОВНОМ ЯВЛЯЕТСЯ

Pseudomonas aeruginosa

фекальный стрептококк

*кишечная палочка

вульгарный протей

8. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ОСТРОГО ЦИСТИТА ХАРАКТЕРНА дизурия с

лихорадкой

*лейкоцитурия и гематурия

ночная поллакиурия

боль в поясничной области

9. ПРИ ПАРАНЕФРАЛЬНОМ АБСЦЕССЕ ОПРАВДАНОЙ ТАКТИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ СЧИТАЮТ

эндоуретеральное дренирование почки в сочетании с антибактериальной терапией
перкутанную нефростомию на фоне антибактериальной терапии

только антибактериальную терапию внутривенно

*ретроперитонеальное дренирование абсцесса с антибактериальной терапией

10. ОСЛОЖНЕНИЕМ ОСТРОГО ЦИСТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

*необструктивный пиелонефрит

вторичный пиелонефрит

почечная недостаточность

задержка мочи

11. В ОСНОВЕ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ ЛЕЖИТ

нарушение фильтрационной способности почки нарушение выделительной функции
почек

*острое нарушение оттока мочи из верхних мочевых путей хронический пиелонефрит

12. ТЯЖЕСТЬ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧКИ ЗАВИСИТ ОТ

возраста больного
состояния почки в момент травмы

веса больного

*ударной силы ранящего предмета

13. ХАРАКТЕРИСТИКОЙ ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКИ МОЧЕИСПУСКАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

отсутствие мочи в мочевом пузыре при его катетеризации

*невозможность самостоятельного опорожнения мочевого пузыря *

отсутствие выделения мочи почками

отсутствие самостоятельного мочеиспускания в горизонтальном положении

Приложение №3

**ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ ВЫПУСКНИКОВ
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.68 УРОЛОГИЯ
СОБЕСЕДОВАНИЕ**

Примеры экзаменационных вопросов

1.Мышечно-неинвазивный рак мочевого пузыря (МНИРМП). Классификация TNM. Диагностика. Современные хирургические методы лечения. Техническое обеспечение (аппаратная база, инструменты, расходные материалы).

2.Локализованный рак предстательной железы. Классификация TNM. Индекс Gleason. Диагностика. Виды биопсии предстательной железы. Лечение.

3.МКБ. Классификация коралловидного нефролитиаза. Диагностика. Современные хирургические методы лечения. Перкутанные доступы хирургического лечения пациентов с МКБ. Техническое обеспечение (аппаратная база, инструменты, расходные материалы).

4.Мышечно-инвазивный рак мочевого пузыря (МИРМП). Классификация TNM. Диагностика. Шкала VI-RADS. Варианты лечения инвазивного рака мочевого пузыря.

5.МКБ. Диагностика. Ретроградная интратеренальная хирургия в лечении пациентов с МКБ. Билатеральная ретроградная интратеренальная хирургия в лечении пациентов с МКБ. Антеградная пиелоретероскопия с литотрипсией. Техническое обеспечение (аппаратная база, инструменты, расходные материалы).

6.Первичный рак уретры. Классификация TNM. Диагностика. Лечение локализованного первичного рака уретры у мужчин.

Примеры ситуационных задач

Задача №1.

Ситуация

Мужчина 43 лет обратился в поликлинику по месту жительства к урологу.

Жалобы

На наличие уплотнения в половом члене, искривление полового члена кверху при эрекции.

Анамнез заболевания

Боль в половом члене при эрекции стал отмечать около года назад, тогда же отметил появление уплотнения по дорсальной поверхности полового члена. К врачу не обращался, не лечился; тогда же стал отмечать прогрессирующее искривление полового члена кверху при эрекции. Боль прошла спустя 2-3 месяца после начала искривления. Последние 3 месяца угол искривления не прогрессирует (стабилизировался).

В связи с сохранением уплотнения, искривлением полового члена при эрекции обратился к врачу.

Анамнез жизни

- хронических заболеваний нет;
- не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- профессиональных вредностей не имеет;
- аллергические реакции на медицинские препараты отрицает; женат. 1
- ребенок;
- работает, ведет активный образ жизни.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 85 кг, рост 178 см. Температура тела 36,80С. Кожные покровы умеренно влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 78/мин, АД 135/80 мм рт.ст. Живот мягкий,

безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный.

Status localis: с-м поколачивания отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований

в поясничной области и в области живота не выявлено, почки не пальпируются, мочеиспускание свободное, безболезненное, моча визуально не изменена. По дорсальной поверхности полового члена (ближе к корню полового члена) пальпируется плотный участок, безболезненный, кожа над ним смещается, очагов гиперемии нет; размером до 1.0 см.

При пальцевом ректальном исследовании: простата не увеличена, плотно-эластической консистенции, уплотнений не определяется. Поверхность простаты гладкая, слизистая прямой

кишки свободно смещается над поверхностью простаты. Семенные пузырьки не пальпируются.

Клинический диагноз? План обследования? Лечение?

Задача №2.

Ситуация

Пациент 34 года обратился к урологу по месту жительства. Ранее урологами не наблюдался.

Жалобы

На дискомфорт в поясничной области слева, повышение АД до 150/80 мм рт.ст.

Анамнез заболевания

Из анамнеза известно, что при плановом обследовании по поводу артериальной гипертензии у пациента выявлено расширение ЧЛС слева. Консультирован в ГКБ по месту жительства, предложена нефрэктомия слева, от предложенного лечения пациент воздержался. С целью оценки функции почек и восстановления оттока мочи из левой почки выполнено дренирование верхних мочевых путей мочеточниковым стентом. Настоящее обращение для обследования и определения дальнейшей тактики лечения.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: ОРВИ, ангины. Гепатит В, гепатит С, ВИЧ, сифилис, инфаркты, инсульты, язвы желудка и 12 перстной кишки, сахарный диабет, туберкулез – отрицает. Операции: дренирование ВМП слева мочеточниковым стентом. Травмы: отрицает. Страдает ГБ, терапии не принимает. Вредных привычек нет. Аллергические реакции на лекарственные препараты: отрицает.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 190 см, вес 92 кг. Температура тела 36,9°C. Кожные покровы и слизистые физиологической окраски и влажности. Брюшной тип дыхания, ЧДД-17/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 66/мин, АД 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, не вздут.

Локальный статус:

Поясничная область визуально не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Пальпируемых образований в поясничной области не выявлено. Наружные половые органы развиты правильно, без особенностей, яички пальпируются в мошонке, обычных размеров и консистенции, безболезненные, патологических образований не выявлено. Наружное отверстие уретры расположено в типичном месте, патологических выделений не выявлено. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча визуально не изменена.

Per rectum: простата не увеличена в размерах, безболезненна, плотноэластической консистенции, определяется срединная бороздка.

Результаты инструментальных методов обследования

Ультразвуковое исследование органов забрюшинного пространства (почек), мочевого пузыря

Правая почка с четкими ровными контурами, размерами 12,5х6,5 см, паренхима толщиной до 1,9 мм. ЧЛС не расширена. Гиперэхогенные структуры не определяются. Подвижность почки сохранена.

Левая почка с четкими ровными контурами, размерами 12,5х6,5 см, паренхима толщиной до 1,3 мм. Лоханка расширена до 3 см, чашечки - до 2 см. В проекции лоханки определяется проксимальный завиток катетера-стента. Подвижность почки сохранена. Мочевой пузырь с четкими ровными контурами, заполнен анэхогенным содержимым. В его просвете определяется инкрустированный дистальный завиток катетера стента. Простата (трансабдоминально) с четкими ровными контурами, однородной эхоструктуры, объем 25 см³.

Компьютерная томография (мультиспиральная) с контрастированием

Стриктура левого мочеточника сразу ниже пиело-уретерального сегмента, гидронефроз слева с нарушением перфузии и больше выделительной функции левой почки, аномальный ход левой почечной вены позади аорты с нисходящим направлением.

Нефросцинтиграфия

На серии динамических сцинтиграмм своевременно и одновременно получено изображение обеих почек, обычно расположенных. Правая почка эллипсоидной формы, с четкими контурами. Функция правой почки в пределах нормы. Левая почка увеличена в размерах, по сравнению с контралатеральной почкой, но по сравнению с исследованием от 13.04.15 года её размеры несколько уменьшились. Отмечается длительная визуализация РФП в проекции всех чашечек и лоханки левой почки. Гистограмма, полученная с изображения левой почки, представлена двухфазной кривой: первая фаза которой представлена быстровосходящей кривой, отображающей её достаточное кровоснабжение; вторая фаза – пологовосходящий сегмент, не переходящий в плато, что свидетельствует о существенном снижении функции её паренхимы. По сравнению с дооперационным исследованием значимых изменений функции почек не отмечено.

Клинический диагноз? Лечение?

Задача № 3.

Ситуация

Мужчина 42 лет обратился к урологу, в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

На периодически возникающую ноющую боль в поясничной области справа, с иррадиацией в правую паховую область, озноб и подъем температуры тела до 38 0С.

Анамнез заболевания

Мочекаменная болезнь с 39 лет, камни почек, два эпизода самостоятельного отхождения камней после приступа почечной колики слева. В течении последних 3 дней приступообразная боль в поясничной области справа, которая купируется спазмолитиками (баралгин). Однократно, после приступа почечной колики справа, наблюдался бурый цвет мочи без сгустков.

Анамнез жизни

Рос и развивался соответственно возрасту, отмечает перенесенные детские инфекции: корь и ветряную оспу. В возрасте 18 лет орхоэпидидимит справа, а в 32 года перенес острый простатит. Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 82 кг, рост 182 см. Температура тела 37,80С. Кожные покровы влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 20/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 96/мин, АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не пальпируются. Стул регулярный, оформленный.

Status localis: с-м Пастернацкого положительный справа, пальпируемых образований в поясничной области не выявлено. Мочеиспускание свободное, безболезненное, моча визуально не изменена, наружные половые органы без особенностей.

Per rectum: предстательная железа с четким контуром, не увеличена, неоднородная, безболезненная, междолевая бороздка выражена, парапростатическая клетчатка не инфильтрирована.

Результаты обследования

Ультразвуковое исследование почек и мочевых путей Почки: справа и слева с четким, ровным контуром, нормальных размеров и формы, паренхима однородной эхоструктуры, толщиной справа и слева до 12 мм. Справа отмечается дилатация ЧЛС: лоханка до 30 мм, чашечки до 5 мм. В верхней трети правого мочеточника определяется гиперэхогенное образование с четкой акустической дорожкой до 10 мм. Слева дилатации ЧЛС нет. Мочеточник не определяется. Подвижность почек сохранена. Мочевой пузырь при наполнении 250 мл с четким, ровным контуром.

Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) Справа, в верхней трети мочеточника, конкремент округлой формы, размерами 11x10 мм, плотностью 925 ед. по Хаунсфилду (НУ). Определяется умеренное расширение чашечно-лоханочной системы: лоханка до 30 мм, чашечки до 4-5 мм. В других отделах мочевых путей конкрементов не обнаружено.

Клинический диагноз? Лечение?

Задача № 4.

Ситуация

Мужчина 60 лет обратился в поликлинику по месту жительства для прохождения диспансеризации. В рамках 1 этапа диспансеризации выявлено повышение ПСА общ. до 9 нг/мл. Направлен на консультацию к урологу.

Жалобы

На ослабленное вялой струей мочеиспускание, повышение уровня ПСА общ. до 9 нг/мл.

Анамнез заболевания

Последние несколько месяцев отмечает незначительное ухудшение качества мочеиспускания. Ранее у уролога не наблюдался, анализ на ПСА не сдавал.

Анамнез жизни

Рос и развивался соответственно возрасту, от сверстников не отставал. Детские инфекции,

ОРВИ, туберкулез, гепатит, СПИД, венерические заболевания отрицает. Операции: в возрасте 20 лет аппендэктомия.

Аллергия: отрицает. Социально-бытовые условия удовлетворительные. Травмы: перелом правой лучезапястной кости в 35 лет.

Хронические заболевания: гипертоническая болезнь I ст., артериальная гипертензия 2 ст., хронический гастродуоденит. Наследственность не отягощена. Образование: высшее юридическое. Профессиональные вредности отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 80 кг, рост 179 см. Температура тела 36,70С. Кожные покровы умеренно влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 15/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 77/мин, АД 130/85 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный.

Status localis: с-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области и в области живота не выявлено, почки не пальпируются, мочеиспускание умеренно затрудненное, безболезненное, моча визуально не изменена, наружные половые органы без особенностей, яички

пальпируются в мошонке, обычных размеров и консистенции, безболезненные, патологических образований не выявлено.

При пальцевом ректальном исследовании: простата увеличена в размерах, плотноэластической консистенции, патологических очагов не определяется. Поверхность простаты гладкая, слизистая прямой кишки свободно смещается над поверхностью простаты. Семенные пузырьки не пальпируются.

Результаты инструментального метода обследования

Трузи

Заключение: простата увеличена, с четким, ровным контуром, паренхима однородна. Патологических очагов не определяется. Объем предстательной железы – 59 см. куб. Простата вдается в мочевого пузырь на 1.5 см.

Результаты обследования

Трансректальная мультифокальная биопсия предстательной железы под контролем трансректального УЗИ

По данным заключения морфологического исследования биоптатов, выявлена мелкоацинарная аденокарцинома предстательной железы 4+3=7 баллов по Глиссону (из 12 взятых участков в 4 из левой доли), на фоне смешанной гиперплазии с фокусами low- и high ПИН и слабо выраженных явлений простатита.

Данных за периневральную инвазию не получено.

Клинический диагноз? Лечение?

ПРОТОКОЛ № _____

заседания государственной экзаменационной комиссии по приему
государственного экзамена о сдаче практической подготовки
по специальности 31.08.68 Урология

Ординатором _____
_____ группы

Прием практической подготовки

Присутствовали:

Председатель ГЭК:

Члены ГЭК: « ____ » _____ 20 ____ г.

Вопросы (задания)

Характеристика ответов и мнения членов ГЭК

Оценка по практической подготовке _____

Подписи:

Председатель государственной экзаменационной комиссии _____

Секретарь государственной экзаменационной комиссии _____

ПРОТОКОЛ № _____
заседания государственной экзаменационной комиссии по приему
государственного экзамена о сдаче аттестационного тестирования по
специальности 31.08.68 Урология

Ординатором _____

_____ группы

Аттестационное тестирование « ____ » _____ 20 ____ г.

Присутствовали:

Председатель ГЭК:

Члены ГЭК:

Всего вопросов:

Правильных ответов: _____

Оценка _____

Характеристика ответов и мнения членов ГЭК

Подписи:

Председатель государственной экзаменационной комиссии _____

Секретарь государственной экзаменационной комиссии _____

ПРОТОКОЛ № _____

заседания государственной экзаменационной комиссии по приему
государственного экзамена о проведении собеседования по специальности 31.08.68
Урология

Экзаменуется

ординатор _____ (фамилия, имя,
отчество)

_____ группы _____ курса

Собеседование « _____ » _____ 20__ г.

Присутствовали:

Председатель ГЭК:

Члены ГЭК:

Вопросы (задачи):

Характеристика ответов и мнения членов ГЭК

Оценка по собеседованию: _____

Результаты прохождения предыдущих этапов государственного экзамена:

Оценка по практической подготовке: _____

Оценка по аттестационному тестированию: _____

Итоговая оценка государственного экзамена:

Подписи:

Председатель государственной экзаменационной комиссии _____

Секретарь государственной экзаменационной комиссии _____

[illegible]



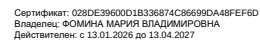
Научно-образовательный институт

Директор
ЧОУ ДПО «Научно-образовательный
Институт ММЦ»



«26» 01

2026 г.



ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ

основной профессиональной образовательной программы

высшего образования – уровень подготовки кадров высшей квалификации (ординатура)

Специальность: 31.08.68 Урология

«ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОБЩЕСТВЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ»

Длительность обучения: 72 академических часа

Трудоемкость: 2 ЗЭТ

Форма обучения: очная

Санкт-Петербург

2026 г.

1. Цели и задачи дисциплины:

Цель:

формирование и развитие компетенций, направленных на применение современных компьютерных технологий в общественном здравоохранении, получение знаний о методах информатизации врачебной деятельности, автоматизации клинических исследований, компьютеризации управления в системе здравоохранения; умение пользоваться компьютерными приложениями для решения задач в области общественного здравоохранения.

Задачи:

- Получение знаний в области применения социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков.
- Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях, с учетом современного состояния и перспектив развития информатизации здравоохранения.
- Получение навыков применения специализированных программ в решении задач организации здравоохранения и общественного здоровья.

2. Место дисциплины в структуре ОПОП ВО:

Дисциплина «Информационные технологии в общественном здравоохранении» является факультативной.

Для изучения данной учебной дисциплины необходимы следующие знания, умения и навыки:

Знания:

- Основных принципов работы ЭВМ.
- Основных принципов обработки и передачи информации.
- Основ и понятий системного подхода к анализу медицинской информации, опираясь на всеобъемлющие принципы доказательной медицины.
- Правил оформления медицинской карты.
- Современных социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослого населения и подростков.
- Основных принципов изучения научно-медицинской информации.
- Принципов проведения теоретических и экспериментальных методов медицинских исследований, принципы организации работ по практическому использованию и внедрению результатов исследований.
- Правил и мер безопасности при работе с ЭВМ.

Умения:

- Проводить анализ медицинской информации, опираясь на всеобъемлющие принципы доказательной медицины.
- Проводить анализ собственной деятельности в соответствии с действующей законодательной, нормативной и правовой базой.
- Правильно оформить медицинскую карту.
- Применять современные социально-гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослого населения и подростков.
- Проводить систематический поиск отечественной и зарубежной научно-медицинской информации по тематике исследования.
- Ориентироваться в основных документах, регламентирующих проведение исследований, определять степень доказательности научных исследований.

Навыки:

- Навыки уверенной работы в качестве пользователя ЭВМ.

- Навыки анализа и логического мышления.
- Навыки социального взаимодействия; навыки самооценки, самоконтроля.
- Навыки поиска медицинской информации, основанной на принципах доказательной медицины.
- Навыки оценки и анализа собственной деятельности.
- Оформление медицинской документации.
- Методы анализа научно-медицинской информации из отечественных и зарубежных источников.
- Базовые навыки проведения научных исследований в амбулаторной практике, основные методы статистической обработки.

3. Роль дисциплины в формировании компетенций выпускника.

Данная дисциплина является составляющей в формировании следующих компетенций: ПК-4; ПК-10.

4. Требования к результатам освоения дисциплины:

№ п/п	Индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны:		
			Знать	Уметь	Владеть
1	2	3	4	5	6
профилактическая деятельность:					
1.	ПК-4	готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о стоматологической заболеваемости	принципы сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и детей	применять методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья	навыками сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и детей
организационно-управленческая деятельность:					
2.	ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и	основные принципы организации и управления в сфере охраны	применять основные принципы организации и управления в	навыками работы в прикладных программах, используемых для расчетов в

		управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях	здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях, в части касающейся информатизации здравоохранения	сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях, в части касающейся информатизации здравоохранения	лечебно-диагностической и организационно-управленческой деятельности в здравоохранении

5. Разделы дисциплины и компетенции, которые формируются при их изучении:

№ п/п	Код компетенции	Наименование раздела дисциплины	Содержание раздела
1	ПК-10	Информационные технологии в общественном здравоохранении	Основы и понятия информационных технологий. Информационные технологии в здравоохранении и направления их развития. Уровни информатизации здравоохранения. Способы, технологии и задачи информатизации организационно-управленческих и лечебно-диагностических процессов медицинской организации.
2	ПК-4, ПК-10	Применение специализированных программ в решении задач общественного здравоохранения	Работа в специализированных программах, используемых для расчетов в организационно-управленческой деятельности медицинской организации.

6. Форма контроля

Текущий контроль осуществляется лектором и преподавателем, ведущим занятия семинарского типа, в соответствии с тематическим планом (п. 8.3).

Промежуточная аттестация: 2 семестр - зачет.

Оценочные средства представлены в фонде оценочных средств дисциплины.

7. Объем дисциплины и виды учебной работы.

Общая трудоёмкость дисциплины составляет 2 зачетные единицы.

Вид учебной работы	Всего часов	Объем по семестрам
		2 семестр
Контактная работа:	22,2	22,2
Лекции (Лек)	2	2
Практические занятия (Пр)	20	20
Вид промежуточной аттестации:		
Зачет (кчз)	0,2	0,2
Самостоятельная работа (СР):	49,8	49,8
Общая трудоемкость дисциплины:		
академические часы:	72	72
зачетные единицы:	2	2

8. Содержание дисциплины

8.1. Разделы дисциплины и виды занятий

№ п/п	Наименование раздела дисциплины	Лек	Пр
1	Информационные технологии в общественном здравоохранении	2	4
2	Применение специализированных программ в решении задач общественного здравоохранения	-	16
	Итого:	2	20

8.2. Тематический план лекционного типа

№ п/п	Тема и ее краткое содержание	Часы	Наглядные пособия
1	Информационные технологии в общественном здравоохранении	2	
1.1	Основы и понятия информационных технологий. Информационные технологии в здравоохранении и направления их развития. Уровни информатизации здравоохранения. Способы, технологии и задачи информатизации организационно-управленческих и лечебно-диагностических процессов медицинской организации.	2	Мультимедийная презентация
	Итого:	2	

8.3. Тематический план занятий семинарского типа (семинары, практические занятия, клинические практические занятия и пр.) и формы текущего контроля

№ п/п	Тема и ее краткое содержание	Часы	Формы текущего контроля
1	Информационные технологии в общественном здравоохранении	4	
1.1	Основы и понятия информационных технологий. Информационные технологии в здравоохранении и направления их развития. Уровни информатизации здравоохранения. Способы, технологии и задачи информатизации организационно-управленческих и лечебно-диагностических процессов медицинской организации.	4	защита рефератов, тестирование, выполнение практических заданий
2	Применение специализированных программ в решении задач общественного здравоохранения	16	
2.1	Первичная статистическая обработка данных медицинского эксперимента. Проверка гипотезы о нормальности распределения случайной величины с	4	тестирование, выполнение практических заданий

	помощью критерия согласия Пирсона.		
2.2	Расчет статистических характеристик конечных выборок. Проверка гипотезы о различии конечных выборок (параметрические и непараметрические критерии).	4	тестирование, выполнение практических заданий
2.3	Расчет коэффициентов парной линейной корреляции. Расчет коэффициентов аппроксимирующих формул. Расчет непараметрического парного коэффициента корреляции по Спирмену.	4	тестирование, выполнение практических заданий
2.4	Расчет дифференциальной информативности функционального параметра. Оценка состояния организации по функциональным параметрам.	4	тестирование, выполнение практических заданий
	Итого:	20	

9. Самостоятельная работа

Самостоятельная работа	Всего часов	Объем по семестрам
		2 семестр
Проработка лекций, подготовка к практическим занятиям (все разделы дисциплины). Написание рефератов.	49,8	49,8

10. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

а) основная и дополнительная литература:		
1. Ланина, Л. В. Математическая статистика для обработки медико-биологических данных : учебное пособие для вузов / Л. В. Ланина, С. Ю. Ланина. — Санкт-Петербург : Лань, 2026. — 164 с. — ISBN 978-5-507-54636-7. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/518200	https://e.lanbook.com	
2. Золкин, А. Л. Медицинская информатика. Интеграция данных и технологий для улучшения эффективности российского здравоохранения : учебник для вузов / А. Л. Золкин, И. С. Виноградская, М. С. Чистяков. — Санкт-Петербург : Лань, 2025. — 184 с. — ISBN 978-5-507-53081-6. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/505455		
3. Еремин, А. Л. Информационная и цифровая гигиена : учебное пособие для вузов / А. Л. Еремин. — 2-е изд., стер. — Санкт-Петербург : Лань, 2024. — 92 с. — ISBN 978-5-507-47641-1. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/399716		
4. Обмачевская, С. Н. Медицинская информатика. Курс лекций : Учебное пособие для вузов / С. Н. Обмачевская. — 4-е изд., стер. — Санкт-Петербург : Лань, 2022. — 184 с. — ISBN 978-5-507-44389-5. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/226475		
5. Информационные технологии в медицине : учебное пособие / Н. В. Маркина, О. А. Степанова, Г. А. Диденко [и др.]. — Челябинск : ЮУГМУ, 2025. — 150 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/506760		
6. Обмачевская, С. Н. Информационные технологии в		

профессиональной деятельности медицинских работников : учебное пособие для СПО / С. Н. Обмачевская. — 5-е изд., стер. — Санкт-Петербург : Лань, 2025. — 184 с. — ISBN 978-5-507-50482-4. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/440147	
б) современные профессиональные базы данных:	
- Медико-биологический информационный портал для специалистов Медлайн.ру. URL: https://medline.ru - Медицинский сервер "MedLinks.Ru - Вся медицина в Интернет". URL: http://www.medlinks.ru - Медицинский портал MED Портал. URL: http://www.medportal.ru - Медицинский видеопортал Med-Edu.ru. URL: https://www.med-edu.ru - Портал МЕДВЕСТИК. URL: https://medvestnik.ru - Электронная библиотечная система «Консультант студента». URL: https://www.studentlibrary.ru/	
в) информационные справочные системы:	
- Рубрикатор клинических рекомендаций. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru - Международная классификация болезней 10-го пересмотра. URL: https://mkb-10.com - Информационно-аналитический портал Remedium.ru. URL: http://www.remedium.ru - Энциклопедия лекарств РЛС. URL: https://www.rlsnet.ru - Рецензируемый научно-практический журнал «Здравоохранение Российской Федерации». URL: https://www.rfhealth.ru/jour - Научная электронная библиотека eLIBRARY.RU. URL: https://www.elibrary.ru - Справочно-информационная система «MadBaseGeotar» - фонд Электронной медицинской библиотеки «Консультант врача». URL: www.rosmedlib.ru	

11. Материально–техническое обеспечение дисциплины:

Учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации: 191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 223;

Специализированная мебель: доска (меловая); стол преподавателя, стол студенческий четырёхместный, стул студенческий;

Технические средства обучения: мультимедиа-проектор, экран, ноутбук преподавателя, системный блок, монитор;

Специальные технические средства обучения: Roger Pen (Индивидуальный беспроводной передатчик Roger в форме ручки), Roger MyLink (приемник сигнала системы Roger Pen) (для обучающихся с нарушениями слуха); IntelliKeys (проводная клавиатура с русским шрифтом Брайля с матовым покрытием черного цвета), (191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 223).

Учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации: 191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 223;

Специализированная мебель: стол преподавателя, стол студенческий четырёхместный, стул студенческий;

Технические средства обучения: мультимедиа-проектор, экран, ноутбук преподавателя, системный блок, монитор;

Специальные технические средства обучения: Roger Pen (Индивидуальный беспроводной передатчик Roger в форме ручки), Roger MyLink (приемник сигнала системы Roger Pen) (для обучающихся с нарушениями слуха); IntelliKeys (проводная клавиатура с русским шрифтом Брайля с матовым покрытием черного цвета), (191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 223).

Помещения для самостоятельной работы обучающихся, оснащенные компьютерной техникой, в том числе специализированной, с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспеченные доступом к электронной информационно-образовательной среде Института: 191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 223.

Помещения для хранения и профилактического обслуживания учебного оборудования 191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 316.

12. Специализированные условия для обучающихся-инвалидов и обучающихся-лиц с ограниченными возможностями здоровья

Указанные ниже условия инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья применяются при наличии указанных лиц в группе обучающихся в зависимости от нозологии заболеваний или нарушений в работе отдельных органов.

Обучение обучающихся с нарушением слуха

Обучение обучающихся с нарушением слуха выстраивается через реализацию следующих педагогических принципов:

- наглядности,
- индивидуализации,
- коммуникативности на основе использования информационных технологий, разработанного учебно-дидактического комплекса, включающего пакет специальных учебно-методических презентаций
- использования учебных пособий, адаптированных для восприятия обучающимися с нарушением слуха.

К числу проблем, характерных для лиц с нарушением слуха, можно отнести:

- замедленное и ограниченное восприятие;
- недостатки речевого развития;
- недостатки развития мыслительной деятельности;
- пробелы в знаниях; недостатки в развитии личности (неуверенность в себе и неоправданная зависимость от окружающих, низкая коммуникабельность, эгоизм, пессимизм, заниженная или завышенная самооценка, неумение управлять собственным поведением);
- некоторое отставание в формировании умения анализировать и синтезировать воспринимаемый материал, оперировать образами, сопоставлять вновь изученное с изученным ранее; хуже, чем у слышащих сверстников, развит анализ и синтез объектов. Это выражается в том, что глухие и слабослышащие меньше выделяют в объекте детали, часто опускают малозаметные, но существенные признаки.

При организации образовательного процесса со слабослышащей аудиторией необходима особая фиксация на артикуляции выступающего - следует говорить громче и четче, подбирая подходящий уровень.

Специфика зрительного восприятия слабослышащих влияет на эффективность их образной памяти - в окружающих предметах и явлениях они часто выделяют несущественные признаки. Процесс запоминания у обучающихся с нарушенным слухом во многом опосредуется деятельностью по анализу воспринимаемых объектов, по соотнесению нового материала с усвоенным ранее.

Некоторые основные понятия изучаемого материала обучающимся необходимо объяснять дополнительно. На занятиях требуется уделять повышенное внимание специальным профессиональным терминам, а также использованию профессиональной лексики. Для лучшего усвоения специальной терминологии необходимо каждый раз писать на доске используемые термины и контролировать их усвоение.

Внимание в большей степени зависит от изобразительных качеств воспринимаемого материала: чем они выразительнее, тем легче слабослышащим обучающимся выделить информативные признаки предмета или явления.

В процессе обучения рекомендуется использовать разнообразный наглядный материал. Сложные для понимания темы должны быть снабжены как можно большим количеством наглядного материала. Особую роль в обучении лиц с нарушенным слухом, играют видеоматериалы. По возможности, предъявляемая видеoinформация может сопровождаться текстовой бегущей строкой или сурдологическим переводом.

Видеоматериалы помогают в изучении процессов и явлений, поддающихся видеофиксации, анимация может быть использована для изображения различных динамических моделей, не поддающихся видеозаписи.

Обучение обучающихся с нарушением зрения.

Специфика обучения слепых и слабовидящих обучающихся заключается в следующем:

- дозирование учебных нагрузок;
- применение специальных форм и методов обучения, оригинальных учебников и наглядных пособий, а также оптических и тифлопедагогических устройств, расширяющих познавательные возможности обучающихся;
- специальное оформление учебных кабинетов;
- организация лечебно-восстановительной работы;
- усиление работы по социально-трудовой адаптации.

Во время проведения занятий следует чаще переключать обучающихся с одного вида деятельности на другой.

Во время проведения занятия педагоги должны учитывать допустимую продолжительность непрерывной зрительной нагрузки для слабовидящих обучающихся. К дозированию зрительной работы надо подходить строго индивидуально.

Искусственная освещенность помещений, в которых занимаются обучающиеся с пониженным зрением, должна составлять от 500 до 1000 лк, поэтому рекомендуется использовать дополнительные настольные светильники. Свет должен падать с левой стороны или прямо. Ключевым средством социальной и профессиональной реабилитации людей с нарушениями зрения, способствующим их успешной интеграции в социум, являются информационно-коммуникационные технологии.

Ограниченность информации у слабовидящих обуславливает схематизм зрительного образа, его скудность, фрагментарность или неточность.

При слабовидении страдает скорость зрительного восприятия; нарушение бинокулярного зрения (полноценного видения двумя глазами) у слабовидящих может приводить к так называемой пространственной слепоте (нарушению восприятия перспективы и глубины пространства), что важно при черчении и чтении чертежей.

При зрительной работе у слабовидящих быстро наступает утомление, что снижает их работоспособность. Поэтому необходимо проводить небольшие перерывы.

Слабовидящим могут быть противопоказаны многие обычные действия, например, наклоны, резкие прыжки, поднятие тяжестей, так как они могут способствовать ухудшению зрения. Для усвоения информации слабовидящим требуется большее количество повторений и тренировок.

При проведении занятий в условиях повышенного уровня шума, вибрации, длительных звуковых воздействий, может развиваться чувство усталости слухового анализатора и дезориентации в пространстве.

При лекционной форме занятий слабовидящим следует разрешить использовать звукозаписывающие устройства и компьютеры, как способ конспектирования, во время занятий.

Информацию необходимо представлять исходя из специфики слабовидящего обучающегося: **крупный шрифт (16–18 размер)**, дисковый накопитель (чтобы прочитать с помощью компьютера со звуковой программой), аудиофайлы. Всё записанное на доске должно быть озвучено.

Необходимо комментировать свои жесты и надписи на доске и передавать словами то, что часто выражается мимикой и жестами. При чтении вслух необходимо сначала предупредить об

этом: Не следует заменять чтение пересказом.

При работе на компьютере следует использовать принцип максимального снижения зрительных нагрузок, дозирование и чередование зрительных нагрузок с другими видами деятельности, использование специальных программных средств для увеличения изображения на экране или для озвучивания информации; — принцип работы с помощью клавиатуры, а не с помощью мыши, в том числе с использованием «горячих» клавиш и освоение слепого десятипальцевого метода печати на клавиатуре.

Обучение обучающихся с нарушением опорно-двигательного аппарата (ОДА).

Обучающиеся с нарушениями ОДА представляют собой многочисленную группу лиц, имеющих различные двигательные патологии, которые часто сочетаются с нарушениями в познавательном, речевом, эмоционально-личностном развитии. Обучение обучающихся с нарушениями ОДА должно осуществляться на фоне лечебно-восстановительной работы, которая должна вестись в следующих направлениях: посильная медицинская коррекция двигательного дефекта; терапия нервно-психических отклонений.

Специфика поражений ОДА может замедленно формировать такие операции, как сравнение, выделение существенных и несущественных признаков, установление причинно-следственной зависимости, неточность употребляемых понятий.

При тяжелом поражении нижних конечностей руки присутствуют трудности при овладении определенными предметно-практическими действиями.

Поражения ОДА часто связаны с нарушениями зрения, слуха, чувствительности, пространственной ориентации. Это проявляется замедленном формировании понятий, определяющих положение предметов и частей собственного тела в пространстве, неспособности узнавать и воспроизводить фигуры, складывать из частей целое. В письме выявляются ошибки в графическом изображении букв и цифр (асимметрия, зеркальность), начало письма и чтения с середины страницы.

Нарушения ОДА проявляются в расстройстве внимания и памяти, рассредоточенности, сужении объема внимания, преобладании слуховой памяти над зрительной. Эмоциональные нарушения проявляются в виде повышенной возбудимости, проявлении страхов, склонности к колебаниям настроения.

Продолжительность занятия не должна превышать 1,5 часа (в день 3 часа), после чего рекомендуется 10—15-минутный перерыв. Для организации учебного процесса необходимо определить учебное место в аудитории, следует разрешить обучающемуся самому подбирать комфортную позу для выполнения письменных и устных работ (сидя, стоя, облокотившись и т.д.).

При проведении занятий следует учитывать объем и формы выполнения устных и письменных работ, темп работы аудитории и по возможности менять формы проведения занятий. С целью получения лицами с поражением опорно-двигательного аппарата информации в полном объеме звуковые сообщения нужно дублировать зрительными, использовать наглядный материал, обучающие видеоматериалы.

При работе с обучающимися с нарушением ОДА необходимо использовать методы, активизирующие познавательную деятельность учащихся, развивающие устную и письменную речь и формирующие необходимые учебные навыки.

Физический недостаток существенно влияет на социальную позицию обучающегося, на его отношение к окружающему миру, следствием чего является искажение ведущей деятельности и общения с окружающими. У таких обучающихся наблюдаются нарушения личностного развития: пониженная мотивация к деятельности, страхи, связанные с передвижением и перемещением, стремление к ограничению социальных контактов.

Эмоционально-волевые нарушения проявляются в повышенной возбудимости, чрезмерной чувствительности к внешним раздражителям и пугливости. У одних отмечается беспокойство, суетливость, расторможенность, у других - вялость, пассивность и двигательная заторможенность.

При общении с человеком в инвалидной коляске, нужно сделать так, чтобы ваши глаза находились на одном уровне. На неё нельзя облакачиваться.

Всегда необходимо лично убеждаться в доступности мест, где запланированы занятия.

Лица с психическими проблемами могут испытывать эмоциональные расстройства. Если человек, имеющим такие нарушения, расстроен, нужно спросить его спокойно, что можно сделать, чтобы помочь ему. Не следует говорить резко с человеком, имеющим психические нарушения, даже если для этого имеются основания. Если собеседник проявляет дружелюбность, то такой обучающийся будет чувствовать себя спокойно.

При общении с людьми, испытывающими затруднения в речи, не допускается перебивать и поправлять. Необходимо быть готовым к тому, что разговор с человеком с затрудненной речью займет больше времени.

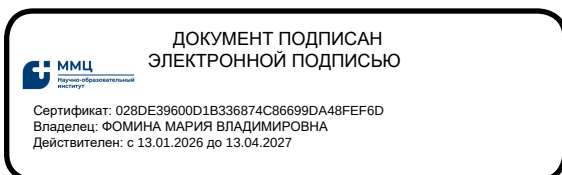
Необходимо задавать вопросы, которые требуют коротких ответов или кивка.

Общие рекомендации по работе с обучающимися-инвалидами и обучающимися-лицами с ограниченными возможностями здоровья.

- Использование указаний, как в устной, так и письменной форме;
- Поэтапное разъяснение заданий;
- Последовательное выполнение заданий;
- Повторение обучающимися инструкции к выполнению задания;
- Обеспечение аудио-визуальными техническими средствами обучения;
- Разрешение использовать диктофон для записи ответов учащихся;
- Составление индивидуальных планов занятий, позитивно ориентированных и учитывающих навыки и умения обучающегося.

13. Лист изменений в программе

№	Дата внесения изменений	№ протокола, дата	Содержание изменения	Подпись



УТВЕРЖДЕНА

Директор
ЧОУ ДПО «Научно-образовательный
Институт ММЦ»


Фомина М.В.

«26» 03 2026 г.



РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ
основной профессиональной образовательной программы
высшего образования – уровень подготовки кадров высшей квалификации (ординатура)
Специальность: 31.08.68 Урология

«МЕДИЦИНСКАЯ ДЕОНТОЛОГИЯ»

Длительность обучения: 72 академических часа

Трудоемкость: 2 ЗЭТ

Форма обучения: очная

Санкт-Петербург

2026 г.

1. Цели и задачи дисциплины:

Цель:

обучить должному поведению медицинских работников, способствующему созданию наиболее благоприятной обстановки для выздоровления больного.

Задачи:

- сформировать у обучающихся целостное представление об основных принципах медицинской этики и о необходимости соблюдения моральных норм в клинической деятельности медицинского персонала;
- дать представление об этических дилеммах при оказании медицинской помощи пациентам и методологических аспектах возможных вариантов их решения;
- выработка умений проводить анализ ситуаций сложного морального выбора и принимать правильные решения;
- формирование навыков общения и взаимодействия с пациентами и родственниками, с коллегами;
- ознакомить обучающихся с современным этапом развития медицинской этики, биоэтики и медицинской деонтологии в Российской Федерации и за рубежом.

2. Место дисциплины в структуре ОПОП ВО:

Дисциплина «Медицинская деонтология» в ОПОП ВО является факультативной.

Для изучения данной учебной дисциплины необходимы следующие знания, умения и навыки:

Знания:

- морально-этических норм;
- основных этических документов отечественных и международных профессиональных ассоциаций, и организаций;
- основных принципов этики и биоэтики;
- основных принципов и положений конституционного, гражданского и уголовного права;
- законов и иных нормативных правовых актов в Российской Федерации, применяемых в сфере здравоохранения, технического регулирования, обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, в сфере защиты прав потребителей;
- основных методов исследования личности, создания опросников;
- основные теории личности;
- компьютерных программ, используемых для подготовки презентаций;
- компьютерных программ для создания графиков и рисунков.

Умения:

- самостоятельно работать с учебной, научной и справочной литературой;
- делать обобщающие выводы;
- ориентироваться в действующих нормативно-правовых актах об охране персональных данных, применять нормы законодательства об охране персональных данных в конкретных практических ситуациях;
- решать практические задачи по формированию культуры профессионального общения врача с пациентами, коллегами и руководством;
- проводить текстовую и графическую обработку документов с использованием стандартных программных средств.

Навыки:

- навыки изложения самостоятельной точки зрения, анализа и логического мышления, публичной речи, морально-этической аргументации, ведения дискуссий и круглых столов;
- навыки делового и межличностного общения;

- владеть принципами деонтологии и этики;
- этические и деонтологические аспекты профессиональной деятельности;
- навыки работы с нормативной, нормативно-технической, законодательной и правовой документацией в пределах профессиональной деятельности;
- работы с опросными психологическими методиками;
- владеть компьютерными презентационными программами.

3. Роль дисциплины в формировании компетенций выпускника.

Данная дисциплина является составляющей в формировании следующих компетенций: ПК-9, ПК-10.

4. Требования к результатам освоения дисциплины:

№ п/п	Номер/ индекс компе- тенции	Содержание компетенции	В результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны:		
			Знать	Уметь	Владеть
1	2	3	4	5	6
1.	ПК–9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	психологические аспекты мотивации к сохранению здоровья, основные понятия теории личности	планировать проведение профилактических встреч	навыками подготовки правильно построенных презентаций для использования в просветительной работе и навыками проведения профилактических встреч
2.	ПК–10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	- взаимоотношения «врач-пациент», взаимоотношения в коллективе; - основные принципы маркетинга медицинских услуг; - основные направления психологии, психологию личности и малых групп; - основы организации профилактики; - основы организации медицинской деятельности	- соблюдать правила поведения врача с позиций современного маркетинга; - планировать собственную деятельность и работу рабочей группы; - давать распоряжения персоналу; - осуществлять контроль исполнения;	- навыками общения с пациентами, их родственниками, с коллегами; - навыками формирования приказов; - навыками формирования планов; - навыками принятия решений

5. Разделы дисциплины и компетенции, которые формируются при их изучении:

№ п/п	Код компетенции	Наименование раздела дисциплины	Содержание раздела
1	ПК-9, ПК-10	Медицинская деонтология	Наука, понятия о медицинской этике, биоэтике и деонтологии. Основные проблемы, задачи. Классификация этических ценностей. Понятие о «Этическом комитете». Направления этики. Представления о деонтологии в разные исторические периоды развития общества. Значимость медицинской этики и деонтологии. Понятие о этических декларациях, кодексах и клятвах: клятва Гиппократова, Женевская декларация, Хельсинкская декларация, Международный кодекс медицинской этики и др. Основные принципы «Положения о Медицинской этике в условиях бедствий». Основные разделы «Кодекс профессиональной этики врача», Клятва врача России. Многообразие определений культуры. Подходы к изучению культуры. Структура культуры: материальная и духовная культуры. Понятие «ядро культуры», его функции и значение. Понятия: «классовая», «национальная», «общечеловеческая», «господствующая» (официальная) культуры и субкультура, контркультура. Массовость и элитарность культуры. Функции культуры. Проблемы взаимоотношений в медицинском коллективе. Требования культуры поведения. Условия соблюдения правильных взаимоотношений врачей. Деонтологические принципы во взаимоотношениях врача со средним и младшим медперсоналом. Особенности и сложности отношений медработников в различных лечебных заведениях и стационарах. Врачебная ответственность. Действия врачей, вызывающие неблагоприятные последствия для больного. Понятие о несчастном случае в медицинской практике. Врачебные ошибки: деонтологические, диагностические и лечебные ошибки, их причины и следствия. Профессиональные правонарушения медицинских работников: проступки и преступления. Понятие о Врачебной тайне, основные составляющие врачебной тайны. Основные правила поведения врача с пациентом: правдивость, конфиденциальность, информированное согласие. Понятие о «ятрогении». Классификация форм ятрогенных заболеваний предложенные И.А. Кассирским и С.Я.Долецким. Причины роста частоты ятрогенных заболеваний. Правовой статус пациента закреплённый в международных декларациях и законах Российской Федерации. Понятия врачебного долга, совести и милосердия. Отношение к долгу, совести и милосердию известных деятелей и врачей разных стран мира.

			Отношение к смерти. Хосписы: становление, принципы и философия врачебного подхода к больным. Понятие эвтаназии, виды эвтаназии, положительные и отрицательные аспекты эвтаназии. Отношение религии к эвтаназии. Понятие о трансплантации. Деонтологические и правовые проблемы в трансплантологии, при использовании эмбриональных клеток и тканей. Виды трансплантации. Историческое развитие, проблемы и отношение к клонированию в разных странах. Причины отказа от участия в трансплантации. Принципы поведения врача-стоматолога-ортопеда при работе с пациентами с инфекциями, передающимися половым путем, с родственниками пациента. Деонтологический подход к беременной, роженице. Тактика медицинского работника в акушерско-гинекологической клинике. Представление, показания и целесообразность аборт. Деонтологические принципы в педиатрии. Этико-правовые проблемы при оказании медицинской помощи детям. Рекомендации для построения отношений с родителями ребенка. Психологические особенности ребенка. Деонтологические правила в сложных ситуациях: отказ родителей от лечения ребенка, от госпитализации, при диагностике наследственных, инфекционных заболеваний, заболеваний ЦНС и ВИЧ-инфицирования. Особенности взаимоотношений врача с пациентом в психиатрии, невропатологии и наркологии. Проблемы информированного согласия, проблема отказа от лечения, проблема защиты больных от избыточного лечения. Требования ВОЗ при к врачу при лечении пациента психиатрического профиля. Особенности и деонтологические сложности, в работе с онкологическими больными. Правила сообщения больному смертельного диагноза и негативного прогноза. Переживания больного. Классификация эмоциональных стадий, которые проходит умирающий больной. Факторы, влияющие на восприятие диагноза и прогноза. Медицинские проблемы и деонтологические правила, и принципы общения с больным имеющим негативный прогноз. Рекомендации для врачей, проводящих биомедицинские исследования на человеке, на животных (Хельсинская декларация). Конвенция о биомедицине и правах человека. Сферы профессиональной деятельности, функции лечащего врача. Профилактика риска и диагностических ошибок. Классификация диагностических и терапевтических ошибок. Профессиональная гигиена, деонтологические сложности при обучении пациентов правилам гигиены, их профилактика.

6. Форма контроля

Текущий контроль осуществляется лектором и преподавателем, ведущим занятия семинарского типа, в соответствии с тематическим планом (п. 8.3, 8.4).

Промежуточная аттестация: **3 семестр** - зачет.

Оценочные средства представлены в фонде оценочных средств дисциплины.

7. Объем дисциплины и виды учебной работы.

Общая трудоёмкость дисциплины составляет 2 зачетные единицы.

Вид учебной работы	Всего часов	Объем по семестрам
		3 семестр
Контактная работа:	22,2	22,2
Лекции (Лек)	2	2
Семинары (Сем)	20	20
Промежуточная аттестация Зачет (кчз)	0,2	0,2
Самостоятельная работа (СР)	49,8	49,8
Общая трудоемкость дисциплины:		
академические часы:	72	72
зачетные единицы:	2	2

8. Содержание дисциплины

8.1. Разделы дисциплины и виды занятий

№ п/п	Наименование раздела дисциплины	Лек	Сем
1.	Медицинская деонтология	2	20

8.2. Тематический план занятий лекционного типа

№ п/п	Тема и ее краткое содержание	Часы	Наглядные пособия
1.	Медицинская этика и медицинская деонтология. Этапы становления медицинской деонтологии в разные эпохи развития общества. Этические декларации и клятвы. Кодекс профессиональной этики врача. Положение о Медицинской этике в условиях ЧС	1	Мультимедийная презентация
2.	Врач и лечебно-диагностический процесс с медико-этической точки зрения. Взаимоотношения «врач - больной». Этика и деонтология взаимоотношений в медицинском коллективе. Взаимоотношения «врач-врач». Моральные и правовые аспекты деятельности врача, главные причины ошибок врача. Врачебная тайна. Современные представления о ятрогенных заболеваниях. Правовой статус пациента. Медицинское волеизъявление больного. Врачебный долг, совесть, милосердие.	1	Мультимедийная презентация
	Итого:	2	

8.3. Тематический план занятий семинарского типа (семинары, практические занятия, клинические практические занятия и пр.) и формы текущего контроля

№ п/п	Тема и ее краткое содержание	Часы	Формы текущего контроля
1.	Медико-этические проблемы жизни и смерти. Этические аспекты эвтаназии.	2	Опрос Решение ситуационных задач Защита рефератов Доклады
2.	Медико-этические проблемы трансплантологии. Деонтология взаимоотношений врача в стоматологии ортопедической.	2	Опрос Решение ситуационных задач Защита рефератов Доклады
3.	Деонтология взаимоотношений врача с пациентом в акушерстве и педиатрии.	2	Опрос Решение ситуационных задач Защита рефератов Доклады
4.	Деонтология взаимоотношений врача в разных аспектах психиатрии, невропатологии и наркологии.	2	Опрос Решение ситуационных задач Защита рефератов Доклады
5.	Деонтология взаимоотношений врача с онкологическими больными.	4	Опрос Решение ситуационных задач Защита рефератов Доклады
6.	Экспериментальная медицина. Медико-деонтологические аспекты использования современных медицинских технологий.	4	Опрос Решение ситуационных задач Защита рефератов Доклады
7.	Деонтологическое поведение лечащего врача в медицинской практике.	4	Опрос Решение ситуационных задач Защита рефератов Доклады
	Итого:	20	

9. Самостоятельная работа

Самостоятельная работа	Всего часов	Объем по семестрам
		3 семестр
Проработка лекций, подготовка к семинарам (все разделы дисциплины). Написание рефератов, подготовка к зачету.	49,8	49,8

10. Учебно–методическое и информационное обеспечение дисциплины:

а) основная и дополнительная литература: 1. Шестак, Н. В. Медицинская этика и деонтология. Деловой этикет в медицинской образовательной организации : учебное пособие для вузов / Н. В. Шестак, И. А. Крутий, И. Э. Смирнова. — 2-е изд., стер. — Санкт-Петербург : Лань, 2026. — 128 с. — ISBN 978-5-507-55175-0. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/519581 2. Шестак, Н. В. Медицинская этика и деонтология. Деловой этикет в медицинской образовательной организации : учебное пособие для вузов / Н. В. Шестак, И. А. Крутий, И. Э. Смирнова. — Санкт-Петербург : Лань, 2025. — 128 с. — ISBN 978-5-507-51560-8. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/450794 3. Васюков, Р. В. Философия для медицинских специальностей : учебное пособие для вузов / Р. В. Васюков. — Санкт-Петербург : Лань, 2025. — 104 с. — ISBN 978-5-507-52188-3. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/482909 4. Зуева, В. А. История медицины : учебное пособие для вузов / В. А. Зуева. — Санкт-Петербург : Лань, 2026. — 144 с. — ISBN 978-5-507-54627-5. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/509959 5. Доценко, Э. А. Психология, медицинская этика и деонтология : учебное пособие / Э. А. Доценко, Т. Ю. Крестьянинова, М. В. Шолкова. — Минск : РИПО, 2024. — 282 с. — ISBN 978-985-895-184-9. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/432161 6. Медицинская этика и деонтология : учебное пособие / А. К. Ерохин, Л. Д. Ерохина, Н. Ф. Геец [и др.]. — Владивосток : ТГМУ, 2017 — Часть 1 — 2017. — 136 с. — ISBN 978-5-98301-121-2. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/309641 7. Медицинская этика и деонтология : учебное пособие / А. К. Ерохин, Л. Д. Ерохина, Н. Ф. Геец [и др.]. — Владивосток : ТГМУ, 2018 — Часть 2 — 2017. — 164 с. — ISBN 978-5-98301-122-9. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/309644	https://e.lanbook.com
б) современные профессиональные базы данных: • Медико-биологический информационный портал для специалистов Медлайн.ру. URL: https://medline.ru • Медицинский сервер "MedLinks.Ru - Вся медицина в Интернет". URL: http://www.medlinks.ru • Медицинский портал MED Портал. URL: http://www.medportal.ru • Медицинский видеопортал Med-Edu.ru. URL: https://www.med-edu.ru • Портал МЕДВЕСТИК. URL: https://medvestnik.ru • Электронная библиотечная система «Консультант студента». URL: https://www.studentlibrary.ru/	
в) информационные справочные системы:	

• Журнал «Вопросы психологии». URL: http://www.voppsy.ru/ • Рубрикатор клинических рекомендаций. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru • Международная классификация болезней 10-го пересмотра. URL: https://mkb-10.com • Информационно-аналитический портал Remedium.ru. URL: http://www.remedium.ru • Энциклопедия лекарств РЛС. URL: https://www.rlsnet.ru	
• Рецензируемый научно-практический журнал «Здравоохранение Российской Федерации». URL: https://www.rfhealth.ru/jour • Научная электронная библиотека eLIBRARY.RU. URL: https://www.elibrary.ru • Справочно-информационная система «MadBaseGeotar» - фонд Электронной медицинской библиотеки «Консультант врача». URL: www.rosmedlib.ru	

11. Материально–техническое обеспечение дисциплины

Учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации: 191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 223;

Специализированная мебель: доска (меловая); стол преподавателя, стол студенческий четырёхместный, стул студенческий;

Технические средства обучения: мультимедиа-проектор, экран, ноутбук преподавателя, системный блок, монитор;

Специальные технические средства обучения: Roger Pen (Индивидуальный беспроводной передатчик Roger в форме ручки), Roger MyLink (приемник сигнала системы Roger Pen) (для обучающихся с нарушениями слуха); IntelliKeys (проводная клавиатура с русским шрифтом Брайля с матовым покрытием черного цвета), (191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 223).

Учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации: 191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 223;

Специализированная мебель: стол преподавателя, стол студенческий четырёхместный, стул студенческий;

Технические средства обучения: мультимедиа-проектор, экран, ноутбук преподавателя, системный блок, монитор;

Специальные технические средства обучения: Roger Pen (Индивидуальный беспроводной передатчик Roger в форме ручки), Roger MyLink (приемник сигнала системы Roger Pen) (для обучающихся с нарушениями слуха); IntelliKeys (проводная клавиатура с русским шрифтом Брайля с матовым покрытием черного цвета), (191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 223).

Помещения для самостоятельной работы обучающихся, оснащенные компьютерной техникой, в том числе специализированной, с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспеченные доступом к электронной информационно-образовательной среде Института: 191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 223.

Помещения для хранения и профилактического обслуживания учебного оборудования 191186, г. Санкт-Петербург, пер. Чебоксарский, дом, 1/6, литера «А», кабинет 316.

12. Специализированные условия для обучающихся-инвалидов и обучающихся-лиц с ограниченными возможностями здоровья

Указанные ниже условия инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья применяются при наличии указанных лиц в группе обучающихся в зависимости от нозологии заболеваний или нарушений в работе отдельных органов.

Обучение обучающихся с нарушением слуха

Обучение обучающихся с нарушением слуха выстраивается через реализацию следующих педагогических принципов:

- наглядности,
- индивидуализации,
- коммуникативности на основе использования информационных технологий, разработанного учебно-дидактического комплекса, включающего пакет специальных учебно- методических презентаций
- использования учебных пособий, адаптированных для восприятия обучающимися с нарушением слуха.

К числу проблем, характерных для лиц с нарушением слуха, можно отнести:

- замедленное и ограниченное восприятие;
- недостатки речевого развития;
- недостатки развития мыслительной деятельности;
- пробелы в знаниях; недостатки в развитии личности (неуверенность в себе и неоправданная зависимость от окружающих, низкая коммуникабельность, эгоизм, пессимизм, заниженная или завышенная самооценка, неумение управлять собственным поведением);
- некоторое отставание в формировании умения анализировать и синтезировать воспринимаемый материал, оперировать образами, сопоставлять вновь изученное с изученным ранее; хуже, чем у слышащих сверстников, развит анализ и синтез объектов. Это выражается в том, что глухие и слабослышащие меньше выделяют в объекте детали, часто опускают малозаметные, но существенные признаки.

При организации образовательного процесса со слабослышащей аудиторией необходима особая фиксация на артикуляции выступающего - следует говорить громче и четче, подбирая подходящий уровень.

Специфика зрительного восприятия слабослышащих влияет на эффективность их образной памяти - в окружающих предметах и явлениях они часто выделяют несущественные признаки. Процесс запоминания у обучающихся с нарушенным слухом во многом опосредуется деятельностью по анализу воспринимаемых объектов, по соотнесению нового материала с усвоенным ранее.

Некоторые основные понятия изучаемого материала обучающимся необходимо объяснять дополнительно. На занятиях требуется уделять повышенное внимание специальным профессиональным терминам, а также использованию профессиональной лексики. Для лучшего усвоения специальной терминологии необходимо каждый раз писать на доске используемые термины и контролировать их усвоение.

Внимание в большей степени зависит от изобразительных качеств воспринимаемого материала: чем они выразительнее, тем легче слабослышащим обучающимся выделить информативные признаки предмета или явления.

В процессе обучения рекомендуется использовать разнообразный наглядный материал. Сложные для понимания темы должны быть снабжены как можно большим количеством наглядного материала. Особую роль в обучении лиц с нарушенным слухом, играют видеоматериалы. По возможности, предъявляемая видеoinформация может сопровождаться текстовой бегущей строкой или сурдологическим переводом.

Видеоматериалы помогают в изучении процессов и явлений, поддающихся видеофиксации, анимация может быть использована для изображения различных динамических моделей, не поддающихся видеозаписи.

Обучение обучающихся с нарушением зрения.

Специфика обучения слепых и слабовидящих обучающихся заключается в следующем:

- дозирование учебных нагрузок;
- применение специальных форм и методов обучения, оригинальных учебников и наглядных пособий, а также оптических и тифлопедагогических устройств, расширяющих познавательные возможности обучающихся;
- специальное оформление учебных кабинетов;

- организация лечебно-восстановительной работы;
- усиление работы по социально-трудовой адаптации.

Во время проведения занятий следует чаще переключать обучающихся с одного вида деятельности на другой.

Во время проведения занятия педагоги должны учитывать допустимую продолжительность непрерывной зрительной нагрузки для слабовидящих обучающихся. К дозированию зрительной работы надо подходить строго индивидуально.

Искусственная освещенность помещений, в которых занимаются обучающиеся с пониженным зрением, должна составлять от 500 до 1000 лк, поэтому рекомендуется использовать дополнительные настольные светильники. Свет должен падать с левой стороны или прямо. Ключевым средством социальной и профессиональной реабилитации людей с нарушениями зрения, способствующим их успешной интеграции в социум, являются информационно-коммуникационные технологии.

Ограниченность информации у слабовидящих обуславливает схематизм зрительного образа, его скудность, фрагментарность или неточность.

При слабовидении страдает скорость зрительного восприятия; нарушение бинокулярного зрения (полноценного видения двумя глазами) у слабовидящих может приводить к так называемой пространственной слепоте (нарушению восприятия перспективы и глубины пространства), что важно при черчении и чтении чертежей.

При зрительной работе у слабовидящих быстро наступает утомление, что снижает их работоспособность. Поэтому необходимо проводить небольшие перерывы.

Слабовидящим могут быть противопоказаны многие обычные действия, например, наклоны, резкие прыжки, поднятие тяжестей, так как они могут способствовать ухудшению зрения. Для усвоения информации слабовидящим требуется большее количество повторений и тренировок.

При проведении занятий в условиях повышенного уровня шума, вибрации, длительных звуковых воздействий, может развиваться чувство усталости слухового анализатора и дезориентации в пространстве.

При лекционной форме занятий слабовидящим следует разрешить использовать звукозаписывающие устройства и компьютеры, как способ конспектирования, во время занятий.

Информацию необходимо представлять исходя из специфики слабовидящего обучающегося: **крупный шрифт (16–18 размер)**, дисковый накопитель (чтобы прочитать с помощью компьютера со звуковой программой), аудиофайлы. Всё записанное на доске должно быть озвучено.

Необходимо комментировать свои жесты и надписи на доске и передавать словами то, что часто выражается мимикой и жестами. При чтении вслух необходимо сначала предупредить об этом. Не следует заменять чтение пересказом.

При работе на компьютере следует использовать принцип максимального снижения зрительных нагрузок, дозирование и чередование зрительных нагрузок с другими видами деятельности, использование специальных программных средств для увеличения изображения на экране или для озвучивания информации; — принцип работы с помощью клавиатуры, а не с помощью мыши, в том числе с использованием «горячих» клавиш и освоение слепого десятипальцевого метода печати на клавиатуре.

Обучение обучающихся с нарушением опорно-двигательного аппарата (ОДА).

Обучающиеся с нарушениями ОДА представляют собой многочисленную группу лиц, имеющих различные двигательные патологии, которые часто сочетаются с нарушениями в познавательном, речевом, эмоционально-личностном развитии. Обучение обучающихся с нарушениями ОДА должно осуществляться на фоне лечебно-восстановительной работы, которая должна вестись в следующих направлениях: посильная медицинская коррекция двигательного дефекта; терапия нервно-психических отклонений.

Специфика поражений ОДА может замедленно формировать такие операции, как сравнение, выделение существенных и несущественных признаков, установление причинно-следственной зависимости, неточность употребляемых понятий.

При тяжелом поражении нижних конечностей руки присутствуют трудности при овладении определенными предметно-практическими действиями.

Поражения ОДА часто связаны с нарушениями зрения, слуха, чувствительности, пространственной ориентации. Это проявляется замедленном формировании понятий, определяющих положение предметов и частей собственного тела в пространстве, неспособности узнавать и воспроизводить фигуры, складывать из частей целое. В письме выявляются ошибки в графическом изображении букв и цифр (асимметрия, зеркальность), начало письма и чтения с середины страницы.

Нарушения ОДА проявляются в расстройстве внимания и памяти, рассредоточенности, сужении объема внимания, преобладании слуховой памяти над зрительной. Эмоциональные нарушения проявляются в виде повышенной возбудимости, проявлении страхов, склонности к колебаниям настроения.

Продолжительность занятия не должна превышать 1,5 часа (в день 3 часа), после чего рекомендуется 10—15-минутный перерыв. Для организации учебного процесса необходимо определить учебное место в аудитории, следует разрешить обучающемуся самому подбирать комфортную позу для выполнения письменных и устных работ (сидя, стоя, облокотившись и т.д.). При проведении занятий следует учитывать объем и формы выполнения устных и письменных работ, темп работы аудитории и по возможности менять формы проведения занятий. С целью получения лицами с поражением опорно-двигательного аппарата информации в полном объеме звуковые сообщения нужно дублировать зрительными, использовать наглядный материал, обучающие видеоматериалы.

При работе с обучающимися с нарушением ОДА необходимо использовать методы, активизирующие познавательную деятельность учащихся, развивающие устную и письменную речь и формирующие необходимые учебные навыки.

Физический недостаток существенно влияет на социальную позицию обучающегося, на его отношение к окружающему миру, следствием чего является искажение ведущей деятельности и общения с окружающими. У таких обучающихся наблюдаются нарушения личностного развития: пониженная мотивация к деятельности, страхи, связанные с передвижением и перемещением, стремление к ограничению социальных контактов.

Эмоционально-волевые нарушения проявляются в повышенной возбудимости, чрезмерной чувствительности к внешним раздражителям и пугливости. У одних отмечается беспокойство, суетливость, расторможенность, у других - вялость, пассивность и двигательная заторможенность.

При общении с человеком в инвалидной коляске, нужно сделать так, чтобы ваши глаза находились на одном уровне. На неё нельзя облокачиваться.

Всегда необходимо лично убеждаться в доступности мест, где запланированы занятия.

Лица с психическими проблемами могут испытывать эмоциональные расстройства. Если человек, имеющим такие нарушения, расстроен, нужно спросить его спокойно, что можно сделать, чтобы помочь ему. Не следует говорить резко с человеком, имеющим психические нарушения, даже если для этого имеются основания. Если собеседник проявляет дружелюбность, то такой обучающийся будет чувствовать себя спокойно.

При общении с людьми, испытывающими затруднения в речи, не допускается перебивать и поправлять. Необходимо быть готовым к тому, что разговор с человеком с затрудненной речью займет больше времени.

Необходимо задавать вопросы, которые требуют коротких ответов или кивка.

Общие рекомендации по работе с обучающимися-инвалидами и обучающимися-лицами с ограниченными возможностями здоровья.

- Использование указаний, как в устной, так и письменной форме;
- Поэтапное разъяснение заданий;
- Последовательное выполнение заданий;
- Повторение обучающимися инструкции к выполнению задания;
- Обеспечение аудио-визуальными техническими средствами обучения;
- Разрешение использовать диктофон для записи ответов учащимися;

– Составление индивидуальных планов занятий, позитивно ориентированных и учитывающих навыки и умения обучающегося.

– **13.Лист изменений в программе**

№	Дата внесения изменений	№ протокола, дата	Содержание изменения	Подпись

–