

федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по развитию
регионального

здравоохранения и
медицинской деятельности

О.Н. Барканова

«*24*»

августа

2025 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

Наименование: **Государственная итоговая аттестация**

Основная профессиональная образовательная программа подготовки
кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности:
31.08.68 Урология

Квалификация (степень) выпускника: врач-уролог

Кафедра Урологии

Форма обучения – очная

Объем: 3 (зе) 108 часов

Волгоград, 2025

Разработчики программы:

№	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень/ звание	Кафедра (полное название)
	Перлин Д.В.	Заведующий кафедрой	д.м.н., профессор	Урологии
	Щелков С.В.	доцент	к.м.н.	Урологии

Рабочая программа ГИА обсуждена на заседании кафедры протокол №18 от «28» июня 2025г.

Заведующий кафедрой урологии,
д.м.н., профессор



Д.В. Перлин

Рецензент:

доцент кафедры хирургических болезней №1, к.м.н, И.А. Куликов

Рабочая программа утверждена учебно-методической комиссией института НМФО ВолгГМУ, протокол №1 от «26 » августа 2025 года

Председатель УМК



Н.И.Свиридова

Начальник отдела учебно-методического сопровождения и производственной практики



М.Л. Науменко

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1 Программа государственной итоговой аттестации по образовательной программе высшего образования - программе ординатуре по специальности **31.08.68** Урология разработана в соответствии со следующими нормативными документами:

- Федеральным законом об образовании от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;

- Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности **31.08.68** Урология (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 26.08.2014 г. № 1111 (зарегистрировано в Минюсте России 23 октября 2014 г.);

- приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 18.03.2016 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»;

- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 08.10.2015 г. № 707н «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки»;

- приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 19.11.2013 г. № 1258 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры»;

- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 18.09.2012 г. № 191н «Об утверждении документа государственного образца о послевузовском профессиональном образовании, выданного лицам, получившим такое образование в ординатуре, и технических требований к нему»;

- Профессиональным стандартом врача уролога (Код 02.036) (Утвержден приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 14 марта 2018 года N 137н).

- Положением «О порядке проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации» (далее – ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России), утвержденным ученым советом ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России от приказ от 27.08.2025 № 1480 -КО

1.2 Итоговая (государственная итоговая) аттестация (далее – ИГА) осуществляется итоговой (государственной) экзаменационной комиссией, проводится в сроки, определяемые календарным учебным графиком.

1.3 Программа итоговой (государственной итоговой) аттестации реализуется в базовой части учебного плана подготовки ординатора по направлению подготовки (специальности) 31.08.68 Урология очной формы обучения. Итоговая (государственная итоговая) аттестация относится к Блоку 3 Основной профессиональной образовательной программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.68 Урология, и включает в себя подготовку к сдаче и сдачу итогового/государственного экзамена. На итоговую (государственную итоговую) аттестацию отводится 108 часов (3 ЗЕ).

1.4 К итоговой (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.

1.5 Программа итоговой (государственной итоговой) аттестации, критерии оценки результатов сдачи итогового (государственного) экзамена, а также порядок подачи и рассмотрения апелляций доводятся до сведения ординаторов не позднее, чем за шесть месяцев до начала итоговой государственной аттестации.

1.6 Не позднее чем за 30 календарных дней до дня проведения итогового (государственного) аттестационного испытания директор Института НМФО утверждает расписание итоговых (государственных) аттестационных испытаний (далее – расписание), в котором указываются даты, время и место проведения итогового (государственного) экзамена и предэкзаменационных консультаций. Расписание доводится до сведения обучающихся, председателя и членов ИЭК/ГЭК и апелляционных комиссий, секретарей ИЭК/ГЭК.

1.7 Перед итоговым / государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся (предэкзаменационные консультации) по вопросам, включенным в программу экзамена.

2. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Целью итоговой (государственной итоговой) аттестации является определение соответствия результатов освоения обучающимися образовательных программ соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.68 Урология.

Задачи государственной итоговой аттестации:

1. Оценить уровень сформированности у выпускников универсальных и профессиональных компетенций, определенных федеральным государственным образовательным стандартом и образовательной программой высшего образования (уровень подготовки кадров высшей квалификации);

2. Установить уровень готовности выпускника к самостоятельному выполнению всех видов профессиональной деятельности, предусмотренных требованиями федерального государственного образовательного стандарта по специальности высшего образования подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре, и решению профессиональных задач в своей профилактической, диагностической, лечебной, реабилитационной, психолого-педагогической и организационно-управленческой деятельности;

3. Определить степень готовности выпускника к осуществлению трудовых действий врача уролога, уровень овладения необходимыми умениями и знаниями для осуществления трудовых функций врача уролога.

3. РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ, ОЦЕНИВАЕМЫЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИТОГОВОЙ (ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ)

Обучающийся, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими компетенциями:

Универсальные компетенции (УК):

УК-1 Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу.

УК-2 Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.

УК-3 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.

Профессиональные компетенции

Профилактическая деятельность:

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.

ПК-2 Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными.

ПК-3 Готовность к проведению противозидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях.

ПК-4 Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медикостатистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков.

Диагностическая деятельность:

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.

Лечебная деятельность

ПК-6 Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании урологической медицинской помощи.

ПК-7 Готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации.

Реабилитационная деятельность:

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

Психолого-педагогическая деятельность:

ПК-9 Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего

здоровья и здоровья окружающих.

Организационно-управленческая деятельность:

ПК-10 Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.

ПК-11 Готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей.

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

Обучающийся, освоивший программу ординатуры, должен быть готов к исполнению трудовых действий врача уролога, обладать необходимыми умениями и знаниями для осуществления **трудовых функций:**

A/01.8

Проведение обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов, установление диагноза;

A/02.8 Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов, контроль его эффективности и безопасности;

A/03.8 Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов;

A/04.8 Проведение экспертизы временной нетрудоспособности, медицинских осмотров пациентов с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов;

A/05.8 Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению и обучению пациентов;

A/06.8 Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара;

A/07.8 Оказание медицинской помощи в экстренной форме;

B/01.8 Проведение обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов, установление диагноза;

B/02.8 Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов, контроль его эффективности и безопасности;

В/03.8 Проведение экспертизы временной нетрудоспособности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов;

В/04.8 Проведение мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению;

В/05.8 Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала;

В/06.8 Оказание медицинской помощи в экстренной форме.

3. ОБЪЕМ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ И ВИДЫ УЧЕБНОЙ РАБОТЫ

Государственная итоговая аттестация обучающихся по программам подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре проводится в форме государственного экзамена.

Государственная итоговая аттестация включает:

- подготовку к сдаче государственного экзамена
- сдачу государственного экзамена

В соответствии с учебным планом по программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.68 Урология отводится 108 академических часа (3 ЗЕ).

4. ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ИТОГОВОЙ (ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ) АТТЕСТАЦИИ В 2025-2026 УЧЕБНОМ ГОДУ

4.1 Итоговая (государственная итоговая) аттестация для обучающихся по основной профессиональной образовательной программе высшего образования (программе ординатуры) по специальности 31.08.68 Урология в 2025-2026 учебном году в ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России проводится согласно Положения «О порядке проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации» (далее – ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России), утвержденна ученым советом ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России приказ от 27.08.2025 № 1480 -КО

4.2 Для проведения итоговой (государственной итоговой) аттестации по специальности 31.08.68 Урология создается государственная экзаменационная комиссия, которая состоит из председателя, секретаря и членов комиссии.

4.3 Состав государственной экзаменационной комиссии создается по основным профилям подготовки не позднее, чем за 1 месяц до даты начала государственной итоговой аттестации, утверждается приказом ректора университета и действует в течение календарного года.

4.4 Государственная экзаменационная комиссия формируется из профессорско-преподавательского состава и научных работников Университета, а также лиц, приглашаемых из органов управления здравоохранением, работников медицинских организаций.

4.5 Председатель государственной экзаменационной комиссии утверждается по представлению ВолгГМУ Министерством здравоохранения Российской Федерации не позднее 31 декабря, предшествующего году проведения Государственной итоговой аттестации.

4.6 Председатель государственной экзаменационной комиссии утверждается из числа лиц, не работающих в Университете, имеющих ученую степень доктора наук и (или) ученое звание профессора, либо являющихся руководителем органов управления здравоохранением или медицинских организаций.

4.7. В состав государственной экзаменационной комиссии включается не менее 5 человек, из которых 50% являются ведущими специалистами в области урологии и (или) представителями органов государственной власти РФ, органов государственной власти субъектов РФ и органов местного самоуправления, осуществляющих полномочия в соответствующей области профессиональной деятельности, остальные – лицами, относящиеся к профессорско-преподавательскому составу ВолгГМУ, и (или) иных организаций и (или) научными работниками Университета и (или) иных организаций, имеющими государственное почетное звание.

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

Решения комиссии принимаются простым большинством голосов лиц, входящих в состав комиссии и участвующих в заседании. При равном числе голосов председатель обладает правом решающего голоса. Решения, принятые комиссией, оформляются протоколами.

4.9. Проведение заседания государственной экзаменационной комиссии, решения, принятые комиссией, оформляются протоколами на каждого обучающегося (приложение 1,2,3). В протоколе заседания итоговой (государственной) экзаменационной комиссии по приему итогового (государственного) экзамена отражаются перечень заданных ординатору вопросов и характеристика ответов на них, мнения председателя и членов итоговой (государственной) экзаменационной комиссии о выявленном в ходе итогового (государственного) аттестационного испытания уровне подготовленности ординатора к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке ординатора.

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

Протоколы заседаний комиссий сшиваются в книги и хранятся в архиве Управления подготовки в ординатуре Института НМФО ФНБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России.

4.10. Основными функциями государственной экзаменационной комиссии являются:

- определение соответствия подготовки ординатора требованиям федерального государственного образовательного стандарта по программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.68 Урология;

- принятие решения о присвоении квалификации «врач-уролог» по результатам итоговой (государственной итоговой) аттестации и выдаче ординатору диплома об окончании ординатуры и приложения к нему.

4.11 Не позднее, чем за 30 календарных дней до проведения первого этапа государственного аттестационного испытания, организация 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.

4.12 При формировании расписания устанавливается перерыв между государственными аттестационными испытаниями продолжительностью не менее 7 календарных дней.

4.11 К итоговой (государственной итоговой) аттестации допускается ординатор, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший индивидуальный учебный план в соответствии с учебным планом основной профессиональной образовательной программой, разработанной на основе федерального государственного образовательного стандарта (далее - ФГОС).

4.12 Обучающимся и лицам, привлекаемым к итоговой (государственной итоговой) аттестации, во время ее проведения запрещается иметь при себе и использовать средства связи.

4.13 Не допускается взимание платы с обучающихся за прохождение государственной итоговой аттестации.

4.14 Для обучающихся из числа инвалидов государственная итоговая аттестация проводится Университетом с учетом особенностей их психофизического развития, их индивидуальных возможностей и состояния здоровья.

4.15 Успешное прохождение государственной итоговой аттестации является основанием для выдачи обучающемуся документа о высшем образовании и о квалификации образца, установленного Министерством здравоохранения Российской Федерации – по программам ординатуры.

4.16 Обучающиеся, не прошедшие государственное аттестационное испытание в связи с неявкой на государственное аттестационное испытание 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.

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

4.18 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 итоговой (государственной итоговой) аттестации по соответствующей образовательной программе.

4.19 Обучающиеся, не прошедшие государственной итоговой аттестации в связи с неявкой на государственное аттестационное испытание 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. Обучающийся должен представить в организацию документ, подтверждающий причину его отсутствия.

4.20 Ординаторам, не сдавшим итоговую (государственную итоговую) аттестацию, ординатура, по желанию, может быть продлена на компенсационной основе (по договору) с правом повторной сдачи экзамена через 6 месяцев.

4.21 По результатам Государственной итоговой аттестации обучающийся имеет право подать в апелляционную комиссию (далее - Комиссия) письменное заявление об апелляции по вопросам, связанным с процедурой проведения государственной итоговой аттестации, не позднее следующего рабочего дня после прохождения Государственной итоговой аттестации.

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

4.23 Состав Комиссии утверждается приказом ректора Университета. Комиссия формируется в количестве не менее 4 человек из числа профессорско-преподавательского состава медицинского института Университета, не входящих в состав государственной экзаменационной комиссии.

4.24 Председатель Комиссии утверждается приказом ректор Университета из числа лиц, включенных в состав Комиссии.

4.25 Апелляция подлежит рассмотрению не позднее двух рабочих дней со дня ее подачи.

4.26 Апелляция рассматривается на заседании Комиссии с участием не менее половины состава Комиссии. На заседание Комиссии приглашаются председатель государственной экзаменационной комиссии и обучающийся, подавший апелляцию.

4.27 Для рассмотрения вопросов, связанных с процедурой проведения государственной итоговой аттестации, в Комиссию направляется протокол заседания государственной экзаменационной комиссии, экзаменационные листы обучающегося.

4.28 Решение Комиссии принимается простым большинством голосов и оформляется протоколом. При равном числе голосов председатель Комиссии обладает правом решающего голоса.

4.29 Оформленное протоколом решение Комиссии, подписанное ее председателем, доводится до сведения подавшего апелляцию обучающегося (под роспись) в течение трех рабочих дней со дня заседания Комиссии.

4.30 Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит.

4.31 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.

4.32 Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

5. ЭТАПЫ И ФОРМЫ ПРОВЕДЕНИЯ ИТОГОВОЙ (ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ) АТТЕСТАЦИИ.

5.1 Государственный экзамен проводится по одной дисциплине образовательной программы – основной дисциплине специальности ординатуры – Урология, которая имеет определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

5.2 Итоговая (государственная итоговая) аттестация ординаторов в Университете в 2025-2026 учебном году проводится в форме

государственного экзамена в форме трех государственных аттестационных испытаний:

- Тестового контроля (I этап);
- Оценки практических навыков (II этап);
- Заключительного собеседования (по вопросам экзаменационных билетов, ситуационным профессиональным задачам) (III этап).

5.3 Первый этап итогового (государственного) аттестационного испытания, проводится в тестовой форме, результаты объявляются на следующий рабочий день после дня его проведения, второй и третий этапы итогового (государственного) экзамена, проводятся в устной форме, результаты объявляются в день проведения этапа,

5.4 I этап – тестовый контроль: используются тестовые задания, включающие все разделы рабочей программы по специальности 31.08.68 Урология; экзамен проводит председатель, сопредседатель, члены экзаменационной комиссии; по заданной программе ЭВМ регистрирует количество правильных и неправильных ответов и выставляет конечный результат I этапа экзамена, который заносится в соответствующий протокол; результат тестового контроля оценивается как «зачет», если ординатор ответил на 71% и более от 100 представленных ему тестовых заданий, и «не зачет», если ординатор ответил менее, чем на 70% от 100 представленных ему тестов (банк тестовых заданий на сайте www.disttest.ru). Протокол результатов прохождения I этапа фиксируется в соответствующем протоколе (приложение 1).

5.5 II этап – оценка практических навыков: оценивается освоенный объем практических навыков в соответствии с квалификационной характеристикой:

- общий уровень теоретической и практической подготовки ординатора непосредственно в процессе собеседования);
- умение обследовать больного;
- умение применить специальные инструментальные и лабораторные методы обследования пациента и интерпретировать результаты;
- установление основного и сопутствующего диагноза, осложнений;
- проведение дифференциального диагноза;
- знание методов экстренной и неотложной медицинской помощи, владение методами интенсивной терапии;
- назначение комплексного лечения;
- определение прогноза и дальнейшей тактики ведения больного;
- составление плана диспансерного наблюдения;

5.6 III этап – заключительное собеседование (по вопросам экзаменационных билетов, ситуационным профессиональным задачам). Ординатор, не сдавший один из двух первых этапов экзамена, не допускается к третьему этапу. Третий этап представляет проверку целостности профессиональной подготовки ординатора, уровня его компетентности в использовании теоретической базы для решения профессиональных ситуаций.

5.7 Результаты 2 и 3 этапов экзамена оцениваются по пятибалльной системе. Протокол результатов прохождения 2, 3 этапа фиксируется в соответствующем протоколе (приложение 2, 3).

5.8 Оценка определяется, исходя из следующих критериев:

- **«Отлично»** – 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, широко используются термины. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные ординатором самостоятельно в процессе ответа.

- **«Хорошо»** – дан полный развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен литературным языком, используются термины. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные ординатором с помощью преподавателя.

- **«Удовлетворительно»** - дан полный, однако недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ логичен, используются термины. Могут быть допущены 1-2 ошибки в определении основных понятий, которые ординатор затрудняется исправить самостоятельно.

- **«Неудовлетворительно»** – дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Изложение материала фрагментарно, нелогично. Ординатор не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа ординатора не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины.

6. ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА.

6.1 Рекомендации обучающимся по подготовке к государственному экзамену.

Подготовка к государственному экзамену должна осуществляться в соответствии с программой Итоговой (государственной итоговой) аттестации для обучающихся по основной профессиональной образовательной программе высшего образования - программе ординатуры

по специальности 31.08.68 Урология по вопросам, которые выносятся на государственный экзамен.

В процессе подготовки к государственному экзамену необходимо опираться на рекомендуемую научную и учебную литературу, современные клинические рекомендации и стандарты ведения больных, а также использовать материалы электронной информационно-образовательной среды ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России для обучающихся по программам подготовки кадров высшей квалификации (программам ординатуры).

Для систематизации знаний ординаторам необходимо посещение предэкзаменационных консультаций, которые проводятся по расписанию, утвержденному распорядительным актом Университета, и доводятся до обучающихся не позднее чем за 30 календарных дней до проведения первого государственного аттестационного испытания.

Перед государственным экзаменом проводится предэкзаменационная консультация обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена. Консультирование осуществляют преподаватели, включенные в состав государственной экзаменационной комиссии по специальности 31.08.68 Урология, относящиеся к профессорско-преподавательскому составу ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, имеющие ученое звание и (или) ученую степень. Первый этап государственного аттестационного испытания – тестирование включает ответы на 100 тестовых заданий с одним или несколькими правильными вариантами ответа. Второй этап государственного аттестационного испытания – оценка практических навыков в соответствии с квалификационной характеристикой. Третий этап государственного аттестационного испытания – собеседование, которое включает устные ответы на вопросы экзаменационного билета и решение одной задачи. Содержание ответов на экзаменационные вопросы должно соответствовать требованиям Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.68 Урология (уровень подготовки кадров высшей квалификации). При ответе на вопросы ординатор должен продемонстрировать уровень знаний и степень сформированности универсальных и профессиональных компетенций. При подготовке к ответу рекомендуется составить письменный расширенный план ответа по каждому вопросу. Ответы на вопросы ординатор должен излагать структурированно и логично. По форме ответы должны быть уверенными и четкими. Необходимо следить за культурой речи и не допускать ошибок в терминологии

6.2 Перечень основных разделов дисциплины:

- Семиотика урологических заболеваний
- Анатомия и физиология мочевыводящей системы и репродуктивных органов
- Урогинекология

- Онкоурология
- Фтизиоурология
- Ультразвуковая диагностика и лучевые методы диагностики в урологии
- Бесплодие. Вспомогательные репродуктивные технологии

6.3 Фонд оценочных средств к итоговой (государственной итоговой аттестации)

Фонд оценочных средств к ГИА по программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.68 Урология включает:

- задания в тестовой форме (300)
- вопросы для оценки практических навыков (60)
- вопросы для собеседования (90)
- ситуационные задачи (30)

6.3.1 Примеры тестовых заданий для итоговой (государственной итоговой) аттестации в ординатуре по специальности 31.08.68 Урология

В секрете предстательной железы в норме содержатся
лейкоциты (не более 10), единичные эритроциты
лецитиновые зерна
 макрофаги и амилоидные тельца
 эпителиальные и гигантские клетки

При введении рентгеноконтрастных веществ возможны все перечисленные реакции, кроме
 головной боли и головокружения
макрогематурии
 ощущения жара
 металлического вкуса во рту
 падения АД, шока

Первая помощь при аллергических реакциях на рентгенконтрастные вещества, кроме
лазикс
 глюкокортикоиды
 тиосульфат натрия
 супрастин
 10% раствор глюконата кальция

Первый метод диагностики, который показан при подозрении на рак мочевого пузыря:

УЗИ

нисходящая цистография
осадочная пневмоцистография
полицистография
цистоскопия

При клинике внебрюшинного разрыва мочевого пузыря необходимо произвести

ретроградную цистографию в прямой, боковой проекциях и после мочеиспускания

ретроградную цистографию в прямой проекции
ретроградную цистографию в боковой проекции

Больному хроническим пиелонефритом без нарушения функции почек следует включать в диету

белки (мясо, рыбу).

жиры

молочные продукты

овощи и фрукты

Больному хроническим пиелонефритом, осложненным ХПН III стадии, следует ограничить в диете все перечисленное, кроме

овощей, фруктов

белков (мясо, рыбу).

жиров (сливочное, растительное масло)

молочных продуктов

У больной самостоятельно отходят оксалатные камни, сохраняется оксалатурия. Ей следует рекомендовать

ограничение продуктов, содержащих щавелевую кислоту (лиственная зелень, шоколад и др.)

цитратные смеси, цитрусовые

увеличить потребление продуктов, богатых кальцием

терапия препаратами магния, витамин B6

К аномалиям положения почек относятся

дистопия гомолатеральная (торакальная, поясничная, подвздошная, тазовая)

дистопия гетеролатеральная (перекрестная)

нефроптоз

Дистопированную почку необходимо дифференцировать

с нефроптозом

с опухолью кишечника

с опухолью женских половых органов

Характерными рентгенологическими признаками тазовой и поясничной дистопии почки являются

ротация почки

низко отходящая, короткая сосудистая ножка

извитой, достаточной длины мочеточник

6.3.2 Перечень вопросов для II этапа итоговой (государственной итоговой) аттестации в ординатуре по специальности 31.08.68 Урология

1. Показания, противопоказания и техника выполнения пальцевого ректального исследования предстательной железы
2. Интерпретация данных лабораторных методов исследования уровня концентрации простатического специфического антигена сыворотки крови
3. Показания и противопоказания для взятия и микроскопии секрета предстательной железы
4. Показания, противопоказания и техника выполнения катетеризации мочевого пузыря жестким и гибкими катетерами
5. Показания, противопоказания и техника выполнения бужирования уретры
6. Показания, противопоказания и техника выполнения уретроскопии
7. Показания, противопоказания, техника выполнения и интерпретация результатов цистоскопии, биопсии мочевого пузыря
8. Показания, противопоказания, техника выполнения установки уретрального катетера мужчине и женщине;
9. Показания, противопоказания, техника выполнения троакарной цистостомии;
10. Показания, противопоказания, техника выполнения закрытия свища мочевого пузыря;
11. Показания, противопоказания, техника выполнения цистоскопии и установки мочеточникового стента/катетера;
12. Показания, противопоказания, техника выполнения чрескожной пункционной нефростомии под ультразвуковым контролем (далее - УЗ-контролем);
13. Показания, противопоказания, техника выполнения пункции кисты почки и ее аспирация под УЗ-контролем;
14. Показания, противопоказания, техника выполнения наложения швов на рану.
15. Показания, противопоказания, техника выполнения снятия швов;
16. Показания, противопоказания, техника выполнения первичной хирургической обработки раны;

17. Показания, противопоказания, техника выполнения инстилляции мочевого пузыря;
18. Показания, противопоказания, техника выполнения местной анестезии;
19. Показания, противопоказания, техника выполнения замены цистостомического/нефростомического дренажа;
20. Показания, противопоказания, техника выполнения бужирования уретры;
21. Показания, противопоказания, техника выполнения вправления парафимоза;
22. Показания, противопоказания, техника выполнения обрезания крайней плоти;
23. Показания, противопоказания, техника выполнения меатотомии;
24. Показания, противопоказания, техника выполнения перевязки и пересечения яичковой вены;
25. Показания, противопоказания, техника выполнения ревизии и операции на органах мошонки;
26. Показания, противопоказания, техника выполнения орхиэпидидимэктомии;
27. Показания, противопоказания, техника выполнения остановки кровотечения из мужских половых органов;
28. Показания, противопоказания, техника выполнения трансуретральной биопсии мочевого пузыря;
29. Показания, противопоказания, техника выполнения уретероцистоскопии ригидным и гибким фиброуретероцистоскопом.
30. Показания, противопоказания, техника выполнения нефроскопии
31. Показания, противопоказания, техника выполнения люмботомии
32. Показания, противопоказания, техника выполнения биопсии почки под контролем ультразвука
33. Показания, противопоказания, техника выполнения биопсии яичка
34. Показания, противопоказания, техника выполнения биопсии мочевого пузыря
35. Показания, противопоказания, техника выполнения контактной уретеролитотрипсии
36. Показания, противопоказания, техника выполнения контактной цистолитотрипсии
37. Показания, противопоказания, техника выполнения эндоскопической пиелонефролитотрипсии
38. Показания, противопоказания, техника выполнения ретроградной гибкой нефролитотрипсии
39. Показания, противопоказания, техника выполнения нефролитапаксии
40. Показания, противопоказания, техника выполнения мининефролитапаксии
41. Показания, противопоказания, техника выполнения дистанционной

ударноволновой нефролитотрипсии

42. Показания, противопоказания, техника выполнения дистанционной ударноволновой уретеролитотрипсии

43. Показания, противопоказания, техника выполнения микрохирургической варикоцелэктомии (операция Мармара)

44. Показания, противопоказания, техника выполнения операции Иванисевича

45. Показания, противопоказания, техника выполнения операции Винкельмана

46. Показания, противопоказания, техника выполнения операции Бергмана

47. Показания, противопоказания, техника выполнения уретеролитотомии

48. Показания, противопоказания, техника выполнения пиелолитотомии

49. Показания, противопоказания, техника выполнения нефролитотомии

50. Показания, противопоказания, техника выполнения пиелостомии

51. Показания, противопоказания, техника выполнения нефростомии

52. Показания, противопоказания, техника выполнения нефрэктомии

53. Показания, противопоказания, техника выполнения пластики гидронефроза по Андерсену-Хайнсу

54. Показания, противопоказания, техника выполнения нефропексии

55. Показания, противопоказания, техника выполнения орхэктомии

56. Показания, противопоказания, техника выполнения цистэктомии

57. Показания, противопоказания, техника выполнения простатэктомии

58. Показания, противопоказания, техника выполнения аденомэктомии

59. Показания, противопоказания, техника выполнения трансуретральной резекции предстательной железы

60. Показания, противопоказания, техника выполнения трансуретральной энуклеации аденомы предстательной железы.

6.3.3 Перечень вопросов для III этапа итоговой (государственной итоговой) аттестации по специальности 31.08.68 Урология.

1. Почечная колика. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
2. Методы диагностики скрытой пиурии. Тактика.
3. Оказание специализированной медицинской помощи при приступе почечной колики.
4. Виды анурии. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
5. Дифференциальная диагностика субренальной формы анурии и ОЗМ
6. Качественные и количественные изменения мочи в клинической практике.
7. Гематурия. Клиника. Диагностика. Лечение.
8. Ишурия. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
9. Острая задержка мочи. Клиника. Диагностика. Лечение.
10. Ишурия парадокса. Клиника. Диагностика. Лечение.
11. Хроническая задержка мочи. Клиника. Диагностика. Лечение.
12. Ишурия. Клиника. Диагностика. Лечение.
13. Методы диагностики отдельной функции почек в клинической практике.
14. Методы диагностики суммарной функции почек в клинической практике
15. Радиоизотопные методы исследования в клинической практике
16. Эндоскопические методы диагностики и лечения в урологии
17. Современные методы исследования в урологии (УЗИ, рентгеновская компьютерная томография, МРТ, ПЭТ КТ)
18. Ультразвуковая диагностика в урологии, как метод скрининга.
19. Лечебно-диагностические пособия под УЗ-наведением в урологии.
20. Лучевые методы исследования в урологии (рентгеноконтрастные вещества и методы их введения)
21. Лучевые методы исследования в ургентной урологии
22. Рентген-эндоскопические методы исследования при оперативных пособиях в урологической клинике.
23. Мочекаменная болезнь. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
24. Патогенез различных типов уролитиаза.
25. Особенности лучевой и ультразвуковой диагностики различных видов мочекаменной болезни.
26. Консервативные методы лечения мочекаменной болезни. Коррекция метаболических нарушений.
27. Литолитическая терапия, как метод лечения мочекаменной болезни
28. Литокинетическая терапия, как метод лечения мочекаменной болезни
29. Дистанционная литотрипсия. Показания. Противопоказания. Техника выполнения.
30. Камни мочевого пузыря. Клиника. Диагностика. Лечение.

31. Хирургические методы лечения мочекаменной болезни
32. Уретеролитиаз. Клиника. Диагностика. Лечение.
33. Фимоз. Парафимоз. Клиника. Диагностика. Лечение.
34. Крипторхизм. Эктопия яичка. Клиника. Диагностика. Лечение.
35. Водянка оболочек яичка и семенного канатика. Клиника. Диагностика. Лечение.
36. Нефроптоз. Дифференциальная диагностика с дистопией почки. Клиника. Диагностика. Лечение.
37. Гидронефроз. Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
38. Хронический пиелонефрит. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
39. Пионефроз. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
40. Острый цистит. Этиопатогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
41. Хронический цистит. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
42. Острый простатит. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение
43. Хронический простатит. Классификация. Этиопатогенез. Клиника.
44. Хронический простатит. Классификация. Диагностика. Лечение.
45. Синдром хронической тазовой боли. Клиника. Диагностика. Лечение.
46. Эпидидимит. Орхоэпидидимит. Этиопатогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
47. Симптомы нижних мочевых путей у женщин. Возрастные изменения в организме. Клиника. Диагностика. Лечение.
48. Виды диагностики расстройств мочеиспускания, комплексное уродинамическое исследование.
49. Гиперактивный мочевой пузырь. Клиника. Диагностика. Лечение.
50. Недержание мочи. Классификация. Клиника.
51. Стрессовое недержание мочи. Клиника. Диагностика. Лечение.
52. Ургентное недержание мочи. Клиника. Диагностика. Лечение.
53. Консервативные методы лечения недержания мочи.
54. Оперативные методы лечения недержания мочи.
55. Острый паранефрит. Клиника. Диагностика. Лечение.
56. Острый пиелонефрит. Этиопатогенез. Классификация. Клиника, диагностика и лечение.
57. Абсцесс почки. Клиника. Диагностика. Лечение.
58. Пиелонефрит беременных. Клиника. Диагностика. Лечение.
59. Хронический пиелонефрит. Клиника. Диагностика. Лечение. Исходы.
60. Основы антибактериальной терапии воспалительных урологических заболеваний.
61. Осложнения трансуретральной резекции предстательной железы. ТУР синдром. Профилактика. Лечение.

62. ДГПЖ и Рак предстательной железы. Дифференциальная диагностика.
63. Рак предстательной железы. Классификация.
64. Рак предстательной железы. Диагностика.
65. Рак предстательной железы. Лечение.
66. Опухоли почек. Особенности клиники, диагностики и лечения у взрослых
67. Опухоли почек. Современные подходы в диагностике и лечении
68. Доброкачественные и злокачественные пухоли яичка. Клиника, диагностика, лечение.
69. Доброкачественные опухоли мочевого пузыря. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
70. Злокачественные опухоли мочевого пузыря. Современная классификация. Клиника, диагностика, лечение.
71. Закрытые травмы почек. Клиника. Диагностика. Лечение.
72. Травмы мочеочника. Клиника. Диагностика. Лечение.
73. Травмы мочевого пузыря. Клиника. Диагностика. Лечение.
74. Травма уретры. Клиника. Диагностика. Лечение
75. Травмы органов мошонки. Клиника. Диагностика. Лечение
76. Эректильная дисфункция. Этипатогенез. Класификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
77. Эректильная дисфункция. Гормонзависимые формы. Особенности клиники, диагностики и лечения.
78. Васкулогенная эректильная дисфункция. Особенности клиники, диагностики и лечения.
79. Особенности клиники, диагностики и лечения эректильной дисфункции при сахарном диабете.
80. Психогенная форма эректильной дисфункции. Клиника. Диагностика. Лечение.
81. Инфертильность. Этипатогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
82. Лабораторная диагностика мужского бесплодия.
83. Варикоцеле. Классификация. Патогенез развития. Клиника. Диагностика. Лечение.
84. Спермограмма. Основные показатели и причины их отклонений. Возможности коррекции.
85. Аномалии развития почек. Клиника. Диагностика. Лечение.
86. Аномалии развития мочеочников. Клиника. Диагностика. Лечение.
87. Эписпадия. Клиника. Диагностика. Лечение.
88. Гипоспадия. Клиника. Диагностика. Лечение.
89. Кисты почек. Клиника. Диагностика. Лечение.
90. Поликистоз. Клиника. Диагностика. Лечение.

6.3.4 Типовые ситуационные задачи, выносимые на ВЫНОСИМЫЕ НА III этап итоговой (государственной итоговой) аттестации по специальности 31.08.68 Урология

Задача №1. Больной М., 23 года, поступил в урологическую клинику с высокой температурой, ознобами, постоянной ноющей болью в левой поясничной области. Боли возникли 9 дней назад. Периодически они усиливались до приступа, 6 дней назад поднялась температура тела до 37,5-37,8° С. Лечился спазмолитическими препаратами. За 2 дня до поступления появились периодические ознобы с подъемом температуры до 39-39,2° С. В анамнезе год назад почечная колика. Объективно: состояние удовлетворительное. Температура - 37,8° С. Пульс - 92 удара в минуту, ритмичный, напряжен. Артериальное давление 140/95 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, в легких везикулярное дыхание. Язык слегка обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Почки не прощупываются. Пальпация области левой почки и сотрясение левой поясничной области слегка болезненны. Предстательная железа не увеличена, эластической консистенции, безболезненна. Анализы крови: эр. 3,7. 10/л, Нб 143,3 г/л, л. 8,7 .10/л, п. 6%, с. 67%; лимф. 17%; мон. 8%. СОЭ 26 мм/ч. Протромбин - 102%, сахар-3,774 ммоль/л, мочевины-7,492 ммоль/л, креатинин-0,158; калий-5,1. Анализы мочи: относительная плотность-1,009, рН- 6,8; белок - 0,66%; л. 25-30 в п/з, эр. 2-3 свежие в п/з. На обзорной рентгенограмме почек тени конкрементов не определяются. На внутривенных урограммах контрастное вещество определяется в лоханках обеих почек. Слева- умеренное расширение лоханок и чашечек, справа - контуры лоханок нормальные. В первые сутки поступления при катетеризации левого мочеточника встречено препятствие на 2-м см. Стент № 5 удалось провести мимо него, при этом поступила мутная моча из устья мочеточника. Стент введен на 26 см и оставлен в почке. Диагностированы мочекаменная болезнь, уратный камень юкставезикального отдела мочеточника, острый левосторонний пиелонефрит в серозной стадии. Назначены цефалоспорины III поколения, инфузионная, дезинтоксикационная терапия. В течение 2 суток наблюдения и лечения ознобы продолжались, но были менее продолжительными. По катетеру поступала относительно прозрачная моча. Лихорадка гектического типа, обильное потоотделение. Вопросы:

- диагноз?

- какое рентгенологическое исследование показано;

- лечение.

Ответ:

Диагноз: Левосторонний апостематозный нефрит? Карбункул почки? Необходимо выполнить КТ почек. При подтверждении диагноза показана срочная операция - декапсуляция почки, пиелостомия и дренирование паранефрального пространства.

Задача №2. Больную, 52 лет, на протяжении года беспокоит учащенное, болезненное мочеиспускание. В анализе мочи изменений нет. В бакпосеве мочи флоры нет. При цистоскопии в области треугольника мочевого пузыря определяются белые островки слизистой оболочки. Температура не повышена. При гинекологическом осмотре выявлена фибромиома матки.

Вопросы:

- ваш диагноз?
- метод лечения?

Ответ: - наличие дизурии при нормальном анализе мочи характерно для цисталгии, причина которой, очевидно, связана с гинекологическим заболеванием. Необходимо лечение гинекологического заболевания.

Задача №3. Больной 52 лет обратился с жалобами на наличие примеси крови в моче. Кровь выделяется в виде сгустков червеобразной формы. Заболел остро, на фоне полного здоровья. При осмотре определяется увеличенная в размерах левая почка, безболезненная, плотной консистенции.

Вопросы:

- с чем связана макрогематурия? В каких дополнительных обследованиях он нуждается?

Ответ: Макрогематурия обусловлена опухолью почки, вызывающей деструкцию почечной паренхимы. Больной нуждается в дообследовании в объеме компьютерной томографии с контрастированием.

Задача №4. Больной 72 лет поступил с жалобами на затруднение мочеиспускания естественным путем, режущие боли в надлобковой области. Накануне принимал алкоголь. До этого в течении 2-ух лет отмечал нарушение мочеиспускания, ослабление струи мочи, ноктурию, умеренные дизурические расстройства, однако не лечился. При осмотре над лоном пальпируется увеличенный мочевой пузырь. При ректальном осмотре предстательная железа увеличена в размерах, бороздка не определяется. Консистенция туго эластичная.

Вопросы:

- что послужило причиной острой задержки мочи? Каков механизм задержки мочи у данного больного?

Ответ: - больной страдает доброкачественной гиперплазией предстательной железы. Острая задержка мочи спровоцирована приемом алкоголя, который вызвал прилив крови к органам таза и отек предстательной железы со сдавлением уретры.

Задача №5. У больной 44 лет страдающей мочекаменной болезнью и камнем нижней трети левого мочеточника, 6 часов назад возник приступ левосторонней почечной колики, повысилась температура тела до 38.4 С, был потрясающий озноб. При осмотре, живот болезнен в левом подреберье, пальпируется болезненный нижний полюс левой почки. На обзорной рентгенограмме мочевой системы в проекции юкставезикального отдела левого мочеточника определяется тень конкремента размерами 0.5*0.4см.

Вопросы:

-какой консервативный метод лечения позволит надеяться на купирование острого пиелонефрита.

Ответ: больной показана катетеризация или стентирование лоханки левой почки с последующим назначением антибиотиков и проведением дезинтоксикационной терапии.

Задача №6. Больной 34 лет доставлен в клинику по поводу боли левой поясничной области, возникшей после падения и ушиба левой поясничной области. Из анамнеза известно, что после травмы дважды была макрогематурия. Состояние пациента удовлетворительное. Пульс и артериальное давление нормальные. Со стороны органов грудной клетки и брюшной полости патологических изменений нет. Имеется небольшая припухлость в левой поясничной области.

Вопросы:

-ваш предварительный диагноз.

Ответ: из анамнеза известно, что у пациента была травма левой поясничной области, после которой возникла неоднократная макрогематурия. Помимо этого имеет место припухлость в левой поясничной области. Эти обстоятельства дают врачу возможность заподозрить повреждение почки. Для решения вопроса о характере изменений в почке, необходимо выполнить экскреторную урографию, которая позволит установить состояния контралатеральной почки и, возможно, выявит затекание контрастного вещества за пределы чашечно-лоханочной системы.

Задача №7 Больной 25 лет доставлен в клинику по поводу боли в правой поясничной области, макрогематурия со сгустками. Из анамнеза известно, что час назад ему был нанесен удар в правую поясничную область. Положение больного вынужденное: имеет место выраженной левосторонний сколиоз, определяется припухлость в правой поясничной области. Пульс 105 уд/мин. Артериальное давление 85/50 мм/рт. ст. Признаков раздражения брюшины нет. Свободной жидкости в брюшной полости не определяется. На экскреторных урограммах левая почка обычных размеров, чашечно-лоханочная система не изменена. Пассаж

рентгеноконтрастного вещества по мочеточнику не нарушен. Справа контрастное вещество в проекции почки и мочевых путей не определяется.

Вопросы:

-ваш диагноз

-лечебная тактика

Ответ: анамнез, объективные данные позволяют заподозрить повреждение правой почки. Налицо признаки кровотечения из почки, что привело к снижению артериального давления и учащению пульса. Неясен лишь сам характер повреждения. Больному показана операция – люмботомия справа, ревизия почки, остановка кровотечения. Операция производится по жизненным показаниям – кровотечение. Характер оперативного пособия на почке будет решен во время операции /органосохраняющая или органонуносящая операция/

Задача №8. Больной 35 лет поступил в клинику по поводу боли в надлобковой области, ишурии.

Из анамнеза известно, что 3 часа назад, будучи в состоянии алкогольного опьянения, получил удар в надлобковую область. Попытка осуществить самостоятельное мочеиспускание была безуспешной. Положение больного вынужденное. Сидит, согнувшись, держит руками за низ живота. Имеется симптом «ваньки-встаньки». При ректальном исследовании имеет место нависание передней стенки прямой кишки. В животе определяется свободная жидкость.

Вопросы:

-ваш предварительный диагноз

-диагностическая и лечебная тактика.

Ответ: боль над лоном, возникшая после травмы, вынужденное положение больного, наличие симптома «ваньки-встаньки», нависание передней стенки прямой кишки, свободная жидкость в брюшной полости, позволяют заподозрить внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря. Показана цистография, которая выявит затекание рентгеноконтрастного вещества за пределы мочевого пузыря, что является несомненным признаком его повреждения. Показана срочная операция: лапаротомия, ушивание разрыва мочевого пузыря, эпицистостомия.

Задача №9. У больного диагностирован внебрюшинный разрыв мочевого пузыря.

Вопросы:

-лечебная тактика

Ответ: внебрюшинный разрыв мочевого пузыря является показанием к операции цистостомии, ревизии мочевого пузыря, ушиванию разрыва, дренирование клетчатки таза по Буяльскому-Мак-Уортеру.

Задача №10. Больной 42 лет поступил в клинику по поводу уретроррагии. Из анамнеза известно, что час назад на стройке упал, ударился промежностью о доску.

Вопросы:

-ваш предварительный диагноз

Ответ: падение на промежность с последующей уретроррагией позволяет заподозрить разрыв луковичного отдела уретры. Необходимо произвести уретрографию

Задача №11. Больной 42 лет находится в травматологическом отделении, куда был госпитализирован 2 часа назад по поводу переломов костей таза. Выведен из состояния шока. Пальпируется увеличенный мочевого пузырь, самостоятельно не мочился, имеет место уретроррагия.

Вопросы:

-ваша диагностическая тактика.

Ответ: уретроррагия, отсутствие самостоятельного мочеиспускания позволяют заподозрить повреждение мочеиспускательного канала у больного переломом костей таза. Необходима уретрография.

Задача 12. Больной 65 лет жалуется на позывы к мочеиспусканию при ходьбе и тряской езде. Иногда происходит прерывание струи мочи при мочеиспускании.

Вопросы:

-ваш предположительный диагноз

-какие исследования предлагаете провести для уточнения диагноза

-какую терапию предлагаете

Ответ: можно предполагать камень мочевого пузыря. Для уточнения диагноза целесообразны УЗИ, цистоскопия и рентгенография таза. Они позволят выявить рентгеногемативный конкремент и установить наличие гиперплазии простаты или другое препятствие к оттоку мочи. При обнаружении камня мочевого пузыря показана цистолитотрипсия, при сочетании его с гиперплазией простаты или склерозом стенки мочевого пузыря – цистолитотомия с аденомэктомией или клиновидной резекцией шейки мочевого пузыря, так как эти заболевания, вызывая затруднение мочеиспускания, способствуют камнеобразованию.

Задача №13. У больной 37 лет внезапно возникла острая боль в правой поясничной области, иррадиирующая в бедро: поведение беспокойное, мочеиспускание учащенное. В анамнезе мочи свежие эритроциты.

Вопросы:

-ваш предположительный диагноз

-какие исследования предлагаете провести для уточнения диагноза

-какую терапию предлагаете.

Ответ: почечная колика справа. Для уточнения диагноза целесообразно ультразвуковое исследование и обзорный снимок мочевых путей. При УЗИ будет обнаружен камень в почке, дилатация чашечно-лоханочной системы при локализации его в лоханке, дилатация вышележащих мочевых путей при камне мочеточника: на обзорном снимке мочевой системы в проекции почки или мочеточника справа может быть обнаружен рентгенопозитивный конкремент. При подтверждении диагноза показана горячая ванна, внутривенное и внутримышечное введение 3 мл. диклофенака.

Задача №14. У больной 40 лет в течение 3 дней боль в пояснице слева, сопровождающаяся повышением температуры тела до 39-40 град. С ознобами, пиурией. Из анамнеза известно, что год назад обнаружен камень верхней трети левого мочеточника размером 3.0 на 1.0 см., предлагали оперативное лечение, от которого больная отказалась.

Вопросы:

-ваш предположительный диагноз

-какие исследования предлагаете провести для уточнения диагноза

-какую терапию предлагаете.

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

Задача №15. У больного 48 лет при экскреторной урографии установлен дефект наполнения в лоханке левой почки.

Вопросы:

-какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза.

Ответ: с целью дифференциальной диагностики рентгеногемативного конкремента, опухоли лоханки левой почки и сгустка крови в ней необходимо выполнить УЗИ левой почки.

Задача №16. У больного 28 лет на обзорном снимке мочевой системы в проекции средней трети правого мочеточника определяется тень, подозрительная на конкремент. Несколько дней назад он перенес приступ острой боли в пояснице справа.

Вопросы:

-ваш предположительный диагноз

-какие исследования необходимы, чтобы определить характер тени.

Ответ: МКБ, камень средней трети правого мочеточника, необходимо выполнить экскреторную урографию.

Задача №17. Больной 65 лет обратился с жалобами на сильные позывы к мочеиспусканию, невозможность самостоятельного

мочеиспускания, боль внизу живота. Указанные симптомы нарастают в течение 14 часов.

Вопросы:

- предположительный диагноз
- диагностические и лечебные рекомендации.

Ответ: –учитывая пожилой возраст пациента, можно думать об острой задержке мочи, обусловленной гиперплазией /аденомой/ предстательной железой. Целесообразно взять кровь для исследования простатического специфического антигена. Выполнить трансабдоминальное ультразвуковое исследование. После пальцевого исследования простаты показана катетеризация мочевого пузыря. При отсутствии почечной недостаточности необходима экскреторная урография с нисходящей цистографией. В дальнейшем – подготовка больного к аденомэктомии.

Задача №18. Больной 70 лет жалуется на слабость, головную боль, тошноту, рвоту, непроизвольное выделение мочи из уретры по каплям. Кожные покровы бледные, язык сухой, обложен коричневым налетом. Живот мягкий, почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Перкуторно мочевой пузырь определяется на 6 см над лоном. Предстательная железа, равномерно увеличена, плотно - эластичной консистенции, поверхность ее гладкая, междолевая бороздка сглажена. Мочевина сыворотки крови 18 мг./л.

Вопросы:

- предположительный диагноз
- лечебные рекомендации.

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

Задача 19. У больного 52 лет в правом подреберье пальпируется ballotирующее образование размером 10*8 см с плотной бугристой поверхностью. При перкуссии над образованием тимпанит. Данные экскреторной урографии не позволяют с уверенностью исключить заболевание правой почки.

Вопросы:

-какие методы обследования позволят подтвердить или исключить урологические заболевания.

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

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

Вопросы:

-какие методы обследования позволят подтвердить или исключить урологические заболевания.

Ответ: наличие бугристой опухоли, положительной симптом баллотирования и тимпанит над образованием указывают на локализацию процесса в забрюшинном пространстве. Тимпанит при перкуссии обусловлен наличием кишечных газов в восходящем отделе и печеночном углу толстой кишки. Если бы при перкуссии над образованием было притупление, следовало бы думать о локализации процесса в брюшной полости. Необходимо исключить опухоль почки. Для установки диагноза и определения тактики лечения показаны: ультразвуковое сканирование, компьютерная или МР-томография, спиральная компьютерная томография с 3Д-реконструкцией, сосудистое исследование почек, эходоплерография.

Задача 21. Больная 35 лет поступила в клинику с жалобами на боль в поясничной области, повышение температуры тела до 39 град. С, озноб. Больна 2-й день. Правильного телосложения. Температура град. Пульс 100 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. В легких везикулярное дыхание. Язык сухой, не обложен. Живот мягкий. Симптом Пастернацкого положителн слева. Дизурии нет. Микрогематурия, лейкоцитурия. При УЗИ отмечается дилатация чашечно-лоханочной системы слева. Подвижность левой почки ограничена. Ультразвуковая картина правой почки не изменена. На обзорном снимке мочевой системы, на уровне поперечного отростка 3 слева – тень, подозрительная на конкремент, размерами 9*4 мм. На экскреторных урограммах патологических образований в чашечно-лоханочной системе правой почки нет. Пассаж контрастного вещества по мочеточнику не нарушен. Слева умеренная пиелозктазия. Расширение мочеточника проксимальнее вышеописанной тени конкремента. При полипозиционной урографии тень конкремента совпадает с тенью мочеточника, выполненного контрастным веществом.

Вопросы:

-ваш диагноз?

-какие лечебные мероприятия показаны?

Ответ: камень левого мочеточника. Острый обструктивный левосторонний пиелонефрит. Катетеризация левого мочеточника. В случае непреодолимого препятствия /камень мочеточника/ показана операция пункционная нефростомия. После восстановления оттока мочи из левой почки назначение антибактериального противовоспалительного лечения.

Задача 22. Больная 40 лет поступила в клинику с жалобами на тупую боль в поясничной области справа, временами повышение температуры тела до 37.4, выделение мутной мочи, повышение артериального давления до 180/115 мм рт. ст. Неоднократно находилась на обследовании и лечении в урологических стационарах по поводу хронического пиелонефрита.

Правильного телосложения. Пульс 96 уд/мин ритмичный, напряженный АД 180/110 мм РТ ст. Тоны сердца глухие, акцент второго тона на аорте. Живот мягкий Симптом Пастернацкого положителен справа. Временами дизурия, лейкоцитурия. При УЗИ обращает на себя внимание уменьшение размеров правой почки /8.0*4.0 см/, контуры ее неровные. Левая почка размерами 11.0*5.0 см с ровным контуром. На обзорном снимке мочевой системы в проекции мочевых путей теней конкрементов не выявлено. Контуры почек определяются не четко. На экскреторных урограммах патологических изменений в чашечно-лоханочной системе и мочеточнике слева не выявлено. Справа почка 8*4 см бобовидной формы с неровным контуром. Чашечки деформированы местами, колбовидной формы. На аортограммах артериальные сосуды правой почки сужены, местами бессосудистые участки, положительный симптом обгорелого дерева.

Вопросы:

-ваш диагноз?

-какова лечебная тактика?

Ответ: хронический пиелонефрит, сморщенная правая почка, нефрогенная гипертензия. Жалобы, анамнез и данные обследования указывают на терминальную стадию хронического пиелонефрита справа, при которой показана нефрэктомия справа.

Задача 23. Больная 30 лет доставлена в стационар с диагнозом острый пиелонефрит. Болеет в течение 2-х дней. Отмечает боль в поясничной области справа, повышение температуры тела до 38.7 град., был озноб. К врачу не обращалась. При осмотре состояние средней тяжести, кожные покровы гиперемированы. Пульс 108 уд/мин. Язык сухой, обложен белесоватым налетом. Живот мягкий. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого положителен справа. Лейкоцитоз. Лейкоцитурия. На обзорном снимке мочевой системы теней конкрементов не выявлено. Контур поясничной мышцы справа и тень правой почки не определяется.

Вопросы:

-какие диагностические меры позволят подтвердить диагноз острого пиелонефрита?

Ответ: УЗИ почек – дилатация чашечно-лоханочной системы справа, ограничение подвижности правой почки.

Экскреторная урография – по отсутствию выделения контрастного вещества с больной стороны, наличию немой почки, наличию симптома Лихтенберга и неподвижности больной почки при дыхательных движениях /урография на вдохе и выдохе/. Компьютерная томография почек позволит выявить причину отсутствия функции почки.

Задача 24. Больной 30 лет поступил в клинику с жалобами на повышение артериального давления до 190/120 мм РТ ст., болен после ушиба поясничной области. В течение года безуспешно лечился в терапевтическом стационаре. Пульс 80 уд/мин ритмичный, напряженный. Тоны сердца глухие. Акцент второго тона на аорте. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. При аускультации проекции почечных сосудов на передней стенке живота – грубый систолический шум. Дизурии нет.

Вопросы:

-ваш предварительный диагноз?

-какие исследования нужно провести для уточнения диагноза?

Ответ: молодой возраст больного, высокие цифры артериального давления, небольшая разница между систолическим и диастолическим давлениями, заболевание, связанное с ушибом поясничной области /возможно, периренальная гематома с последующей организацией и склерозированием паранефральной клетчатки/, безуспешность гипотензивной терапии позволяют предположить нефрогенную артериальную гипертонию. Для уточнения диагноза необходимо исследовать артериальное давление в горизонтальном, вертикальном положениях тела больного, после физической нагрузки, а также провести рентгеновское обследование (урография, сосудистые исследования почек).

Задача 25. Больная 32 лет жалуется на боль в поясничной области, повышение артериального давления до 180/120 мм РТ ст. Больная 3 года. Пульс 80 уд/мин ритмичный, удовлетворительного наполнения. Живот мягкий, почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого слабopоложителен справа. В вертикальном положении тела пальпируется нижний сегмент правой почки. Дизурии нет. Временами макрогематурия.

Вопросы:

-ваш предварительный диагноз?

-план обследования.

Ответ: нефроптоз справа, нефрогенная гипертензия. Для уточнения диагноза показана экскреторная урография, аортография в горизонтальном и вертикальном положении тела больной.

Задача 26. Мужчина, 20-ти лет, доставлен в приемный покой с жалобами на сильные боли в половом члене и значительное увеличение полового члена в размерах. Из анамнеза установлено, что час назад в драке получил удар ногой в промежность, после чего возникли сильные боли в половом члене. При осмотре половой член синего цвета из-за массивной подкожной гематомы, пальпация полового члена резко болезненная в одной точке по левой боковой поверхности. Мочеиспускание свободное, примеси крови в моче нет.

Вопросы:

- Каков ваш диагноз? Лечебная тактика.

Ответ: анамнез и клинические проявления позволяют констатировать ушиб полового члена. Болезненность в одной точке требует исключения разрыва белочной оболочки. В условиях экстренного дежурства показано хирургическое вмешательство – ревизия белочной оболочки по левой боковой поверхности полового члена и при обнаружении разрыва – его ушивание.

Задача 27. Больной 51 года поступил в урологическую клинику с жалобами на тупую боль в поясничной области справа. Год назад была однократная тотальная гематурия с червеобразными сгустками. Никуда не обращался. Похудел на 6 кг. Объективно: Бледен. Питание понижено. При пальпации в правом подреберье пальпируется плотное, бугристое образование. Симптом баллотирования положительный. Данные экскреторной урографии не дают четкого представления о состоянии правой почки.

Вопросы:

- предварительный диагноз и его обоснование;
- план обследования и ожидаемые результаты;
- лечение.

Ответ: Диагноз - рак правой почки. В анамнезе тотальная гематурия с червеобразными сгустками. Тупая боль в поясничной области справа. Пальпируемое плотное, бугристое образование в правом подреберье. Синдром интоксикации и потеря веса на 6 кг. Обследование и результаты: ультразвуковое исследование почек: контуры почки деформированы, в почке определяется образование неоднородной плотности. Трансфеморальная аортография с селективной справа: симптом гиперваскуляризация (сосудистая фаза), на нефрограмме четко определяется контур почки и опухолевого узла. Лечение: основным методом лечения рака почки является хирургический – нефрэктомия. Лучевая терапия в III и IV стадии

Задача 28. Больной 60 лет жалуется на упорные боли в поясничном отделе позвоночника. Похудел на 10 кг. Слабость. В общем анализе крови

– анемия, эритроцитов – 3100000, СОЭ-50 мм/ч. Мочится нормально. Лечился по поводу пояснично-крестцового радикулита. Ухудшение. Рентгенологически-деструктивные изменения в первом поясничном позвонке. На экскреторной урограмме «немая» левая почка, правая – без патологий.

Вопросы:

- предварительный диагноз и обоснование;
- дополнительные исследования и ожидаемые результаты;
- клинический диагноз и принципы лечения.

Ответ: на основании наличия интоксикационного синдрома с потерей веса до 10 кг, «немой» левой почки по экскреторной урограмме и деструктивных изменений в Z1, можно поставить диагноз рак левой почки с метастазом в первый поясничный позвонок. В данном случае клиническим первым признаком рака левой почки являлся костный метастаз в Z1. Необходимые обследования: УЗИ, ТФА и Р-графия лёгких. По УЗИ большая часть левой почки занимает опухоль. По ТФА – тотальное поражение опухолью левой почки. Бессосудистые участки чередуются с гиперваскуляризацией. На нефрограмме контуры почки неровные. В легких множественные шаровидной формы плотные тени. Поскольку у больного T4NxMz, и Mprlm показана симптоматическая терапия.

Задача 29. Больной 25 лет, шофер по профессии поступил в почечный центр с жалобами на тошноту, рвоту, слабость, ухудшение зрения, резкое уменьшение количества мочи(отсутствие позыва к мочеиспусканию). Из анамнеза выяснено, что в состоянии алкогольного опьянения пил «какой-то спирт». Общее состояние тяжелое. Почки не пальпируются, но область их болезненна. Общий анализ крови: эритроциты-3500000, лейкоциты-12000, СОЭ-40 мм/ч. Мочевина сыворотки крови-30 ммоль/л, К-6,8 ммоль/л, Na-125 ммоль/л.

Вопросы:

- предварительный диагноз и обоснование;
- дополнительные исследования и результаты;
- лечебная тактика.

Ответ:

Диагноз: Острая почечная недостаточность, ренальная форма.

Обоснование: пил «какой-то спирт», интоксикационный синдром, олигоанурия, азотемия, гиперкалиемия. Вторая стадия клинического течения, олигоанурическая. Исследования: ЭКГ-гиперкалиемия, Р-графия ОГК – легочные поля чистые, без инфильтративных изменений. КЩС – рН 7.2, ВЕ – 15. Метаболический декомпрессионный ацидоз. Радиоизотопная ренография – афункциональный тип кривых. Показано лечение программным гемодиализом.

Задача 30. Больной 40 лет доставлен в приёмный покой машиной скорой помощи с жалобами на боли в правой половине живота. Заболел остро, внезапно появились боли в поясничной области справа, в правой

половине живота, частое мочеиспускание. Поведение больного беспокойное, мечется от боли, частые позывы на мочеиспускание. Состояние удовлетворительное. Пульс 74 уд\мин, АД 140\80 мм рт. ст., температура 36,6. Язык влажный, слегка обложен белым налётом. Живот умеренно вздут, участвует в акте дыхания. Симптомы раздражения брюшины отрицательный. Почки не пальпируются. Боли при пальпации и сотрясении правой половины поясницы.

Вопросы:

- предварительный диагноз. Основные критерии диагноза;
- дополнительные исследования и результаты;
- принципы лечения.

Ответ:

Диагноз: Камень н/3 мочеточника, почечная колика. Критерии диагноза: беспокойное поведение больного, дизурия, боли при пальпации в поясничной области. В анализе мочи микрогематурия, оксалурия. На обзорной урограмме тень подозрительная на конкремент в полости малого таза размерами 0,4 – 0,3 см. На экскреторной урограммах через 10' 20' функция справа отсутствует («немая почка»), слева норма. Лечение: Купирование почечной колики: НПВС, введение спазмолитиков. При отсутствии эффекта от консервативного лечения катетеризация/стентирование мочеточника, при невозможности ЧПНС, контактная уретеролитотомия, уретеролитоэкстракция.

7. СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ИТОГОВОЙ (ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ) АТТЕСТАЦИИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.68 Урология.

7.1. Основная литература

1. Урология : нац. руководство / Ассоц. мед. о-в по качеству ; И. И. Абдуллин и др. ; под ред. Н. А. Лопаткина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009.
2. Урология [Электронный ресурс] : нац. рук. / под ред. Н. А. Лопаткина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - URL : <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>.
3. Онкоурология [Электронный ресурс] : нац. рук. / [Б. Я. Алексеев и др.] ; под ред. В. И. Чиссова и [др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 688 с. : ил. - URL : <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>.
4. Разин М. П. Детская урология - андрология [Электронный ресурс] : [учеб. пособие] / М. П. Разин, В. Н. Галкин, Н. К. Сухих. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 128 с. - URL : <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>.

5. Атлас по детской урологии [Электронный ресурс] / Т. Н. Куликова, П. В. Глыбочко, Д. А. Морозов [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 160 с. : ил. - URL : <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>.
6. Клиническая хирургия [Электронный ресурс] : нац. рук. : в 3 т. Т. 1 / [А. А. Адамян и др.] ; под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 858 с. - URL : <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>.
7. Клиническая хирургия [Электронный ресурс] : нац. рук. : в 3 т. Т. 2 / [А. М. Шулутко и др.] ; под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 825 с. - URL : <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>.
8. Клиническая хирургия [Электронный ресурс] : нац. рук. : в 3 т. Т. 3 / [Е. В. Кижаяев и др.] ; под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 1002 с. - URL : <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>.
9. Эндоскопия [Текст] : базов. курс лекций : [учеб. пособие для системы послевуз. проф. образования врачей] / В. В. Хрячков, Ю. Н. Федосов, А. И. Давыдов и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009.
10. Полунина, Н. В. Общественное здоровье и здравоохранение : учеб. для мед. вузов / Н. В. Полунина. - М. : Мед. информ. агентство, 2010.
Лисицын, Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение : учеб. для студентов мед. вузов / Ю. П. Лисицын. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2007.

7.2 Дополнительная литература

1. Урология [Электронный ресурс] : [учеб. для высш. проф. образования] / [Н. А. Лопаткин, А. А. Камалов, О. И. Аполихин и др.] ; под ред. Н. А. Лопаткина. - 7-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 860 с. : ил. - URL : <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>.
2. Урология : учеб. для студентов мед. вузов / Н. А. Лопаткин, А. Г. Пугачев, О. И. Аполихин и др. ; под ред. Н. А. Лопаткина. - 6-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007.
3. Урология : [учебник для высшего профессионального образования] / [Д. Ю. Пушкарь, А. В. Зайцев, А. С. Сегал и др.] ; под ред. Д. Ю. Пушкаря. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 380 с.
4. Урология [Текст] : [учебник для высшего профессионального образования] / [Х. М. Али, Ю. Г. Аляев, Г. Н. Акопян и др.] ; под ред. П. В. Глыбочко, Ю. Г. Аляева. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 618 с.
5. Урология, 2007 : клинич. рекомендации / Рос. о-во урологов ; гл. ред. Н. А. Лопаткин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007.
6. Урология : учеб. пособие / Е. Б. Мазо и др. ; под ред. Е. Б. Мазо ; Рос. гос. мед. ун-т. - М. : РГМУ, 2007.

7. Форбс Ч. Клиническая медицина [Электронный ресурс] : цв. атлас и учеб. / Ч. Д. Форбс, У. Ф. Джексон. - Москва, Логосфера, 2009. - 528 с. : ил. - URL : <http://books-up.ru>.
8. Ма, О. Дж. Ультразвуковое исследование в неотложной медицине [Электронный ресурс] / О. Дж. Ма, Дж. Р. Матизер, М. Блэйвес. - 2-е изд. (эл.). - Москва : БИНОМ. Лаб. знаний, 2013. - 560 с. - (Неотложная медицина). - URL : <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>.
9. Лоран, О. Б. Воспалительные заболевания органов мочевой системы [Текст] : актуальные вопросы : учебное пособие для врачей. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : МИА, 2011. - 91 с.
10. Диагностика и лечение инфекций мочевых путей в работе участкового врача и врача общей практики : учебно-методическое пособие / Российский государственный медицинский университет, Кафедра терапии и семейной медицины ФУВ ; сост. Г. Е. Ройтберг и др. - Москва : ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, 2009.
11. Белый, Л. Е. Неотложная урология [Текст] : руководство для врачей. - Москва : МИА, 2011. - 468 с.
12. Плановая хирургия, урология : учеб.-метод. пособие / Рос. гос. мед. ун-т, Каф. дет. хирургии ; [Л. Б. Меновщикова, С. Л. Коварский, С. Г. Врублевский и др. ; под ред. А. В. Гераськина, Т. Н. Кобзевой]. - М. : РГМУ, 2010.
13. Лазерная терапия в урологии / М. Л. Муфагед, Л. П. Иванченко, С. В. Москвин и др. - Москва ; Тверь : Триада, 2007.
14. Иванченко, Л. П. Лазерная терапия в урологии / Л. П. Иванченко, А. С. Коздоба, С. В. Москвин. - Москва : Триада, 2009.
15. Детская хирургия. Диагностика и интенсивная терапия неотложных состояний детского возраста : [учеб.-метод. пособие для лечеб. фак.] / Российский гос. мед. ун-т, Каф. дет. хирургии ; [С. Л. Коварский, Л. Б. Меновщикова, С. Г. Врублевский и др. ; под ред. А. В. Гераськина, Т. Н. Кобзевой]. - Москва : РГМУ, 2010.
16. Гиперактивный мочевой пузырь у детей : учебно-методическое пособие / Российский государственный медицинский университет, Кафедра детской хирургии ; под ред. А. В. Гераськина. - Москва : ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, 2009.
17. 80 лекций по хирургии [Текст] / [Абакумов М. М., Адамян А. А., Акчурин Р. С. и др.] ; под общей ред. С. В. Савельева ; ред.-сост. А. И. Кириенко. - М. : Литтерра, 2008.
18. 80 лекций по хирургии [Электронный ресурс] / [М. М. Абакумов, А. А. Адамян, Р. С. Акчурин и др.] ; под ред. С. В. Савельева ; ред.-сост. А. И. Кириенко. - Москва : Литтерра, 2008. - 910 с. - URL : <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>.
19. Полунин, В. С. Профилактические рекомендации по здоровому образу жизни на 2014 год [Текст] / В. С. Полунин ; Каф. обществ. здоровья, здравоохранения и экономики здравоохранения РНИМУ им. Н. И.

Пирогова. - [19-е изд.]. - Москва : РНИМУ им. Н.И. Пирогова, 2013. - 139 с. : ил., портр. - Изд. подгот. в связи с 90-летием кафедры. - На обл. и тит. л. : Здоровая Россия, 1924-2014.

20. Экономика здравоохранения [Электронный ресурс] : [учебник] / под ред. А. В. Решетникова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 191 с. - URL : <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>.

21. Щепин, О. П. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст] : [учеб. для системы послевуз. проф. образования врачей]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011.

22. Управление и экономика здравоохранения [Текст] : учеб. пособие для вузов / [А. И. Вялков, В. З. Кучеренко, Б. А. Райзберг и др.] ; под ред. А. И. Вялкова. - 3-е изд., доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 658 с.

23. Применение методов статистического анализа для изучения общественного здоровья и здравоохранения : учеб. пособие для мед. вузов / В. З. Кучеренко и др. ; под ред. В. З. Кучеренко. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 245 с.

24. Здоровье населения - основа развития здравоохранения / О. П. Щепин, Р. В. Коротких, В. О. Щепин, В. А. Медик ; под ред. О. П. Щепина. - М. : Нац. НИИ обществ. здоровья РАМН, 2009. - 375 с.

25. Стародубов, В. И. Тенденции в состоянии здоровья населения и перспективы развития здравоохранения в России [Текст] : акт. речь в ГБОУ РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздравсоцразвития России / В. И. Стародубов ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова. - М. : Менеджер здравоохранения, 2012. - 35 с.

26. Фролова, Ю. Г. Психология здоровья [Электронный ресурс] / Ю. Г. Фролова. - Минск : Вышэйш. шк., 2014. - 255 с. - URL : <http://ibooks.ru>.

7.3 Периодические издания (специальные, ведомственные журналы):

1. «Урология»
2. «Клиническая и экспериментальная урология»
3. «Онкоурология»

7.4 Программное обеспечение и Интернет-ресурсы:

Электронные ресурсы: базы данных, информационно-справочные и поисковые системы - Интернет ресурсы, отвечающие тематике дисциплины, в том числе:

1. Электронно-библиотечная система "Консультант студента"—
<http://www.studmedlib.ru/>

2. Электронно-библиотечная система "Консультант врача" -
<http://www.rosmedlib.ru/>

3. База данных "MedlineWithFulltext" на платформе

EBSCOHOST <http://www.search.ebscohost.com/>

4. Электронно-библиотечная система «Book-up» - <http://www.books-up.ru/>

5. Электронно-библиотечная система издательства «Лань» - <http://www.e.lanbook.com/>

6. Электронно-библиотечная система «Айбукс» - <http://www.ibooks.ru/>

7. Справочно-библиографическая база данных «Аналитическая роспись российских медицинских журналов «MedArt» <http://www.medart.komlog.ru/>

8. Интернет-сайты, рекомендованные для непрерывного медицинского образования: • Портал непрерывного и медицинского образования врачей <https://edu.rosminzdrav.ru/> • Координационный совет по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования <http://www.sovetnmo.ru/>

10. Общероссийская общественная организация «Ассоциация врачей общей практики (семейных врачей) Российской Федерации» – <http://gpfm.ru/>

11. Всероссийская Образовательная Интернет-Программа для Врачей – <http://internist.ru/>

12. Международный медицинский портал для врачей <http://www.univadis.ru/>

13. Медицинский видеопортал <http://www.med-edu.ru/> 20. Медицинский информационно-образовательный портал для врачей <https://mirvracha.ru/>

Приложение 1

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ПРОТОКОЛ № _____
заседание государственной экзаменационной подкомиссии по приему
государственного экзамена по специальности подготовки (I этап ГИА)

—
(наименование специальности)

« _____ » _____ 20 _____ г.

Присутствовали:

Председатель ГЭК: _____ /ФИО/

Члены государственной
экзаменационной комиссии: _____ /ФИО/

Секретарь подкомиссии: _____ /ФИО/

Количество заданных вопросов при проведении аттестационного
тестирования – 100

Количество правильных ответов при проведении аттестационного
тестирования - _____

Оценка _____

Постановили:

Признать, что ординатор _____
сдал государственный экзамен с оценкой: _____

Председатель ГЭК _____ / _____ /

Секретарь ГЭК _____ / _____ /

Приложение 2

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ПРОТОКОЛ № _____
заседание государственной экзаменационной подкомиссии по приему
государственного экзамена по специальности подготовки
(II этап ГИА - практические навыки)

(наименование специальности)

« _____ » _____ 20 ____ г.

Присутствовали:

Председатель ГЭК: _____ /ФИО/.

Члены государственной
экзаменационной комиссии:/ФИО/

Секретарь подкомиссии:/ФИО/

Экзаменационный билет № _____

Вопросы:

1. _____

2. _____

3. _____

Постановили:

Признать, что ординатор _____

сдал государственный экзамен с оценкой: _____

Председатель ГЭК _____ / _____ /

Секретарь ГЭК _____ / _____ /

Приложение 3

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ПРОТОКОЛ № _____
заседание государственной экзаменационной подкомиссии по приему
государственного экзамена по специальности подготовки
(III этап ГИА – устное собеседование)

(наименование специальности)

« _____ » _____ 20 ____ г.

Присутствовали:

Председатель ГЭК: _____ /ФИО/

Члены государственной
экзаменационной комиссии: _____ /ФИО/

Секретарь подкомиссии: _____ /ФИО/

Экзаменационный билет № _____

Вопросы:

1. _____

2. _____

3. _____

Постановили:

Признать, что ординатор _____

сдал государственный экзамен с оценкой: _____

Председатель ГЭК _____ / _____ /

Секретарь ГЭК _____ / _____ /

Согласовано:

Председатель УМК _____

Утверждаю:

директор Института ИМФО

Н.И. Свиридова

Протокол № ____ от _____ 20 ____ г.

« ____ » _____ 20 ____ г.

ПРОТОКОЛ

дополнений и изменений к рабочей программе

по дисциплине « _____ »

на 20 ____ - 20 ____ учебный год

№	Предложение о дополнении или изменении к рабочей программе	Содержание дополнения или изменения к рабочей программе	Решение по изменению или дополнению к рабочей программе
1	Внести дополнения и изменения в перечень информационных источников (интернет-ресурсов) и профессиональных баз данных	В перечень информационных источников (интернет-ресурсов) и профессиональных баз данных добавить ссылки: См. приложение 1	Принять новую редакцию информационных источников (интернет-ресурсов) и профессиональных баз данных

Протокол утвержден на заседании кафедры

« ____ » _____ 20 ____ года

Приложение 1.

Внести изменения в следующий раздел:

Дополнительная литература:

Варикоцеле / А. А. Кузнецов, Е. А. Морозов, А. Б. Доронин [и др.]. – Волгоград : Волгоградский государственный медицинский университет, 2023. – 68 с. – ISBN 978-5-9652-0834-0. – EDN XNZGUJ.

Мочекаменная болезнь / А. Б. Доронин, С. В. Щелков, А. А. Кузнецов [и др.]. – Волгоград : Волгоградский государственный медицинский университет, 2023. – 72 с. – ISBN 978-5-9652-0835-7. – EDN ZPZNNK.

Стриктурная болезнь уретры / С. И. Панин, А. А. Кузнецов, Е. А. Морозов [и др.]. – Волгоград : Волгоградский государственный медицинский университет, 2022. – 44 с. – ISBN 978-5-9652-0715-2. – EDN HDUDIL.

Гиперактивный мочевой пузырь : учебное пособие / А. Б. Доронин, С. В. Поройский, С. В. Щелков [и др.]. – Волгоград : Волгоградский государственный медицинский университет, 2021. – 56 с. – EDN WSLEFD.

Программное обеспечение и Интернет-ресурсы:

Электронные ресурсы: базы данных, информационно-справочные и поисковые системы - Интернет ресурсы, отвечающие тематике дисциплины, в том числе:

Ссылка на информационный ресурс	Доступность
https://uroweb.ru	Свободный доступ
https://ooorou.ru	Свободный доступ

Ссылка на информационный ресурс	Доступность
https://roou.ru	Свободный доступ