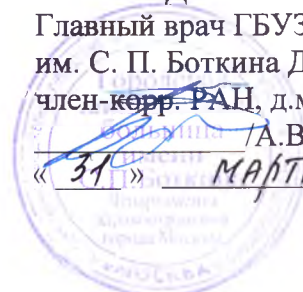


**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
города Москвы
Городская клиническая больница имени С. П. Боткина
Департамента здравоохранения города Москвы**

УТВЕРЖДАЮ
Главный врач ГБУЗ ГКБ
им. С. П. Боткина ДЗМ,
член-корр. РАН, д.м.н., проф.:
А.В. Шабунин
« 31 » МАРТА 2021 г.



ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

**выпускников основной профессиональной образовательной
программа высшего образования – программы подготовки
кадров высшей квалификации в ординатуре
по специальности
31.08.68 Урология**

**Блок 3
«Государственная итоговая аттестация»**

**Базовая часть – трудоемкость 3 зачетных единицы
(108 академических часов)**

Москва 2021

Рецензент:

О.Б. Лоран, заведующий кафедрой урологии и хирургической андрологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования "Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования" Министерства здравоохранения Российской Федерации, член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор.

Содержание

I. Общие положения

II. Требования к государственной итоговой аттестации

III. Государственная итоговая аттестация

IV. Критерии оценки ответа выпускника

V. Рекомендуемая литература

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Программа государственной итоговой аттестации выпускников основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.68 Урология разработана на основании: – Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ (ред. от 02.03.2016) «Об образовании в Российской Федерации» (опубликован в издании «Собрание законодательства Российской Федерации», 2012, № 53, ст. 7598; 2013, № 19, ст. 2326; № 23, ст. 2878; № 27, ст. 3462; № 30, ст. 4036; № 48, ст. 6165; 2014, № 6, ст. 562, ст. 566; № 19, ст. 2289; № 22, ст. 2769; № 23, ст. 2933; № 26, ст. 3388; № 30, ст. 4217, ст. 4257, ст. 4263; 2015, № 1, ст. 42, ст. 53, ст. 72; № 14, ст. 2008; № 27, ст. 3951, ст. 3989; № 29, ст. 4339, ст. 4364; № 51, ст. 7241; 2016, № 1, ст. 8, ст. 9, ст. 24, ст. 78);

– Приказа Министерства образования и науки Российской Федерации от 26.08.2014 № 1111 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.68 Урология (уровень подготовки кадров высшей квалификации) (Зарегистрировано в Минюсте России 29 октября 2014, регистрационный № 34508);

– Приказа Минобрнауки России от 19.11.2013 № 1258 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры» (зарегистрировано в Минюсте России 28.01.2014 № 31136);

– Приказа Минобрнауки России от 18.03.2016 № 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» (зарегистрировано в Минюсте России 11.04.2016 № 41754);

- Устава ГКБ им. С.П. Боткина;

- иных локальных нормативных актов, регулирующих организацию и проведение государственной итоговой аттестации.

1.2. Государственная итоговая аттестация в структуре программы ординатуры

Государственная итоговая аттестация относится в полном объеме к

базовой части программы – Блок 3. Государственная итоговая аттестация – и завершается присвоением квалификации врач-уролог.

В Блок 3 «Государственная итоговая аттестация» входит подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена.

Трудоемкость освоения программы государственной итоговой аттестации выпускников основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.68 Урология составляет 3 зачетных единицы: подготовка к государственному экзамену и государственная итоговая аттестация в форме государственного экзамена.

Целью государственной итоговой аттестации обучающихся по образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.68 Урология является установление уровня подготовки выпускников к решению профессиональных задач и соответствия их подготовки требованиям Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования.

Задачи государственной итоговой аттестации:

- оценка степени готовности выпускника к решению профессиональных задач;
- принятие решения о присвоении выпускнику квалификации по результатам государственной итоговой аттестации и выдаче ему документа о высшем образовании.

II. ТРЕБОВАНИЯ

К ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Государственная итоговая аттестация выпускников основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.68 Урология должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-уролога в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности.

Обучающиеся допускаются к государственной итоговой аттестации после изучения дисциплин в объеме, предусмотренном учебным планом программы ординатуры по специальности 31.08.68 Урология.

Обучающимся, успешно прошедшим государственную итоговую аттестацию, выдается диплом об окончании ординатуры, подтверждающий получение высшего образования по программе ординатуры по специальности

31.08.68 Урология.

Обучающиеся, не прошедшие государственную итоговую аттестацию в связи с неявкой на государственную итоговую аттестацию по неуважительной причине или в связи с получением оценки «неудовлетворительно», отчисляются из организации с выдачей справки об обучении как не выполнившие обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы и выполнению учебного плана.

Обучающиеся, не прошедшие государственную итоговую аттестацию в связи с неявкой на государственную итоговую аттестацию по уважительной причине (временная нетрудоспособность, исполнение общественных или государственных обязанностей, вызов в суд, транспортные проблемы (отмена рейса, отсутствие билетов), погодные условия или в других случаях, перечень которых устанавливается организацией самостоятельно), вправе пройти ее в течение 6 месяцев после завершения государственной итоговой аттестации.

Лицо, не прошедшее государственную итоговую аттестацию, может повторно пройти государственную итоговую аттестацию не ранее чем через год и не позднее чем через пять лет после срока проведения государственной итоговой аттестации, которая не пройдена обучающимся.

Для повторного прохождения государственной итоговой аттестации указанное лицо по его заявлению восстанавливается в организации на период времени, установленный организацией, но не менее периода времени, предусмотренного календарным учебным графиком для государственной итоговой аттестации по соответствующей образовательной программе.

Для обучающихся из числа лиц с ограниченными возможностями здоровья государственная итоговая аттестация проводится с учетом особенностей их психофизического развития, их индивидуальных возможностей и состояния здоровья (далее - индивидуальные особенности).

Для проведения государственной итоговой аттестации в ГКБ им. С.П. Боткина создаются государственные экзаменационные комиссии, которые состоят из председателя, секретаря и членов комиссии.

Для проведения апелляций по результатам государственной итоговой аттестации в ГКБ им. С.П. Боткина создаются апелляционные комиссии, которые состоят из председателя и членов комиссии.

Государственная экзаменационная и апелляционная комиссии (далее вместе - комиссии) действуют в течение календарного года.

ГКБ им. С.П. Боткина самостоятельно устанавливает регламенты работы комиссий.

Председатель государственной экзаменационной комиссии утверждается не позднее 31 декабря, предшествующего году проведения

государственной итоговой аттестации.

ГКБ им. С.П. Боткина утверждает составы комиссий не позднее чем за 1 месяц до даты начала государственной итоговой аттестации.

Председатель государственной экзаменационной комиссии утверждается из числа лиц, не работающих в ГКБ им. С.П. Боткина, и имеющий ученую степень доктора наук (в том числе ученую степень, полученную в иностранном государстве и признаваемую в Российской Федерации) и (или) ученое звание профессора соответствующей области профессиональной деятельности, либо представителей органов государственной власти Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья.

Председателем апелляционной комиссии является руководитель организации (лицо, исполняющее его обязанности, или лицо, уполномоченное руководителем организации, - на основании распорядительного акта организации).

Председатели комиссий организуют и контролируют деятельность комиссий, обеспечивают единство требований, предъявляемых к обучающимся при проведении государственной итоговой аттестации.

Государственная экзаменационная комиссия состоит не менее чем из 5 человек, из которых не менее 50 процентов являются ведущими специалистами - представителями работодателей и (или) их объединений в соответствующей области профессиональной деятельности (далее - специалисты) и (или) представителями органов государственной власти Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления, осуществляющих полномочия в соответствующей области профессиональной деятельности, остальные - лицами, относящимися к профессорско-преподавательскому составу данной организации, и (или) иных организаций и (или) научными работниками данной организации и (или) иных организаций, имеющими ученое звание и (или) ученую степень и (или) имеющими государственное почетное звание (Российской Федерации, СССР, РСФСР и иных республик, входивших в состав СССР), и (или) лицами, являющимися лауреатами государственных премий в соответствующей области.

В состав апелляционной комиссии включаются не менее 4 человек из числа педагогических работников, относящихся к профессорско-преподавательскому составу, и (или) научных работников данной организации, которые не входят в состав государственных экзаменационных

комиссий.

На период проведения государственной итоговой аттестации для обеспечения работы государственной экзаменационной комиссии из числа лиц, относящихся к профессорско-преподавательскому составу организации, научных работников или административных работников организации, председателем государственной экзаменационной комиссии назначается ее секретарь. Секретарь государственной экзаменационной комиссии не является ее членом. Секретарь государственной экзаменационной комиссии ведет протоколы ее заседаний, представляет необходимые материалы в апелляционную комиссию.

Основной формой деятельности комиссий являются заседания. Заседание комиссий правомочно, если в нем участвуют не менее двух третей состава соответствующей комиссии.

Заседания комиссий проводятся председателями комиссий.

Решения комиссий принимаются простым большинством голосов лиц, входящих в состав комиссий и участвующих в заседании. При равном числе голосов председатель обладает правом решающего голоса.

Решения, принятые комиссиями, оформляются протоколами.

В протоколе заседания государственной экзаменационной комиссии по приему государственного аттестационного испытания отражаются перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов государственной экзаменационной комиссии о выявленном в ходе государственного аттестационного испытания уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося.

Протоколы заседаний комиссий подписываются председателем. Протокол заседания государственной экзаменационной комиссии также подписывается секретарем государственной экзаменационной комиссии.

Протоколы заседаний комиссий сшиваются в книги и хранятся в архиве организации.

Программа государственной итоговой аттестации, а также порядок подачи и рассмотрения апелляций доводятся до сведения обучающихся не позднее чем за шесть месяцев до начала государственной итоговой аттестации.

Государственный экзамен проводится по утвержденной организацией программе, содержащей перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен, и рекомендации обучающимся по подготовке к государственному экзамену, в том числе перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственному экзамену.

Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена (далее - предэкзаменационная консультация).

Не позднее чем за 30 календарных дней до проведения первого государственного аттестационного испытания ГКБ им. С.П. Боткина утверждает распорядительным актом расписание государственных аттестационных испытаний (далее - расписание), в котором указываются даты, время и место проведения государственных аттестационных испытаний и предэкзаменационных консультаций, и доводит расписание до сведения обучающегося, членов государственных экзаменационных комиссий и апелляционных комиссий, секретарей государственных экзаменационных комиссий, руководителей и консультантов выпускных квалификационных работ.

Результаты государственного аттестационного испытания, проводимого в устной форме, объявляются в день его проведения, результаты государственного аттестационного испытания, проводимого в письменной форме, - на следующий рабочий день после дня его проведения.

Порядок апелляции.

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию.

Обучающийся имеет право подать в апелляционную комиссию в письменном виде апелляцию о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласия с результатами государственного экзамена.

Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания.

Для рассмотрения апелляции секретарь государственной экзаменационной комиссии направляет в апелляционную комиссию протокол заседания государственной экзаменационной комиссии, заключение председателя государственной экзаменационной комиссии о соблюдении процедурных вопросов при проведении государственного аттестационного испытания, а также письменные ответы обучающегося (при их наличии) (для рассмотрения апелляции по проведению государственного экзамена).

Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель государственной экзаменационной комиссии и обучающийся,

подавший апелляцию.

Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Факт ознакомления обучающегося, подавшего апелляцию, с решением апелляционной комиссии удостоверяется подписью обучающегося.

При рассмотрении апелляции о нарушении процедуры проведения государственного аттестационного испытания апелляционная комиссия принимает одно из следующих решений:

об отклонении апелляции, если изложенные в ней сведения о нарушениях процедуры проведения государственного аттестационного испытания обучающегося не подтвердились и/или не повлияли на результат государственного аттестационного испытания;

об удовлетворении апелляции, если изложенные в ней сведения о допущенных нарушениях процедуры проведения государственного аттестационного испытания обучающегося подтвердились и повлияли на результат государственного аттестационного испытания.

При рассмотрении апелляции о несогласии с результатами государственного экзамена апелляционная комиссия выносит одно из следующих решений:

об отклонении апелляции и сохранении результата государственного экзамена;

об удовлетворении апелляции и выставлении иного результата государственного экзамена.

Решение апелляционной комиссии не позднее следующего рабочего дня передается в государственную экзаменационную комиссию. Решение апелляционной комиссии является основанием для аннулирования ранее выставленного результата государственного экзамена и выставления нового.

Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит.

Повторное проведение государственного аттестационного испытания осуществляется в присутствии одного из членов апелляционной комиссии не позднее даты завершения обучения в организации обучающегося, подавшего апелляцию, в соответствии со стандартом.

Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

III. ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена, состоящего из двух этапов: 1) междисциплинарного тестирования; 2) устного собеседования по дисциплинам и (или) модулям образовательной программы, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

Государственная итоговая аттестация включает оценку сформированности у обучающихся компетенций, предусмотренных ФГОС ВО по специальности 31.08.68 Урология (уровень подготовки кадров высшей квалификации) путём оценки знаний, умений и владений в соответствии с содержанием программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.68 Урология, и характеризующих их готовность к выполнению профессиональных задач соответствующих квалификации – врач-уролог.

Перечень компетенций, оцениваемых на государственной итоговой аттестации

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими **универсальными компетенциями** (далее – УК):

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- 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 (УК-3).

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать **профессиональными компетенциями** (далее – 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 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 взрослого населения 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 (далее – МКБ) 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).

I этап. Междисциплинарное тестирование

Междисциплинарное тестирование осуществляется по утвержденным материалам фонда оценочных средств, разработанных в соответствии с паспортом компетенций обучающихся по специальности 31.08.68 Урология и размещенным в информационной системе. Индивидуальное тестирование обучающегося включает 100 тестовых заданий. Процедура междисциплинарного тестирования осуществляется в компьютерных классах.

Примеры контрольно-измерительных материалов, выявляющих результаты освоения выпускником программы ординатуры

Выберете один правильный ответ.

Что является причиной боли, вызываемой камнем мочеточника:

- А. Обструкцией тока мочи и растяжением капсулы почки;
- Б. Раздражением камнем слизистой мочеточника;
- В. Избыточной перистальтикой мочеточника в ответ на нахождение камня;
- Г. Раздражением интрамуральным камнем;
- Д. Экстравазацией мочи из разорванного свода чашечки.

Ответ: А.

Что является наиболее частой причиной макрогематурии у пациента старше 50 лет:

- А. Камень почки;
- Б. Инфекция;
- В. Рак мочевого пузыря;
- Г. ДГПЖ;
- Д. Травма.

Ответ: В.

Что является наиболее частой причиной боли при макрогематурии:

- А. Одновременный пассаж камня почки;

- Б. Обструкция мочеточника кровяным сгустком;
- В. Злокачественным образованием мочевых путей;
- Г. Простатитом;
- Д. Увеличением простаты.

Ответ: Б.

Все из перечисленного является характерными симптомами для ДГПЖ, кроме:

- А. Вынужденные позывы к мочеиспусканию;
- Б. Учащенное мочеиспускание;
- В. Ноктурия;
- Г. Дизурия;
- Д. Слабая струя.

Ответ: Г.

Что является наиболее частой причиной постоянного недержания мочи:

- А. Кишечно-мочепузырный свищ;
- Б. Нарушение растяжимости мочевого пузыря;
- В. Гиперактивность детрузора;
- Г. Пузырно-влагалищный свищ;
- Д. Нарушение функции сфинктера уретры.

Ответ: Г.

Укажите соответствие:

Вид нарушения сперматогенеза:	Характеристика нарушения:
А. Азооспермия Б. Олигозооспермия В. Астенозооспермия Г. Тератозооспермия вет А - 3; Б - 2; В - 4; Г - 1.	1. Снижение морфологически нормальных форм 2. Снижение концентрации сперматозоидов в 1 мл 3. Отсутствие сперматозоидов в эякуляте 4. Снижение общего количества подвижных сперматозоидов

Установите правильную последовательность:

Установите порядок восстановления структур при хирургическом реанастомозе полового члена:

- А. Губчатое тело
- Б. Дорсальная артерия
- В. Дорсальная вена
- Г. Пещеристые тела
- Д. Нерв
- Е. Уретра

Ответы: А-Е-Г-Б-В-Д
или А-1;Б-4;В-5;Г-3;Д-6;Е-2

II этап. Устное собеседование по дисциплинам и (или) модулям образовательной программы, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников

Устное собеседование является одной из форм проведения государственного экзамена. Основой для устного собеседования являются экзаменационные билеты, включающие:

- 1 . Контрольные вопросы, выявляющие теоретическую подготовку выпускника.
- 2 . Контрольные задания, выявляющие практическую подготовку выпускника.
- 3 . Ситуационная задача, выявляющая сформированность компетенций, предусмотренных ФГОС ВО по специальности 31.08.68 Урология.

Перечень контрольных вопросов, выявляющих теоретическую подготовку выпускника

- 1 . Организация и обеспечение урологической службы.
- 2 . Клиническая анатомия и физиология мочеполовых органов.
- 3 . Семиотика и методы диагностики в урологии.
- 4 . УЗ диапневтика в урологии.
- 5 . Рентген-эндоскопические методы диагностики в урологии.
- 6 . Общие методы консервативного лечения в урологии.
- 7 . Аномалии мочеполовых органов.
- 8 . Воспалительные заболевания мочеполовых органов.
- 9 . Нефрология.
- 10 . Мочекаменная болезнь.
- 11 . Фтизиоурология.
- 12 . Туберкулёз почек, мочеточников, мочевого пузыря.
- 13 . Травма почек и мочеточников.

14. Травма мочевого пузыря, уретры.
15. Травма полового члена и мошонки.
16. Онкоурология.
17. Современные методы диагностики и лечения в онкоурологии.
18. Урогинекология.
19. Андрология.
20. Туберкулез мужских половых органов.
21. Профилактические мероприятия в урологии.
22. Консервативное лечение и профилактика уролитиаза.
23. Воспалительные заболевания мочевого пузыря и уретры.
24. Аномалии почек и верхних мочевых путей.
25. Санаторно-курортное лечение.
26. Оперативная урология.
27. Эндоурология и лапароскопическая урология.
28. Диагностика и лечение патологии предстательной железы.
29. Этика и деонтология профессиональной деятельности врача-уролога.
30. Основы трудовой экспертизы урологических больных.

Перечень контрольных заданий, выявляющих практическую подготовку выпускника

1. Назовите показания для оперативного лечения ДГПЖ.
2. Перечислите варианты оперативных вмешательств при раке предстательной железы.
3. Опишите последовательность действий врача при острой задержке мочеиспускания.
4. Опишите алгоритм действий при чрескожной пункционной нефростомии.
5. Перечислите показания для проведения дренирования верхних мочевых путей.
6. Перечислите меры, необходимые для предотвращения бактериотоксического шока.
7. Перечислите мероприятия при возникновении приапизма.
8. Перечислите мероприятия при возникновении шока.
9. Опишите лечебную тактику ведения пациента с простатитом.
10. Перечислите показания к выполнению варикоцелэктомии.
11. Обрисуйте план ведения пациента во время сеанса ДЛТ.
12. Назовите средние значения уровня тестостерона у мужчин.
13. Перечислите показания для биопсии предстательной железы.

14. Сообщите допустимый диапазон концентрации ПСА в сыворотке крови у пациентов моложе 70 лет.
15. Назовите основные препараты, используемые для консервативного лечения и профилактики мочекаменной болезни.
16. Назовите основные лекарственные препараты, используемые для лечения пиелонефрита у беременных.
17. Опишите тактику ведения при пиелонефрите у беременных.
18. Назовите основные группы антибиотиков.
19. Опишите методику проведения уретрографии
20. Опишите методику проведения троакарной эпицистостомии.
21. Опишите методику проведения биопсии предстательной железы.
22. Перечислите показания для внутривенной урографии.
23. Перечислите показания для проведения цистоскопии.
24. Опишите методику проведения цистоскопии.
25. Перечислите показания для проведения урофлоуметрии.
26. Опишите методику проведения и анализ результатов урофлоуметрии.
27. Опишите план ведения стационарного больного при подготовке к радикальной простатэктомии.
28. Опишите план ведения стационарного больного с острым простатитом.
29. Опишите план ведения стационарного больного с травмой мочеиспускательного канала.
30. Опишите план ведения в стационаре больного мочекаменной болезнью.

Примеры ситуационных задач, выявляющих сформированность компетенций выпускника, регламентированных образовательной программой ординатуры:

1. Больная Н. 40 лет, имеет 1 ребенка и планирует беременность, перенесла имплантацию Prolift Total, свободной синтетической петли TVT-O по поводу пролапса тазовых органов, стрессового недержания мочи. Рекомендации при выписке:

- А. Длительная контрацепция, роды противопоказаны;
- Б. Роды возможны путем кесарева сечения, беременность не ранее 6 месяцев;
- В. Роды возможны через естественные родовые пути;
- Г. Роды возможны как оперативные, так и через естественные пути через 2 месяца после операции;
- Д. Роды возможны как оперативные, так и через естественные родовые пути

через 3 месяца после операции.

Ответ Б.

2. У пациентки в поликлинике диагностирована почечная колика, температура 38.3 в течение 2-х дней, ознобы. Ваши действия:

- А. Лечить на дому антибиотиками
- Б. Госпитализировать в терапевтическое отделение
- В. УЗИ почек в экстренном порядке
- Г. Срочно госпитализировать в урологический стационар
- Д. Правильно В и Г

Ответ Д.

3. Пациенту 50 лет с пионефрозом справа и коралловидным камнем слева рекомендовано:

- А. Пиелотомия и нефростомия слева
- Б. Нефрэктомия справа
- В. Нефрэктомия справа, чрескожная пункционная нефростомия слева одновременно с последующей ЧПНЛ.
- Г. Дистанционная ударно-волновая литотрипсия слева
- Д. Вмешательство не показано.

Ответ В.

4. У пациента 20 лет камень оксалат 5x8мм нижней трети мочеточника с умеренной уретероэктазией. Ваша тактика:

- А. Уретеролитоэкстракция.
- Б. Дистанционная ударно-волновая литотрипсия.
- В. Консервативное лечение в течение 1 мес.
- Г. Контактная литотрипсия.
- Д. Возможно Б и Г.

Ответ Д.

5. У пациента камень 25x20мм в лоханке смешанного типа. Показано:

- А. Задняя поперечная внутрисинусная пиелолитотомия, уретеролиз.
- Б. Передняя поперечная пиелолитотомия.
- В. Нижняя продольная пиелолитотомия, уретеролиз.
- Г. Чрескожная пункционная нефролитотрипсия.

Д. Равноценны все методы.

Ответ Г.

6. У пациентки 30 лет камень нижней трети мочеточника 5х9мм, нарушающий уродинамику. Ей показано:

А. Проводить консервативную терапию.

Б. Уретеролитотомия.

В. Уретеролитоэкстракция.

Г. Контактная литотрипсия.

Д. Равноценно В и Г.

Ответ Д.

7. У пациента ДППЖ и оксалатный камень мочевого пузыря 30х30мм. Рекомендовано:

А. Литолиз.

Б. Цистолитотомия и цистостомия.

В. Простатэктомия, цистолитотомия и цистостомия.

Г. Трансуретральная цистолитотрипсия.

Д. Дистанционная ударноволновая литотрипсия.

Ответ В.

8. У пациентки 30 лет двусторонние коралловидные камни. Хронический пиелонефрит. Вторичносморщенные почки. Уремия. Выбрать тактику лечения:

А. Гемодиализ, инфузионная терапия, в перспективе двусторонняя нефрэктомия и трансплантация почки.

Б. Пиелолитотомия, нефростомия последовательно с 2-х сторон.

В. Установка стентов с 2-х сторон.

Г. Катетеризация мочеточников.

Д. Чрескожная пункционная нефростомия.

Ответ А.

9. У пациентки поликавернозный туберкулёз почки. Вторая почка не изменена. Ваша тактика:

А. Экстренная нефроуретерэктомия.

Б. Предварительная (до операции) антибактериальная терапия.

В. Нефростомия.

Г. Нефрэктомия.
Д. Санаторно-курортное лечение.
Ответ Г.

10. У больного диагностирована гнойная полость (каверна). Яичко 2х3см.
Тактика лечения:

А. Антибактериальная терапия.
Б. Вскрытие и дренирование полости.
В. Орхиэктомия.
Г. УВЧ, грязелечение.
Д. Биопсия.
Ответ В.

11. У больного ножевое ранение мочеточника 12 часов назад, мочевой затёк в
забрюшинное пространство. Тактика лечения:

А. Катетеризация мочеточника.
Б. Операционная нефростомия.
В. Пункционная нефростомия.
Г. Ревизия, ушивание мочеточника, нефростомия.
Д. Установление стента в мочеточник.
Ответ Г.

12. У больного ушиб мошонки, обширная гематома. Рекомендовано:

А. Консервативное лечение, суспензорий.
Б. Пункция гематомы.
В. Оперативное лечение, удаление гематомы и дренирование.
Г. Антибиотики в амбулаторных условиях.
Д. Равноценны Б и В.
Ответ Д.

13. У больного развился уретроректальный свищ после абсцесса простаты,
существующий в течение 10 месяцев. Тактика лечения:

А. Произвести цистостомию как первый этап.
Б. Установить противоестественный анус.
В. Проводить заживление свища на постоянном катетере.
Г. Произвести пластику уретроректального свища промежностным доступом

с цистостомией.

Д. Произвести трансректальную электрокоагуляцию свища на постоянном катетере.

Ответ А.

14. У пациента неоперабельный рак почки, длительная гематурия неподдающаяся консервативной терапии. Рекомендовано:

А. Продолжить консервативное и симптоматическое лечение.

Б. Производить частые переливания свежей крови.

В. Произвести эмболизацию почечной артерии.

Г. Произвести нефрэктомию.

Д. Наложить нефростому.

Ответ В.

15. У больной 60 лет распространённый рак матки с вовлечением мочеточников. Гидроуретеронефроз. Тактика лечения:

А. Уретеросигмотомия.

Б. Уретерокутанеостомия.

В. Операционная нефростомия с двух сторон.

Г. Пункционная нефростомия с двух сторон.

Д. Возможны варианты Б,В и Г.

Ответ Д.

16. У больного 70 лет ДГПЖ 2-й стадии. Истинный дивертикул мочевого пузыря 5х6см. Тактика лечения:

А. Дивертикулэктомия и цистостомия.

Б. Простатэктомия, дивертикулэктомия и цистостомия.

В. Простатэктомия и цистостомия.

Г. Цистостомия.

Д. Оперативное лечение не показано.

Ответ Б.

17. У юноши 16 лет выявлено отсутствие яичек в мошонке и паховых каналах. Физическое развитие нормальное. Рекомендовано:

А. Динамическое наблюдение.

Б. Гормональная терапия (хориогонадотропин, метилтестостерон).

В. Операция – ревизия брюшной полости и низведение яичка в мошонку.

Г. Двусторонняя орхиэктомия.

Д. Правильно А и Б

Ответ В.

18. У больной 40 лет подлежащая удалению миома матки, камень лоханки 30х30мм, хронический пиелонефрит. Ваша тактика:

А. Ампутация матки.

Б. Пиелолитотомия.

В. Ампутация матки и пиелолитотомия одномоментно.

Г. Чрескожная пункционная нефролитотрипсия.

Д. Равноценны варианты А и Б.

Ответ Г.

19. У пациентки – парауретральная киста размером 5 см без нагноения. Ваша тактика:

А. Пункция кисты.

Б. Операция – иссечение кисты трансвагинальным доступом.

В. Электрокоагуляция кисты.

Г. Установка в кисту постоянного катетера-ирригатора.

Д. Выписка под наблюдение уролога, гинеколога.

Ответ Б.

20. У больного рак простаты 1-й стадии. Ваша тактика:

А. Криодеструкция простаты.

Б. Радикальная простатэктомия.

В. Трансуретральная электрорезекция простаты.

Г. Гормонотерапия.

Д. Цистостомия+антиандрогены.

Ответ Б.

21. У больного наблюдаются сильные боли в правой поясничной области (иррадиирующие в правую подвздошно-паховую область и яичко) и мочеиспускание мочой красного цвета после физической нагрузки и длительной езды на автомашине.

Предположительный диагноз.

Дифференциальная диагностика

22. Мужчина, 26 лет, жалуется на боль в правой половине мошонки, жар. Кожа мошонки гиперемирована, складки сглажены. Придаток яичка резко увеличен, уплотнен, болезненный. Определяется флюктуация.

Диагноз. Лечение.

23. Больной 45 лет обратился с жалобами на тупые боли в левой поясничной области, тотальную гематурию. На экскреторной урограмме выявлен дефект наполнения в лоханке левой почки.

Диагноз. Дифференциальный диагноз.

24. Мальчик 4 лет, жалуется на болезненное и затрудненное, с натуживанием, мочеиспускание. На ретроградной уретерограмме патологии не выявлено. Детский цистоскоп под наркозом совершенно свободно проведен в мочевой пузырь. Выпущено 150 мл остаточной мочи из мочевого пузыря, но изменений в мочевом пузыре не выявлено. На цистоуретрограмме определили увеличение размеров мочевого пузыря, расширение задней части уретры. Головчатый буж легко проникает в мочевой пузырь, но при его выведении ощущается препятствие на уровне задней части уретры.

Почему инструменты свободно проходят в мочевой пузырь, и есть ли действительно инфравезикальная обструкция?

Диагноз?

Лечение.

25. У молодой женщины через 7 дней после свадьбы и первого в жизни коитуса возникли боли в надлобковой области, учащенное болезненное мочеиспускание. Температура тела нормальная. Определяется болезненность над лоном. В анализе мочи – лейкоциты до 40 в поле зрения.

Диагноз?

Показаны ли цистография и цистоскопия?

Лечение?

26. В клинику поступила женщина, 25-ти лет, в тяжелом состоянии. Трое суток назад ей произведен аборт во внебольничных условиях. После аборта поднялась температура тела до 38, был озноб, выделения из влагалища с неприятным запахом. У больной нет мочи в течение 1,5 суток. Состояние тяжелое. Кожные покровы и видимые слизистые бледной окраски. Язык сухой. АД- 95 мм. РТ. ст. Пульс – 101 в минуту, ритмичный, слабого наполнения. Мочевой пузырь не пальпируется. Введен катетер в мочевой пузырь – мочи не

получено. Мочевина сыворотки крови – 26 ммоль, креатинин – 0,65 ммоль/л.

Диагноз?

Лечение?

27.

После удара носком ботинка в область промежности у 18-летнего больного выделились несколько капель крови из уретры. Мочеиспускание затрудненное и болезненное. Обратился в урологический стационар через 1 час после травмы. Состояние удовлетворительное. Живот мягкий. Мочевой пузырь не пальпируется. Кожа промежности сине-черного цвета. АД – 120/80 мм.рт.ст. Анемии нет.

Предполагаемый диагноз. Назовите основной метод диагностики. Лечение. Каковы возможные отдаленные результаты осложнения?

28. Мужчина, 23 года, получил удар ногой в область мошонки во время драки. Почувствовал резкую боль в животе, тошноту, наблюдалась рвота. Появились боли в правой половине мошонки. Поступил в больницу через 2 часа после травмы. Состояние удовлетворительное. АД – 110/70 мм. рт. ст. Живот мягкий, симптом Щеткина – Блюмберга отрицательный. В правой половине мошонки определяется опухолевидное образование 7х6х6 см, тугоэластичной консистенции, болезненное, определяется флюктуация. Кожа мошонки обычной окраски.

Диагноз. Какую тактику лечения вы изберете? Ее обоснование.

29. Мужчина 40 лет, получил удар ногой в живот. Поступил в клинику через 2 часа после травмы. Предъявляет жалобы на боли в низу живота, затрудненное мочеиспускание по каплям. Моча с примесью крови. Состояние удовлетворительное. В надлобковой области определяется болезненность, напряжение мышц, перкуторно определяется тупой звук. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

Предположительный диагноз. Какие методы исследования необходимы? Лечение.

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

Каким образом можно подтвердить наличие камней мочеточника?

31. Больной 42 лет жалуется на тупые боли в надлобковой области,

терминальную гематурию. При цистоскопии на боковой стенке мочевого пузыря видна опухоль размером 3х3 см, на широком основании, грубо ворсинчатая. Вокруг опухоли отек слизистой.

Диагноз. Какие исследования необходимо провести для уточнения характера опухоли?

32. Женщина 45 лет поступила в отделение через сутки от начала заболевания с жалобами на боли в правой поясничной области, озноб. Температура тела 38. Лейкоцитоз – 13000. На обзорной урограмме видна тень в проекции почечного отдела правого мочеточника 9х10 см.

Ваша дальнейшая диагностическая и лечебная тактика?

33. Больная 33 лет доставлена в больницу после автомобильной аварии. Состояние тяжелое. Макрогематурия. АД – 100/70 мм.рт.ст. пальпируется припухлость в правой поясничной области. В анализе крови – эритроциты – $4,9 \times 10^{12}$ в 12/л., гемоглобин – 126 г/л., гематокрит - 32. Через 15 минут после поступления начата экстренная операция. Обнаружен линейный разрыв на передней поверхности почки длиной 2,5 см и околопочечная гематома. Произведена нефрэктомия. Через 24 часа после операции обнаружено, что состояние больной резко ухудшилось: установлена анурия.

Какие диагностические и лечебные ошибки были допущены? Почему возникла анурия?

34. Молодой мужчина 6 месяцев назад прощупал у себя в правом яичке небольшой плотный узел. К врачу своевременно не обратился, так как болей не было. Яичко увеличилось в размере, появилась тяжесть в правой половине мошонки, увеличились молочные железы. Травму и воспалительные заболевания яичка, венерические заболевания отрицает. При осмотре выявлена гинекомастия, правое яичко увеличено (7,0х 6,5х5 см), плотное, бугристое, безболезненное. Инфильтрат распространяется на придаток яичка. Рентгеноскопия грудной клетки, экскреторная урография, лимфоаденография патологии не выявили. В моче обнаружено повышенное количество хорионического гонадотропина и α -фетопротеина.

Диагноз и его стадия. Предположительная гистологическая форма. Комплексное лечение.

35. Больной 25 лет поступил в урологический стационар 2 дня назад. При поступлении были боли в левой поясничной области с иррадиацией в яичко, учащенное мочеиспускание. После инъекции наркотиков и спазмолитиков

боли прошли. Сегодня во время мочеиспускания возникла резкая боль в уретре, струя мочи прервалась.

Предполагаемый диагноз. Лечение.

36. У мужчины после переохлаждения появились боли в промежности, заднем проходе, повысилась температура до 38С. Мочеиспускание было вначале болезненным, а затем прекратилось. Над лоном пальпируется увеличенный мочевой пузырь. При ректальном пальцевом исследовании определяется увеличенная и резко болезненная предстательная железа. Очагов размягчения нет.

Диагноз. Лечение.

37. У женщины 47 лет произведена операция – экстирпация прямой кишки по поводу рака. Через сутки больная жалуется на боли в пояснице с обеих сторон, мочеиспускание отсутствует, позывов к нему нет.

О чем следует думать? Необходимые диагностические и лечебные мероприятия.

38. Больной предъявляет жалобы на примесь крови в моче. Болей нет. При проведении трехстаканной пробы кровь равномерно окрашивает все порции мочи. При бимануальной пальпации опухоли в малом тазу не определяется. Обнаружены атипичные клетки в моче. На цистограмме имеется дефект наполнения размером 2,5х3,5 см.

При цистоскопии на правой боковой стенке мочевого пузыря обнаружено грубоворсинчатое образование на широком основании, с участками некроза и кровоизлияний. Слизистая мочевого пузыря вокруг образования гиперемирована. При экскреторной урографии выявлена хорошая функция обеих почек с ненарушенным пассажем мочи до мочеточника. На рентгенограмме легких и при УЗИ печени патологии не выявлено.

Диагноз.

Лечение.

Объем оперативного вмешательства и техника операции.

39. На прием к урологу поликлиники явился пожилой мужчина с жалобами на вялую струю мочи в течение 3-х лет, затруднение при мочеиспускании, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря. Днем мочится через 2-2,5 часа, ночные – 3-4 раза. При ректальном пальцевом исследовании обнаружено увеличение предстательной железы, шаровидная форма ее, эластичной консистенции.

Железа безболезненная, междолевая борозда сглажена. Больной при определении урофлоуметрического индекса выделил 180 мл мочи за акт мочеиспускания, длившийся 60 секунд. При УЗИ обнаружено 200 мл остаточной мочи в пузыре. По УЗИ объем железы – 55 см³.

Диагноз. Стадия.

Имеются ли показания к операции, если да, то какой ее объем.

Укажите методы консервативного лечения при данном заболевании в I стадии.

40. Мужчина 23 года, направлен в урологическую клинику терапевтом. Жалуется на периодически возникающие головные боли, снижение остроты зрения. Четыре года назад, во время службы в армии, на медицинской комиссии впервые выявлено повышенное артериальное давление. Лечился в военном госпитале. Артериальное давление поднималось временами до 220/230 мм.рт.ст. Гипотензивные препараты эффекта не оказывали. Состояние удовлетворительное. АД – 200/100 мм.рт.ст. Выслушивается диастолический шум в эпигастральной области. Почки не пальпируются. Анализ мочи без патологии. При почечной ангиографии выявлено сужение в средней и дистальной третях правой почечной артерии в виде «нитки бус».

Диагноз. Патогенез. Лечение.

41. Больная 56 лет поступила в урологическое отделение с жалобами на примесь крови в моче, сгустки червеобразной формы, общую слабость, повышение температуры тела, сильные боли в пояснице слева. Боли прошли после отхождения с мочой некротизированного кусочка почечной ткани, который при осмотре напоминает почечный сосочек. Лихорадка и гематурия сохраняются.

Диагноз. Необходимые исследования.

42. Больной 75 лет поступил с жалобами на болезненность внизу живота, чувство переполнения в мочевом пузыре, жажду, сухость во рту, бессонницу. Последние 5 лет вынужден 1-2 раза вставать ночью из-за императивного позыва на мочеиспускание. Мочеиспускание с задержкой вначале, затем моча идет вялой тонкой струйкой. Последние 3-4 дня отметил ухудшение состояния, боли внизу живота, мочеиспускание прекратилось. Моча постоянно подтекает из уретры наружу каплями. Мочевина крови 16 ммоль/л.

Диагноз. Лечение.

43. Больная 75 лет, поступила в урологическое отделение с жалобами на озноб, сухость во рту, жажду, боли в правой поясничной области. Состояние тяжелое.

Температура тела 38,7 С, язык сухой. Пальпируется увеличенная и болезненная правая почка. Положительный симптом Пастернацкого справа. Сахар крови 12,7 ммоль/л. Лейкоцитоз-10000, нейтрофилов – 12%. В анализе мочи лейкоциты до 10 в поле зрения. По данным экскреторной урографии данных за уrolитиаз нет, функция правой почки снижена, левой- удовлетворительная. На ретроградной пиелограмме – ампутация нижней чашечки правой почки, мочеточник проходим на всем протяжении. По УЗИ – гнойно-некротический узел по наружному контуру нижнего полюса почки.

Диагноз. Лечение.

44. Во время плановой операции грыжесечения после вскрытия грыжевого мешка выделилось около 50 мл прозрачной желтоватой жидкости а запахом мочи. При ревизии оказалось, что вскрыт просвет мочевого пузыря.

1. Почему это произошло?
2. Как закончить операцию?
3. Как избежать подобных осложнений?

45. У больного, 16 лет, во время операции левосторонней паховой грыжи оказалось, что левое яичко находится внутри грыжевого мешка.

1. К какому типу относится такая грыжа?
2. В чем заключается особенность оперативного вмешательства у данного больного?

46. Больной, физически крепкий мужчина 50 лет, внезапно отметил колющие боли в паху справа. Вскоре боли ощущались по всей половине живота и поясничной области справа, приняли необычайно острый, невыносимый характер. Из-за сильных болей то принимал коленно-локтевое положение, то вскакивал, бегал по комнате, стонал, не находил себе места.

Жалуется на рези в мочеиспускательном канале, частые позывы. Покрыт потом, пульс 70 в минуту, температура нормальная. Моча мутная, при лабораторном исследовании – эритроциты до 10 в поле зрения, фосфаты ++++.

Что вызвало сильные боли? Какие исследования необходимы для постановки диагноза? Лечение.

47. У двухлетнего мальчика отсутствует яичко в мошонке, правая половина мошонки недоразвита. В паховом канале пальпаторно яичко не обнаружено.

Где еще нужно вести поиски яичка и какие диагностические методы необходимо применить? Объясните разницу между анорхизмом, крипторхизмом и эктопией.

В каком возрасте необходимо выполнять операцию орхопексии и почему. Ее техника.

48.

Мужчина 32 лет, страдающий врожденным фимозом, обратился в урологическое отделение с жалобами на гнойные выделения из препуциального мешка. После рассечения крайней плоти обнаружено опухолевидное образование на головке полового члена размером 3х3х2,5 см с экзофитным ростом, с участками распада, прорастающее кавернозные тела полового члена. Пальпируются увеличенные и уплотненные паховые лимфоузлы с обеих сторон. Реакция Вассермана отрицательная. Осмотрен венерологом - сифилис исключен. В легких и печени патологии нет. Диагноз, стадия. Лечение.

49.

Больной 10 лет поступил через трое суток от начала заболевания с жалобами на боли внизу живота и правой поясничной области. Тошноты и рвоты не было. Общее состояние удовлетворительное. Температура 37,8С, пульс 92'. Обращает внимание вынужденное положение больного на спине с согнутыми в тазобедренном суставе и приведенными к животу правым бедром. Движения в суставах в полном объеме, хромоты нет. При попытке разогнуть бедро возникают сильные боли в поясничной области. Живот мягкий, болезненный в правой подвздошной области при глубокой пальпации, симптом Щеткина – Блюмберга отрицательный. Резко положительный симптом Пастернацкого справа. Симптомы Ровсинга и Ситковского отрицательные. Дизурических явлений нет, моча не изменена. Лейкоцитов крови $14,3 \times 10^3$. При экскреторной экскурсионной урографии функция почек удовлетворительная, но обнаружена полная неподвижность правой почки на вдохе и выдохе. Диагноз. Лечение.

Пример экзаменационного билета для собеседования

Билет

1. Консервативное лечение и профилактика уrolитиаза.

2. Опишите методику проведения троакарной эпицистостомии.

1. Ситуационная задача: Больная Н. 40 лет, имеет 1 ребенка и планирует беременность, перенесла имплантацию Prolift Total, свободной синтетической петли TVT-O по поводу пролапса тазовых органов, стрессового недержания мочи. Рекомендации при выписке:

А. Длительная контрацепция, роды противопоказаны;

- Б. Роды возможны путем кесарева сечения, беременность не ранее 6 месяцев;
- В. Роды возможны через естественные родовые пути;
- Г. Роды возможны как оперативные, так и через естественные пути через 2 месяца после операции;
- Д. Роды возможны как оперативные, так и через естественные родовые пути через 3 месяца после операции.

Ответ Б.

IV. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ОТВЕТА ВЫПУСКНИКА

4.1. Критерии оценки при междисциплинарном тестировании:

Отлично – правильных ответов 90-100%.

Хорошо – правильных ответов 80-89%.

Удовлетворительно – правильных ответов 70-79%.

Неудовлетворительно – правильных ответов 69% и менее.

4.2. Критерии оценки ответов обучающихся при собеседовании:

Характеристика ответа	Оценка
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен научным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию обучающегося.</p>	Отлично
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты в определении</p>	Хорошо

Характеристика ответа	Оценка
понятий, исправленные обучающимся самостоятельно в процессе ответа или с помощью преподавателя.	
<p>Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Обучающийся не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Обучающийся может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции.</p>	Удовлетворительно
<p>Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Обучающийся не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа обучающегося не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины.</p>	Неудовлетворительно

4.3. Критерии уровней подготовленности к решению профессиональных задач:

Уровень	Характеристика
Высокий (системный)	<p>Действие осуществляется на уровне обоснованной аргументации с опорой на знания современных достижений медико-биологических и медицинских наук, демонстрируется понимание перспективности выполняемых действий во взаимосвязи с другими компетенциями</p>
Средний (междисциплинарный)	<p>Действие осуществляется на уровне обоснованной аргументации с использованием знаний не только специальных дисциплин, но и междисциплинарных научных областей. Затрудняется в прогнозировании</p>

	своих действий при нетипичности профессиональной задачи
Низкий (предметный)	Действие осуществляется по правилу или алгоритму (типичная профессиональная задача) без способности выпускника аргументировать его выбор и обосновывать научные основы выполняемого действия.

V. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная:

1. Аккер Л.В., Неймарк А.И. – Синдром хронических тазовых болей в урогинекологии. - М.: МИА, 2006.
2. Аляев Ю.Г. и соавт. - Магнитно -резонансная томография в урологии. - М.,2005.
3. Ред. Нишлаг Э., Бере Г.- Андрология. - М., 2006.
4. Вишнеvский Е.Л. и соавт. Урофлоуметрия. - М., 2004.
5. Игнашин Н.С. – Ультразвуковая диагностика в урологии. - М., МИА, 2009.
6. Клинические рекомендации Европейской Ассоциации Урологов. - М., Издательский дом АБВ, 2010.
7. Колпаков И.С. – Мочекаменная болезнь. - М., МИА, 2012.
8. Кульчавеня Е.В. – Трудности диагностики туберкулеза мочеполовой системы. - Новосибирск, 2004.
9. Лопаткин Н.А. (Ред.) – Руководство по урологии. Т1, Т2, Т3. - М. 2002.
10. Лопаткин Н.А., Перепанова Т.С. – Рациональная фармакотерапия в урологии. М., Литтерра, 2006.

Дополнительная:

1. Лопаткин Н.А., Пугачев А.Г. – Детская урология. - М., Медицина, 1986.
2. Лопаткин Н.А. (Ред.) – Антимикробная терапия и профилактика инфекций почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов. - М, РОУ.
3. Лоран О.Б. и соавт. – Диагностика и лечение интерстициального цистита у женщин. – Саратов, 2001.
4. Лоран О.Б., Синякова Л.А., Косова И.В. – Рецидивирующие инфекции мочевых путей. - М., МИА, 2008.
5. Лоран О.Б., Синякова Л.А. – Воспалительные заболевания органов мочевой системы. - М., МИА, 2011.
6. Мазо Е.Б., Кривобородов Г.Г. – Гиперактивный мочевой пузырь.

- М.: ВЕЧЕ, 2003.

7 . Матвеев Б.П. Клиническая онкоурология. - М., 2003.

***Информационные ресурсы, программное обеспечение
и профессиональные базы данных:***

1. Университетская информационная система Россия
URL: <http://www.cir.ru/index.jsp>
2. Поисковый ресурс Медскейп: <http://www.medscape.com/>
3. Public Library of Science. Medicine: портал крупнейшего
международного научного журнала открытого
доступа: <http://www.plosmedicine.org/home.action>
4. Российская научная электронная библиотека: <http://elibrary.ru/defaultx.a>

Windows ОС (Windows 10 Pro)

LibreOffice

MS Office 2013

1С: Университет ПРОФ. Ред.2.2

Консультант врача. Электронная медицинская библиотека

КИС ЕМИАС

МИС Медиалог

Парус Бюджет 8 (СКУУ ЕМИАС)

ПО "Интеллект"

Kaspersky Anti-Virus Suite

- <http://www.medline.ru/>

- <http://www.medlinks.ru/>

- <http://www.rosminzdrav.ru/>

- <http://minzdrav.donland.ru/>

- <http://www.who.int/ru/>

- <http://www.edu.ru/>

- <http://school-collection.edu.ru/>

<http://freemedicaljournals.com>

- <http://www.freebooks4doctors.com>

- <http://health.ebsco.com/dynamed-content/ebola>