

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

## **ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**Программа кандидатского экзамена  
«Специальная дисциплина в соответствии с темой диссертации на соискание ученой  
степени кандидата наук»**

**по научной специальности  
3.1.13 Урология и андрология**

Оренбург, 2022

## **1. Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме кандидатского экзамена «Специальная дисциплина в соответствии с темой диссертации на соискание ученой степени кандидата наук» по научной специальности 3.1.13 Урология и андрология

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме кандидатского экзамена, определенной в учебной плане и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков, установленной в рабочей программе дисциплины.

## **2. Вопросы для подготовки и сдаче кандидатского экзамена «Специальная дисциплина в соответствии с темой диссертации на соискание ученой степени кандидата наук» по научной специальности**

### **3.1.13 Урология и андрология**

1. Почечная колика. Основные причины почечной колики. Патогенез. Клиника. Дифференциальный диагноз. Неотложная помощь, (общедоступная, специализированная).
2. Острый обтурационный пиелонефрит. Понятие. Причины. Диагностика. Лечебная тактика.
3. Мочекаменная болезнь. Этиология и патогенез заболевания. Роль тубулопатий в литогенезе. Роль анатомического фактора (врожденного и приобретенного генеза) в камнеобразовании, нарушений гемодинамики почки, уродинамики.
4. Мочекаменная болезнь. Виды камней по химическому составу, по отношению к рентгеновским лучам. Взаимосвязь этих свойств. Функционально-морфологические последствия наличия камня в почке и мочевых путях.
5. Аномалии структуры яичек. Монорхизм. Крипторхизм. Клиника. Диагностика. Лечение.
6. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Этиология. Патогенез. Патологическая анатомия. Механизм гормональной регуляции предстательной железы.
7. Консервативное лечение камней почек и мочеточников. Показания к операции.
8. Пиелонефрит беременных и в послеродовом периоде. Причины. Особенности течения и диагностики пиелонефрита беременных, лечение, профилактика.
9. Аномалии структуры почек. Поликистоз почек. Причины. Диагностика. Лечение. Кисты почек. Этиология. Патогенез. Виды.
10. Эндотоксический шок. Клиника, диагностика. Принципы лечения.
11. Открытые оперативные вмешательства при камнях почек, мочеточника, мочевого пузыря. Дистанционная нефро-, уретеро- и цистолитотрипсия. Показания, суть методов.
12. Понятие об экскреторной, ретроградной, антеградной урографии, их диагностическое значение, техника выполнения, показания и противопоказания к методике.
13. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Лечебная тактика по стадиям.
14. Уратный нефролитиаз. Диагностика рентгенонегативных камней. Лечение уратного литиаза. Нормализация нарушений пуринового обмена. Литолиз.
15. Травма органов мошонки, лечебная тактика.
16. Повреждения мочевого пузыря, классификация, клиника, лечебная тактика при внутри- и внебрюшинных разрывах.
17. Рак мочевого пузыря. Этиология, патогенез, метастазирование. Классификация. Симптоматика. Клиника. Диагностика. Лечение.
18. Эпидидимит, орхит. Понятие. Причины. Клиника. Диагностика. Лечение. Осложнения.
19. Аномалии количества почек. Классификация. Особенности диагностики. Полное и неполное удвоение почек. Третья добавочная почка.
20. Аномалии развития органов мочеполовой системы. Особенности эмбриогенеза. Причины.

21. Гидроцеле (водянка оболочек яичка), определение, классификация, этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, виды лечения, профилактика.
22. Виды опухолей почки (доброкачественные, злокачественные). Почечно-клеточный рак. Клинико-морфологические варианты почечно-клеточного рака. Стадии опухолевого процесса по международной классификации.
23. Патанатомия острого и хронического пиелонефрита. Показания к оперативному лечению острого пиелонефрита.
24. Причины острой задержки мочеиспускания. Неотложная помощь.
25. Факторы риска для развития рака мочевого пузыря.
26. Бактериотоксический шок: причины, клиника, особенности клиники и лечения.
27. Анурия, олигоурия, полиурия, понятия, виды, причины, диагностика. Отличие полиурии от поллакиурии.
28. Баланит и баланопостит. Понятие. Причины. Клиника. Лечение. Осложнения.
29. Клиника, диагностика, лечение обструктивного пиелонефрита.
30. Механизмы закрытой травмы почки. Классификация повреждений почки. Клиническая картина закрытой травмы почки.
31. Острая и хроническая задержка мочеиспускания, причины у детей и взрослых. Роль катетеризации мочевого пузыря в дифференциальные диагностики ишурии. Неотложная помощь.
32. Острый пиелонефрит, понятие, классификация. Пути проникновения инфекции в почку. Виды возбудителей. Роль рефлюксов (пузырно-мочеточниковых, лоханочно - почечных) в патогенезе пиелонефрита.
33. Рак простаты. Этиология. Патогенез. Патанатомия. Метастазирование. Стадии рака.
34. Уретроррагия. Причины, диагностика, лечебная тактика. Отличие от гематурии.
35. Клиника острого пиелонефрита (первичного и вторичного). Общие и местные симптомы заболевания. Диагностика острого пиелонефрита.
36. Камни почек, клиника. Диагностика. Профилактика рецидива камнеобразования.
37. Инструментальные методы обследования в урологии. Цистоскопия. Хромоцистоскопия. Уретроцистоскопия. Уретеропиелоскопия. Методика их проведения и диагностическое значение.
38. Камни мочеточника. Клиника, диагностика, лечебная тактика.
39. Опухоль почки. Ренальная и экстраренальная симптоматология.
40. Варикоцеле, определение, классификация, этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, виды лечения.
41. Основы консервативного лечения хронического пиелонефрита. Прогноз.
42. Рак мочевого пузыря. Лечебная тактика. Прогноз.
43. Камни мочевого пузыря, уретры, клиника, диагностика, лечебная тактика.
44. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Диагностика. Осложнения.
45. Рак мочевого пузыря. Диагностика.
46. Рак предстательной железы. Клиника. Диагностика. лечебная тактика.
47. Туберкулез мочеполовых органов. Симптоматология ТБК почек. Лечебная тактика.
48. Острый цистит. Клиника, Лечение.
49. Основы консервативного лечения острого пиелонефрита. Показания к оперативному лечению при остром пиелонефрите.
50. Виды дистопии почки. Клиническая картина. Особенности кровоснабжения. Дифференциальная диагностика дистопии почки и нефроптоза.
51. Гематурия, причины, виды. Тактика врача при профузной гематурии. Значение и методика проведения двух - и трех - стаканной пробы. Отличие гематурии от уретроррагии.
52. Гестационный пиелонефрит. Понятие, причины, диагностика, клиника. Тактика лечения.
53. Местные и общие симптомы при различных видах повреждений почки. Диагностика. Лечебная тактика.
54. Тактика при варикоцеле справа. Причины.
55. Роль профилактических осмотров населения в раннем выявлении рака простаты. Алгоритм диагностики рака простаты.
56. Варикоцеле справа. Причины, диагностическая тактика.
57. ОЗОМ (острые заболевания органов мошонки). Клиника. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения.

58. Острый и хронический цистит. Этиология. Патогенез. Классификация.
59. Гематурия. Виды, причины, диагностика, лечебная тактика. Профузная гематурия, неотложная помощь.
60. Травма уретры. Механизм повреждения уретры. Клиническая картина повреждений уретры. Тактика ведения больных с разрывом уретры.
61. Туберкулез почки и мочевых путей. Этиология и патогенез. Патанатомия. Классификация. Симптоматика и клиническое течение. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение: консервативное, оперативное.
62. Острый простатит, причины, формы, диагностика, клиника, лечебная тактика.
63. Паранефрит. Понятие. Виды. Причины. Клиника, лечебная тактика.
64. Опухоли яичка. Лечебная тактика.
65. Понятие о доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Клиника.
66. Опухоли яичка. Виды. Клиника, диагностика. Значение крипторхизма в раннем выявлении рака яичка.
67. Фимоз и парафимоз. Понятие. Лечение. Профилактика парафимоза.
68. Осложнения острого пиелонефрита, причины. Симптоматология. Клиническое течение. Диагностика. Лечение.
69. Рак полового члена. Клиника. Дифференциальный диагноз. Лечебная тактика. Предраковые заболевания. Профилактика.
70. Тактика ведения больного при гематурии.
71. Острый уретрит, классификация, диагностика, клиника, лечебная тактика.
72. Стадии доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) и их симптоматика. Шкала IPSS. Диагностика. Роль PSA (общий, свободный, соотношение, плотность) в дифференциальной диагностике гиперплазии и рака простаты. Особенности результатов ректального исследования. Значение трансректального ультразвукового исследования в диагностике ДГПЖ.
73. Расстройства мочеиспускания, понятие, связь с заболеваниями половых органов у женщин и мужчин. Виды. Дифференциальная диагностика.
74. Ренальные и экстраренальные проявления рака почки. Патогенез метастазирования. Роль и последовательность диагностических этапов. Лечебная тактика.
75. Лечебная тактика при остром обструктивном пиелонефрите.
76. Ретроградная и антеградная уретеропиелография. Понятие. Показание. Методика выполнения.
77. Опухоль яичка. Этиология и предрасполагающие факторы, роль крипторхизма в развитии рака яичка.
78. Опухоль яичка. Клинические проявления. Современные методы диагностики опухолей яичка и их метастазов – лабораторные, инструментальные.
79. Цитологические исследования мочи, секрета простаты, гидроцельной жидкости, экссудатов. Интраоперационная экспресс-биопсия. Особенности планового гистологического исследования и оценки его результатов.
80. Классификация, клиника, диагностика и лечение острого и хронического баланита, баланопостита. Острый кавернит. Диагностика, принципы лечения.
81. Эндоскопическая диагностика в урологии.
82. Лабораторные исследования, необходимые для контроля эффективности терапии цистита. Роль цистита в происхождении пузырно-мочеточникового рефлюкса.
83. Классификации острого и хронического уретритов. Клиника острого и хронического уретритов. Принципы и методы диагностики острого и хронического уретритов у мужчин.
84. Острый и хронический цистит. Классификация, диагностика, лечение.
85. Варикоцеле. Патогенез. Особенности диагностики: мануальное исследование, проба Вальсальвы ультразвуковые и рентгенологические методы диагностики.
86. Опухоли полового члена. Клиника. Диагностика. Особенности лечения – хирургическое, лучевая и химиотерапия. Прогноз и профилактика.
87. Механический и динамический компоненты инфравезикальной обструкции при гиперплазии простаты. Клиническая картина, диагностика.
88. Клиническое течение рака предстательной железы, стадии ракового процесса, классификация TNM.
89. Гормональная теория (историческая роль Ф.И. Сеницына) развития ДГПЖ.

90. Опасности и осложнения трансуретральных манипуляций
91. Пальпация органов мошонки
92. Пальцевое ректальное исследование
93. Гидроцеле, фуникулоцеле. Клиника, лечение
94. Пальпация полового члена
95. Ведение урологического амбулаторного приема, диспансеризация, заполнение листков нетрудоспособности
96. Клинические проявления хронического простатита. Лечебная тактика
97. Забор мочи на анализ у мужчин
98. Понятие о почечной ангиографии
99. Анатомическое строение предстательной железы и задней уретры
100. Функции предстательной железы
101. Анатомическое строение мужской уретры
102. Анатомия органов мошонки
103. Функции яичек
104. Понятие о половой конституции мужчины. Виды конституций и параметры их определения
105. Перечень методов андрологического обследования мужчины
106. Гормональное обследование мужчины. Значение тестостерона в физиологии мужчины
107. Понятие о мужском возрастном андрогенном дефиците (ВАД). Клинические и лабораторные критерии констатации ВАД
108. Методы лечения ВАД
109. Болезнь Пейрони. Диагностика, клиника
110. Болезнь Пейрони, консервативное лечение
111. Болезнь Пейрони. Методы оперативного лечения
112. Приапизм. Виды. Методы диагностики
113. Способы лечения ишемического и неишемического приапизма
114. Мужское бесплодие. Виды. Этиология
115. Диагностика мужского бесплодия
116. Способы лечения мужского бесплодия
117. Эректильная дисфункция (ЭД). Понятие. Классификация
118. Методы диагностики ЭД
119. Консервативные методы лечения ЭД
120. Оперативные методы лечения ЭД
121. Эпидидимит острый и хронический. Этиология. Значение инфекций, передаваемых половым путем (ИППП)
122. Значение хронических воспалительных заболеваний мужских половых органов в возникновении эпидидимита
123. Дифференциальная диагностика острого и хронического эпидидимита
124. Методы лечения острого и хронического эпидидимита
125. Крипторхизм. Монорхизм. Анорхизм. Понятие. Методы диагностики
126. Лечение крипторхизма (консервативное и оперативное). Лечение анорхизма
127. УЗИ – признаки острого и хронического простатита, острого и хронического эпидидимита, других заболеваний органов мошонки
128. Техника передней и задней уретроскопии. Инструментарий
129. Техника взятия на анализ секрета простаты, пробы Meares –Stamey
130. Техника взятия мазка из уретры, методы провокации перед исследованием на ИППП. Методы микробиологического исследования, их оценка.
131. Сексологический анамнез. Основные данные, выясняемые при опросе больного
132. Алгоритм оказания медицинской помощи при веноокклюзивном приапизме. Виды оперативных пособий. Прогноз.
133. Возрастной андрогенный дефицит. Терминология. Распространённость. Этиология. Андрогены и их роль в организме мужчины.
134. Значение определения общего тестостерона в сыворотке крови, глобулина, связывающего половые стероиды, свободного тестостерона. Номограмма для вычисления свободного тестостерона.
135. Приапизм: виды приапизма. Основные этиологические факторы. Алгоритм диагностики

- и дифференциальной диагностики видов приапизма.
136. Методы лечения эректильной дисфункции (ЭД): консервативные, инструментальные, оперативные. Перспективы консервативной терапии ЭД. Вакуум-констрикторная терапия. Фаллопротезирование: показания, противопоказания, осложнения.
  137. Диагностика эректильной дисфункции (ЭД). Обязательные методы. Рекомендуемые исследования. Специальные тесты. Опросники для больных ЭД. Мониторинг ночных эрекции. Пероральный фармакологический тест.
  138. Эректильная дисфункция (ЭД). Этиология. Классификация. Актуальность ранней диагностики ЭД.
  139. Правила получения на анализ секрета предстательной железы, эякулята. Оценка результатов этих анализов.
  140. Выделения из уретры, уретроррагия, простаторея, сперматорея. Лабораторные признаки воспалительных, новообразовательных процессов.
  141. Влияние эректильной дисфункции на качество жизни мужчины и женщины. Основные факторы риска. Механизмы эрекции на органном и молекулярном уровнях. Основные компоненты эрекции.
  142. Принципы лечение бесплодия. Лечение секреторного бесплодия. Лечение экскреторного бесплодия.
  143. Классификации простатитов. Связь с заболеваниями, передающимися половым путем. Наиболее распространенная классификация в настоящее время.
  144. Хронический простатит. Классификация, диагностика, основы консервативной терапии.
  145. Нарушения обмена тестостерона и дигидротестостерона, роль факторов роста, изоферментов (кислой и щелочной 5-альфаредуктазы) в патогенезе гиперплазии простаты.
  146. Классификация бесплодия. Диагностика бесплодия. Исследование эякулята. Биологические пробы. Биопсия яичек.
  147. Иммунное бесплодие. Сочетанное бесплодие. Относительное бесплодие. Понятие. Патогенез
  148. Формы тестостерона. Основные действия тестостерона и его метаболитов.
  149. Аномалии полового члена. Понятие. Виды. Причины.
  150. Возрастной андрогенный дефицит. Патогенез. Классификация. Клинические проявления. Методы диагностики.
  151. Анатомические и структурные аномалии наружных половых органов. Причины.
  152. Антибактериальная терапия в урологии. Различные группы антибактериальных препаратов. Их краткая характеристика и возможности использования при урологических воспалительных заболеваниях.
  153. Последствие несвоевременной оперативной коррекции аномалий органов мочеполовой системы, взаимодействие с детскими урологами
  154. Принципы лечения острого и хронического уретритов у мужчин.
  155. Секреторное бесплодие. Экскреторное бесплодие. Понятие. Патогенез
  156. Профилактика и лечение воспалительных заболеваний мочеполовой системы после трансуретральных операций
  157. Подготовка пациентов к чрескожным эндоскопическим операциям
  158. Подготовка пациентов к трансуретральным эндоскопическим операциям. Техника выполнения. Послеоперационное ведение
  159. Дистанционная литотрипсия. Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение
  160. Подготовка пациентов к трансуретральной резекции опухоли мочевого пузыря. Техника выполнения. Послеоперационное ведение
  161. Подготовка пациентов к трансуретральной цистолитотрипсии. Техника выполнения. Послеоперационное ведение
  162. Подготовка пациентов к эндоскопической операции при уретероцеле. Техника выполнения. Послеоперационное ведение
  163. Подготовка больного к трансуретральной резекции простаты, техника выполнения, возможные осложнения, их профилактика и лечение
  164. Особенности выполнения трансуретральной резекции простаты при раке простаты, особенности пред- и послеоперационного ведения больных
  165. Подготовка пациентов к эндоскопической операции при стенозе внутреннего

- отьерстия уретры. Техника выполнения. Послеоперационное ведение
166. Подготовка пациентов к эндоскопической операции при стриктуре уретры. Техника выполнения. Послеоперационное ведение
  167. Ранние и поздние послеоперационные осложнения трансуретральных резекций
  168. Удаление стента: подготовка больного, анестезия, особенности удаления стентов у мужчин и женщин, осложнения, их профилактика и лечение
  169. Замена стента. Подготовка больного, техника выполнения, возможные осложнения, их профилактика и лечение
  170. Чрескожная пункционная нефростомия. Подготовка больного, техника выполнения, возможные осложнения, их профилактика и лечение
  171. Замена пункционной нефростомы. Подготовка больного, техника выполнения, возможные осложнения, их профилактика и лечение
  172. Профилактика и лечение наиболее часто встречающихся воспалительных осложнений эндоскопических вмешательств
  173. Подготовка пациентов к пункции кисты почки. Техника выполнения. Послеоперационное ведение

### **Практические задания для проверки сформированных умений и навыков**

1. Опасности и осложнения трансуретральных манипуляций
2. Тактика при варикоцеле справа
3. Диагностическое значение обзорной урографии
4. Опухоль почки. Ренальная и экстраренальная симптоматика
5. Диагностика камней почек и мочеточников
6. Пальпация органов мошонки
7. Понятие об экскреторной урографии, ее диагностическое значение
8. Неотложная помощь при почечной колике
9. Камни мочевого пузыря, клиника, лечебная тактика
10. Пальпация предстательной железы
11. Бактериология мочи
12. Мочекаменная болезнь. Виды, состав камней, количество, локализация
13. Варикоцеле, понятие, осложнения
14. Катетеризация мочевого пузыря резиновым катетером у женщин
15. Тактика ведения больного при гематурии
16. Тактика при остром обструктивном пиелонефрите
17. Опухоль яичка. Клиника, диагностика. Значение крипторхизма
18. Диагностическое и лечебное значение катетеризации мочевого пузыря
19. Консервативное лечение камней почек и мочеточников
20. Туберкулез мочеполовых органов. Симптоматология туберкулеза почек. Лечебная тактика
21. Пальпация почек
22. Уретроррагия. Отличие от гематурии. Причины
23. Показания к оперативному лечению острого пиелонефрита
24. Опухоль яичка. Лечебная тактика
25. Пальпация и перкуссия мочевого пузыря
26. Симптомы мочекаменной болезни. Лечение камней. Показания к операции
27. Техника уретероскопии
28. Почечная колика. Причины, лечебная тактика
29. Острый пиелонефрит в хирургической практике
30. Выполнение экскреторной урографии, показания и противопоказания
31. Техника аденомэктомии
32. Причины острой задержки мочеиспускания. Неотложная помощь
33. Острый простатит. Клиника, лечебная тактика
34. Понятие об аденоме предстательной железы. Клиника

35. Рак мочевого пузыря
36. Травма наружных половых органов
37. Техника катетеризации мочеоточника
38. Техника операции циркумцизио
39. Протеинурия. Виды, ее оценка
40. Пиелонефрит беременных. Тактика ведения больных
41. Рак предстательной железы. Лечебная тактика
42. Изменения относительной плотности мочи. Диагностическое значение. Проба Зимницкого
43. Бактериотоксический шок. Принципы лечения
44. Пальцевое ректальное исследование
45. Гидроцеле, фуникулоцеле. Клиника, лечение
46. Техника цистогрaфии
47. Техника орхэктомии
48. Проба Амбурже, Нечипоренко. Показания к их применению
49. Принципы консервативного лечения острого пиелонефрита
50. Рак полового члена. Предраковые заболевания. Профилактика.
51. Основные группы симптомов урологических заболеваний. Виды анурии
52. Гидронефротическая трансформация. Клиника. Показания к операции
53. Техника наложения суспензория
54. Техника операции уретеростомии
55. Диагностическое значение хромоцистоскопии
56. Понятие о диатезах при уролитиазе
57. Определение симптома Пастернацкого
58. Способы определения суммарной функции почек
59. Показания и противопоказания к инструментальным методам исследования
60. Мочекаменная болезнь. Причины камнеобразования. Виды камней
61. Бужирование уретры. Показания и противопоказания. Техника. Возможные осложнения
62. Техника операции нефростомии
63. Цистоскопы, их значение. Виды цистоскопов
64. Мочекаменная болезнь. Предрасполагающие факторы
65. Варикоцеле. Лечебная тактика
66. Забор мочи на анализ у женщин
67. Уретроцистогрaфия. Диагностическое значение
68. Опухоль почки. Лечебная тактика
69. Консервативное лечение камней почек и мочеоточников
70. Пальпация полового члена
71. Отличие полиурии от поллакиурии
72. Травма мочевого пузыря
73. Электрокоагуляция опухоли мочевого пузыря
74. Изменение качества мочи. Причины помутнения и изменения цвета мочи
75. Пиелонефрит. Понятие. Классификация
76. Рак предстательной железы. Клиника. Диагностика
77. Гематурия. Виды. Профузная гематурия, неотложная помощь
78. Понятие о пузырно-мочеоточниковом рефлюксе, его значение в генезе пиелонефрита
79. Роль профилактических осмотров населения в раннем выявлении рака простаты
80. Рентгеноурологические методы обследования. Диагностическое значение
81. Рак полового члена. Факторы риска. Клиника. Дифференциальный диагноз. Лечение
82. Техника новокаиновых блокад по Лорин-Эпштейну, по Школьникову

83. Изменение количества мочи
84. Острый простатит. Клиника, диагностика, лечение
85. Ведение урологического амбулаторного приема, диспансеризация, заполнение листков нетрудоспособности
86. Техника операций Паломо, Иванисевича при варикоцеле
87. Отличие анурии от ишурии. Диагностика
88. Острый уретрит. Клиника. Лечебная тактика
89. Аденома предстательной железы. Осложнения аденомы
90. Основные причины задержки мочеиспускания. Отличие от анурии
91. Техника цистоскопии
92. Техника уретеро- и нефростомии
93. Подготовка больных к рентгенологическому исследованию
94. Камни уретры, клиника, лечебная тактика
95. Изменение качества мочи. Нормальный осадок мочи. Патологические примеси
96. Баланопостит. Понятие. Лечебная тактика
97. Катетеризация мочевого пузыря резиновым катетером у мужчин
98. Причины варикоцеле
99. Туберкулез половых органов. Клиника, диагностика, лечение
100. Принципы ведения больных с мочевыми свищами
101. Техника операций Бергмана, Винкельмана при гидроцеле
102. Паранефрит. Клиника. Лечебная тактика
103. Диспансеризация онкоурологических больных. Задачи онкодиспансера
104. Ультразвуковая диагностика. Понятие
105. Дифференциальный диагноз почечной колики
106. Острые заболевания органов мошонки, понятие, принципы лечения
107. Техника эпицистостомии
108. Боль. Локализация и характер при заболеваниях органов мочеполовой системы
109. Цистит. Клиника. Лечение
110. Рак мочевого пузыря. Диагностика
111. Виды гематурии. Диагностика источника гематурии
112. Клинические проявления хронического простатита. Лечебная тактика
113. Травма уретры. Диагностика. Лечебная тактика
114. Техника хромоцистоскопии
115. Бактериурия, понятие, оценка
116. Рак предстательной железы. Особенности метастазирования
117. Забор мочи на анализ у мужчин
118. Понятие о почечной ангиографии
119. Факторы риска для развития рака мочевого пузыря
120. Понятие о цисталгии. Лечебная тактика
121. Анатомическое строение предстательной железы и задней уретры
122. Функции предстательной железы
123. Анатомическое строение мужской уретры
124. Анатомия органов мошонки
125. Функции яичек
126. Понятие о половой конституции мужчины. Виды конституций и параметры их определения
127. Перечень методов андрологического обследования мужчины
128. Гормональное обследование мужчины. Значение тестостерона в физиологии мужчины
129. Понятие о мужском возрастном андрогенном дефиците (ВАД). Клинические и лабораторные критерии констатации ВАД
130. Методы лечения ВАД

131. Болезнь Пейрони. Диагностика, клиника
132. Болезнь Пейрони, консервативное лечение
133. Болезнь Пейрони. Методы оперативного лечения
134. Приапизм. Виды. Методы диагностики
135. Способы лечения ишемического и неишемического приапизма
136. Мужское бесплодие. Виды. Этиология
137. Диагностика мужского бесплодия
138. Способы лечения мужского бесплодия
139. Эректильная дисфункция (ЭД). Понятие. Классификация
140. Методы диагностики ЭД
141. Консервативные методы лечения ЭД
142. Оперативные методы лечения ЭД
143. Эпидидимит острый и хронический. Этиология. Значение инфекций, передаваемых половым путем (ИППП)
144. Значение хронических воспалительных заболеваний мужских половых органов в возникновении эпидидимита
145. Дифференциальная диагностика острого и хронического эпидидимита
146. Методы лечения острого и хронического эпидидимита
147. Крипторхизм. Монорхизм. Анорхизм. Понятие. Методы диагностики
148. Лечение крипторхизма (консервативное и оперативное). Лечение анорхизма
149. УЗИ – признаки острого и хронического простатита, острого и хронического эпидидимита, других заболеваний органов мошонки
150. Техника передней и задней уретроскопии. Инструментарий
151. Техника пальцевого ректального исследования, массажа предстательной железы
152. Пальпация органов мошонки, полового члена в норме. Возможные патологические отклонения
153. Техника взятия на анализ секрета простаты, пробы Meares –Stamey
154. Техника взятия мазка из уретры, методы провокации перед исследованием на ИППП. Методы микробиологического исследования, их оценка.
155. Сексологический анамнез. Основные данные, выясняемые при опросе больного

## *Ситуационные задачи*

1. Больная, 36 лет, поступила в клинику с жалобами на приступообразные боли в правой поясничной области, появление крови в моче после приступа боли. Ранее в осадке мочи обнаруживала песчинки коричневого цвета. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого справа положительный. При исследовании мочи выявлена микрогематурия, уратурия.

О каком заболевании могут свидетельствовать указанные симптомы?

2. Больной 74 лет в течение 2-х лет отмечал затрудненное мочеиспускание, мочился натуживаясь, вялой струей, которая нередко прерывалась. При поступлении отмечает недержание мочи, постоянную распирающую боль над лобком. При осмотре над лоном видимое выпячивание, верхний край которого контурируется на уровне пупка. Перкуторно в этой области отмечается тупость. Моча в течение нескольких дней постоянно самопроизвольно отделяется по каплям.

Какой вид расстройства мочеиспускания имеется у больного? О наличии какого заболевания следует подумать и почему?

3. У больного 23 лет выраженное помутнение мочи вследствие примеси лейкоцитов и бактерий, однако неизвестна локализация воспалительного процесса.

К какой простой и общедоступной методике исследования следует прибегнуть?

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

При лабораторном исследовании эякулята выявлена гемоспермия.

- какова причина гемоспермии?
- тактика врача в данном случае?

5. Больной 65 лет поступил в клинику с жалобами на учащенное (в ночное время) затрудненное мочеиспускание. Дважды выделение крови с мочой. Правильного телосложения. Живот мягкий. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Мочевой пузырь перкуторно не определяется. Наружные половые органы сформированы правильно. Простата гладкая, эластичная, безболезненная, увеличена в размерах. Срединная бороздка определяется нечетко, слизистая прямой кишки над простатой подвижна. Больной мочится с натуживанием, тонкой струей. Остаточной мочи 70 мл, микрогематурия.

— заболеванием какого органа объясняются указанные расстройства?

6. Больная 32 лет жалуется на боль в поясничной области, повышение артериального давления до 180/120 мм рт. ст. Больна 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 бывает макрогематурия.

- ваш предположительный диагноз?
- план обследования?

7. У больной 16 лет появилась острая боль в правой подвздошно – паховой области. При объективном исследовании здесь пальпируется опухолевидное образование размерами 12X8 см., эластической консистенции, органная локализация которого не ясна. Если не подумать о возможности одного из видов аномалий почек, то можно впасть в диагностическую ошибку и произвести необоснованную лапаротомию.

О какой аномалии почек следует думать? Какие методы исследования могут ее подтвердить или исключить?

8. У ребенка 9 лет при профилактической флюорографии и рентгенографии грудной клетки выявлено затемнение над диафрагмой, которое напоминает опухоль легкого. Между тем имеется аномалия почек.

Как называется данный вид аномалии? Какие методы исследования необходимо произвести?

9. У ребенка 10 лет жалобы характерны для хронической почечной недостаточности. Заболевание медленно прогрессирует. При объективном исследовании в обоих подреберьях определяются безболезненные, бугристые, плотно - эластические образования.

Каков Ваш предварительный диагноз? Как его можно подтвердить? С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

10. Ребенок 11 лет. Периодически жалуется на боли в животе, которые зачастую носят приступообразный характер, прекращаются без приема лекарственных препаратов. При пальпации живота в левом подреберье определяется опухолевидное образование, плотно-эластической консистенции, подвижное, безболезненное. Анализы крови в норме. В моче эритроциты до 4—5 в поле зрения. Общее состояние не страдает.

Какую аномалию почек можно заподозрить? Укажите план обследования.

11. У мальчика 9 лет, хорошо развивающегося, в левом подреберье прощупывается плотное безболезненное образование. При цистоскопии не обнаружено левое мочеточниковое устье. При экскреторной урографии выявлена хорошо функционирующая правая почка, а в области левой — небольшие шарообразные участки, контраст не определяется.

О каком диагнозе следует думать? Какой метод лечения показан при его подтверждении и почему?

12. Больной 8 месяцев поступил в клинику по поводу затрудненного мочеиспускания и периодически возникающей задержки мочи. Болеет с рождения. Периодически повышается температура до 38—41°. Бледен, тургор кожи снижен. Слева в животе пальпируется опухолевидное образование эластической консистенции, подвижное. Остаточной мочи до 50 мл. Анемия. СОЭ – 22 мм/ч. Реакция мочи щелочная, белок 0,33г/л, лейкоциты сплошь покрывают поля зрения. В 1 мл мочи 500000 бактериальных тел протей, устойчивого к большинству антибиотиков. Проба по Зимницкому: диурез 570 мл., плотность мочи 1002-1013. Умеренная азотемия. На обзорной урограмме теней конкрементов не отмечается. На экскреторной урограмме лоханка и мочеточник справа не изменены. В области левой почки – большие полости, нечетко выполненные рентгеноконтрастным веществом. Мочеточник не прослеживается. В мочевом пузыре на фоне контрастного вещества имеется овальной формы дефект наполнения 3\* 4 см, нижняя его часть располагается в области шейки.

О каком диагнозе следует думать? Какой метод лечения показан?

13. У новорожденного в области лобка видно округлой формы образование красного цвета. При осмотре определяется, что моча выделяется бросками из двух отверстий, расположенных в нижней части этого образования.

Как называется аномалия развития? В каком возрасте можно предпринять пластическую операцию и каковы варианты этой операции? Что следует рекомендовать родителям после операции?

14. У ребенка по средней линии живота определяется между пупком и лоном продолговатое образование, связанное со стенкой живота. Изменений со стороны мочи нет.

О какой аномалии можно думать и какое лечение показано? Возможны ли другие пороки развития этого же рудимента, как они проявляются? Какого требуют лечения?

15. Жалобы на двухэтапное мочеиспускание. После основной порции мочи наступает повторный позыв на мочеиспускание. Вместо второго мочеиспускания может быть ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря. Моча вначале без патологических элементов, в последующем появляется лейкоцитурия.

Какая аномалия развития мочевого пузыря протекает с подобной симптоматикой? На основании каких исследований подтверждается диагноз? Какое показано лечение?

16. Наружное отверстие уретры открывается на волярной поверхности полового члена. При выраженной степени порока- половой член изогнут. Головка подтянута к наружному отверстию уретры.

Поставьте диагноз. Назовите степени порока. В каком возрасте показано оперативное лечение?

17. Мальчик 1 года при каждом мочеиспускании тужится, становится беспокойным. Струя вялая, иногда моча стекает по каплям.

При каких пороках развития наблюдается подобная картина? Каковы осложнения этих аномалий? Каково лечение для профилактики осложнений?

18. Мальчик 1,5 лет беспокоен при каждом мочеиспускании, мочится с натуживанием. При мочеиспускании в области головки полового члена появляется булавовидное расширение. У мальчика в анамнезе частые воспалительные процессы в области полового члена (баланиты, баланопоститы)

Ваш диагноз? Какие могут быть осложнения этой аномалии? План лечения? Оптимальный возраст для оперативного пособия?

19. Какая группа аномалий входит в понятие «инфравезикальная обструкция»? Какие симптомы и осложнения объединяют эти пороки развития? В каком возрасте показано оперативное лечение? Какие рекомендации даются родителям после оперативного лечения?

20. Больной 6 лет, жалобы на затрудненное мочеиспускание. При осмотре головка полового члена не обнажается из-за резкого сужения крайней плоти, которая во время мочеиспускания растягивается в области препуциального мешка.

О каком диагнозе следует думать? Какими осложнениями опасно это заболевание? Каковы лечебные рекомендации?

21. В связи с присоединением какого осложнения, ранее протекавшего латентно, поликистоз почек приводит к появлению признаков прогрессирующей почечной недостаточности? Можно ли принять профилактические меры, если поликистоз распознан до появления указанного осложнения? Какова тактика ведения больных с поликистозом почек?

22. Больная 32 лет. Жалуется на общую слабость, тошноту, жажду, сухость во рту, почти постоянные боли в поясничной области с обеих сторон. Заболевание развилось постепенно в течение нескольких лет. Более точное время начала заболевания назвать не может. Кожные покровы бледные, на ощупь сухие. АД – 180/90 мм.рт.ст. Пульс 76 ударов в 1 мин. С обеих сторон пальпируются увеличенные, болезненные почки. Симптом Пастернацкого слабо положительный с обеих сторон. Анализ мочи: чисто собранная средняя порция – цвет светлый, рН 6,5, плотность 1009, эритроцитов – 0-1, лейкоцитов 12-15 в поле зрения.

Обоснуйте предварительный диагноз и последовательность дополнительных методов исследования с целью установления окончательного диагноза.

Ответ: Жалобы больной, гипертензия, пальпация обеих увеличенных почек, низкая

23. Больной 52 лет. В течение 27 лет страдает мочекаменной болезнью с почечными коликами с обеих сторон и периодическим самостоятельным отхождением конкрементов. Жалуется на отсутствие позывов к акту мочеиспускания. Последний раз мочился 14 часов тому назад. Отмечает тупую боль в правой половине поясницы и живота, которая появилась 7 часов тому назад. Интенсивность боли постепенно нарастает, появилась сухость во рту, чувство жажды. При осмотре больной повышенного питания, подкожно-жировая клетчатка обильно развита. Почки не пальпируются. При пальпации в верхнем правом квадранте живота отмечается болезненность. Симптом Пастернацкого с обеих сторон отрицательный. Перкуторно и пальпаторно мочевого пузыря не увеличен. При пальцевом исследовании через прямую кишку предстательная железа не изменена.

Какое осложнение мочекаменной болезни имеется в данном случае? Укажите методы обследования и возможные варианты лечения.

24. Больной 70 лет жалуется на общую слабость, головную боль, рвоту, непроизвольное выделение мочи по каплям. Кожные покровы бледны. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Живот мягкий. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Перкуторно мочевого пузыря определяется на 6 см выше лона. Предстательная железа увеличена равномерно, плотно - эластической консистенции, поверхность ее гладкая, междолевая бороздка сглажена. Мочевина сыворотки крови 29,9 ммоль/л.

Ваш предположительный диагноз? Лечебные рекомендации?

25. Больной 68 лет, в течение последних трех лет отмечает затрудненное мочеиспускание, выделение мочи слабой и тонкой струей. Кожные покровы нормальной окраски. Язык влажный, не обложен. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь перкуторно не определяется. Наружные половые органы развиты нормально. При пальцевом ректальном исследовании предстательная железа умеренно увеличена в размерах, правая доля ее бугристая, каменистой консистенции, безболезненная. Слизистая прямой кишки над правой долей железы неподвижна. Ваш диагноз. Какие дополнительные исследования необходимы?

26. Больной 65 лет жалуется на затрудненное вялой струей мочеиспускание, ночную поллакиурию до 3—4 раз. Считает себя больным последние два года, когда впервые стал отмечать мочеиспускание в ночное время. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. Органы грудной клетки и брюшной полости без особенностей. Почки не прощупываются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь перкуторно пуст. При ректальном пальцевом исследовании предстательная железа увеличена незначительно с гладкой поверхностью, плотно - эластической консистенции, безболезненная.

О каком заболевании можно думать?

Какие диагностические мероприятия необходимы для уточнения диагноза?

27. У больного 63 лет дневная и ночная поллакиурия 4—6 раз за ночь, вялая струя мочи. В анамнезе дважды была острая задержка мочи. После однократных катетеризаций мочевого пузыря мочеиспускание восстанавливалось. После мочеиспускания при осмотре над лоном пальпируется эластическое образование шаровидной формы, размером 8х6 см. Перкуторно над образованием притупление звука. При пальцевом исследовании через прямую кишку предстательная железа умеренно увеличена, с гладкой поверхностью, эластической консистенции, безболезненная.

Ваш предполагаемый диагноз?

Какие исследования необходимо произвести для уточнения диагноза?

28. Больной 60 лет лечился у невропатолога по поводу пояснично-крестцового радикулита и через месяц после прима курса физиотерапевтических процедур его доставили в травматологическое отделение с переломом бедра. При обследовании был выявлен рак предстательной железы с метастазами в нижние отделы позвоночника, кости таза и патологический перелом бедра.

В чем ошибка невропатолога? Какие обследования были необходимы для больного перед приемом физиотерапии?

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

— Ваш предположительный диагноз?

— Ваши диагностические и лечебные рекомендации?

30. Больной 59 лет обратился в клинику нервных болезней в связи с пояснично-крестцовым радикулитом. Болен в течение года, периодические обострения. Лечение, в том числе синусоидальными токами, не эффективно. При обследовании по системам органов - без особенностей. Дизурии нет. Наружные половые органы без изменений. При ректальном исследовании простата не увеличена, мягко-эластической консистенции, гладкая. ПСА-25 нг/мл.

Ваш предположительный диагноз?

Какие исследования необходимо предпринять для уточнения диагноза?

31. Больной 70 лет жалуется на слабость, головокружение, плохой аппетит, жажду. При нарастающей симптоматике болен 1-1,5 года. Не лечился. Язык сухой, обложен налетом. Почки не пальпируются, однако, их область болезненна. Перкуторно мочевой пузырь определяется над лобком на три поперечных пальца. При ректальном исследовании простата увеличена, каменистой консистенции, парапростатическая клетчатка инфильтрирована. При УЗИ - гидронефротическая трансформация с обеих сторон. Содержание мочевины в сыворотке крови — 25 мМ/л, ПСА — 120 нг/мл.

— о каком заболевании необходимо думать?

— какие исследования необходимо провести для установления диагноза?

— определите лечебную тактику.

32. Больной А. 65 лет поступил в клинику с жалобами на вялую струю мочи, учащенное мочеиспускание (ночью до 6 раз). Болен в течение 3 лет. При ректальном исследовании простата увеличена, эластична, контуры четкие. На экскреторных урограммах функция почек и пассаж контрастного вещества не нарушены. На нисходящей цистограмме имеется дефект наполнения в области шейки мочевого пузыря. Мочевина крови – 4,2 ммоль/л.

Ваш диагноз и тактика дообследования больного?

33. Больной 63 лет поступил в стационар с острой задержкой мочи в течение 5 суток. Мочу из мочевого пузыря многократно эвакуировали катетером. В анамнезе в течение 2 лет дневная и ночная поллакиурия. В момент осмотра температура тела 38,3°C, гнойные выделения из уретры. Перкуторно: верхняя граница мочевого пузыря – на 4 см выше лонного сочленения. Ректально: предстательная железа увеличена в 2,5 раза, тугоэластической консистенции, болезненная.

Ваш диагноз и лечебная тактика?

34. У больного 60 лет выявлена доброкачественная гиперплазия предстательной железы 3-й стадии. Жалобы на недержание мочи, жажду, слабость. При УЗИ: объем предстательной железы 96 см<sup>3</sup>. При ректальном исследовании: предстательная железа значительно увеличена в объеме (в 3 раза). Остаточной мочи – 410 мл. Имеется билатеральный уретерогидронефроз, анемия. Мочевина крови – 16 ммоль/л, креатинин – 200 мкмоль/л. Ваша лечебная тактика?

35. У больного 58 лет диагностирована ДГПЖ 1-й стадии. Объем предстательной железы – 29 см<sup>3</sup>. Выявлены камни простаты, хронический калькулезный простатит. Ночная поллакиурия 3 раза, днем мочеиспускание с интервалом 3-4 часа. По УЗИ остаточной мочи 40 мл. Ваша лечебная тактика?

36. У больного выявлен рак простаты T1N0M0. Укажите наиболее подходящий метод лечения на данной стадии заболевания учитывая, что противопоказаний к оперативному лечению у больного нет.

37. У больного рак простаты T4NxMx. Надлобковый свищ. Около 7 суток отмечается олигоурия. Биохимия крови: мочевина 22 ммоль/л, креатинин 876 мкмоль/л. Ваш диагноз и дальнейшая тактика?

38. У больного раком простаты T3N0M0 появились жалобы на учащенное прерывистое мочеиспускание, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря. Проводилась лучевая терапия 6 месяцев назад. При обследовании выявлен объем остаточной мочи 200 мл. Укажите дальнейшую тактику лечения.

39. Больной 65 лет обратился с жалобами на невозможность самостоятельного мочеиспускания. Указанные явления беспокоят в течение 14 часов. Ваш предположительный диагноз? Ваши диагностические и лечебные рекомендации?

40. При ректальном пальцевом исследовании предстательная железа равномерно увеличена, правая доля ее бугристая, каменистой консистенции, безболезненная. Слизистая прямой кишки над правой долей неподвижная. О каком заболевании можно думать? Какие диагностические мероприятия необходимы для уточнения диагноза?

41. Мать жалуется, что ребенок 5-ти лет мочится во время сна. Объективно и при исследовании мочи патологических изменений не выявлено. Какое название носит такое заболевание? У кого встречается чаще: у мальчиков или у девочек? Каков механизм возникновения?

42. Женщина 48 лет, жалуется на то, что теряет мочу при любом напряжении – кашле, поднятии тяжести. В остальном мочеиспускание не нарушено. О каком симптоме идет речь? В чем принципиальное различие между недержанием мочи и неудержанием ее?

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

44. В приемный покой доставлен больной 36 лет с жалобами на острую боль в правой половине живота с иррадиацией в правое бедро. Боли сопровождаются тошнотой и рвотой. Слабо выражены симптом Пастернацкого и симптомы раздражения брюшины. Поведение больного беспокойное, диагноз не ясен.

Какое урологическое обследование позволит установить диагноз?

Ответ: Заболевание необходимо дифференцировать между правосторонней почечной коликой и острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. Слабовыраженные симптомы раздражения брюшины могут быть следствием пареза кишечника и являться признаками перитонизма. Срочное обследование должно включать общие анализы мочи, крови, обзорную урографию, хромоцистоскопию, УЗИ почек и органов брюшной полости.

45. Больная 27 лет жалуется на острую боль в животе, которая появилась 1 час назад без каких-либо предшествующих симптомов, носит очень резкий характер, локализуется в нижней половине живота справа. Рвоты и тошноты нет. Температура не повышена. Доставлена в приемный покой машиной «скорой помощи». Диагноз при направлении – «острый аппендицит».

При осмотре больная не может лежать неподвижно в связи с сильными болями. Указывает точку в правом нижнем квадранте живота как место наибольшей болезненности, но добавляет, что имеется ощущение легкой боли в области правой большой половой губы и правого костовертебрального угла. Ощущает частое желание помочиться, но моча почти не выделяется. При пальпации живота отмечается болезненность в правом нижнем квадрате. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. При вагинальном исследовании изменений не обнаружено. Анализ мочи: цвет темно-желтый, рН 6,0, плотность 1020, эритроцитов 20-30 в поле зрения, лейкоцитов 5-10.

Позволяют ли данные анамнеза и объективного исследования согласиться с диагнозом направившего учреждения? Почему? Какие исследования надо провести для уточнения диагноза?

46. Больной 44 лет считает себя больным в течение одного года, когда впервые появились боли в левой половине поясницы и живота резкого характера. Боли купировались после приема спазмолитических препаратов и горячей ванны. Месяц назад боли в животе и пояснице прекратились, но начали беспокоить рези при учащенном мочеиспускании, боли иррадируют в головку полового члена. Струя мочи зачастую прерывистая, в положении стоя мочеиспускание резко затруднено. В положении лежа на боку струя мочи не прерывистая. Периодически отмечается тотальная или терминальная гематурия.

Поставьте предварительный диагноз. Обоснуйте план обследования и лечения больного в случае его подтверждения.

47. В урологический стационар поступила больная 35 лет с жалобами на приступообразные боли в правой поясничной области, сопровождающиеся тошнотой, рвотой, частыми позывами к мочеиспусканию. Объективно: общее состояние средней тяжести. При глубокой пальпации определяется болезненность в области правой почки. Симптом Пастернацкого справа положительный. На обзорном снимке мочевых путей на уровне IV поясничного позвонка справа определяется тень, подозрительная на конкремент овальной формы, размером 0,8\*0,6 см.

Какие дополнительные рентгенологические исследования необходимо произвести, чтобы установить характер выявленной тени?

48. Больной 48 лет поступил в клинику с жалобами на учащенное болезненное мочеиспускание, выделение крови с мочой. Болен в течение 4 месяцев.

Живот мягкий, почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Наружные половые органы развиты правильно. Предстательная железа не увеличена, гладкая, эластичная. Срединная бороздка выражена, слизистая прямой кишки над простатой подвижна. На обзорном снимке мочевой системы теней конкрементов в проекции мочевых путей не определяется. Дизурия, протеинурия, лейкоцитурия, микрогематурия. Дважды за время пребывания в клинике отмечена тотальная макрогематурия с бесформенными сгустками крови.

Каков источник кровотечения? Какой метод исследования следует произвести?

49. Дежурному урологу, только окончившему экстренную операцию, в 3 часа ночи сообщили из приемного покоя, что доставлен больной с тотальной гематурией. Гематурия безболевая, возникла впервые. В последние 3 месяца отмечает снижение трудоспособности, отсутствие аппетита, похудание на 4 кг.

При объективном исследовании установлено удовлетворительное состояние больного, отсутствие каких – либо патологических изменений. Моча макроскопически умеренно окрашена кровью, имеются единичные червеобразные сгустки.

Какой метод исследования следует произвести?

Какова срочность выполнения его?

50. Больной 32 лет жалуется на острую боль в правой половине живота, тошноту. Дважды отмечалась рвота. Заболел два часа тому назад, когда появилась боль в правой поясничной области, которая вскоре переместилась на соответствующую половину живота. Доставлен в приемный покой.

Объективно: температура тела – 36,9С, пульс – 62 в 1 минуту, ритмичный. Правая половина живота отстает в акте дыхания. Симптом Пастернацкого справа слабо положительный. При пальпации живота определяется локальная болезненность в правой подвздошной области. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание учащено, малыми порциями.

О каких заболеваниях можно подумать и почему?

Какие исследования следует срочно провести для уточнения диагноза?

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

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

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

— ваш предположительный диагноз?

— какие исследования предлагаете провести для уточнения диагноза?

— какую терапию предлагаете?

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

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

55. У больной 40 лет в течение 3 дней имеется боль в пояснице слева, сопровождающаяся повышением температуры тела до 39-40° С, с ознобами, пиурией. Из анамнеза известно, что год назад был обнаружен камень верхней трети левого мочеточника размером 1,5\*1,0 см. Предлагали оперативное лечение, от которого больная отказалась.

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

56. Больная 30 лет доставлена в приёмный покой с типичным приступом почечной колики справа. После введения спазмолитических препаратов колика купирована, больная отпущена домой с рекомендацией наблюдаться у уролога. Через неделю в поликлинике произведено рентгенообследование. На обзорной урограмме справа на уровне V поясничного позвонка имеется тень размерами 0,5×0,3 см подозрительная на конкремент. На экскреторной урограмме слева почка и мочеточник не изменены. Справа минимальное нарушение функции почки и незначительное расширение мочеточника над тенью конкремента.

Каков диагноз? Укажите варианты лечения, которые могут быть применены в данной ситуации.

57. У больного клинические признаки, характерные для мочекаменной болезни, периодически отмечает макрогематурию, особенно после физического напряжения, тряской езды, длительной ходьбы. На обзорном снимке мочевой системы теней, подозрительных на конкремент, не выявлено.

Каков план обследования с целью выявления рентгеногегативных камней? Какова при этом роль радиоизотопных и ультразвуковых методов исследования?

58. У больной 55 лет при обследовании выявлен коралловидный камень левой почки. При хромоцистоскопии индигокармин из левого устья мочеточника не выделился, видно выделение из него густого гноя. На экскреторных урограммах контрастное вещество в проекции левой почки отсутствует. Справа функция почки не изменена. На радионуклидной ренограмме: справа – васкуляризация, секреция и экскреция не нарушены, слева – «немая» почка.

Какова лечебная тактика?

59. Больная перенесла пиелолитотомию по поводу уратного камня правой почки. Какие рекомендации по профилактике рецидива мочекаменной болезни необходимо дать больной?

60. У больной 50 лет 3 года назад был приступ сильных болей в правой поясничной области и правой половине живота. Боли купировались самопроизвольно, после применения теплой грелки. За медицинской помощью не обращалась, не обследовалась и не лечилась. Вчера утром покушала жареных грибов. К обеду появилась тошнота, была трехкратная рвота. Отмечает отсутствие мочи и позывов к мочеиспусканию в последние 20 часов. При объективном исследовании состояние больной средней тяжести. Кожные покровы сухие, бледные. Больная повышенного питания, поведение спокойное. Пульс 100

уд/мин, ритмичный. АД – 160/90 мм.рт.ст. Язык сухой, не обложен. Живот мягкий, слегка болезненный в подреберьях; почки пальпировать не удастся из-за ожирения больной. Симптом Пастернацкого слабо положителен с обеих сторон. Сахар крови – 13,8 ммоль/л, мочевины сыворотки крови – 21,6 ммоль/л.

Какой метод исследования следует произвести для установления характера анурии? Какая тактика лечения будет определена в зависимости от вида анурии?

61. У больной 26 лет утром появились ноющие боли в правой подвздошной области, усиливавшиеся к вечеру. Отмечает частые позывы на мочеиспускание, повышение температуры тела до 37,8°, было познбливание. Наблюдалась однократная рвота. Раньше подобных болей больная не отмечала. Язык обложен беловатым налетом, суховат. Живот не вздут, при пальпации мягкий, болезнен в правой подвздошной области. Там же отмечается небольшое напряжение мышц передней брюшной стенки. Почки не пальпируются. Симптом Щеткина-Блюмберга справа сомнителен, слева отрицателен. Симптом Пастернацкого слабо положительный справа. Лейкоцитоз 12000. В анализе мочи реакция кислая, белок 0,033 г/л, лейкоцитов 8-10 в поле зрения, эритроциты свежие единичные. На обзорной рентгенограмме мочевой системы теней, подозрительных на конкременты, не выявлено, тени почек четко не видны из-за наслаивающихся кишечных газов.

Ваш предположительный диагноз. Какие исследования в данном случае необходимы для дифференциальной диагностики?

62. 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 в проекции почечных сосудов на передней стенке живота - грубый систолический шум. Дизурии нет.

— ваш предварительный диагноз?

— какие исследования нужно провести для уточнения диагноза?

63. Больной 40 лет. В течение 5 лет отмечает тупую боль в поясничной области справа, головную боль, повышение артериального давления до 180/110 мм рт. ст. Неоднократно находился в урологических стационарах по поводу хронического пиелонефрита. Год назад диагностирована сморщенная почка справа. Поступил в клинику по поводу повышения артериального давления. Пульс 84 уд/мин. Тоны сердца глухие. Живот мягкий. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицателен. Временами бывает микрогематурия. На обзорном снимке мочевой системы тени почек не определяются. Теней конкрементов нет. На экскреторных урограммах - уменьшение размеров правой почки. Деформация чашечно-лоханочной системы (неровность контуров, колбовидное расширение чашечек правой почки).

— Ваш диагноз?

— дальнейшие методы исследования?

64. Больная 42 лет жалуется на периодические боли ноющего характера в левой поясничной области, периодическое учащенное мочеиспускание с режями. Считает себя больной в течение 1 года. Общее состояние удовлетворительное. Почки не пальпируются. При пальпации в области левой почки определяется умеренная болезненность. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Анализ крови в норме. Анализ мочи: плотность 1028, лейкоцитов 0-2, эритроцитов 10-15 в поле зрения, кристаллы мочевой кислоты в большом количестве. На обзорном снимке почек и мочевых путей теней, подозрительных на конкременты не обнаружено.

Можно ли на основании проведенного исследования исключить мочекаменную болезнь? Какое рентгенологическое исследование необходимо произвести для уточнения диагноза? Какова при этом роль экскранирования?

65. Больной 27 лет 6 лет тому назад перенес травму поясничной области. Со слов больного, после травмы в моче находили повышенное содержание эритроцитов. Через три недели анализы мочи нормализовались. В течение года чувствовал себя хорошо. Жалоб не предъявлял. 5 лет тому назад при профилактическом осмотре выявлено повышенное артериальное давление (180/100 мм.рт.ст.- 200/115 мм.рт.ст). Гипотензивная терапия оказалась малоэффективной, в связи с чем заподозрена нефрогенная гипертензия. Направлен к урологу. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Общий анализ крови и мочи в норме. На обзорной рентгенограмме мочевых путей контуры почек не видны, теней, подозрительных на конкременты нет. На экскреторной урограмме справа контрастное вещество выполняет неизмененную чашечно- лоханочную систему, слева контрастное вещество не прослеживается. При эхографии правая почка - нормальных размеров, левая- уменьшена в размерах. Какое рентгенологическое исследование необходимо произвести для подтверждения или исключения нефрогенной гипертонии?

66. У больной 26 лет утром появились ноющие боли в правой подвздошной области, усилившиеся к вечеру. Отмечает частые позывы на мочеиспускание, повышение температуры до 37,8С, было познাবливание. Наблюдалась однократная рвота. Раньше подобных болей больная не отмечала.

Язык обложен беловатым налетом, суховат. Живот не вздут, при пальпации мягкий, болезнен в правой подвздошной области. Там же отмечается небольшое напряжение мышц передней брюшной стенки. Почки не пальпируются. Симптом Щеткина – Блюмберга справа сомнителен, слева отрицателен. Симптом Пастернацкого слабо положителен справа. Лейкоцитоз 12000. В анализе мочи реакция кислая, белок 0,033г/л, лейкоцитов 8 – 10 в поле зрения, эритроциты свежие единичные. На обзорной рентгенограмме мочевой системы теней, подозрительных на конкременты, не выявлено, тени почек не видны из-за наслаивающихся кишечных газов.

Ваш предположительный диагноз. Какие исследования в данном случае необходимы для дифференциальной диагностики?

67. В урологическое отделение поступила женщина 35 лет с жалобами на приступообразные боли в правой поясничной области, сопровождающиеся тошнотой, рвотой и частыми позывами к мочеиспусканию. На обзорном снимке мочевых путей, на уровне поперечного отростка 4-го поясничного позвонка справа определяется тень подозрительная на конкремент, овальной формы, размерами 0,5 \* 0,5 см.

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

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

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

69. Больной 55 лет поступил в урологическую клинику с жалобами на учащенное болезненное мочеиспускание, выделение крови с мочой. Болен в течение 4-х месяцев. Живот мягкий безболезненный. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Предстательная железа не увеличена, с гладкой поверхностью, безболезненная. На обзорном снимке мочевой системы теней подозрительных на конкременты нет. За время пребывания в клинике у больного появилась тотальная безболевая макрогематурия с бесформенными сгустками крови, в связи с чем, была произведена срочная цистоскопия. На левой боковой стенке мочевого пузыря обнаружена грубоворсинчатая опухоль в три поля зрения цистоскопа, на широком основании, не отбрасывающая тень. Правое устье мочеточника расположено в типичном месте, щелевидной формы. Левое устье мочеточника не определяется.  
— какие рентгенологические методы исследования надо выполнить для выбора характера и объема оперативного лечения?

70. При рентгенологическом исследовании больного с подозрением на камень левого мочеточника на обзорном снимке в области таза с обеих сторон определяются множественные тени округлой формы, размерами до 8 мм в диаметре, с просветлениями в центре.  
Чем являются эти тени и характерны ли они для мочекаменной болезни? Какие другие патологические процессы в области малого таза могут на обзорном снимке имитировать мочевые камни?

71. Больная 40 лет, отмечает тупую боль в поясничной области, повышение артериального давления до 180/110 мм.рт.ст. Больна 6 лет. Нормального телосложения, пониженного питания. Живот мягкий. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицателен. Дизурии нет. На обзорном снимке мочевой системы теней конкрементов не выявлено. На урограммах отмечается замедленное выделение контрастного вещества правой почкой. Пассаж контрастного вещества по мочеточникам не нарушен. На аортограмме отмечается сужение правой почечной артерии в месте впадения ее в аорту. Аналогичная картина на селективной правосторонней артериограмме почки.  
Какова причина артериальной гипертонии?  
Ваши лечебные мероприятия?

72. Больная 13 лет. Жалуется на сильные головные боли, часто повторяющиеся гипертонические кризы, резкое повышение остроты зрения. Больна в течение одного года. Проводимая гипотензивная терапия с применением ганглиоблокаторов оказалась неэффективной. Пульс на правой лучевой артерии 70 ударов в мин., удовлетворительного наполнения. На левой лучевой артерии пульс слабого наполнения. Над проекцией брюшной аорты выше пупка – систолический шум. АД на плечевой артерии справа 210/140, слева 170/140 мм.рт.ст.  
О каком характере гипертонии следует думать на основании клинических данных? Какие показаны дополнительные методы исследования?

73. У больной астенического телосложения после физической нагрузки появляются приступообразные боли в поясничной области справа. В горизонтальном положении тела боли постепенно проходят. Живот мягкий, безболезненный. В правом подреберье прощупывается опухолевидное образование гладкое, малоболезненное, подвижное. Симптом Пастернацкого отрицателен. Мочеиспускание свободное, безболезненное.  
О каком заболевании можно думать? Какие методы исследования показаны?

74. Больная 50 лет поступила в клинику для обследования по поводу микрогематурии. Почки не прощупываются, безболезненны, дизурии нет. При цистоскопии патологии не выявлено.

На обзорной рентгенограмме почки обычной формы, величины и положения, тени конкрементов не определяются. На экскреторных урограммах в лоханке левой почки имеется дефект наполнения с неровными контурами.

Предварительный диагноз? Какие методы обследования показаны для уточнения диагноза?

75. Больной 35 лет обратился в поликлинику по поводу тупых болей в крестцовой области, в паховых областях, иррадирующих в мошонку; временами отмечает резь при мочеиспускании. Живот мягкий, безболезненный. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Предстательная железа обычных размеров, гладкая, болезненная при пальпации, правая ее доля отечна. Лейкоцитурия в третьей порции, в секрете простаты — большое количество лейкоцитов.

Заболеванием какого органа можно объяснить указанную симптоматику?

76. У больного высокая температура тела, озноб, пульсирующие боли в промежности, дизурия. При ректальном исследовании прощупывается резко болезненная, увеличенная предстательная железа. Ваш диагноз? Лечебная тактика?

77. Больная 35 лет поступила в клинику с жалобами на общую слабость, повышение температуры до 39С, ознобы, тупую боль в поясничной области слева, головную боль. Больной себя считает в течение двух дней. Общее состояние средней тяжести. Пульс 112 уд.в 1 мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 110/55 мм рт. ст. В легких дыхание везикулярное, живот мягкий. Почки не пальпируются. Пальпация области левой почки резко болезненна. Симптом Пастернацкого слева положительный. Мочеиспускание не нарушено, хотя заметила, что со времени начала заболевания количество мочи уменьшилось. Каков предварительный диагноз? Какие исследования необходимо срочно произвести для установления окончательного диагноза?

78. Больная 35 лет, поступила в клинику с жалобами на общую слабость, повышение температуры до 39С, ознобы, тупую боль в поясничной области слева, головную боль. Больной себя считает в течение двух дней. Общее состояние средней тяжести. Пульс 112 уд.в 1 мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 110/55 мм рт. ст. В легких дыхание везикулярное, живот мягкий. Почки не пальпируются. Пальпация области левой почки резко болезненна. Симптом Пастернацкого слева положительный. Мочеиспускание не нарушено, хотя заметила, что со времени начала заболевания количество мочи уменьшилось. Анализ крови: гемоглобин 128 г/л, л. 12,4, п. 8%, с. 56%, лимф. 32%, м. 3%, э. 1%, СОЭ — 18 мм в час, анализ мочи: цвет светло-желтый, рН 6,4, плотность 1030, э. 3—5, л. 18—20 в поле зрения. На обзорном снимке мочевой системы слева на уровне поперечного отростка III поясничного позвонка тень, подозрительная на конкремент, размерами 6X4 мм. На экскреторных урограммах в чашечно-лоханочной системе правой почки и мочеточнике патологических изменений нет. Слева — умеренная пиелоэктазия, расширение мочеточника проксимальнее указанной тени. При полипозиционной урографии эта тень совпадает с тенью мочеточника, выполненного контрастным веществом.

Поставьте окончательный диагноз, определите тактику лечения.

79. Больная 20 лет, кормящая мать. Жалуется на периодически возникающие небольшие боли в поясничной области и животе неопределенной локализации, преимущественно справа, которые сопровождаются несколько учащенным мочеиспусканием, субфебрилитетом, недомоганием, головной болью. Начало заболевания связывает с беременностью, когда во втором ее триместре внезапно повысилась температура тела до 38°, появились боли в поясничной области справа, отмечались изменения со стороны анализа мочи. Была госпитализирована в урологический стационар, где лечилась в течение двух недель, выписана по выздоровлению. Родила 8 месяцев тому назад.

Объективно изменений со стороны внутренних органов не выявлено. Почки не пальпируются, область их безболезненна, симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. АД 120/60 мм.рт. ст. Общий анализ крови нормальный. Анализ мочи: белка нет, рН 6,2, плотность 1020, эритроц. 0—1, лейкоц. 12—15 в поле зрения.

Какой диагноз предполагается? Какое обследование необходимо произвести для подтверждения диагноза?

80. Больной 68 лет. Жалобы на повышение температуры тела до 38,5°, ознобы, проливные поты, боли в поясничной области. Эти симптомы появились два дня тому назад. Путем дополнительного расспроса выяснено, что примерно в течение года мочеиспускание затруднено, струя мочи вялая, ночью мочится от 3 до 5 раз. По поводу указанных расстройств мочеиспускания к врачу не обращался, так как считал, что они носят возрастной характер.

При объективном исследовании патологических изменений со стороны органов грудной клетки не выявлено. Пульс 112 ударов в 1 мин, АД 140/85 мм.рт. ст. Отмечается сухость кожных покровов. Почки не пальпируются. При глубокой пальпации в области почек отмечается умеренная болезненность. Симптом Пастернацкого слабо положительный с обеих сторон. При пальцевом исследовании через прямую кишку предстательная железа размерами 5X6 см, эластической консистенции, поверхность гладкая. Стенка прямой кишки над ней подвижна.

Какой диагноз предполагается? Какое обследование необходимо? Какова тактика лечения?

81. Больная 40 лет поступила в клинику с жалобами на тупые боли в поясничной области справа, временами повышение температуры до 37,3°, выделение мутной мочи. Считает себя больной в течение 8 лет, когда впервые появились указанные симптомы. Несколько раз по поводу настоящего заболевания находилась в урологических стационарах. Пульс 88 ударов в 1 мин, ритмичный, напряженный. АД 180/105 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого слабо положительный справа. Мочеиспускание не нарушено. Лейкоцитурия. На обзорном снимке мочевой системы теней конкрементов не выявлено. Контуры почек определяются нечетко. На экскреторных урограммах слева в лоханочно-чашечной системе и мочеточнике изменений не выявлено. Правая почка размерами 9 X 7 см с неровной поверхностью. Контрастное вещество в ее полостях не определяется. На аортограмме артериальные сосуды правой почки истончены, местами отмечаются бессосудистые участки, симптом «обгорелого дерева» положительный.

Ваш диагноз? Какова лечебная тактика?

82. Больная 8 лет жалуется на периодические боли в поясничной области и животе, отсутствие аппетита, общую слабость. Температура, как правило, субфебрильная, но иногда кратковременно (на несколько часов) повышается свыше 38°. Со слов матери часто болеет ангиной.

Объективно: Бледность кожных покровов. Со стороны органов грудной клетки изменений не выявлено. Живот мягкий. Почки не пальпируются. При глубокой пальпации в области левой почки отмечается болезненность. Симптом Пастернацкого с обеих сторон отрицательный.

Со слов матери, при исследовании периодически отмечалась протеинурия и лейкоцитурия. В настоящее время анализ мочи без отклонений от нормы.

Назовите предварительный диагноз и последовательность дополнительных исследований.

83. Больная 36 лет жалуется на учащенное болезненное мочеиспускание малыми порциями. Считает себя больной в течение трех месяцев, когда впервые начала отмечать учащенное болезненное мочеиспускание. Лечилась под наблюдением участкового врача

от цистита. После проведенного лечения отмечала временное улучшение, но через несколько дней после его окончания дизурия возобновилась. Выявленные вначале заболевания патологические изменения мочи (протеинурия, лейкоцитурия) после проведения по 10—12 дней трех курсов антибактериальной терапии продолжали иметь место. Из анамнеза жизни выяснено, что отец больной болел очаговым туберкулезом легких, но последние 5 лет снят с учета в противотуберкулезном диспансере. При объективном исследовании патологических изменений не обнаружено.

Для каких заболеваний могут быть характерны симптомы и патологические изменения мочи? Какие исследования показаны для уточнения диагноза?

84. Больной 32 лет длительное время отмечает тупые боли в поясничной области справа, временами учащенное болезненное мочеиспускание, субфебрилитет. Живот мягкий, почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицателен. Анализ мочи: рН — 5,4, плотность 1022, лейкоц. — 20—21, эритроц. 5—7 в поле зрения. При бактериологическом исследовании мочи роста микробной флоры нет. На обзорном снимке мочевой системы в проекции верхнего полюса правой почки тень неправильной формы, напоминающая контурами деформированную верхнюю чашечку. На экскреторных урограммах указанная тень соответствует верхней чашечке, совпадая с ее тенью, выполненной контрастным веществом. В остальном патологических изменений на урограммах нет.

О каком заболевании почек следует думать? Что следует предпринять для уточнения диагноза?

85. Больная 37 лет длительное время отмечает болезненное мочеиспускание. Лечилась с временным незначительным эффектом амбулаторно. В поликлинике произведена хромоцистоскопия: цистоскоп введен свободно, остаточной мочи нет, емкость мочевого пузыря 220 мл, в области устья правого мочеточника определяются бугорки желтоватого цвета, окруженные зоной гиперемии. На остальном протяжении слизистая не изменена; индигокармин, введенный внутривенно, выделился из левого устья через 4 мин, справа индигокармина не было в течение 12 мин наблюдения.

Анализ мочи: цвет соломенно-желтый, рН — 6,2, плотность 1026, белок 0,32 г/л, лейкоц. 15—18 в поле зрения.

О каком диагнозе следует думать? Какие методы обследования показаны?

86. У больного 32 лет во время профилактического осмотра выявлена лейкоцитурия. Имеется анкилоз левого коленного сустава после перенесенного в детстве туберкулезного гонита.

Что может явиться причиной лейкоцитурии? Каков план обследования больного?

87. Больной 44 лет. Заболел два месяца тому назад, когда внезапно в течение нескольких часов появились боли в левой половине мошонки, ее гиперемия, отечность, температура тела повысилась до 38,6°. Находился в сельской участковой больнице, где получал противовоспалительную терапию. Через две недели был выписан со значительным улучшением. На момент осмотра отмечает тупую боль в области мошонки слева. Контакт с больными туберкулезом отрицает. В области хвостового отдела придатка левого яичка пальпируется плотная бугристая припухлость размерами 2x1,5 см. Здесь кожа мошонки спаяна с придатком, имеется свищ со скудным гнойным отделяемым. При пальцевом ректальном исследовании предстательная железа обычных размеров и формы, поверхность мелкобугристая, пальпация железы болезненная.

Назовите предварительный диагноз и укажите план обследования больного.

88. Больной 48 лет отмечает боли в правой половине мошонки, где определяется рубец 2x3 см. Придаток яичка справа уплотнен, увеличен в размерах, спаян с кожей в области

рубца. Ранее в течение двух месяцев на месте рубца был гнойный свищ. Анализ мочи: рН 5,4, белок 0,6 г/л, плотность 1012, лейкоц. 70—80, эритроц. единичные в поле зрения.

О каком заболевании следует думать? Какие исследования показаны для уточнения диагноза?

89. Больная 48 лет жалуется на постоянную боль в правой поясничной области, усиливающуюся при физическом напряжении. Считает себя больной в течение полугода. Заболевание началось постепенно. За время болезни похудела на 5 кг. Температура тела субфебрильная, моча мутная, а при исчезновении ее помутнения общее состояние ухудшается: усиливаются боли в поясничной области и животе, температура тела повышается свыше 38С, появляются ознобы. При осмотре кожные покровы бледные, подкожно-жировая клетчатка развита слабо. При пальпации живота обнаруживается болезненное образование соответственно локализации правой почки. Анализ крови: гемоглобин 112 г/л, СОЭ – 42 мм в час. Анализ мочи: рН 7,4, плотность 1017, эритроциты 20-25, лейкоциты сплошь покрывают поле зрения. На обзорной урограмме – контуры правой почки увеличены (21 \*12 см), соответственно тени почки определяются тени двух конкрементов размерами 4\*3 и 3\*1,5 см.

Определите диагноз, методы диагностического обследования и возможную тактику лечения в зависимости от полученных данных.

90. Больной 32 лет. Жалуется на общую слабость, недомогание, повышение температуры тела до 39С, ознобы, боли в левой половине живота и пояснице. Заболевание началось 3 дня тому назад, когда повысилась температура тела, появилась острая боль в левой половине поясничной области, которая вначале носила перемежающийся характер, а в последние сутки стала постоянной. Объективно: общее состояние средней тяжести. Положение вынужденное: левое бедро проведено к животу. При его разгибании боль в поясничной области резко усиливается, пальпация в левом костовертебральном углу болезненна. Анализ мочи нормальный. Анализ крови – лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличенное СОЭ.

Назовите предварительный диагноз и методы дополнительного исследования. Какая при этом может быть получена информация в случае подтверждения диагноза?

91. Больной 34 лет. Жалуется на острую боль в области промежности, отдающую в крестец, в надлонную область. Температура тела 38.3С. Болен 2 дня, когда одновременно с болью появилось затрудненное мочеиспускание. Сегодня утром наступила острая задержка мочи. С чего надо начать обследование, памятуя, что оно должно быть нежным?

92. Больная 28 лет, замужем. Два года назад болела сальпингоофоритом. С тех пор отмечает периодическое (весной и осенью) учащенное, временами болезненное мочеиспускание преимущественно в дневное время, боль в надлобковой области. Ночью позывы к мочеиспусканию не беспокоят. До визита к урологу осматривалась гинекологом, который не выявил заболеваний со стороны женских половых органов. Неоднократные анализы мочи – без патологических элементов.

О каком заболевании следует подумать? Какова причина его возникновения?

93. Больная 23 лет, замужем 2 недели. До замужества половой жизнью не жила. Предъявляет жалобы на учащенное мочеиспускание с императивными позывами. Заболела 4 дня тому назад. С момента заболевания мочеиспускание стало резко учащенным, а два дня тому назад болезненным. Хотя чувствовалась необходимость помочиться, выделялось очень небольшое количество мочи. Прошлой ночью дизурия стала очень сильной, а сегодня утром заметила небольшое количество крови на салфетке после мочеиспускания.

Объективно отмечается болезненность при глубокой пальпации в надлобковой области. Признаков увеличения мочевого пузыря при перкуссии нет. Анализ мочи: цвет темно – желтый, рН-6,0, плотность 1029, эритроцитов 60-80, лейкоцитов 40-50 в поле зрения. Какой диагноз можно поставить на основании указанных симптомов? С чем следует связать возникновение заболевания? Какие пути его профилактики в данном конкретном случае?

94. Больная 30 лет поступила в клинику с жалобами на боль в поясничной области слева, повышение температуры тела до 39°С, озноб. Больна 2-й день. Правильного телосложения. Температура тела 39° С. Пульс 100 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. В легких везикулярное дыхание. Язык сухой, не обложен. Живот мягкий. Симптом Пастернацкого положителен слева. Дизурии нет. Микрогематурия, лейкоцитурия. При УЗИ отмечается дилатация чашечно-лоханочной системы слева. Подвижность левой почки ограничена. Ультразвуковая картина правой почки не изменена. На обзорном снимке мочевой системы на уровне поперечного отростка L3 слева — тень, подозрительная на конкремент, размерами 9\*4 мм. На экскреторных урограммах патологических образований в чашечно-лоханочной системе правой почки нет. Пассаж контрастного вещества по мочеточнику не нарушен. Слева - умеренная пиелэктазия, расширение мочеточника выше описанной тени конкремента. Положительный симптом Лихтенберга. При обзорной урографии тень конкремента совпадает с тенью контрастированного мочеточника при экскреторной урографии.

1. Ваш диагноз?

2. Какие лечебные мероприятия показаны?

95. Больная 30 лет поступила в клинику с жалобами на тупую боль в поясничной области справа, временами повышение температуры тела до 37,4° С, выделение мутной мочи, повышение артериального давления до 180/115 мм рт. ст. Неоднократно находилась на обследовании и лечении в урологических стационарах по поводу хронического пиелонефрита. Правильного телосложения. Пульс 90 уд/мин., ритмичный, напряженный. АД 180/110 мм рт. ст. Тоны сердца глухие, акцент второго тона на аорте. Живот мягкий. Симптом Пастернацкого положителен справа. 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 теней конкрементов не выявлено. Контуры почек определяются нечетко. 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, колбовидной формы. На аортограммах артериальные сосуды правой почки сужены, местами бессосудистые участки, положительный симптом "обгорелого дерева".

1. Ваш диагноз?

2. Какова лечебная тактика?

96. Больная 30 лет доставлена в стационар с диагнозом «острый пиелонефрит». Больна в течение 2-х дней. Отмечает боль в поясничной области справа, повышение температуры тела до 38,7° С, был озноб. К врачу не обращалась. При осмотре состояние средней тяжести, кожные покровы гиперемированы. Пульс 108 уд/мин. Язык сухой, обложен белесоватым налетом. Живот мягкий. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого положителен справа. Лейкоцитоз. Лейкоцитурия. На обзорном снимке мочевой системы теней конкрементов не выявлено. Контур поясничной мышцы (m.psoas) справа и тень правой почки не определяются.

— какие диагностические меры позволят подтвердить диагноз острого пиелонефрита?

97. Больной 19 лет, жалобы на боли в мошонке, постепенное увеличение правой ее половины в размерах. Болен в течение 1 года после перенесенной острой гонореи. При пальпации определяется гладкое эластичное образование размерами 6x8 овальной формы. Ваш предположительный диагноз? Какое исследование позволит его уточнить? Ваши лечебные рекомендации?

98. У больного 34 лет, работающего на предприятии анилиновых красителей, в последние 3 месяца появилось учащенное, иногда болезненное мочеиспускание. Периодически отмечает тупые боли внизу живота. Обращался в кожно-венерологический диспансер, где проведенное обследование исключило гонорею и трихомониаз. При объективном исследовании патологических изменений (включая компьютерную томографию) патологических изменений не выявлено, лейкоциты 3—5 в поле зрения, эритроциты свежие 8- 10 в поле зрения.

О каком заболевании следует думать? Что в первую очередь нужно предпринять для установления диагноза?

99. У больного 52 лет в правом подреберье пальпируется ballotирующее опухлевидное образование размером 10X8 см, с плотной бугристой поверхностью. При перкуссии над образованием тимпанит. Данные экскреторной урографии не позволяют с уверенностью исключить заболевание правой почки.

Какие методы обследования позволят подтвердить или исключить урологические заболевания?

100. У больного 43 лет длительная субфебрильная температура, отсутствие аппетита, упорный, не поддающийся никакой терапии сухой кашель. Болен 1 год. За это время похудел на 15 кг. Неоднократно обследовался у различных специалистов. При многократных рентгенологических исследованиях легких (включая томографию) патологических изменений не выявлено. Отмечается нарастание СОЭ (с 30 в начале заболевания до 60 мм/час в настоящее время). Отмечена также анемия - гемоглобин 68 г/л, эритроциты — 3 200 000.

Какое заболевание следует заподозрить? Что следует предпринять для установления диагноза?

101. Больной 62 лет. Жалуется на периодическое появление крови в моче с бесформенными сгустками. Болен 6 месяцев. В течение 3-х последних месяцев периодически отмечал рези при учащенном мочеиспускании. Пониженного питания. Бледен. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. При пальпации над лоном — умеренная болезненность. Струя мочи не изменена. При ректальном пальцевом исследовании — простата размерами 3,5X4 см, мягко-эластической консистенции. Назовите предварительный диагноз и план обследования.

102. Больной 52 лет жалуется на наличие крови в моче на протяжении всего акта мочеиспускания. Считает себя больным в течение 2 дней. Среди полного здоровья заметил изменение цвета мочи, которая была темно-красной. Через несколько часов появилась боль в левой поясничной области и соответствующей половине живота. Мочеиспускание не нарушено. При объективном исследовании пальпируется нижний полюс левой почки.

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

103. У больного, 60 лет, безболевая макрогематурия с червеобразными сгустками крови. При цистоскопии – слизистая оболочка мочевого пузыря не изменена, из устья левого

мочеточника выделяется кровь. На обзорной рентгенограмме тени конкрементов не определяются, на урограммах – чашечно-лоханочная система почек не изменена, пассаж контрастного вещества не нарушен.

Ваш предварительный диагноз? Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?

104. Больная 55 лет поступила в урологическую клинику с жалобами на учащенное болезненное мочеиспускание, наличие крови в моче, тупые боли в левой поясничной области. При цистоскопии на левой боковой стенке мочевого пузыря обнаружена грубоворсинчатая опухоль размерами в 2 поля зрения цистоскопа на широком основании, прикрывающая устье левого мочеточника. На экскреторных урограммах функция правой почки не нарушена, слева – снижена.

Определите характер оперативного лечения.

105. Больной 69 лет поступил в клинику с жалобами на затрудненное мочеиспускание, вялую струю мочи, боли в промежности и крестце. Болен около года. При ректальном исследовании: простата увеличена, с нечеткими контурами, бугристая, с очагами каменной плотности.

Ваш предварительный диагноз? Какие исследования необходимо провести для уточнения?

106. Больной 26 лет поступил в клинику с жалобами на увеличение правой половины мошонки. 6 лет назад перенес орхипексию по поводу пахового крипторхизма. При пальпации мошонки правое яичко увеличено, малобезболезненно, плотной консистенции, четко дифференцируется от придатка. Паховые лимфатические узлы увеличены. На экскреторных урограммах определяется отклонение правого мочеточника латерально.

Ваш предварительный диагноз? Необходимые методы дополнительного обследования?

107. У больного 62 лет резко выраженная дизурия, повторные макрогематурии. При цистоскопии выявлены грубоворсинчатые образования, занимающие практически весь мочевого пузырь. На экскреторных урограммах – умеренно выраженный двусторонний уретерогидронефроз.

Ваш диагноз? Тактика лечения?

108. У больной 18 лет, незамужней, внезапно возникли боли в левой поясничной области. Температура тела нормальная. Отмечается тошнота, позывы на рвоту. Мочеиспускание не нарушено. При бимануальной пальпации боль слева усиливается (справа пальпация почки безболезненна). Почки не пальпируются.

О каком заболевании следует подумать? С какими заболеваниями следует дифференцировать? Какова неотложная помощь?

109. У больной 50 лет 3 года назад был приступ сильных болей в правой поясничной области и правой половине живота. Боли купировались самопроизвольно после применения теплой грелки. За медицинской помощью не обращалась, не обследовалась и не лечилась. Вчера утром покушала жареных грибов. К обеду появилась тошнота, была трехкратная рвота. Отмечает отсутствие мочи и позывов к мочеиспусканию последние 20 часов. При объективном исследовании состояние больной средней тяжести. Кожные покровы сухие, бледные. Больная повышенного питания, поведение спокойное. Пульс 100 уд/мин, ритмичный, АД – 160/90 мм.рт.ст язык сухой, не обложен. Живот мягкий, слегка болезнен в подреберьях, почки пальпировать не удается из-за ожирения больной. Симптом Пастернацкого слабо положительный с обеих сторон. Сахар крови - 13,8 ммоль /л, мочевины сыворотки крови – 21,6 ммоль /л.

Какой метод исследования следует провести для установления характера анурии? Какая тактика лечения будет определена в зависимости от вида анурии?

110. Больной 36 лет. После падения на промежность появилась кратковременная уретроррагия. Жалобы на чувство переполнения мочевого пузыря, невозможность самостоятельного мочеиспускания в течение 10 часов после травмы. Общее состояние средней тяжести. Пульс 76 ударов в минуту, артериальное давление 120/70 мм.рт.ст., перитонеальных симптомов нет. Над лоном пальпируется увеличенный мочевой пузырь. В области промежности припухлость 6\*4 см, кожа над ней темно- фиолетового цвета. Назовите предварительный диагноз. Какие рентгенологические методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

111. Больной 52 лет в течение 27 лет страдает мочекаменной болезнью с периодическим самостоятельным отхождением конкрементов. Жалуется на отсутствие позывов к акту мочеиспускания. Последний раз мочился 14 часов тому назад. Отмечает тупую боль в правой половине поясницы и живота, которая появилась 7 часов тому назад. Интенсивность боли постепенно нарастает, появилась сухость во рту, чувство жажды. При осмотре больной повышенного питания, подкожножировая клетчатка обильно развита. Почки не пальпируются. При пальпации в верхнем правом квадранте живота отмечается болезненность. Симптом Пастернацкого с обеих сторон отрицательный. Пальпаторно и перкуторно мочевой пузырь не увеличен. При пальцевом исследовании через прямую кишку предстательная железа не изменена. Какое осложнение мочекаменной болезни имеется в данном случае? Укажите методы обследования и возможные варианты лечения.

112. Рабочий рудника попал под обвал. Мелкой породой придавило нижние конечности. Под завалом находился 12 часов. В момент освобождения АД 140/80 мм рт. ст. Пульс 84 удара в 1 мин. Какое осложнение со стороны почек может развиваться у больного и почему? Каковы особенности его транспортировки в лечебное учреждение?

113. Больная 22 лет 10 дней тому назад с целью прерывания беременности ввела в полость матки катетер, где он находился в течение 12 часов. На другой день появились кровянистые выделения из влагалища, озноб, высокая температура, а затем возникли рвота, понос. Была госпитализирована в гинекологическое отделение, где обратили внимание на олигоанурию. В день поступления в клинику выделила 35 мл мочи. Общее состояние тяжелое, больная заторможена, вялая. Кожа и склеры бледно-желтушны. Лицо пастозное, веки отечны. Тоны сердца приглушены. АД 125/80 мм рт. ст. В легких - везикулярное дыхание. Печень выступает на 2 см из-под реберного края. Почки не прощупываются. Симптом Пастернацкого положителен с обеих сторон. Анализ крови: гемог. — 40 г/л, эритроц. — 1700 000, лейкоц. - 24 000, мочевины — 34,9 ммоль/л, калий - 6,8 ммоль/л, натрий — 130 ммоль/л, кальций — 2,4 ммоль/л. Анализ мочи-белок — 1,2 г/л, плотность — 1010, лейкоц. и эритроц. покрывают поля зрения. Какие осложнения криминального аборта имеют место? Какова тактика лечения?

114. Больной 53 лет. Накануне случайно выпил 150 мл раствора сулемы (1:1000). В поликлинике промыл желудок и первые 12 часов состояние было удовлетворительным. На следующий день — головная боль, тошнота, рвота, анурия. При поступлении общее состояние средней тяжести. Жалуется на слабость, головную боль, отсутствие позывов к мочеиспусканию. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Почки не пальпируются. Область их при пальпации болезненна. Анализ крови; гемогл. — 140 г/л, эритроц. — 3 500 000,

лейк.10 400, СОЭ — 33 мм/час, мочеви́на — 21,6 ммоль/л, калий — 6,7 ммоль/л, натрий — 127 ммоль/л.

Поставьте диагноз и обоснуйте тактику лечения.

115. Больной 27 лет. В течение 3 лет страдает язвенной болезнью желудка с частыми обострениями заболевания. За последнюю неделю состояние значительно ухудшилось, появилась частая рвота, отмечает отрыжку, постоянную тошноту. Объективно: сознание спутано, адинамичный, пониженного питания. Кожа и видимые слизистые бледные. Кожа сухая. АД — 85/50 мм рт. ст. Пульс 108 в 1 мин слабого наполнения. Со стороны органов грудной клетки изменений не выявлено. При пальпации живота определяется болезненность в эпигастральной области, шум «плеска». Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Суточный диурез — 270 мл. Содержание калия в плазме 2,5 ммоль/л, натрия - 126 ммоль/л, мочевины — 28,6 ммоль/л.

Укажите диагноз и осложнения основного заболевания.

116. Больной 43 лет доставлен в клинику по поводу болей в левой поясничной области, возникших после падения с высоты 2 метров. После травмы во время двукратного мочеиспускания отметил наличие макрогематурии. Состояние средней степени тяжести. АД и пульс нормальные. Со стороны органов грудной клетки и брюшной полости патологических изменений не обнаружено. Имеется небольшая болезненная припухлость в левой поясничной области.

Укажите предварительный диагноз и обоснуйте его.

117. Больной 25 лет доставлен в клинику по поводу болей в правой поясничной области, макрогематурии со сгустками. Час тому назад больному был нанесен удар твердым предметом в правую поясничную область. Положение вынужденное: выраженный сколиоз в большую сторону. В области правого подреберья определяется болезненная припухлость. Пульс 128 ударов в 1 минуту, АД 85/50 мм.рт.ст. Признаков раздражения брюшины нет, свободная жидкость 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. При хромоцистоскопии слева моча, окрашенная индигокармином, появилась на 7 мин.

Ваш диагноз? Лечебная тактика? Имеется ли целесообразность в выполнении какого-либо исследования?

118. Больной 35 лет поступил в клинику по поводу болей в надлобковой области, ишурии. Три часа тому назад, будучи в нетрезвом состоянии, получил удар в надлобковую область. Несмотря на сильные позывы к акту мочеиспускания, после травмы помочиться не может. Положение вынужденное — сидит. Имеется симптом «ваньки-встаньки». При ректальном исследовании определяется нависание передней стенки прямой кишки. В брюшной полости перкуторно определяется свободная жидкость.

Ваш предварительный диагноз? Диагностическая и лечебная тактика?

119. У больного клинически и рентгенологически диагностирован внебрюшинный разрыв мочевого пузыря.

Какова лечебная тактика?

120. Больной 40 лет поступил в клинику по поводу уретроррагии. Час тому назад на стройке упал и ударился промежностью о доску.

Ваш предварительный диагноз? Какие методы обследования показаны?

121. Больной 42 лет находится в травматологическом отделении, куда доставлен 2 часа назад после дорожной травмы в шоковом состоянии. После выведения из шока произведен снимок костей таза, на котором определяется перелом лонной кости слева. Самостоятельно не мочится, пальпируется увеличенный мочевого пузырь, в области наружного отверстия уретры запекшаяся кровь.

Какова диагностическая и лечебная тактика?

122. На прием к врачу мать принесла ребенка с жалобами на боли в области полового члена. Головка полового члена отечна, цианотична из-за ущемления крайней плотью.

Что произошло с ребенком? Какие лечебные мероприятия необходимы?

### *Андрология*

**Задача № 1** Пациент 15 лет обратился к урологу с жалобами на тянущие периодические боли в левой половине мошонки, усиливающиеся при физической нагрузке. При обследовании: наружные половые органы визуально не изменены, развиты правильно, согласно возрасту и полу. При пальпации левой половины мошонки в положении лежа патологии не определяется, при пальпации в положении стоя и натуживании определяется опухолевидное образование в дистальной части семенного канатика, по консистенции напоминающее «клубок червей». Образование исчезает в положении лежа, безболезненно; наружное отверстие пахового канала не расширено, симптом кашлевого толчка отрицательный. Ваш предположительный диагноз, методы дообследования и лечебная тактика.

**Задача № 2** Пациент 22 лет оперирован 1 год назад по поводу варикоцеле слева 2 ст. - выполнена операция Иванисевича. В настоящее время предъявляет жалобы на увеличение левой половины мошонки. При обследовании: левая половина мошонки увеличена, кожа ее не изменена, подвижна. При пальпации левая половина мошонки туго-эластической консистенции, безболезненна, яичко и придаток не определяются. Ваш предположительный диагноз, методы дообследования, лечебная тактика.

**Задача №3** Пациент 56 лет обратился к урологу с жалобами на дискомфорт в правой половине мошонки, опухолевидное образование в области верхнего полюса правого яичка, тянущие боли в правой поясничной области и периодическую примесь крови в моче. При обследовании: пальпация органов мошонки безболезненна, в дистальной части правого семенного канатика пальпируется опухолевидное образование, эластической консистенции, не изменяющееся при пробе Вальсальвы. При пальпации живота в правом подреберье пальпируется больших размеров опухолевидное образование, болезненное, туго эластической консистенции; поколачивание в поясничной области чувствительно справа. Ваш предположительный диагноз, методы дообследования.

**Задача №4** Пациент 20 лет обратился к урологу с жалобами на тянущие периодические боли в левой половине мошонки, усиливающиеся при физической нагрузке. При пальпации левой половины мошонки определяется опухолевидное образование в дистальной части семенного канатика, по консистенции напоминающее «клубок червей», при пробе Вальсальвы размеры образования увеличиваются. 1 год назад выполнена операция Иванисевича по поводу левостороннего варикоцеле. Ваш предположительный диагноз и методы его уточнения.

**Задача №5** Пациент 28 лет поступил в отделение урологии с жалобами на наличие расширенных вен левой половины мошонки, бесплодие (2-й «бездетный» брак). Анамнез: считает себя больным около 12-ти лет, когда впервые отметил асимметрию мошонки, направлен в отделение урологии врачом-андрологом центра планирования семьи в связи с

выявлением некроспермии в спермо-грамме. Объективно: левая половина мошонки увеличена по сравнению с правой, в ней пальпируются варикозно-расширенные вены на уровне нижнего полюса яичка. Ваш диагноз. Тактика обследования. Тактика лечения.

**Задача №6** Пациент 18 лет поступил в отделение урологии с жалобами на наличие объемного образования в левой половине мошонки. Анамнез: 6 месяцев назад перенес операцию Иванисевича слева, появление объемного образования за метил около 3 –х месяцев назад. Травмы отрицает. Объективно: левая половина мошонки 8х6 см, увеличена за счет плотно-эластичного образования, безболезненна, гиперемии кожи нет. Диагноз? Тактика обследования? Тактика лечения?

**Задача №7** Пациент 32 лет поступил в отделение урологии с жалобами на наличие объемного образования в правой половине мошонки, периодические тянущие боли в ней при ходьбе. Анамнез: появление объемного образования заметил около 6 месяцев назад. Травмы отрицает. Объективно: мошонка симметрична, гиперемии кожи нет, в области придатка правого яичка пальпируется округлое, безболезненное, плотно-эластичное образование 1,5 x 1,5 см. Диагноз? Тактика обследования? Тактика лечения?

**Задача №8** Пациент 18 лет поступил в отделение урологии с жалобами на наличие расширенных вен левой половины мошонки, боли тянущего характера в левой половине мошонки после физической нагрузки. Анамнез: считает себя больным около 4 –х лет, когда впервые отметил асимметрию мошонки. Объективно: левая половина мошонки увеличена по сравнению с правой, в ней пальпируются варикозно-расширенные вены на уровне нижнего полюса яичка. Диагноз? Тактика обследования? Тактика лечения?

**Задача №9** В клинику доставлен больной 74 лет в крайне тяжелом состоянии. Жалобы на повышение температуры до 38, 5 С, затрудненное мочеиспускание, боли внизу живота и поясничной области. При осмотре: язык сухой, над лоном пальпируется перерастянутый мочевого пузырь, предстательная железа увеличена, туго-эластической консистенции. Уровень мочевины крови 30 ммоль/л. Ваш диагноз и тактика лечения?

**Задача №10** Больной 68 лет поступил в клинику с жалобами на невозможность самостоятельного мочеиспускания. Подобные жалобы возникли после приема алкоголя. При обследовании: живот умеренно вздут, мягкий болезненный в нижних отделах, где пальпаторно и перкуторно определяется мочевого пузырь, доходящий до пупка. Как оказать больному первую помощь? Какие методы диагностики необходимо выполнить?

**Задача №11** Больной 57 лет обратился к урологу с жалобами на учащенное мочеиспускание, императивные позывы к нему, ночную поллакиурию, вялую струю мочи, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря, периодически возникающую незначительную примесь крови в моче. Подобные жалобы в течение 2-х лет. Объективно: при ректальном исследовании простата значительно увеличена в размерах, туго-эластической консистенции, безболезненна, срединная бороздка сглажена. Ваш предположительный диагноз? Методы дообследования?

**Задача №12** Пациент 60 лет обратился к урологу с жалобами на учащенное мочеиспускание, императивные позывы к нему, недержание мочи, вялую струю мочи, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря. Объективно: балл по шкале IPSS = 24, при урофлоуметрии Q max 5 мл/с, по данным УЗИ — V простаты 60 см<sup>3</sup>, имеется средняя доля V 20 см<sup>3</sup>, остаточной мочи 200 см<sup>3</sup>, при ректальном исследовании простата значительно увеличена в размерах, туго- эластической консистенции, безболезненна, срединная бороздка сглажена. Уровень ПСА=2,1 нг/мл Ваш диагноз? Методы лечения?

**Задача №13** Пациент 54 лет обратился к урологу с жалобами на затрудненное учащенное мочеиспускание, недержание мочи, вялую струю мочи, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря. Объективно: балл по шкале IPSS = 7, при урофлоуметрии Q шах 14 мл/с, по данным УЗИ — V простаты 80 см<sup>3</sup>, остаточной мочи 20 см<sup>3</sup>, при ректальном исследовании простата значительно увеличена в размерах, туго-эластической консистенции, безболезненна, срединная бороздка сглажена. Уровень ПСА=2,1 нг/мл Ваш диагноз? Методы лечения?

**Задача № 14.** Больной А. 77 лет. Поступил с жалобами на ночную поллакиурию. Болен 1 год. При пальцевом ректальном исследовании простата незначительно увеличена, уплотнена, особенно по периферии левой доли, междолевая борозда определяется. Границы железы четкие, пальпация ее безболезненна. При ультразвуковом сканировании предстательной железы: неоднородные эхоструктуры с гипоэхогенным участком в левой доле. Размер железы 2,8x3,5x3,4. Остаточной мочи - 150 мл. Содержание мочевины в сыворотке крови 7,8 ммоль/л. Общий анализ крови и мочи - в норме. На экскреторных урограммах анатомо-функциональных изменений со стороны почек и верхних мочевых путей нет.

Наиболее вероятный диагноз? Необходимые методы диагностики?

**Задача № 15.**

Больной, 60 лет, поступил с ОЗМ, возникшей впервые. После 2-х кратной катетеризации мочеиспускание восстановилось, однако остаточной мочи 300 мл. Жажда, сухость во рту. Со стороны сердечно-сосудистой системы и легких возрастные изменения. Клинический анализ крови: гемоглобин - 120 г/л, СОЭ - 20 мм в/час. Относительная плотность мочи 1.006. Содержание мочевины в сыворотке крови 21 ммоль/л., креатинина – 532 мкмоль/л. Остальные показатели в пределах нормы. При ультразвуковом исследовании выявлены признаки двустороннего гидроуретеронефроза и наличие аденомы предстательной железы, расположенной субтригонально.

Диагноз? Вид оперативного лечения и его обоснование.

**Задача № 16.** Пациент 60 лет поступил в отделение урологии с жалобами на гнойные выделения из уретры. Резь при мочеиспускании. Анамнез: подобные явления отмечает в течение 4 –х лет, лечится у уролога в поликлинике по поводу обострений баланопостита. В течение 10 –ти лет страдает сахарным диабетом 2 –го типа, получает Диабетон. Объективно: головка полового члена не обнажается, крайняя плоть гиперемирована, при попытке обнажить головку полового члена выделяется сливкообразный гной. Диагноз? Тактика обследования? Тактика лечения?

**Задача № 17** Мужчина, 47 лет. Жалуется на ослабление полового влечения и снижение половой активности. Половые акты 1 раз в неделю, не столько по желанию, сколько по “семейному долгу”. Эрекция обычно неполная. Продолжительность полового акта — до 5 мин. Женат 18 лет, есть дети — 17 и 13 лет. Отношения с женой хорошие. Она удовлетворение получает. Отмечает снижение настроения, вялость, утомляемость. В последние годы прибавил в весе. Соматической патологии не выявлено, медицинских препаратов не получает. Кремастерные и кавернозные рефлексы в норме. Предстательная железа и анализ ее секрета — без патологии. Спермограмма: астенозооспермия, уровень фруктозы снижен, тест на кристаллизацию слабо выражен. При гормональном обследовании выявлено снижение уровня гормонов щитовидной железы (Т3 и Т4).

Каков диагноз? Каково дообследование и лечение?

**Задача № 18** Мужчина, 58 лет, жалуется на ослабление эрекций. Половые акты 1 раз в неделю, с неполной эрекцией. Продолжительность полового акта 5–7 мин. Жена

удовлетворена. Ослаблены как адекватные, так и спонтанные (утренние) эрекции. Половое влечение у пациента сохранено. Постепенное снижение эрекции стал отмечать в последние 3–5 лет, без видимых причин. Неврологической, урологической и эндокринной патологии не выявлено. Каково дальнейшее обследование?

**Задача № 19** Больной Р., 42 лет, обратился с жалобой на половую слабость. Эрекции стали неполными и иногда не возникают при попытке полового сближения. По характеру малообщительный, пунктуальный, склонный проверять свои действия, чтобы не допустить ошибки. Холост. Поллюции с 13–14 лет, с эротическими сновидениями. Мастурбация умеренная, с 12 лет. Нерегулярно живет половой жизнью с 20 лет. Половые акты длились 3–5 мин, под влиянием алкоголя несколько удлинялись, мог повторить их два раза в течение ночи. Последние 10 лет изредка встречался с Г. Акты протекали успешно. Два года тому назад в Кисловодске выпил немного вина и впервые в жизни эрекция не возникла при попытке сближения со случайной знакомой. Это вызвало недоумение. Через 3 месяца перед сближением с новой знакомой алкоголь не употреблял, чувствовал себя неуверенно. Эрекция сначала была хорошей, но во время приготовления к половой близости исчезла. Последний год ухаживает за М., 26 лет. Она ему нравится, хочет на ней жениться. Перед половой близостью с ней очень волновался, опасался неудачи. И действительно, эрекция исчезла в последний момент. То же повторилось при последующих попытках. Однако после этого с Г. половой акт прошел успешно, хотя эрекция была ослабленной, что и послужило поводом обращения к врачу. При осмотре — половые органы хорошо развиты. Неврологически — без особенностей. При обследовании обнаружен хронический простатит (в секрете предстательной железы 30–40 лейкоцитов в поле зрения). Какой диагноз? Какое рекомендовать лечение?

**Задача № 20** Больной Я., 52 лет, обратился с жалобами на «импотенцию». Половая жизнь с 19 лет. Женат 20 лет. Имеет двоих детей. Отношения в семье хорошие. Половые акты 4–5 раз в неделю, иногда дублировал. Эрекции были хорошие. Жена получала удовлетворение. В последние годы эрекция стала слабее. Перестал удовлетворять жену. Вынужден прибегать к альтернативным формам половой жизни. Половое влечение сохранено, хотя и несколько ослаблено. Неполные эрекции возникают под влиянием эротической стимуляции, при виде эротических сцен, а также под влиянием эротических фантазий и при мастурбации. Урологических и эндокринных нарушений не обнаружено. Неврологически — рассеянная микросимптоматика. Нерезко выраженные явления склероза периферических сосудов и их изменение на глазном дне. Артериальное давление 160/110 мм рт. ст. Каковы предположительный диагноз и лечебная тактика?

**Задача № 21** Больной 25 лет, обратился с жалобами на острую боль в левой половине мошонки. Считает себя больным в течении 2-х часов. Об-но: яичко расположено высоко в мошонке, лежит горизонтально. Рефлекс мышцы, поднимающей яичко, не определяется. Приподнимание мошонки не приносит облегчение. Анализ мочи без патологии. Диагноз? Дифференциальная диагностика? Тактика?

**Задача № 22** Больной 40 лет, обратился с жалобой на пальпируемый плотный участок на теле полового члена, боль и искривление полового члена при эрекции, постепенное снижение половой функции. Вышеуказанные жалобы беспокоят в течении года. Травм не было. Диагноз? Методы обследования? Лечение?

**Задача № 23** Мужчина 83 лет обратился к врачу по поводу увеличения левого яичка. Со слов больного, яичко постепенно увеличилось в течение 1 месяца. Боли нет. Симптомов нарушения мочеиспускания нет. Травмы нет. Половые органы: мошонка увеличена, отека

и гиперемии нет. Левое яичко значительно увеличено, придатки, семенные канатики не изменены. Других изменений мочеполовых органов не выявлено. УЗИ мошонки: диффузное увеличение левого яичка, паренхима гомогенная, опухоли нет. Обзорная рентгенография грудной клетки и КТ органов брюшной полости без патологии.  
Диагноз? Лечение?

**Задача № 24** Мужчина 35 лет, доставлен в приемное отделение с жалобами на острую боль в левом яичке, возникшую около 5 ч назад. Данные боли появились после полового акта. Температура 37.7С  
Общее состояние: явное страдание, лежит на правом боку. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Яичко болезненное и может занимать высокое горизонтальное положение, кремастериальный рефлекс отсутствует на стороне поражения. Данные жалобы отмечались в детском возрасте.  
Диагноз? Тактика лечения?

**Задача № 25** Больной 20 лет, обратился с жалобами на боли в левом яичке, распространяющиеся по ходу семенного канатика в паховую область и нижнюю часть живота, тошноту и рвоту. Считает себя больным в течении 2-х часов. Травму отрицает. Об-но: левая половина мошонки незначительно увеличена. Отмечается гиперемия кожи. При пальпации яичко напряжено, увеличено, болезненно, подтянуто к наружному отверстию пахового канала.  
Диагноз? Тактика?

**Задача № 26** Мужчина 30 лет, обратился на прием в поликлинику с жалобами на боли в правом яичке, повышение температуры тела до 39°С. Болен два дня.  
При осмотре правая половина мошонки увеличена, кожа гиперемирована, отечна. При пальпации органов мошонки определяется увеличенный, резко болезненный придаток правого яичка, правый семенной канатик утолщен, болезненный при пальпации.  
Ваш диагноз? Лечебная тактика?

**Задача № 27** В приемный покой доставлен мужчина 45 лет с жалобами на резко болезненную эрекцию полового члена, продолжающуюся 18 часов. Из анамнеза известно, что эрекция возникла после введения в кавернозные тела 3 мл папаверина гидрохлорида с целью индукции эрекции.  
При осмотре половой член в состоянии эрекции, пальпация полового члена резко болезненная.  
Ваш диагноз? Методы лечения?

**Задача № 28.** У больного после перенесенного острого респираторного заболевания появились резкие боли в правой половине мошонки, гиперемия и отек ее кожи. При пальпации правое яичко и его придаток увеличены в размерах, резко болезненны.  
· Предварительный диагноз.  
· С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?  
· Какое предлагаете лечение?

**Задача № 29.** У больного 18 лет, обнаружены следующие симптомы: увеличение правой половины мошонки, кожа мошонки не изменена, правое яичко увеличено, бугристое, плотное, безболезненное.  
· Ваш диагноз?  
· Какие исследования необходимы для его подтверждения?  
· Тактика лечения?

**Задача № 30.** У больного 25 лет при физикальном обследовании обнаружено: увеличение левой половины мошонки, кожа мошонки не изменена, по ходу левого семенного канатика определяются извилистые безболезненные образования, левое яичко уменьшено в размере.

- Ваш предварительный диагноз?
- Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?
- Тактика лечения?

**Задача № 31.** Пациент 20 лет, поступил в отделение урологии с жалобами на наличие объемного образования в левой половине мошонки. Из анамнеза: 6 месяцев назад перенес операцию Иванисевича слева. Появление объемного образования заметил около 3-х месяцев назад. Травму отрицает. Об-но: левая половина мошонки увеличена за счет плотноэластического образования, безболезненна, гиперемии кожи нет.

Диагноз? Тактика лечения?

**Задача № 32** Пациент 19 лет, обратился с жалобами на затрудненное мочеиспускание, раздувание, препуциального мешка при мочеиспускании. При осмотре головка полового члена не обнажается вследствие резкого сужения наружного отверстия препуциального мешка.

Диагноз? Тактика?

**Задача № 33** Пациент 35 лет, обратился с жалобами на болезненное увеличение в объеме крайней плоти, невозможность закрытия головки полового члена, возникшее после полового акта. При осмотре: головка полового члена обнажена, отечная, цианотичная. Крайняя плоть багрово- цианотичной окраски, резко отечная, болезненная.

Диагноз? Тактика?

**Задача № 34** Пациент 24 года, обратился с жалобами на эпизодические тупые боли в левой половине мошонки, возникающие после физ. нагрузки. Пальпаторно: по ходу левого семенного канатика определяется гроздьевидное, безболезненное, эластичное образование, исчезающее в лежачем положении.

Каковы диагноз, методы обследования и лечения?

**Задача № 35** Больной 25 лет обратился с жалобой на сужение крайней плоти, при котором невозможно обнажить головку пениса.

Ваш предположительный диагноз? Тактика лечения?

**Задача № 36** Больной 18 лет, обратился с жалобами на боли в паховой области справа в течение 2 часов после физической работы в саду под дождем в весеннее время; при осмотре правое яичко подтянуто, при пальпации болезненно.

Ваш предположительный диагноз, тактика лечения?

**Задача № 37** Больной 22 года, обратился с жалобой на тянущую боль в паховой области слева, пальпаторно определяется мягкое, похожее на виноград образование, спадается в положении лежа и при приподнятом яичке, яичко уменьшено. Диафаноскопия – свет не пропускается.

Ваш предположительный диагноз, тактика лечения?

**Задача № 38** Больной 25 лет, обратился к урологу с заболеванием «гидроцеле», в анамнезе за последние 2 года- 2 раза жидкость была аспирирована.

Какой метод лечения рекомендован больному?

**Задача № 39** Больной 23 лет обратился с жалобой на объемное образование в мошонке справа. При пальпации образование гладкое, эластичной консистенции. Яичко не пальпируется, болезненности нет. При диафаноскопии- пропускается свет.  
Ваш предположительный диагноз, тактика лечения?

**Задача № 40** Больной 21 года обратился с жалобой на объемное образование в мошонке слева, которое пальпируется позади яичка. Больной испытывает тянущие боли. Пальпаторно – образование гладкое напряженное, отграничено от яичка. При диафаноскопии- пропускается свет.  
Ваш предположительный диагноз, тактика лечения?

**Задача № 41** Больной 80 лет, обратился с жалобой на сужение крайней плоти, при котором невозможно обнажить головку пениса. Мочеиспускание затруднено. В анамнезе сахарный диабет 1 типа в течение 10 лет.  
Ваш предположительный диагноз? Тактика лечения?

**Задача № 42** Больной 25 лет, обратился в экстренном порядке с жалобой на сужение крайней плоти, при котором невозможно обнажить головку пениса.  
Ваш предположительный диагноз? Тактика лечения?

### 3. Образец экзаменационного билета

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
«Оренбургский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра хирургии  
Курс урологии

Кандидатский экзамен

«Специальная дисциплина в соответствии с темой диссертации на соискание ученой степени кандидата наук» по научной специальности

3.1.13 Урология и андрология

**СОГЛАСОВАНО**

проректор по научной,  
инновационной и международной  
деятельности

\_\_\_\_\_ Лященко С.Н.  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2022 год

**УТВЕРЖДАЮ**

проректор по учебной работе

\_\_\_\_\_ Чернышева Т.В.  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2022 год

### ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 1

1. Боль. Локализация и характер при заболеваниях органов мочеполовой системы
2. Понятие о половой конституции мужчины. Виды конституций и параметры их определения
3. ЗАДАЧА. Больной 6 лет, жалобы на затрудненное мочеиспускание. При осмотре головка полового члена не обнажается из-за резкого сужения крайней плоти, которая во время мочеиспускания растягивается в области препуциального мешка.  
О каком диагнозе следует думать? Какими осложнениями опасно это заболевание? Каковы лечебные рекомендации?

Составители:

к.м.н., доцент кафедры хирургии

П.В. Нагорнов

д.м.н., профессор  
заведующий кафедрой  
хирургии

С.В. Мирошников

Дата: 01.03. 2022 г.



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

Методические указания для аспирантов  
по организации и проведению педагогической практики

Оренбург, 2022

*Концепция педагогической практики* предполагает освоение традиционных форм и методов преподавания на кафедре и привнесение в процесс новых подходов с учетом современных условий информатизации и компьютеризации образования. В ходе педагогической практики аспирант реально участвует в образовательной деятельности, реализует свой творческий подход к этому процессу.

Отбор содержания и организация практики обусловлены принципами развития высшего образования и задачами обучения в аспирантуре:

1. **личностной ориентации** образования (принцип предполагает выявление возможностей содержания для самовоспитания и самообразования);
2. **гуманитаризации** (принцип определяет тенденции интеграции знаний в сфере человекознания и обосновании ценностных основ теоретических построений, диалогичность учебного материала, ориентацию обучающихся на сопоставление различных точек зрения, позиций, концепций);
3. **фундаментализации** (принцип определяет концентрацию практического материала вокруг «ядра» научных дисциплин как основы решения профессиональных задач и «задачное построение» содержания, предполагающего активизацию исследовательской деятельности);
4. **практико-ориентированности (технологичности)** (принцип направлен на реализацию методологической взаимосвязи науки и практики);
5. **принципа дополненности** (принцип характеризует взаимодействие различных форм знания: обыденного, научного, вненаучного);
6. **вариативности** (принцип ориентирует на максимальный учет индивидуальных особенностей профессионального становления и профессионально-личностной рефлексии, потребностей рынка труда);
7. **историзма**, который предполагает научную объективность в освещении исследуемых процессов; рассмотрение изучаемых явлений и фактов в контексте конкретно-исторического времени; сочетания ретроспективы с перспективой, что обуславливает определенную актуализацию прогностической функции и ориентацию на современные проблемы развития науки.

## **2. Содержание и характеристика деятельности аспирантов**

В ходе педагогической практики аспиранты включаются во все виды профессиональной деятельности, осуществляемой в сфере образования: преподавательская, консультационная, экспертная, исследовательская, коррекционно-развивающая, воспитательная, научно-методическая, управленческие мероприятия на базе педагогической практики. При этом выделяется следующее содержание и характер деятельности:

- владение теоретическими знаниями и разнообразными научными методами, приемами и средствами обучения, обеспечивающими уровень подготовки студентов, соответствующий требованиям Федерального государственного образовательного стандарта;

- осуществление обучения и воспитания с учетом специфики преподаваемого медицинских дисциплин, с ориентацией на профессиональное самоопределение и становление студентов;

- проектирование и проведение лекций, практических занятий и семинаров, лабораторных занятий по профильным дисциплинам;

- осуществление оптимального отбора средств, приемов, методов и форм обучения, адекватных содержанию учебного материала и возрастным особенностям студентов;

- участие в деятельности кафедры, факультета (института), вуза;

- планирование учебно-воспитательной работы со студентами на дальнюю и ближнюю перспективу;

- стимулирование самостоятельной работы студентов с учетом психолого-педагогических требований, предъявляемых к обучению, воспитанию и развитию;
  - содействие формированию педагогической культуры и мастерства аспиранта, профессионального мышления, профессионально-значимых качеств: организационных, конструктивных, коммуникативных, гностических;
  - анализ собственной деятельности с целью ее совершенствования и определения перспектив самообразования;
  - выполнение правил и норм охраны труда, техники безопасности, обеспечение охраны жизни и здоровья студентов в образовательном процессе.
- Содержание программы определяется целью (задачами) и видом практики.

### 3. Разделы (этапы) и виды работ на практике

1. *Самостоятельная работы: теоретическая и учебно-методическая:*
  - Разработка индивидуальной программы прохождения практики.
  - Работа с нормативными документами, регламентирующими образовательный процесс: изучение и анализ рабочей программы по учебной дисциплине.
  - Участие в деятельности кафедры: обсуждение вопросов на заседании кафедры и/или научно-методическом семинаре.
    - Изучение опыта работы ведущих преподавателей кафедры, факультета, вуза.
    - Посещение и анализ занятий аспирантов.
    - Подготовка к проведению учебных и внеучебных занятий.
    - Разработка конспектов учебных (лекционных, семинарских/практических/лабораторных) занятий и внеучебных занятий.
    - Разработка оценочных средств по учебной дисциплине
    - Консультации с руководителями педагогической практики, с ведущими преподавателями вуза.
2. *Проведение учебных занятий, индивидуальной работы и внеаудиторных мероприятий по учебным дисциплинам:*
  - Проведение лекционных занятий.
  - Проведение семинарских занятий; практических и лабораторных занятий.
  - Проведение внеучебных занятий (внеаудиторные мероприятия по предмету).
  - Проведение индивидуальной работы со студентами (проведение различных форм индивидуальной работы со студентами по темам проводимых аспирантом лекционных, семинарских, практических занятий).
4. *Деятельность по планированию и решению задач собственного профессионального и личностного развития*
  - Планирование собственного профессионального и личностного развития.
5. *Самоанализ и аналитический отчет аспиранта.*
  - Составление отчета по научно-педагогической практике.
  - Проведение итоговой конференции.

#### Циклограмма прохождения практики

№ п/п	Наименование раздела (этапа)	Содержание раздела (этапа)
<b>1. Этап самостоятельной работы: теоретическая и методическая-</b>		
1.1.	Разработка индивидуальной программы прохождения практики.	Разработка индивидуальной учебной программы прохождения педпрактики.
1.2.	Работа с нормативными документами, регламентирующим и образовательный процесс (изучения и анализа рабочей программы по учебной дисциплине).	Виды деятельности аспиранта: – знакомство с организацией учебно-воспитательного процесса в высшей школе; – ознакомление с федеральными

		государственными образовательными стандартами, учебными планами, рабочими программами; – освоение организационных форм и методов обучения в высшем учебном заведении, изучение учебно-методической литературы, программного обеспечения по дисциплинам учебного плана.
1.3.	Участие в деятельности кафедры.	Обсуждение вопросов на заседании кафедры или научно-методического семинара (вариативное задание)
1.4.	Изучение опыта преподавания учебных дисциплин.	Виды деятельности аспиранта: Изучение современных образовательных технологий и методик преподавания в высшем учебном заведении; посещение учебных занятий ведущих преподавателей по учебной дисциплине в соответствии с выбранным профилем; анализ занятий, посещение научно-методических консультаций; посещение и анализ занятий других аспирантов.
1.5.	Подготовка к проведению учебных и внеучебных занятий (внеаудиторных мероприятий).	Консультации с руководителями педагогической практики; ведущими преподавателями; разработка конспектов учебных занятий, в том числе, в интерактивной форме; разработка оценочных средств по учебной дисциплине.
<b>2. Исполнительский этап: проведение учебных занятий и индивидуальной работы по учебным дисциплинам</b>		
2.1.	Проведение лекций.	Виды деятельности аспиранта (подготовка к лекционным занятиям; методическая работа (индивидуальное планирование и разработка содержания лекций); разработка учебно-методического сопровождения выбранной дисциплины, самостоятельное проведение лекций; самоанализ проведенного лекционного занятия).
2.2.	Проведение семинарских занятий по учебной дисциплине.	Виды деятельности аспиранта (подготовка к семинарским занятиям; методическая работа (индивидуальное планирование и разработка содержания семинарских занятий); разработка учебно-методического сопровождения по темам семинарских занятий, самостоятельное проведение семинарских занятий;

		самоанализ проведенных семинарских занятий)
2.3.	Проведение практических и лабораторных занятий по учебной дисциплине.	Виды деятельности аспиранта (подготовка к практическим и лабораторным занятиям; методическая работа (индивидуальное планирование и разработка содержания практических и лабораторных занятий; разработка учебно-методического сопровождения практических и лабораторных занятий, самостоятельное проведение практических и лабораторных занятий; самоанализ практических и лабораторных занятий).
2.4.	Проведение внеучебных занятий (внеаудиторных мероприятий).	Проведение внеаудиторных мероприятий по предмету (вариативное задание)
2.5.	Индивидуальная работа со студентами.	Проведение различных форм индивидуальной работы со студентами по темам проводимых аспирантом лекционных, семинарских, практических занятий.
<b>3. Отчетно-рефлексивный этап: деятельность по планированию и решению задач собственного профессионального и личностного развития; подведение итогов практики</b>		
	Планирование собственного профессионального и личностного развития.	Отбор методов диагностики с целью изучения уровня собственного профессионального и личностного развития; диагностика уровня собственного профессионального и личностного развития; анализ достоинств и недостатков в своем профессиональном и личностном развитии; составление программы собственного профессионального и личностного развития.
	Подведение итогов практики	Подготовка отчетной документации и аналитического отчета по результатам педагогической практики

#### **4. Примерный перечень заданий по практике**

- Участие в деятельности кафедры. Обсуждение вопросов на заседании кафедры или научно-методического семинара (конкретный вид участия на выбор аспиранта).
- Анализ рабочей программы по учебной дисциплине или рабочей программы в формате АРМ (автоматизированное рабочее место) (вариативное задание).
- Посещение и изучение опыта работы преподавателей вуза.
- Наблюдение и анализ учебных занятий аспирантов.
- Разработка конспектов учебных занятий аспиранта.
- Проведение учебных занятий.
- Самоанализ учебных занятий.
- Проведение внеаудиторных мероприятий по учебной дисциплине (конкретный вид и тема мероприятия на выбор аспиранта).
- Разработка оценочных средств по учебной дисциплине.

- Проведение индивидуальной работы со студентами по темам проводимых аспирантами занятий.
- Разработка программы собственного профессионального и личностного развития.
- Подготовка отчётной документации и аналитического отчёта по результатам педагогической практики.
- Текущая аттестация. Отчет на кафедральном совещании.

*По итогам прохождения практики аспирант предъявляет на кафедру результаты для получения дифференцированного зачета/аттестации следующую документацию:*

- конспекты учебных занятий аспиранта;
- самоанализ проведенных учебных занятий;
- протоколы посещения аспирантом занятий преподавателя вуза, научного руководителя;
- протоколы посещения и анализа занятий других аспирантов;
- разработка учебно-методических материалов, оценочных средств по учебной дисциплине;
- дневник практики;
- отзыв руководителя практической подготовки (научного руководителя) аспиранта о проведенной педагогической практике.
- письменный отчёт о прохождении педагогической практики.

Руководитель научно-педагогической практики  
(научный руководитель):

- обеспечивает четкую организацию, планирование и учет результатов практики;
- утверждает общий план-график проведения практики, его место в системе индивидуального планирования аспиранта, дает согласие на допуск аспиранта к преподавательской деятельности;
- подбирает дисциплину, учебную группу в качестве базы для проведения педагогической практики, знакомит аспиранта с планом учебной работы, проводит открытые занятия;
- оказывает научную и методическую помощь в планировании и организации учебного взаимодействия;
- контролирует работу практиканта, посещает занятия и другие виды его работы со студентами, принимает меры по устранению недостатков в организации практики;
- участвует в анализе и оценке учебных занятий, дает заключительный отзыв об итогах прохождения практики;
- обобщает учебно-методический опыт практики, вносит предложения по ее рационализации; участвует в работе отдела аспирантуры и докторантуры по обсуждению вопросов педагогической практики.

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

## **ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**По проведению текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации  
обучающихся в виде зачета по дисциплине  
«Биостатистика»**

Оренбург, 2022

## **1. Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме зачета по дисциплине «Биостатистика».

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме зачета, определенной в учебной плане и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков, установленной в рабочей программе дисциплины.

## **2. Вопросы промежуточной аттестации (зачет) по дисциплине «Биостатистика»**

1. Этапы статистического исследования и их содержание.
2. План статистического исследования. Типовые пункты.
3. Способы определения необходимого числа наблюдений при формировании выборочной совокупности.
4. Формы отбора статистических данных, используемые для формирования репрезентативного состава статистической совокупности.
5. Содержание программы статистического исследования.
6. Рекомендации по формированию неофициальных первичных учетных документов.
7. Программа разработки материала и виды статистических таблиц.
8. Подготовка статистических данных для последующего анализа на компьютере.
9. Описательная статистика качественных данных. Относительные величины.
10. Стандартная ошибка относительных величин и доверительные интервалы. Способы расчета и практическое применение.
11. Определение уровня статистической значимости различий между относительными величинами.
12. Описательная статистика количественного признака. Понятие о характере распределения количественного признака.
13. Определение вариабельности количественного признака при нормальном распределении и распределении, отличном от нормального.
14. Стандартная ошибка средней арифметической величины и доверительные интервалы. Способы расчета и практическое применение.
15. Определение уровня статистической значимости различий между средними величинами. Параметрические и непараметрические методы.
16. Понятие о корреляционной зависимости. Способы определения коэффициента корреляции и интерпретация результатов.
17. Понятие о регрессионном анализе. Линейные и нелинейные модели.
18. Динамические ряды, основные подходы к анализу.
19. Прогнозирование динамики явлений.
20. Основные понятия моделирования. Виды моделей. Представление модели в виде «черного ящика».
21. Интерфейс программы Statistica 10.0. Создание и сохранение документов.
22. Организация статистических данных в программе Statistica 10.0. Основной функционал по работе с данными.

23. Использование формы «двойной записи» в программе Statistica 10.0 для ввода и анализа качественных данных.
24. Вычисление индексов и перекодирование данных в программе Statistica 10.0.
25. Формирование подмножества данных и объединение.
26. Определение объема выборки в Statistica 10.0 при помощи модуля «Анализ мощности».
27. Построение таблиц частот и таблиц сопряженности в Statistica 10.0.
28. Графическое изображение относительных величин в Statistica 10.0 и MS Excel.
29. Определение характера распределения количественных данных в Statistica 10.0.
30. Описательная статистика количественных признаков в Statistica 10.0.
31. Определение статистической значимости различий между независимыми группами в программе Statistica 10.0 по количественным признакам при нормальном распределении: расчет критерия Стьюдента, дисперсионный анализ.
32. Определение статистической значимости различий между независимыми группами в программе Statistica 10.0 по количественным признакам при распределении отличном от нормального: расчет критерия Манна - Уитни, непараметрический дисперсионный анализ Краскела - Уолеса.
33. Определение статистической значимости различий между зависимыми группами в программе Statistica 10.0 по количественным признакам: расчет критерия Вилкоксона, непараметрический дисперсионный анализ Фридмана.
34. Графическое изображение средних величин в Statistica 10.0.
35. Проведение корреляционного анализа Пирсона и Спирмена в Statistica 10.0.  
Графическое изображение результатов.
37. Построение линейных регрессионных моделей в Statistica 10.0.
38. Построение нелинейных регрессионных моделей в Statistica 10.0.
39. Анализ динамических рядов с помощью MS Excel и Statistica 10.0.
40. Математическое моделирование методом построения деревьев классификаций в Statistica 10.0.

### **3. Образец зачетного билета**

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
«Оренбургский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

кафедра сестринского дела  
дисциплина «Биостатистика»  
по укрупненным группам направлений подготовки  
1.5 Биологические науки; 3.1 Клиническая медицина; 3.2 Профилактическая медицина;  
3.3 Медико-биологические науки

#### **ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ №1**

##### **I. ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ В ИС УНИВЕРСИТЕТА**

##### **II. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

1. Этапы статистического исследования и их содержание.
2. Определение статистической значимости различий между независимыми группами в программе Statistica 10.0 по количественным признакам при распределении отличном от нормального: расчет критерия Манна - Уитни, непараметрический дисперсионный анализ Краскела - Уолеса.
3. Задача. Используя учебную базу статистических данных, проведите построение таблицы сопряженности, оцените статистическую значимость различий между показателями, представьте данные графически.

##### **III. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

Практическая часть в соответствии с билетом (Приложение)

Заведующий кафедрой сестринского дела,  
д.м.н., доцент Бегун Д.Н.

Декан факультета подготовки кадров высшей квалификации  
к.м.н., доцент И.В. Ткаченко

Дата: 01.03. 2022 г.

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

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**Программа кандидатского экзамена  
«Иностранный язык»**

**По проведению текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации  
обучающихся в виде зачета по дисциплине  
«Иностранный язык»**

Оренбург, 2022

## **1. Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме кандидатского экзамена и зачета по дисциплине «Иностранный язык».

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме кандидатского экзамена и зачета, определенной в учебной плане и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков, установленной в рабочей программе дисциплины.

## **2. Вопросы для подготовки и сдачи кандидатского экзамена**

### **«Иностранный язык» (по укрупненным группам направлений подготовки 1.5 Биологические науки; 3.1 Клиническая медицина; 3.2 Профилактическая медицина; 3.3 Медико-биологические науки)**

1. Какие речевые модели начала научной конференции вы знаете.
2. Перечислите основные речевые модели, используемые при выступлении на научной конференции.
3. Назовите основные речевые модели, используемые при завершении выступления на конференции.
4. Сформулируйте правило согласования времен.
5. Сколько типов вопросительных предложений Вы знаете.
6. Как образуются вопросительные предложения в английском языке?
7. Для какой цели служат разные типы вопросительных предложений?
8. Назовите особенности неличной формы глагола: Infinitive.
9. Сформулируйте особенности образования, употребления и перевода инфинитива в предложении.
10. Перечислите функции инфинитива в предложении. Приведите примеры
11. Сформулируйте особенности употребления и перевода инфинитивных конструкций в предложении.
12. Назовите особенности образования и перевода инфинитивного оборота Complex Subject.
13. Назовите особенности образования и перевода инфинитивного оборота Complex Object.
14. Перечислите основные коммуникативные фразы, необходимые для реализации доклада с презентацией.
15. Назовите основные грамматические конструкции, характерные для устного и письменного профессионально ориентированного общения на английском языке.
16. Сформулируйте особенности употребления и перевода усилительной конструкции.

### **Практические задания для проверки сформированных умений и навыков**

1. Монологическое высказывание аспиранта на английском языке по теме диссертационного исследования в рамках проведения конференции: «Contribution of Young Scientists into Medicine»
2. Работа с аутентичными текстами по специальности и теме диссертационного исследования аспиранта, с опорой на изученный языковой материал
3. Частотный словарь по теме диссертационного исследования по материалам аутентичных англоязычных текстов по специальности по результатам аналитического чтения специальной медицинской литературы
4. Реферат по материалам аутентичной англоязычной литературы по специальности по результатам аналитического чтения медицинской литературы по теме диссертационного исследования аспиранта
5. Составление аннотации на английском языке по теме диссертационного исследования аспиранта

### **3. Вопросы промежуточной аттестации (зачет) по дисциплине**

#### **«Иностранный язык»**

1. What language is the most important language in the world?
2. Where do the native speakers of English live?
3. How many people speak English as their mother tongue?
4. Why is a good knowledge of foreign languages the main obligation of tomorrow's doctors?
5. Should medical students study and work hard in order to achieve a good knowledge of English?
6. Can it increase their professional and intercultural outlook?
7. Do you like to study English?
8. Назовите особенности чтения односложных, двусложных и многосложных слов.
9. Перечислите особенности чтения английских согласных.
10. Перечислите буквосочетания, в которых имеются на произносимые согласные.
11. Сформулируйте правила чтения гласных в четырех типах слога.
12. Сформулируйте правила чтения гласных в открытом и закрытом типах слога.
13. В чем суть чтения безударных слогов?
14. Сформулируйте особенности ударения в одно-двусложных словах.
15. Сформулируйте особенности ударения в многосложных словах.
16. Сформулируйте правило образования степеней сравнения одно-двусложных прилагательных в английском языке.
17. Сформулируйте правило образования степеней сравнения многосложных прилагательных в английском языке.
18. Перечислите исключения образования степеней сравнения прилагательных.
19. Назовите функции глагола to be, особенности употребления в предложении. Проспрягайте глагол.
20. Назовите функции глагола to have, особенности употребления в предложении. Проспрягайте глагол.
21. Сформулируйте правило порядка слов в английском предложении.
22. Сформулируйте правило построения и перевода предложений с конструкцией there is (are).

23. Назовите особенности образования и перевода глаголов-сказуемых в форме Simple Active.
24. Перечислите слова-спутники, характерные для Simple Active. (Present, Past and Future).
25. Назовите особенности образования и перевода глаголов-сказуемых в форме Continuous Active.
26. Перечислите слова-спутники, характерные для Continuous Active. (Present, Past and Future).
27. Назовите особенности образования и перевода глаголов-сказуемых в форме Perfect Active.
28. Перечислите слова-спутники, характерные для Perfect Active. (Present, Past and Future).
29. Назовите особенности образования и перевода глаголов-сказуемых в форме Passive Voice.
30. Сформулируйте основные особенности образования, употребления и перевода видовременных форм английского глагола в активном залоге.
31. Сформулируйте основные особенности образования, употребления и перевода видовременных форм английского глагола в пассивном залоге.
32. Перечислите типы вопросительных предложений в английском языке.
33. Сформулируйте правило построения общего вопроса в английском языке.
34. С какой целью задают общий вопрос.
35. Сформулируйте правило построения альтернативного вопроса в английском языке.
36. Сформулируйте цель альтернативного вопроса.
37. Сформулируйте правило построения разделительного вопроса в английском языке.
38. С какой целью задают данный вопрос.
39. Сформулируйте правило построения специального вопроса в английском языке.
40. С какой целью задают специальный вопрос.
41. Перечислите основные словообразовательные элементы существительных и прилагательных английского языка.
42. Сформулируйте правило образования сказуемых в страдательном залоге:
  - Simple tenses;
  - Continuous tenses;
  - Perfect tenses.
43. Сформулируйте особенности употребления сказуемых в страдательном залоге в медицинских текстах по специальности.
44. В чем заключается разница употребления сказуемых в действительном и страдательном залогах.
45. Сформулируйте основные правила употребления разных типов вопросительных предложений при реализации профессионально ориентированной коммуникации.
46. Перечислите основные словообразовательные элементы существительных и глаголов английского языка.
47. Сформулируйте правило образования отрицательных предложений при реализации профессионально ориентированной коммуникации.
48. Назовите особенности употребления и перевода модальных глаголов. Дайте определение.
49. Перечислите эквиваленты модальных глаголов.
50. Назовите особенности употребления и перевода эквивалентов модальных глаголов при реализации научной коммуникации.

51. Сформулируйте особенности сказуемых с модальными глаголами.
52. Сформулируйте особенности сказуемых с эквивалентами модальных глаголов.
  
53. Назовите суффиксы существительных.
54. Перечислите суффиксы прилагательных.
55. Перечислите суффиксы наречий.
56. Какие приставки в английском языке имеют отрицательное значение?
57. Что означает словосложение?
58. Перечислите суффиксы английских глаголов.
59. Какие приставки имеют значение «неправильно, неверно»
60. Дайте определение неличной форме глагола «причастие».
61. Назовите особенности ее образования.
62. Сформулируйте особенности употребления причастия в предложении.
63. Сформулируйте особенности Participles как неличной формы глагола.
64. Назовите ее грамматические характеристики.
66. Назовите особенности употребления Participle I и перевода в предложении.
67. Назовите особенности употребления Participle II и перевода в предложении.
68. Перечислите возможности перевода английского причастия на русский язык. Приведите примеры.
69. Сформулируйте и укажите особенности образования, употребления и перевода сложных форм причастий в английском предложении.
70. Сформулируйте особенности образования, употребления и перевода Absolute Participle Construction.

#### 4. Образец экзаменационного билета

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
«Оренбургский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра иностранных языков

Кандидатский экзамен

«Иностранный язык»

(по укрупненным группам направлений подготовки

1.5 Биологические науки; 3.1 Клиническая медицина; 3.2 Профилактическая медицина; 3.3  
Медико-биологические науки)

**СОГЛАСОВАНО**

проректор по научной,  
инновационной и международной  
деятельности

\_\_\_\_\_ Лященко С.Н.  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2022 год

**УТВЕРЖДАЮ**

проректор по учебной работе

\_\_\_\_\_ Чернышева Т.В.  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2022 год

#### ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 1

1. Translate the text with the help of a dictionary (in writing).
2. Read the text without a dictionary and render it in Russian.
3. Speak on the aims and tasks of your research work.

Составители:

к.пед.н., доцент,  
заведующая кафедрой  
иностранных языков

Коровина И.А.

к.пед.н., доцент,  
доцент кафедры иностранных языков

Заболотная С.Г.

—

Дата: 01.03. 2022 г.

## 5. Образец зачетного билета

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
«Оренбургский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра иностранных языков  
дисциплина Иностранный язык

по укрупненным группам направлений подготовки

1.5 Биологические науки; 3.1 Клиническая медицина; 3.2 Профилактическая медицина; 3.3  
Медико-биологические науки

### **ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ №1**

#### **I. ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ В ИС УНИВЕРСИТЕТА**

#### **II. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

1. Сформулируйте правило образования отрицательных предложений при реализации профессионально ориентированной коммуникации.
2. Сформулируйте особенности сказуемых с модальными глаголами.
3. Перечислите эквиваленты модальных глаголов.

#### **III. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

Практическая часть в соответствии с билетом (Приложение)

Заведующая кафедрой  
иностраных языков  
к.пед.н., доцент И.А. Коровина

Декан факультета подготовки кадров высшей квалификации  
к.м.н., доцент И.В. Ткаченко

Дата: 01.03. 2022 г.

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

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**Программа кандидатского экзамена  
«История и философия науки»**

**По проведению текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации  
обучающихся в виде зачета по дисциплине  
«История и философия науки»**

Оренбург, 2022

## **1. Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме кандидатского экзамена и зачета по дисциплине «История и философия науки».

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме кандидатского экзамена и зачета, определенной в учебной плане и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков, установленной в рабочей программе дисциплины.

## **2. Вопросы для подготовки и сдачи кандидатского экзамена «История и философия науки» (по укрупненным группам направлений подготовки 1.5 Биологические науки; 3.1 Клиническая медицина; 3.2 Профилактическая медицина; 3.3 Медико-биологические науки)**

1. Культура античного полиса и становление первых форм теоретической науки.
2. Античная наука: условия возникновения, основные идеи и достижения.
3. Особенности развития средневековой науки.
4. Наука Нового времени: возникновение методологических программ научного познания (дилемма «эмпиризм-рационализм»).
5. Становление и развитие классической науки.
6. Эволюция подходов к анализу науки. Позитивизм XIX века и его программные цели в философии науки.
7. Русский космизм как уникальное направление философии науки.
8. Этнос науки и этические проблемы науки в XXI в.
9. Познавательная деятельность как социально-историческое явление
10. Эволюция и революция в истории науки.
11. Предмет философии науки, его историческая эволюция.
12. Наука и философия: сходство и различие.
13. Связь науки, культуры и цивилизации.
14. Взаимосвязь науки с политикой и бизнесом. Проблема ответственности за использование научных результатов
15. Наука как социальный институт.
16. Научное знание как элемент культуры.
17. Роль науки в современном образовании и формировании личности
18. Методы научного познания и их классификация.
19. Структура теоретического знания. Абстрагирование и идеализация как условие и начало теоретического познания.
20. Особенности научного познания: критерии и нормы научного исследования.
21. Объяснение и понимание в научном познании.
22. Критический рационализм К. Поппера. Логика роста и развития научного знания.
23. Научные революции: их причины, содержание и последствия.
24. Сциентизм и анитисциентизм как типы научного мировоззрения.
25. Научная картина мира и её основные формы.
26. Проблема отделения истины от заблуждения в науке.
27. Научное знание как сложная развивающаяся система.

28. Развитие науки в традиционных и техногенных цивилизациях.
29. Принцип фальсификации как инструмент научного познания.
30. Эмпирический и теоретический уровни научного познания, критерии их различения.
31. Аналогия и процедура обоснования теоретических знаний.
32. Усиление взаимосвязи между естественнонаучным и социально-гуманитарным знанием
33. Этика науки. Свобода научного поиска и моральная ответственность ученого
34. Наука и общество. Функции науки.
35. Феномен научных революций. Научные революции как перестройка оснований науки.
36. Критика науки и отрицание границ между наукой и другими формами познания (Фейерабенд).
37. Критика методологической концепции Канта в трансцендентальной модели познания Фихте.
38. Отношение между наукой и другими формами познания: наука и философия, наука и обыденное познание.
39. Три аспекта бытия науки: наука как познавательная деятельность, как социальный институт и как особая сфера культуры.
40. Методология познания в эпистемологической концепции И. Канта.
41. Язык науки
42. Проблема как форма научного познания.
43. Проблемные ситуации в науке как движущий фактор развития научного знания.
44. Специфика научного и вненаучного знания.
45. Компьютеризация науки и ее социальные последствия.
46. Прогрессивизм и традиционализм в научной мысли.
47. Уровни научного познания и структура научного знания.
48. Основания науки. Идеалы и нормы исследования, их социокультурная размерность
49. Роль принципа системности в научном познании.
50. Преимущество в развитии научных знаний.
51. Саморазвивающиеся синергетические системы и новые стратегии научного поиска.
52. Проблема прогресса и регресса в науке.
53. Соотношение науки и вненаучного знания. Многообразие форм знания.
54. Глобальный эволюционизм и современная картина мира
55. Научные революции как трансформация оснований науки.
56. Принцип верификации в науке: основное содержание и способы применения.
57. Постнеклассическая наука и изменение мировоззренческих ориентаций.
58. Проблема демаркации науки и ненауки (логический позитивизм, К. Поппер).
59. Методология в структуре научного познания.
60. Технологическая детерминированность развития современной науки.
61. Структура эмпирического познания и знания. Проблема теоретической «нагруженности» эмпирического факта.
62. Проблема как исходный пункт научного исследования. Возникновение проблемных ситуаций в науке.
63. Эмпирический и теоретический уровни научного знания и критерии истины.
64. Ценность научной рациональности.
65. Методы научного познания и их классификация.

### **3. Вопросы промежуточной аттестации (зачет) по дисциплине «История и философия науки»**

1. Философия науки: генезис и проблема определения предмета познания
2. Философия и наука: анализ соотношения
3. Возникновение методологических программ научного познания в философии науки Нового времени
4. Априорно-логическая методология научного познания
5. Становление критической философии науки
6. Критика метода критической философии науки: методологический анализ рациональной организации разума
7. Марксизм: поиск оснований разума, рациональности и научного познания
8. Позитивистская программа анализа науки: демаркация метафизики
9. Демаркация науки в позитивизме.
10. Махизм: анализ содержания и функции науки
11. Неопозитивизм: логический анализ языка науки.
12. Теория критического рационализма Карла Поппера.
13. Гносеологический скептицизм как метод анализа научного знания в философии науки скептицизма
14. Неопозитивизм и попытка редукции теоретического знания к эмпирическому знанию.
15. История возникновения науки: основные этапы
16. Методологический фальсификационизм К.Поппера
17. Язык науки как философская проблема.
18. Основные представители неопозитивизма, их творчество и научные взгляды.
19. Метод и методология в науке: сходства, различия, области применения.
20. Виды научного знания.

#### 4. Образец экзаменационного билета

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
«Оренбургский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра философии

Кандидатский экзамен  
«История и философия науки»

(по укрупненным группам направлений подготовки

1.5 Биологические науки; 3.1 Клиническая медицина; 3.2 Профилактическая медицина;  
3.3 Медико-биологические науки)

**СОГЛАСОВАНО**

проректор по научной,  
инновационной и международной  
деятельности

\_\_\_\_\_  
Лященко С.Н.  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2022 год

**УТВЕРЖДАЮ**

проректор по учебной работе

\_\_\_\_\_  
Чернышева Т.В.  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2022 год

#### ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 1

1. Культура античного полиса и становление первых форм теоретической науки.
2. Наука как социальный институт.
3. Методы научного познания и их классификация.

Составители:

заведующий кафедрой философии  
к. полит. н., доцент

В.В. Вялых

профессор кафедры философии  
д. филос. н., профессор

М.Х Хаджаров

Дата: 01.03. 2022 г.

## 5. Образец зачетного билета

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
«Оренбургский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

кафедра философии

дисциплина История и философия науки

по укрупненным группам направлений подготовки

1.5 Биологические науки; 3.1 Клиническая медицина; 3.2 Профилактическая медицина;

3.3 Медико-биологические науки

### **ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ №1**

#### **I. ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ В ИС УНИВЕРСИТЕТА**

#### **II. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

1. Философия и наука: анализ их соотношения.
2. Теория критического рационализма Карла Поппера.
3. Виды научного знания.

#### **III. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

Изобразите в виде схемы ситуацию возникновения спорных моментов в науке. Компромисс и взаимное согласие работают на развитие науки, или против неё?

Заведующий кафедрой философии

к. полит. н., доцент В.В. Вялых

Декан факультета подготовки кадров высшей квалификации

к.м.н., доцент И.В. Ткаченко

Дата: 01.03. 2022 г.

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

## **ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**По проведению текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации  
обучающихся в виде зачета по дисциплине  
«Методология научного исследования»**

Оренбург, 2022

## **1. Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме зачета по дисциплине «Методология научного исследования».

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме зачета, определенной в учебной плане и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков, установленной в рабочей программе дисциплины.

## **2. Вопросы промежуточной аттестации (зачет) по дисциплине «Методология научного исследования»**

1. Наука как объект полидисциплинарного изучения. Понятие методологии науки.
2. Многообразие форм познавательной деятельности.
3. Специфика науки как системы знания. Критерии научности.
4. Наука как деятельность: характер, цель, предмет, ценность.
5. Проблема истины и её критериев.
6. Проблема научного метода.
7. Научное понятие.
8. Научный закон.
9. Научное объяснение.
10. Эмпирический и теоретический уровни научного познания.
11. Классификация и общая характеристика методов научного познания.
12. Описание и сравнение как способы структурирования научной информации.
13. Измерение как способ структурирования научной информации.
14. Наблюдение: структура, общая характеристика, классификация.
15. Эксперимент: структура, логическая схема, классификация.
16. Моделирование: этапы, структура, классификация моделей.
17. Обобщение и обработка эмпирических данных.
18. Методология теоретического уровня: логические действия.
19. Методология теоретического уровня: группа дедуктивных подходов и методов.
20. Методология теоретического уровня: группа исторических подходов и методов.
21. Методология теоретического уровня: группа системных подходов и методов.
22. Проблема как форма научного познания.
23. Факт как форма научного познания.
24. Гипотеза как форма научного познания.
25. Теория как высшая форма научного познания.
26. Научно-исследовательская программа.
27. Специфика научного творчества.
28. Понятие научной дискуссии. Логическая структура научной дискуссии. Аргументация и итоги дискуссии. Основные правила ведения научной дискуссии.
29. Литературное оформление научного труда. Виды представления результатов НИР.
30. Требования к научной публикации.
31. Проверка и принятие научной теории.
32. Фундаментальные и прикладные исследования.
33. Традиции и инновации в развитии науки.

34. Проблема классификации знаний и её решение в истории развития общества.
35. Роль междисциплинарных исследований в развитии современной науки.
36. Проблема достоверности и вероятности научного факта.
37. Современная наука сквозь призму антропного принципа.
38. Взаимосвязь теории и методологии.
39. Использование математических методов в современной науке.
40. Проблема рациональности научного познания.
41. Наука и техника: основные модели отношений.
42. Классическое естествознание и технические науки: проблема взаимоотношений.
43. Теоретические исследования в современных медицинских науках.

### **3. Образец зачетного билета**

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
«Оренбургский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

кафедра оперативной хирургии и клинической анатомии им. С.С. Михайлова  
дисциплина «Методология научного исследования»  
по укрупненным группам направлений подготовки  
1.5 Биологические науки; 3.1 Клиническая медицина; 3.2 Профилактическая медицина;  
3.3 Медико-биологические науки

#### **ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ №1**

##### **I. ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ В ИС УНИВЕРСИТЕТА**

##### **II. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

1. Наука как объект полидисциплинарного изучения. Понятие методологии науки.
2. Гипотеза как форма научного познания.
3. Требования к научной публикации.

##### **III. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

Используя материалы диссертационного исследования, представьте развернутый план диссертационного исследования. Дайте объяснение каждому разделу.

Профессор кафедры оперативной хирургии  
и клинической анатомии им. С.С. Михайлова,  
д.м.н., доцент Лященко С.Н.

Декан факультета подготовки кадров высшей квалификации  
к.м.н., доцент И.В. Ткаченко

Дата: 01.03. 2022 г.

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

## **ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**По проведению текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации  
обучающихся в виде зачета по дисциплине  
«Педагогика и психология высшей школы»**

Оренбург, 2022

## 1. Паспорт фонда оценочных средств

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме зачета по дисциплине «Педагогика и психология высшей школы».

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме зачета, определенной в учебной плане и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков, установленной в рабочей программе дисциплины.

## 2. Вопросы промежуточной аттестации (зачет) по дисциплине «Педагогика и психология высшей школы»

1. Методологические основы педагогики и психологии высшей школы.
2. Понятийный аппарат, принципы, цели и задачи педагогики высшей школы.
3. Методпринципы развития высшего медицинского образования.
4. Основные принципы компетентностного подхода к построению образовательного процесса в медицинском вузе.
5. Актуальные проблемы современной дидактики высшей школы в эпоху цифровизации.
6. Психологические составляющие обучения: предмет обучения, студент (субъект обучения), собственно учебная деятельность (способы обучения, учебные действия, мотивы), преподаватель (субъект обучения).
7. Ключевые компетенции преподавателя вуза.
8. Психолого-педагогическая компетентность преподавателя вуза.
9. Психолого-педагогическая сущность понятия «воспитание».
10. Приоритетные задачи в организации воспитательной работы в высшей школе.
11. Роль куратора по формированию и сплочению студенческой группы.
12. Нормативно-правовые основы регулирования образовательной деятельности при разработке образовательных программ высшего образования с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий.
13. Роль цифровых инструментов и сервисов в разработке образовательного контента.
14. Вузовская лекция: виды, структура и технология проведения. Интерактивная лекция.
15. Основы педагогического дизайна видеолекции.
16. Понятие интерактивности в образовании. Активные и интерактивные методы обучения в медицинском вузе.
17. Виды семинаров в современной вузовской практике. Технология (методика) проведения семинарского (практического) занятия по профилю подготовки аспиранта.

18. Приемы активизации познавательной деятельности студентов на лекции и семинаре (применительно к профилю подготовки аспиранта).
19. Дистанционное образование как инновационная форма обучения в медицинских вузах.
20. Педагог высшей школы – творчески саморазвивающаяся личность.
21. Стратегии выстраивания перспективных линий собственного профессионального и личностного развития с целью постоянного самообразования.
22. Формы и методы педагогического контроля в вузе. Образовательное и воспитательное значение контроля и оценки знаний студента.
23. Основы проектирования оценочных средств и критерий оценки образовательных результатов обучающихся.
24. Методы и приемы составления ситуационных и клинических задач, интерактивных упражнений.
25. Методика составления тестовых заданий.
26. Порядок разработки и формирования фонда оценочных средств.
27. Балльно-рейтинговая система как средство мотивации студентов к учебной деятельности.
28. Особенности БРС в ОрГМУ.
29. Классификация типов и видов самостоятельных работ студентов.
30. Организация исследовательской и проектно-творческой деятельности студентов (на примере своей специальности). НИРС.
31. Теория и методика воспитания в высшей школе.
32. Направления, методы и формы воспитательной деятельности в вузе.
33. Педагогическое взаимодействие: основные характеристики, приемы профилактики и снятия коммуникативных барьеров во взаимодействии преподавателя и обучающегося.
34. Рабочая программа учебной дисциплины как обязательная составляющая основной образовательной программы (ООП) по направлению или специальности.
35. Требования к разработке рабочей программы учебной дисциплины с переходом на реализацию новых ФГОС.
36. Структура рабочей программы учебной дисциплины в ИС ОрГМУ.
37. Методические требования к разработке воспитательного мероприятия в кураторской группе.
38. Педагогическая коммуникация в компьютерной среде общения и обучения в вузе.
39. Виды и формы научно-исследовательской деятельности студентов (НИРС).
40. Научно-исследовательская работа студентов (НИРС) как важная часть учебного процесса, направленная на формирование готовности к применению полученных знаний на практике.

### 3. Образец зачетного билета

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
«Оренбургский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

кафедра истории Отечества  
дисциплина «Педагогика и психология высшей школы»  
по укрупненным группам направлений подготовки  
1.5 Биологические науки; 3.1 Клиническая медицина;  
3.2 Профилактическая медицина;  
3.3 Медико-биологические науки

#### **ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ №1**

#### **I. ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ В ИС УНИВЕРСИТЕТА**

#### **II. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

1. Актуальные проблемы современной дидактики высшей школы в эпоху цифровизации.
2. Вузовская лекция: виды, структура и технология проведения. Интерактивная лекция.

#### **III. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

Раскройте методические основы (вид, цели, задачи, содержание, методы обучения и контроля) проведения лекции, опираясь на план-конспект лекции по своему профилю.

Заведующий кафедрой  
К.ис. н., доцент Савицкий Г.В.

(\_\_\_\_\_)

Декан факультета подготовки кадров высшей квалификации  
к.м.н., доцент И.В. Ткаченко

(\_\_\_\_\_)

Дата: 01.03. 2022 г.