

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Ковтун Ольга Петровна
Должность: ректор
Дата подписания: 14.09.2023 10:32:20
Уникальный программный ключ:
f590ada38fac7f9d3be3160b34c218b72d19757d

Приложение к РПД

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра урологии, нефрологии и трансплантологии



УТВЕРЖДАЮ

Проректор по образовательной
деятельности и молодежной
политике

Г.В. Бородулина

«26» мая 2023 г.

**Фонд оценочных средств по дисциплине
Б1.Б.01. Урология**

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Специальность: 31.08.68 Урология

Квалификация: Врач-уролог

г. Екатеринбург
2023

Фонд оценочных средств составлен в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом по специальности ординатуры 31.08.68 Урология, утверждённым приказом Минобрнауки России № 1111 от 26 августа 2014 г., и с учетом требований профессионального стандарта «Врач-уролог», утвержденного Приказом Минтруда России № 612н от 4 августа 2017 г.

Фонд оценочных средств составлен:

№	ФИО	Должность	Ученое звание	Ученая степень
1.	Зырянов Александр Владимирович	Заведующий кафедрой	доцент	Доктор медицинских наук
2.	Баженов Игорь Владимирович	Профессор кафедры	профессор	Доктор медицинских наук
3.	Борзунов Игорь Викторович	Профессор кафедры	доцент	Доктор медицинских наук
4.	Макарян Альберт Альбертович	Доцент кафедры		Кандидат медицинских наук
5	Истокский Константин Николаевич	Доцент кафедры		Доктор медицинских наук

Фонд оценочных средств согласован с представителями практического здравоохранения и академического сообщества. Рецензенты:

Галимзянов Виталий Захитович, профессор кафедры урологии с курсом ИПО, ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, д.м.н., профессор

Фонд оценочных средств обсужден и одобрен

- на заседании кафедры урологии, нефрологии и трансплантологии (протокол № 4 от «7» апреля 2023 г.)

- методической комиссией специальностей ординатуры (протокол №5 от «10» мая 2023 г.)

1.Кодификатор

Дидактическая единица (ДЕ)		Контролируемые ЗУН, направленные на формирование компетенций			Профессиональный стандарт «Врач-уролог»
		Знать	Уметь	Владеть	
ДЕ 1	Введение в урологию	Историю урологии, основные этапы развития, выдающихся урологов России. Современное состояние урологии как науки и специальности. Проблемы. Перспективы развития. Принципы поиска научной и методической документации по урологии. Этику и деонтологию в урологии. УК-1; ПК-9	Планировать, анализировать качество урологической помощи населению. Оценивать социальные факторы, влияющие на состояние физического и психологического здоровья пациентов. Находить необходимую методическую и научную информацию по урологии, пользоваться электронными базами данных по урологии. УК-1, УК-3; ПК-9	Навыками работы с нормативной, нормативно-технической, законодательной и правовой документацией. Навыками работы с сайтами российского и общества урологов, EAU, uroweb и др. УК-1, УК-3; ПК-9, ПК-10, ПК-11	A/01.8 A/02.8 A/03.8 A/04.8 A/05.8 A/06.8 A/07.8 B/01.8 B/02.8 B/03.8 B/04.8 B/05.8 B/06.8
ДЕ 2	Клиническая анатомия и физиология мочеполовых органов	Топографическую анатомию брюшной стенки, брюшной полости, забрюшинного пространства, таза, внутренних и наружных половых органов, возрастную анатомию в основных возрастных группах. Основы физиологии органов мочеполовой системы, взаимосвязь функциональных систем и уровней регуляции в организме, особенности возрастной физиологии. возникновения, закономерности и	Проводить топическую Диагностику урологических заболеваний, оценивать результаты рентгенологических, ультразвуковых, уродинамических и других методов исследования. Уметь анализировать причины и патогенез развития урологических заболеваний. УК-3, ПК-5	Владеть методикой оценки рентгенологических, ультразвуковых, уродинамических и других методов исследования. УК-3, ПК-5	A/01.8 A/05.8 B/01.8 B/04.8

		механизмы их развития, их клинические проявления. Основы водноэлектролитного обмена, кислотнощелочной баланс, их нарушения и принципы лечения. УК-3, ПК-5			
ДЕ 3	Семиотика и методы диагностики в урологии	Процессы мочеобразования и мочевыведения, состав нормальной мочи и его возможные изменения. Клиническую симптоматику основных Урологических заболеваний в Различных возрастных группах, их диагностику, лечение и профилактику. Возможности, показания, противопоказания и осложнения специальных диагностических методов исследования в урологии (ультразвуковые, рентгеновские, включая контрастные, радионуклидные, эндоскопические, уродинамические). УК-1; ПК-2 ПК-3; ПК-5	Применять объективные методы исследования больного для установления предварительного диагноза основного и сопутствующих заболеваний и их осложнений. Определять необходимость и Последовательность специальных методов обследования (клинические, лабораторные, лучевые, эндоскопические, функциональные, морфологические), дать им правильную интерпретацию для установления окончательного клинического диагноза. УК-1; ПК-2 ПК-3; ПК-5	Интерпретация данных лабораторных исследований Интерпретации данных рентгенологического исследования (обзорной и экскреторной урографии, МРТ,КТ, данными УЗИ органов брюшной полости, почек, мочевого пузыря) УК-1; ПК-2 ПК-3; ПК-5	A/01.8 A/05.8 B/01.8 B/04.8
ДЕ 4	Аномалии мочеполюв х органов	Топографическую анатомию брюшной стенки, брюшной полости, забрюшинного пространства, таза, внутренних и наружных половых органов, возрастную анатомию в основных возрастных группах. Причины и классификацию	Определять необходимость и последовательность специальных методов обследования (клинические, лабораторные, лучевые, эндоскопические, функциональные, морфологические), дать им	Пальпация почек, мочевого пузыря, органов мошонки, стенок влагалища, уретры и кавернозных тел Интерпретация данных Лабораторных исследований	A/01.8, A/02.8, A/03.8 B/01.8 B/02.8, B/04.8

		Врожденных аномалий развития мочеполовой системы. УК-1; ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6	правильную интерпретацию для диагностики врожденных аномалий развития. УК-1; ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6	Интерпретации данных рентгенологического исследования (обзорной и экскреторной урографии, МРТ, КТ, данными УЗИ органов брюшной полости, почек, мочевого пузыря) УК-1; ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6	
ДЕ 5	Неспецифические воспалительные заболевания	Клиническую симптоматику Воспалительных урологических заболеваний в различных возрастных группах, их диагностику, лечение и профилактику УК-1; ПК-1, ПК-5, ПК-6	Определять необходимость и последовательность специальных методов обследования (клинические, лабораторные, лучевые, эндоскопические, функциональные, морфологические), дать им правильную интерпретацию для установления окончательного клинического диагноза. Оценивать эффективность лечения воспалительных заболеваний, проводить диспансеризацию больных. УК-1; ПК-1, ПК-5, ПК-6	Назначением и оценкой эффективности антибактериальной, противовоспалительной терапии неспецифических воспалительных заболеваний. Уретроскопия, цистоскопия, хромоцистоскопия, катетеризация мочеточника. Дреннирование верхних мочевых путей, нефрэктомия. УК-1; ПК-1, ПК-5, ПК-6	A/01.8 A/02.8 A/03.8 A/04.8 A/05.8 B/01.8 B/02.8 B/03.8 B/04.8
ДЕ 6	Фтизиоурология	Формы и методы санитарного просвещения. Возможности, показания, противопоказания и осложнения специальных диагностических методов исследования во фтизиоурологии. УК-1, УК-3; ПК- 1, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6	Определять необходимость и последовательность специальных методов обследования и дифференциальной диагностики во фтизиоурологии. УК-1, УК-3; ПК- 1, ПК-3, ПК-5, ПК-6	Назначением и оценкой эффективности антибактериальной, противовоспалительной терапии специфических заболеваний. УК-1, УК-3; ПК- 1, ПК-3, ПК-5, ПК-6	A/01.8, A/02.8, A/03.8 A/05.8, A/06.8 B/01.8 B/02.8, B/04.8

					B/05.8
ДЕ 7	Мочекаменная болезнь	Клиническую симптоматику нефролитиаза, методу основной и дифференциальной диагностики. Применение диетотерапии, физиолечения и лечебной физкультуры в урологической практике, показания, противопоказания и места санаторно-курортного лечения урологических больных. УК-1; ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8	Определять показания к амбулаторному и стационарному лечению, оценивать показания к госпитализации и организовать ее. Определять необходимость и последовательность специальных методов обследования (клинические, лабораторные, лучевые, эндоскопические, функциональные, морфологические), дать им правильную интерпретацию для установления окончательного клинического диагноза. УК-1; ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8	Интерпретация данных лабораторных исследований Интерпретации данных рентгенологического исследования (обзорной и экскреторной урографии, МРТ, КТ, данными УЗИ органов брюшной полости, почек, мочевого пузыря) Цистолитотрипсия Оценка и описание обзорного снимка мочевой системы. Выполнение и оценка Результатов экскреторной и инфузионной урографии Выполнение и оценка Результатов ретроградной и антеградной пиелоуретрографии цистоуретрографии . УК-1; ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8	A/01.8, A/02.8, A/03.8 B/01.8 B/02.8, B/04.8
ДЕ 8	травмы мочеполовых органов	Вопросы асептики и антисептики, принципы, приемы и методы обезболивания, вопросы реанимации и интенсивной терапии. Общие принципы оказания экстренной хирургической помощи.	Разрабатывать план подготовки больного к экстренной и плановой операции, оценивать степень нарушений гомеостаза, осуществлять подготовку к операции всех функциональных	Нефрэктомия Ушивание почки при разрыве. Ушивание при разрыве мочевого пузыря. УК-1; ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-12	A/01.8, A/02.8, A/07.8 B/01.8 B/02.8, B/06.8

		Патофизиологические особенности травм и кровотечений, профилактику шока и кровопотери, течение раневого и гнойного процессов в организме. УК-1; ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-12	систем больного. Обосновать наиболее рациональную технику оперативного вмешательства при данном заболевании и выполнить его в необходимом объеме. Определять группу и совместимость крови, выполнять гемотрансфузии, проводить профилактику, диагностику и лечение трансфузионных осложнений. УК-1; ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-12		
ДЕ 9	Онкоурологические заболевания	Патофизиологические особенности Онкоурологических заболеваний. Принципы лекарственной терапии онкоурологических заболеваний, современные лекарственные средства, механизмы их действия, дозировку, побочные эффекты, осложнения, их терапию и профилактику. УК-1, УК-2; ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6	Определять показания к амбулаторному и стационарному лечению, оценивать показания к госпитализации и организовать ее. Определять необходимость и последовательность специальных методов обследования (клинические, лабораторные, лучевые, эндоскопические, функциональные, морфологические), дать им правильную интерпретацию для установления окончательного клинического диагноза. Провести дифференциальную диагностику основных	Интерпретация данных лабораторных исследований Интерпретации данных Рентгенологического исследования (обзорной И экскреторной урографии, МРТ,КТ, данными УЗИ органов брюшной полости, почек, мочевого пузыря) УК-1, УК-2; ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6	A/01.8 A/02.8, A/03.8, A/05.8 B/01.8 B/02.8, B/03.8

			онкоурологических заболеваний. УК-1, УК-2; ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6		
ДЕ 10	Урогинекологические заболевания	Патофизиологические особенности Урогинекологических заболеваний. Принципы лекарственной терапии Урогинекологических заболеваний, современные лекарственные средства, механизмы их действия, дозировку. УК-1, УК-2; ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6	Определять необходимость и последовательность специальных методов обследования. Разрабатывать план подготовки больного к экстренной и плановой операции. Определять показания к амбулаторному и стационарному лечению, оценивать показания к госпитализации. УК-1, УК-2; ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6	Уретроскопия, цистоскопия, хромоцистоскопия, катетеризация мочеочника. Назначение оптимальной консервативной терапии. УК-1, УК-2; ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6	A/01.8 A/02.8, A/03.8, A/05.8 B/01.8 B/02.8,
ДЕ 11	Нефрологические заболевания	Основы физиологии органов мочеполовой системы, взаимосвязь Функциональных систем и уровней регуляции в организме, особенности возрастной физиологии. Основы водно-электролитного обмена, кислотно-щелочной баланс, их нарушения и принципы лечения. УК-1; ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6	Применять объективные методы исследования больного для установления предварительного диагноза основного и сопутствующих заболеваний и их осложнений. Оценивать тяжесть состояния больного, принимать необходимые меры для выведения больного из опасного состояния, определять объем и последовательность реанимационных мероприятий, оказывать	Катетеризация мочевого пузыря Надлобковая капиллярная пункция мочевого пузыря Установка катетера-стента Катетеризация мочеочника Нефростомия УК-1; ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6	A/01.8 A/02.8, A/03.8, A/05.8 B/01.8, B/02.8,

			экстренную помощь. Определять показания к амбулаторному и стационарному лечению, оценивать показания к госпитализации и организовать ее. УК-1; ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6		
ДЕ 12	Общие методы консервативного лечения в урологии	Принципы лекарственной Терапии урологических заболеваний, современные лекарственные средства, механизмы их действия, дозировку, побочные эффекты, осложнения, их терапию и профилактику. Применение диетотерапии, физиолечения и лечебной физкультуры в урологической практике, показания, противопоказания и места санаторно-курортного лечения урологических больных. УК-1; ПК-6, ПК-8	Оценивать эффективность лечения, проводить диспансеризацию больных УК-1; ПК-6, ПК-8	Назначением и оценкой эффективности консервативной терапии урологических заболеваний. УК-1; ПК-6, ПК-8	A/02.8, A/03.8, A/05.8 B/02.8,

2. Аттестационные материалы

2.1. Примеры тестов по дисциплине

Инструкция: Выбрать один правильный ответ:

(правильные ответы отмечены (*))

1. Формы острого гнойного пиелонефрита
 - а) межуточный гнойный
 - б) апостематозный
 - в) абсцесс
 - г) карбункул
 - *д) все перечисленное
2. Среди беременных частота заболеваний острым пиелонефритом составляет
 - а) 0%
 - б) 1%
 - *в) 11%
 - г) 50%
 - д) 100%
3. Наиболее часто вызывает пиелонефрит
 - *а) кишечная палочка
 - б) протей
 - в) палочка сине-зеленого гноя
 - г) стафилококк
 - д) энтерококк
4. Острый пиелонефрит в неизмененных почках могут вызывать
 - а) протей
 - б) кишечная палочка
 - в) палочка сине-зеленого гноя
 - г) энтерококк
 - *д) стафилококк
5. Факторами, способствующими возникновению острого пиелонефрита, являются
 - а) полиурия
 - б) перегревание
 - *в) нарушение пассажа мочи и оттока венозной крови из почки
 - г) нарушение притока артериальной крови к почке
 - д) все перечисленное
6. При гематогенном остром пиелонефрите в первую очередь поражаются
 - а) чашечно-лоханочная система
 - б) клубочки почки
 - в) канальцы почки
 - *г) венозная система почки и интерстициальная ткань
 - д) все перечисленное
7. Изменения в почке при гнойном остром пиелонефрите характеризуются
 - а) нарушением проницаемости сосудов
 - б) лейкоцитарной инфильтрацией межуточной ткани
 - в) скоплением микробов в межуточной ткани

г) деструкцией почечной ткани (канальцев и клубочков)

*д) всем перечисленным

8. При остром пиелонефрите с нарушением оттока мочи из почки отмечается следующая последовательность развития симптомов: 1) озноб 2) боли в области почки 3) высокая температура 4) обильный пот 5) слабость

а) правильно 1, 2, 3, 4 и 5

*б) правильно 2, 1, 3, 4 и 5

в) правильно 1, 3, 4, 5 и 2

г) правильно 3, 2, 1, 5 и 4

д) правильно 5, 1, 3, 2 и 4

9 Минимальное количество лейкоцитов в осадке мочи, указывающее на наличие лейкоцитурии, составляет

а) 2-5 лейкоцитов в поле зрения

*б) больше 6 лейкоцитов в поле зрения

в) больше 10 лейкоцитов в поле зрения

г) больше 20 лейкоцитов в поле зрения

д) лейкоциты покрывают все поля зрения

10 На наличие лейкоцитурии указывает содержание лейкоцитов в 1 мл "средней" порции мочи

а) менее 1000

б) от 1000 до 2000

в) от 2000 до 4000

*г) больше 4000

д) больше 5000

11 Наиболее быстро выявить бактериурию позволяет

а) ТТХ-тест

б) бактериоскопия

в) тест Браудэ

*г) тест Грисса

д) посев мочи по методу Гоулда

12 С убежденностью позволяет высказаться о наличии бактериурии количество бактерий в 1 мл мочи, равное

а) 1000

б) 5000

в) более 10000

г) более 50000

*д) более 100000

13 Наиболее эффективными антибактериальными препаратами при кислой реакции мочи являются

а) эритромицин

б) линкомицин

*в) пенициллин и 5-НОК

г) стрептомицин

д) все перечисленное

14 При щелочной реакции мочи наиболее эффективными антибактериальными препаратами являются

а) тетрациклин

*б) канамицин и гентамицин

- в) нитрофураны
- г) сульфаниламиды
- д) все перечисленное

15 Применять непрерывно один и тот же антибиотик при остром пиелонефрите не следует более

- а) 3-х дней
- *б) 5-7 дней
- в) 8-10 дней
- г) 10-14 дней
- д) больше 14-ти дней

16 Антибактериальное лечение при остром пиелонефрите следует проводить

- а) до нормализации температуры
- б) до исчезновения пиурии
- в) до исчезновения бактериурии
- г) до выписки больного из стационара
- *д) длительно в течение нескольких месяцев

17 Количество жидкости, которое следует употреблять больному острым пиелонефритом

- а) резко ограничено
- б) ограниченное количество
- в) обычное количество
- *г) повышенное количество
- д) большое количество

18 Количество поваренной соли, которое следует употреблять больному острым пиелонефритом

- а) бессолевая диета
- б) ограниченное количество
- *в) обычное количество
- г) повышенное количество
- д) большое количество

19 Ингибиторами протеолиза являются

- а) антипирин
- б) бруфен
- в) метиндол
- *г) контрикал и Е-аминокапроновая кислота
- д) все перечисленное

20 Аналогами индометацина являются

- а) трасилол
- *б) метиндол и индоцид
- в) вольтарен натрия
- г) все перечисленное

21 Венерический уретрит - это

- а) обменный
- б) хламидийный
- в) гоноррейный
- г) трихомонадный
- *д) правильно б), в) и г)

- 22 К неинфекционному уретриту относятся
- а) аллергический
 - б) травматический и обменный
 - в) химический
 - г) микотический
 - *д) все, кроме г)
- 23 Возбудителями мочеполювого трихомоноза являются
- а) дрожжеподобные грибы
 - б) L-формы бактерий
 - *в) простейшие из класса жгутиковых
 - г) амебы
 - д) вирусы
- 24 Возбудителями амикробного венерического уретрита являются все перечисленные, кроме
- а) хламидий
 - б) вируса венерической гранулемы
 - *в) гемофильных вагинальных палочек и псевдогнококков
 - г) дрожжеподобных грибов
- 25 Негонорейный уретрит чаще всего протекает
- а) остро
 - *б) торпидно
 - в) латентно
 - г) правильно а) и б)
 - д) правильно а) и в)
- 26 Характерными симптомами острого уретрита являются все перечисленные, кроме
- а) болей при мочеиспускании
 - *б) гематурии и отека кожи мошонки
 - в) гнойных выделений из уретры
 - г) отека губок наружного отверстия уретры
 - д) учащенного мочеиспускания
- 27 Диагностика уретрита основывается на всем перечисленном, кроме
- а) данных анамнеза и клиники
 - б) результатов исследования осадка одной порции мочи
 - *в) данных клинического анализа крови и исследования секрета предстательной железы
 - г) посева и микроскопии гнойного отделяемого уретры
- 28 Уретроскопия показана
- а) при остром течении уретрита
 - б) при торпидном течении уретрита
 - в) при латентном течении уретрита
 - *г) при хроническом уретрите
 - д) правильно а) и г)
- 29 Уретрография показана
- а) при эпидидимите
 - б) при простатите
 - *в) при подозрении на кондиломатозный уретрит
 - г) правильно а) и б)
 - д) все перечисленное

- 30 Рентгеновское исследование мочеиспускательного канала показано
- а) при остром уретрите
 - б) при простатите и везикулите
 - *в) при подозрении на стриктуру уретры
 - г) при торпидном течении уретрита
 - д) правильно а) и б)
- 31 Дифференциальную диагностику острого уретрита следует проводить
- а) с баланопоститом
 - б) с циститом
 - в) с простатитом
 - г) со всем перечисленным
 - *д) только б) и в)
- 32 Дифференциальную диагностику баланопостита следует проводить
- а) с пиелонефритом
 - б) с парапроктитом
 - в) с фимозом
 - г) с гангреной Фурнье
 - *д) ни с одним из перечисленных
- 33 Наиболее частыми осложнениями хронического уретрита являются
- а) колликулит
 - б) геморрой
 - в) простатит
 - г) везикулит
 - *д) правильно а), в) и г)
- 34 К частым осложнениям хронического уретрита относятся все перечисленные, кроме
- а) простатита
 - б) эпидидимита
 - в) поражения уретральных желез
 - *г) парапроктита
 - д) орхита
- 35 Наиболее вероятными метастатическими осложнениями уретрита являются
- а) колит
 - *б) артрит
 - в) миокардит
 - г) тиреоидит
 - д) правильно а) и в)
- 36 При тяжелых термических, химических и травматических уретритах показано
- а) установление постоянного катетера в сочетании с интенсивной антибактериальной терапией
 - б) интенсивная антибактериальная и местная терапия
 - *в) цистостомия с последующей интенсивной антибактериальной и местной терапией
 - г) лучевая терапия
 - д) физиотерапевтическое лечение
- 37 При уретральной (резорбтивной) лихорадке показана
- *а) интенсивная антибактериальная и инфузионная терапия

- б) интенсивная антибактериальная терапия и инстилляций в уретру жировых эмульсий и растительных масел
- в) только инфузионная терапия, направленная на уменьшение общей интоксикации
- г) цистостомия с последующей интенсивной антибактериальной терапией
- д) правильно б) и г)

38 Баланопостит - это воспаление

- а) крайней плоти полового члена
- б) головки полового члена
- в) парауретральных желез
- *г) крайней плоти и головки полового члена
- д) правильно а) и в)

39 Предрасполагающими факторами к возникновению баланопостита являются

- а) сужение крайней плоти (фимоз)
- б) искривление полового члена
- в) сахарный диабет
- г) правильно а) и б)
- *д) правильно а) и в)

40 При баланопостите наблюдается

- *а) отек и гиперемия крайней плоти
- б) боли над лобком
- в) эрозии и гнойные выделения на внутреннем листке крайней плоти и головке полового члена
- г) правильно а) и б)
- д) правильно а) и в)

41 Осложнениями баланопостита является все перечисленное, кроме

- а) лимфангоита
- б) пахового лимфаденита
- *в) контрактуры шейки мочевого пузыря
- г) гангрены полового члена

42 Больные уrolитиазом составляют в урологическом стационаре до

- а) 10%
- *б) 20%
- в) 45%
- г) 70%
- д) 80%

43 Высокая заболеваемость уrolитиазом наблюдается во всех перечисленных регионах, кроме

- а) Узбекистана
- б) Туркменистана
- в) Армении
- *г) Западной Сибири
- д) Таджикистана

44 К этиологическим факторам мочекаменной болезни относятся

- а) нарушение фосфорно-кальциевого обмена
- б) нарушение обмена щавелевой кислоты
- в) нарушение пуринового обмена

г) мочевая инфекция (пиелонефрит)

*д) все перечисленное

45 При щелочной реакции мочи могут образоваться

а) мочекислые (уратные) камни

б) цистиновые камни

*в) фосфатные камни

г) оксалатные камни

д) щелочная реакция мочи не влияет на характер камней

46 Развитию оксалатурии способствует все, кроме

а) дефицита в организме витамина В6

*б) дефицита в организме витамина D2

в) пищи, содержащей избыток лимонной кислоты

г) хронических колитов

д) цитратных препаратов (блемарен, уралит-У и др.)

47 Гиперкальцемия и гиперкальциурия способствуют образованию

а) цистиновых камней

б) мочекислых (уратных) камней

в) оксалатных камней

г) фосфатных камней

*д) правильно в) и г)

48 Нарушение реабсорбции в канальцах почек продуктов обмена могут приводить к образованию

а) цистиновых мочевых солей

б) оксалатных мочевых солей

в) уратных (мочекислых) мочевых солей

г) фосфатных мочевых солей

*д) любых из перечисленных

49 Пиелонефрит способствует

а) нарушению лимфооттока из почки

б) нарушению уродинамики

в) повышению вязкости мочи

г) нарушению стабильности pH мочи

*д) всему перечисленному

50 Образованию почечных камней способствуют следующие анатомоморфологические изменения в почках

а) хронический гломерулонефрит

*б) внутрпочечная лоханка и нарушение лимфооттока из почки

в) венозное полнокровие

г) внепочечная лоханка

д) ренальная артериальная гипертензия

51 К факторам, не влияющим на образование и рост мочевых камней, относятся

*а) высокая концентрация натрия и креатинина в крови

б) уростаз

в) высокая вязкость мочи

г) отсутствие или низкий уровень защитных коллоидов в моче

д) высокая концентрация щавелевой, мочевой кислоты, кальция в моче

52 Для кристаллизации щавелевокислых (оксалатных) камней оптимальной рН мочи является

- а) 3.5
- *б) 5.5
- в) 6.9
- г) 7.5
- д) 8.8

53 Для кристаллизации мочекислых (уратных) мочевых камней оптимальной рН мочи является

- а) 3.5
- *б) 5.5
- в) 7.0
- г) 7.5
- д) 8.5

54 Для кристаллизации фосфорнокислых (фосфатных) камней оптимальной рН мочи является

- а) 4.0
- б) 5.7
- *в) 7.1
- г) 8.8
- д) 8.9

55 Не влияют на образование мочевых камней следующие местные изменения в мочевых путях

- а) шовный материал (шелк, лавсан, даксон)
- б) перегиб, стриктура мочеточника, уростаз
- в) инородное тело (дренажная трубка, металлическая скобка и др.)
- *г) гипертонус мочеточника, лоханки, чашечек
- д) гипотония мочеточника, лоханки, чашечек

56 К факторам риска камнеобразования не относятся

- а) уратурия, оксалатурия
- *б) высокое содержание мочевины и креатинина в крови
- в) высокое содержание в крови и в моче кальция, мочевой и щавелевой кислоты
- г) лейкоцитурия, эритроцитурия, слизь в моче
- д) фосфатурия

57 К рентгеноконтрастным типам камней относятся все перечисленные, кроме

- а) оксалатов
- б) фосфатов
- в) смешанных
- *г) уратов
- д) уратов и оксалатов

58 К рентгенонегативным типам камней относятся

- а) фосфаты
- б) фосфаты и ураты
- в) ураты и оксалаты
- *г) ураты (мочекислые)
- д) ураты + оксалаты + фосфаты

59 Пиелонефрит при мочекаменной болезни выявляют приблизительно

- а) в 10% случаев
- б) в 30% случаев
- в) в 50% случаев
- *г) в 80% случаев
- д) в 98% случаев

60 Пиелонефрит предшествует развитию мочекаменной болезни, то есть является первичным приблизительно

- а) в 10% случаев
- *б) в 30% случаев
- в) в 50% случаев
- г) в 80% случаев
- д) в 90% случаев

61 Пиелонефрит присоединяется после образования камней в почках (вторично)

- а) в 10% случаев
- б) в 20% случаев
- *в) в 50% случаев
- г) в 80% случаев
- д) в 90% случаев

62 Выберите оптимальный вариант последовательности действий в диагностике предполагаемой мочекаменной болезни: 1) ультразвуковое сканирование почек 2) клинический анализ крови и мочи 3) экскреторная урография 4) ядерно-магнитный резонанс 5) радиоизотопная сцинтинография 6) почечная венография

- а) 1, 6, 5, 3, 4, 2
- б) 2, 1, 3
- *в) 3, 4, 1, 6, 2, 5
- г) 5, 4, 3, 2, 1, 6
- д) 6, 1, 5, 4, 2, 3

63 В выборе метода оперативного лечения почечная артериография целесообразна

- а) при камне чашечки почки
- *б) при коралловидном камне почки III степени
- в) при камне лоханки почки
- г) при губчатой почке и множественных камнях
- д) ни в одном случае

64 Компьютерная рентгеновская томография целесообразна

- а) при коралловидном камне почки
- б) при камнях обеих почек (чашечки, лоханка)
- в) при уратном камне лоханки почки
- г) во всех случаях
- *д) ни в одном случае

65 Туберкулезом почки чаще страдают

- а) дети
- *б) женщины
- в) мужчины
- г) лица пожилого возраста
- д) лица старческого возраста

- 66 Туберкулезная диссеминация почек происходит, как правило
- *а) одновременно обеих почек
 - б) одной почки
 - в) первичное поражение почек
 - г) вторичное, из других органов, поражение почек
 - д) правильно а) и г)
- 67 При мочеполовом туберкулезе изолированное поражение чаще всего происходит
- а) в простате
 - б) в мочевом пузыре
 - в) в мочеточниках
 - *г) в паренхиме почки
 - д) в почечной лоханке
- 68 Туберкулиновая проба чаще всего вызывает следующие изменения в анализах
- а) увеличение лейкоцитов
 - б) повышение мочевины крови
 - *в) нарастающую лейкоцитурию, эритроцитурию
 - г) увеличение глобулинов
 - д) появление в моче микобактерий туберкулеза
- 69 Предоперационная терапия у плановых больных туберкулезом органов мочевой системы составляет в среднем
- а) одну неделю
 - б) три недели
 - *в) три месяца
 - г) шесть месяцев
 - д) не требуется
- 70 Туберкулез почки не дифференцируют
- а) с хроническим пиелонефритом
 - б) с губчатой почкой
 - в) с чашечными камнями почки
 - *г) с простой кистой почки
 - д) с некротическим папиллитом
- 71 Туберкулезные микобактерии попадают в почку чаще всего
- *а) гематогенным путем
 - б) контактным путем с соседних органов
 - в) восходящим путем
 - г) лимфогенным путем
 - д) по стенкам мочеточников
- 72 При остром (миллиарном) туберкулезе почек поражаются
- а) только почки
 - б) только лимфатические узлы
 - в) только легкие
 - г) только костная система
 - *д) многие органы
- 73 При туберкулезе почки прежде всего возникают
- а) поражение почечного сосочка (специфический папиллит)
 - б) изъязвление слизистой оболочки чашечек и лоханки
 - *в) туберкулезные бугорки в паренхиме

- г) специфический воспалительный инфильтрат
- д) туберкулезная каверна

74 Макрогематурия у больных туберкулезом почек наблюдается в среднем

- а) в 5% случаев
- б) в 10% случаев
- в) в 20% случаев
- *г) в 30% случаев
- д) в 50% случаев

75 Ранняя стадия клинического течения туберкулеза почек (по В.И.Шаповалу) означает

- а) отсутствие клинических симптомов
- *б) наличие процесса только в почечной ткани
- в) отсутствие туберкулезных каверн в почке
- г) отсутствие туберкулезных язв в мочевых путях
- д) распространение туберкулезного процесса почек на верхние мочевые пути и мочевой пузырь

76 II стадия туберкулеза почки (по А.Л.Шабаду) означает

- а) инфильтративный процесс
- б) папиллит
- в) небольшие (до 1 см в диаметре) одиночные каверны
- г) каверна больших размеров в одном из сегментов почки
- *д) правильно б) и в)

77 При туберкулезе придатка яичка противотуберкулезная терапия чаще сочетается

- а) с вазорезекцией
- б) с эпидидимэктомией
- *в) с вазорезекцией и эпидидимэктомией
- г) с орхиэктомией
- д) оперативное лечение не показано

78 К наиболее характерным изменениям мочи при туберкулезе почки относятся

- а) кислая реакция
- б) щелочная реакция
- в) содержание большого количества белка
- г) содержание умеренного количества (0.033-0.990%) белка
- *д) правильно а) и г)

79 К наиболее характерным изменениям мочи при туберкулезе почки относятся

- а) цилиндрурия
- б) отсутствие цилиндров в осадке мочи
- в) лейкоцитурия
- г) гематурия
- *д) правильно б) и в)

80 Окончательный диагноз туберкулеза почек устанавливают на основании всего перечисленного, кроме

- а) выделения из мочи туберкулезных микобактерий
- б) гистологического исследования почечной ткани
- *в) цистоскопии и рентгенологического исследования
- г) провокационного (туберкулинового) теста

81 При оценке провокационного туберкулинового теста учитывают содержание в моче

- а) эритроцитов
- б) белка, цилиндров и микробов
- в) лейкоцитов
- г) клеток Штергеймера - Мальбина и активных лейкоцитов
- *д) правильно в) и г)

82 К изменениям устья мочеточника, не характерным для туберкулеза почки, относятся

- а) отек
- б) деформация
- в) втяжение
- г) гиперемия
- *д) кистовидное выпячивание

83 Вероятность обнаружения микобактерий туберкулеза в моче выше

- а) при исследовании пузырной мочи, полученной при самостоятельном мочеиспускании
- б) при исследовании мочи, полученной путем надлобковой пункции мочевого пузыря
- *в) при исследовании мочи, полученной из почки путем катетеризации или чрезкожной пункции
- г) при исследовании мочи, полученной путем катетеризации мочевого пузыря
- д) при проведении трехстаканной пробы

84 Для рентгенологической картины туберкулеза почки характерна

- а) неравномерность (очаговость) деструктивных изменений
- б) правильная форма и ровные контуры полостей
- в) неправильная форма и неровные контуры полостей
- г) равномерность ретенционных изменений
- *д) правильно а) и в)

85 При повреждении (отрыве) сосудов почки не наблюдается

- а) шок
- б) анемия
- в) падение артериального давления
- г) ухудшение пульса
- *д) гематурия

86 Лечение изолированных инструментальных повреждений почки в основном

- а) оперативное
- *б) консервативное
- в) только медикаментозное
- г) лечения не требует
- д) требует наложения перкутанной нефростомы

87 Травма уретры среди травм мочеполовых органов по частоте занимает

- *а) первое место
- б) второе место
- в) третье место
- г) четвертое место
- д) пятое место

88 Проникающий разрыв уретры - это

- а) разрыв слизистой оболочки

- б) разрыв слизистой оболочки и кавернозного тела
- в) интерстициальный разрыв
- г) разрыв фиброзной оболочки и кавернозного тела
- *д) разрыв всех слоев уретры на ограниченном участке или по всей окружности

89 Непроникающий разрыв уретры - это

- *а) разрыв слизистой оболочки
- б) разрыв всех слоев уретры по всей ее окружности
- в) разрыв всех слоев уретры на ограниченном участке
- г) только а) и в)
- д) ни один из перечисленных

90 Основными симптомами травм уретры являются

- а) макрогематурия
- *б) уретроррагия
- в) задержка мочеиспускания
- г) гематома над лоном или промежностная гематома
- д) частое, болезненное мочеиспускание

91 К симптомам, характерным для повреждения висячей и промежностных частей уретры, относятся все перечисленные, кроме

- а) начальной гематурии
- б) уретроррагии
- в) отека и гематомы промежности, задержки мочи
- *г) гематомы таза
- д) правильно б) и в)

92 Обширные гематомы характерны для повреждения

- а) висячего отдела уретры
- *б) промежностного отдела уретры
- в) заднего отдела уретры
- г) непроникающих повреждений висячей части уретры
- д) проникающих повреждений висячей части уретры

93 Диагностическая катетеризация при травме уретры

- а) целесообразна
- *б) нецелесообразна
- в) обязательна
- г) только металлическим катетером
- д) только эластическим катетером

94 Основным методом диагностики травм уретры является

- а) экскреторная урография
- б) нисходящая цистоуретрография
- *в) восходящая уретроцистография
- г) пневмоцистография
- д) все перечисленное

95 Характерными признаками травмы уретры на уретрограмме являются

- а) сдавление уретры без затеков контрастного вещества
- б) затеки контрастного вещества
- в) заполнение контрастным веществом только уретры без заполнения мочевого пузыря

г) уретро-венозные рефлюксы

*д) заполнение контрастным веществом только уретры с затеком контрастного вещества

96 К доброкачественным опухолям почечной паренхимы эпителиального происхождения относится

а) фиброма

б) миксома

*в) аденома

г) лейомиома

д) ангиома

97 Правильное название злокачественной опухоли почечной паренхимы эпителиального происхождения

а) аденома почки

б) гипернефрома

в) гипернефроидный рак

*г) рак почки

д) мелкоклеточный рак

98 У больных раком почки наибольшая 5-летняя выживаемость после нефрэктомии наблюдается, если первым клиническим проявлением опухоли было

а) температура

б) гематурия

в) пальпируемая опухоль

г) нефункционирующая почка

*д) случайно выявлена на УЗИ

99 Опухоли почечной паренхимы встречаются

а) у женщин в 2 раза чаще, чем у мужчин

*б) у мужчин в 2 раза чаще, чем у женщин

в) у женщин в 5 раз чаще, чем у мужчин

г) у мужчин в 5 раз чаще, чем у женщин

д) частота заболеваний одинакова

100 Наибольшее значение в возникновении опухолей почек придается

а) порокам развития почек и мочевых путей

б) хроническому воспалительному процессу в почечной паренхиме

*в) гормональному дисбалансу

г) травме почки

д) гломерулонефриту

2.2. Примеры ситуационных задач по дисциплине

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Задача №1. Больной 52 лет явился на прием к урологу с жалобами на выделение при половом сношении спермы бурого цвета. При лабораторном исследовании выявлена гемоспермия.

-какова причина гемоспермии?

-тактика врача в данном случае?

Задача №2. 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?

Задача №3. У больного 60 лет безболевого 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, и какие рентгенологические исследования следует произвести для установления диагноза?

Задача №4. 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 5мл в/в и теплой ванны боли стихли, но через 30 минут возобновились вновь. Произведена блокада круглой связки матки по Лорину-Энштейну. 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?

Задача №5. 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*0.4см.

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

Ответы:

Задача №1 – гемоспермия может быть следствием воспалительных или новообразовательных процессов в простатической уретре. Необходимо пальцевое исследование простаты и инструментальное исследование – уретроскопия.

Задача №2 – больной необходимо произвести экскреторную урографию, с помощью которой можно выяснить расширение чашечно-лоханочной системы справа.

Задача №3 – в первую очередь следует думать об опухоли левой почки. Для установления диагноза следует произвести ультразвуковое исследование, как «скрининг-тест», а затем компьютерную, магнитно-резонансную, или мультиспиральную томографию для определения распространенности процессов.

Задача №4 – почечная колика у больного обусловлена нарушением оттока мочи из правой почки и повышением внутрилоханочного давления. Причиной тому является камень в нижней трети мочеточника. Учитывая малую эффективность ранее проведенных мероприятий, показана катетеризация правого мочеточника с проведением клюва катетера проксимальнее конкремента.

Задача № 5 – больной показана катетеризация лоханки левой почки с последующим назначением антибиотиков и проведением дезинтоксикационной терапии.

ТРАВМА ОРГАНОВ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ

Задача №1. Больной 34 лет доставлен в клинику по поводу боли левой поясничной области, возникшей после падения и ушиба левой поясничной области. Из анамнеза известно, что после травмы дважды была макрогематурия. Состояние пациента удовлетворительное. Пульс и артериальное давление нормальные. Со стороны органов грудной клетки и брюшной полости патологических изменений нет. Имеется небольшая припухлость в левой поясничной области.

-ваш предварительный диагноз?

Задача №2. Больной 25 лет доставлен в клинику по поводу боли в правой поясничной области, макрогематурия со сгустками. Из анамнеза известно, что час назад ему был нанесен удар в правую поясничную область. Положение больного вынужденное: имеет место выраженной

левосторонний сколиоз, определяется припухлость в правой поясничной области. Пульс 105 уд/мин. Артериальное давление 85/50 мм/рт.ст. Признаков раздражения брюшины нет. Свободной жидкости в брюшной полости не определяется. На экскреторных урограммах левая почка обычных размеров, чашечно-лоханочная система не изменена. Пассаж рентгеноконтрастного вещества по мочеточнику не нарушен. Справа контрастное вещество в проекции почки и мочевых путей не определяется

-ваш диагноз?

-лечебная тактика?

Задача №3. Больной 35 лет поступил в клинику по поводу боли в надлобковой области, ишурии.

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

-ваш предварительный диагноз?

-диагностическая и лечебная тактика?

Задача №4. У больного диагностирован внебрюшинный разрыв мочевого пузыря.

-лечебная тактика?

Задача №5. Больной 42 лет поступил в клинику по поводу уретроррагии. Из анамнеза известно, что час назад на стройке упал, ударился промежностью о доску.

-ваш предварительный диагноз?

Задача №6. Больной 42 лет находится в травматологическом отделении, куда был госпитализирован 2 часа назад по поводу переломов костей таза. Выведен из состояния шока. Пальпируется увеличенный мочевой пузырь, самостоятельно не мочился, имеет место уретроррагия.

-ваша диагностическая тактика?

ОТВЕТЫ:

Задача №1 – из анамнеза известно, что у пациента была травма левой поясничной области, после которой возникла неоднократная макрогематурия. Помимо этого имеет место припухлость в левой поясничной области. Эти обстоятельства дают врачу возможность заподозрить повреждение почки. Для решения вопроса о характере изменений в почке, необходимо выполнить экскреторную урографию, которая позволит установить состояния контралатеральной почки и, возможно, выявит затекание контрастного вещества за пределы чашечно-лоханочной системы.

Задача №2 – анамнез, объективные данные позволяют заподозрить повреждение правой почки. Налицо признаки кровотечения из почки, что привело к снижению артериального давления и учащению пульса. Неясен лишь сам характер повреждения. Больному показана операция – люмботомия справа, ревизия почки, остановка кровотечения. Операция производится по жизненным показаниям – кровотечение. Характер оперативного пособия на почке будет решен во время операции /органосохраняющая или оргауносящая операция/.

Задача №3 – боль над лоном, возникшая после травмы, вынужденное положение больного, наличие симптома «ваньки-встаньки», нависание передней стенки прямой кишки, свободная жидкость в брюшной полости, позволяют заподозрить внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря. Показана цистография, которая выявит затекание рентгеноконтрастного вещества за пределы мочевого пузыря, что является несомненным признаком его повреждения. Показана срочная операция: лапаротомия, ушивание разрыва мочевого пузыря, эпицистостомия.

Задача №4 – внебрюшинный разрыв мочевого пузыря является показанием к операции цистостомии, ревизии мочевого пузыря, ушиванию разрыва, дренированию клетчатки таза по Буяльскому-Мак-Уортеру.

Задача №5 - падение на промежность с последующей уретроррагией позволяет заподозрить разрыв луковичного отдела уретры. Необходимо произвести уретрографию.

Задача №6 – уретроррагия, отсутствие самостоятельного мочеиспускания позволяют заподозрить повреждение мочеиспускательного канала у больного переломом костей таза.

Необходима уретрография.

МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

Задача №1. 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?

Задача №2. У больной 37 лет внезапно возникла острая боль в правой поясничной области, иррадиирующая в бедро: поведение беспокойное, мочеиспускание учащенное. В анамнезе мочи свежие эритроциты.

-ваш предположительный диагноз?

-какие исследования предлагаете провести для уточнения диагноза?

-какую терапию предлагаете?

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

-ваш предположительный диагноз?

-какие исследования предлагаете провести для уточнения диагноза?

-какую терапию предлагаете?

Задача №4. У больного 48 лет при экскреторной урографии установлен дефект наполнения в лоханке левой почки

-какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Задача №5. У больного 28 лет на обзорном снимке мочевой системы в проекции средней трети правого мочеточника определяется тень, подозрительная на конкремент. Несколько дней назад он перенес приступ острой боли в пояснице справа

-ваш предположительный диагноз?

-какие исследования необходимы, чтобы определить характер тени?

ОТВЕТЫ:

Задача №1 – можно предполагать камень мочевого пузыря. Для уточнения диагноза целесообразны УЗИ, цистоскопия и рентгенография таза. Они позволят выявить рентгенонегативный конкремент и установить наличие гиперплазии простаты или другое препятствие к оттоку мочи. При обнаружении камня мочевого пузыря показана цистолитотрипсия, при сочетании его с гиперплазией простаты или склерозом стенки мочевого пузыря – цистолитотомия с аденомэктомией или клиновидной резекцией шейки мочевого пузыря, так как эти заболевания, вызывая затруднение мочеиспускания, способствуют камнеобразованию

Задача №2 – почечная колика справа. Для уточнения диагноза целесообразно ультразвуковое исследование и обзорный снимок мочевых путей. При УЗИ будет обнаружен камень в почке, дилатация чашечно-лоханочной системы при локализации его в лоханке, дилатация вышележащих мочевых путей при камне мочеточника: на обзорном снимке мочевой системы в проекции почки или мочеточника справа может быть обнаружен рентгенопозитивный конкремент. При подтверждении диагноза показана горячая ванна, внутривенное и внутримышечное введение 5мл баралгина.

Задача №3 – острый левосторонний калькулезный пиелонефрит. Для уточнения диагноза необходимо: УЗИ почек, обзорный снимок мочевой системы, экскреторная урография. При подтверждении диагноза показана срочная операция – уретеролитотомия, нефростомия слева с последующей противовоспалительной терапией.

Задача №4 – с целью дифференциальной диагностики рентгенонегативного конкремента, опухоли лоханки левой почки и сгустка крови в ней необходимо выполнить УЗИ левой почки.

Задача №5 – МКБ, камень средней трети правого мочеточника, необходимо выполнить экскреторную урографию.

АДЕНОМА ПРОСТАТЫ. ОНКОУРОЛОГИЯ

Задача №1. Больной 65 лет обратился с жалобами на сильные позывы к мочеиспусканию,

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

- предположительный диагноз?

-диагностические и лечебные рекомендации?

Задача №2. Больной 70 лет жалуется на слабость, головную боль, тошноту, рвоту, непроизвольное выделение мочи из уретры по каплям. Кожные покровы бледные, язык сухой, обложен коричневым налетом. Живот мягкий, почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Перкуторно мочевого пузыря определяется на 6 см над лоном. Предстательная железа, равномерно увеличена, плотно- эластичной консистенции, поверхность ее гладкая, междолевая бороздка сглажена. Мочевина сыворотки крови 18 мг./л

-предположительный диагноз?

-лечебные рекомендации?

Задача 3. Дежурному урологу только что закончившему экстренную операцию, 2 часа 30 минут из приемного покоя сообщили что поступил больной с безболевого тотальной гематурией.

-какова должна быть тактика уролога, экстренность диагностических и лечебных процедур?

Задача 4. У больного 52 лет в правом подреберье пальпируется ballotирующее образование размером 10*8 см с плотной бугристой поверхностью. При перкуссии над образованием тимпанит. Данные экскреторной урографии не позволяют с уверенностью исключить заболевание правой почки.

-какие методы обследования позволят подтвердить или исключить урологические заболевания?

ОТВЕТЫ:

Задача 1 –учитывая пожилой возраст пациента, можно думать об острой задержке мочи, обусловленной гиперплазией /аденомой/ предстательной железой. Целесообразно взять кровь для исследования простатического специфического антигена. Выполнить трансабдоминальное ультразвуковое исследование. После пальцевого исследования простаты показана катетеризация мочевого пузыря. При отсутствии почечной недостаточности необходима экскреторная урография с нисходящей цистографией. В дальнейшем – подготовка больного к аденомэктомии.

Задача 2 – непроизвольное выделение мочи при переполненном мочевом пузыре, и увеличение предстательной железы являются проявлением парадоксальной ишурии, характерной для аденомы простаты. III стадию. Этой стадии сопутствуют явления почечной недостаточности:анемия, электролитные нарушения, интоксикация, что проявляется у данного больного слабостью, тошнотой, головной болью. Больному показано цистостомия с последующей дезинтоксикационной терапией, коррекцией электролитных нарушений и подготовка к возможному последующему этапу лечения – аденомэктомии.

Задача 3 – тотальная гематурия наблюдается при заболеваниях почек и мочевого пузыря. Наиболее частыми причинами тотальной гематурии является опухоль мочевой системы. Гематурия раз возникнув, может в последующем не повториться. Поэтому в момент гематурии важно выяснить источник кровотечения, чтобы при последующем обследовании акцентировать внимание на пораженном органе. Для выявления источника кровотечения в момент гематурии абсолютно показана цистоскопия.

Задача 4 – наличие бугристой опухоли, положительной симптом ballotирования и тимпанит над образованием указывают на локализацию процесса в забрюшинном пространстве. Тимпанит при перкуссии обусловлен наличием кишечных газов в восходящем отделе и печеночном углу толстой кишки. Если бы при перкуссии над образованием было притупление, следовало бы думать о локализации процесса в брюшной полости. Необходимо исключить опухоль почки. Для установки диагноза и определения тактики лечения показаны: ультразвуковое сканирование, компьютерная или МР-томография, спиральная компьютерная томография с 3Д-реконструкцией, сосудистое исследование почек, эходоплерография.

ПИЕЛОНЕФРИТ. НЕФРОГЕННАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

Задача 1. Больная 35 лет поступила в клинику с жалобами на боль в поясничной области, повышение температуры тела до 39 град.С, озноб. Больна 2-й день.

Правильного телосложения. Температура тела 39 град. 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 3 слева – тень, подозрительная на конкремент, размерами 9*4 мм. На экскреторных урограммах патологических образований в чашечно-лоханочной системе правой почки нет. Пассаж контрастного вещества по мочеточнику не нарушен. Слева умеренная пиелоэктазия. Расширение мочеточника проксимальнее вышеописанной тени конкремента. При полипозиционной урографии тень конкремента совпадает с тенью мочеточника, выполненного контрастным веществом.

-ваш диагноз?

-какие лечебные мероприятия показаны?

Задача 2. Больная 40 лет поступила в клинику с жалобами на тупую боль в поясничной области справа, временами повышение температуры тела до 37,4, выделение мутной мочи, повышение артериального давления до 180/115 мм РТ ст. Неоднократно находилась на обследовании и лечении в урологических стационарах по поводу хронического пиелонефрита.

Правильного телосложения. Пульс 96 уд/мин ритмичный, напряженный АД 180/110 мм РТ ст. Тоны сердца глухие, акцент второго тона на аорте. Живот мягкий Симптом Пастернацкого положителен справа. Временами дизурия, лейкоцитурия. При УЗИ обращает на себя внимание уменьшение размеров правой почки /8,0*4,0 см/, контуры ее неровные. Левая почка размерами 11,0*5,0 см с ровным контуром. На обзорном снимке мочевой системы в проекции мочевых путей теней конкрементов не выявлено. Контуры почек определяются не четко. На экскреторных урограммах патологических изменений в чашечно-лоханочной системе и мочеточнике слева не выявлено. Справа почка 8*4 см бобовидной формы с неровным контуром. Чашечки деформированы местами, колбовидной формы. На аортограммах артериальные сосуды правой почки сужены, местами бессосудистые участки, положительный симптом обгорелого дерева:

-ваш диагноз?

-какова лечебная тактика?

Задача 3. 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 град., был озноб. К врачу не обращалась.

При осмотре состояние средней тяжести, кожные покровы гиперемированы. Пульс 108 уд/мин. Язык сухой, обложен белесоватым налетом. Живот мягкий. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого положителен справа. Лейкоцитоз. Лейкоцитурия.

На обзорном снимке мочевой системы теней конкрементов не выявлено. Контур поясничной мышцы справа и тень правой почки не определяется.

-какие диагностические меры позволят подтвердить диагноз острого пиелонефрита?

Задача 4. Больной 30 лет поступил в клинику с жалобами на повышение артериального давления до 190/120 мм РТ ст., болен после ушиба поясничной области. В течение года безуспешно лечился в терапевтическом стационаре. Пульс 80 уд/мин ритмичный, напряженный. Тоны сердца глухие. Акцент второго тона на аорте. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. При аускультации проекции почечных сосудов на передней стенке живота – грубый систолический шум. Дизурии нет.

-ваш предварительный диагноз?

-какие исследования нужно провести для уточнения диагноза?

Задача 5. Больная 32 лет жалуется на боль в поясничной области, повышение артериального давления до 180/120 мм РТ ст. Больная 3 года.

Пульс 80 уд/мин ритмичный, удовлетворительного наполнения. Живот мягкий, почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого слабopоложителен справа. В вертикальном положении тела пальпируется нижний сегмент правой почки. Дизурии нет. Временами макрогематурия.

-ваш предварительный диагноз?

-план обследования.

ОТВЕТЫ:

ЗАДАЧА 1 – камень левого мочеточника. Острый обструктивный левосторонний пиелонефрит. Катетеризация левого мочеточника. В случае непреодолимого препятствия /камень мочеточника/ показана операция пункционная нефростомия. После восстановления оттока мочи из левой почки назначение антибактериального противовоспалительного лечения.

Задача 2 – хронический пиелонефрит, сморщенная правая почка, нефрогенная гипертензия.

-Жалобы, анамнез и данные обследования указывают на терминальную стадию хронического пиелонефрита справа, при которой показана нефрэктомия справа.

Задача 3 –УЗИ почек – дилатация чашечно-лоханочной системы справа, ограничение подвижности правой почки.

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

Задача 4 – молодой возраст больного, высокие цифры артериального давления, небольшая разница между систолическим и диастолическим давлениями, заболевание, связанное с ушибом поясничной области /возможно, периренальная гематома с последующей организацией и склерозированием паранефральной клетчатки/, безуспешность гипотензивной терапии позволяют предположить нефрогенную артериальную гипертонию

Для уточнения диагноза необходимо исследовать артериальное давление в горизонтальном, вертикальном положениях тела больного, после физической нагрузки, а также провести урорентгеновское обследование /урография, сосудистые исследования почек/.

Задача 5 - нефроптоз справа, нефрогенная гипертензия. Для уточнении диагноза показана экскреторная урография, аортография в горизонтальном и вертикальном положении тела больной.

2.3. Перечень вопросов для подготовки к промежуточной аттестации (экзамена)

Вопросы	Компетенции
Общие вопросы в урологии	
Введение в урологию История урологии, основные этапы развития, выдающиеся урологи России. Современное состояние урологии как науки и специальности. Проблемы. Перспективы развития. Принципы поиска научной и методической документации по урологии. Этика и деонтология в урологии.	УК-1, УК -2, ПК-9, ПК-10, ПК-11
Клиническая анатомия и физиология мочеполовых органов Топографическая анатомия брюшной стенки, брюшной полости, забрюшинного пространства, таза, внутренних и наружных половых органов. Возрастная анатомия в основных возрастных группах. Почечная гемодинамика. Лимфоотток. Образование мочи. Транспорт метаболитов. Физиология мочевых путей. Функция чашечно-лоханочной системы. Функция мочеточников. Функция мочевого пузыря и уретры. Сперматогенез. Сперматогенная функция яичка. Функция придатка яичка, семявыносящего протока и семенных пузырьков. Эндогенная функция яичка. Физиология простаты. Физиология полового члена.	УК-1, ПК-5
Методы диагностики в урологии	
Семиотика и методы диагностики в урологии Боли. Расстройства мочеиспускания. Острая и хроническая задержка мочи. Недержание мочи. Характеристика физических свойств мочи. Анамнез. Осмотр. Пальпация. Перкуссия. Катетеризация мочевого пузыря. Цистоскопия, уретроскопия. Урофлоуметрия. Биопсия в урологии. Лабораторная диагностика. Клинические анализы крови. Биохимические анализы крови. Гормональные исследования в урологии. Бактериологические исследования. Иммунологические исследования. Цитология и гистология в урологии. Специфические антигены. Исследование эякулята. Исследования секрета простаты. Ультразвуковая	УК-1, ПК-2, ПК-5

диагностика. Основы УЗИ в урологии. Методики исследования. Пункции под УЗ наведением. Биопсии под УЗ наведением. Внутри полостное сканирование. Доплеровское сканирование. Критерии оценки сканограммам. Рентгенодиагностика в урологии. Основы рентгенодиагностики. Обзорная урография. Экскреторная и инфузионная урография. Ретроградная пиело-,уретро-,цисто-,уретрография. Ангиография. Лимфоаденоангиография. КТ, МРТ. Радионуклидная диагностика. Основы радионуклидной диагностики в урологии. Аппаратура. Оснащение. Алгоритм методов диагностики. Ренография. Динамическая нефросцинтиграфия.	
Аномалии мочеполовых органов Эмбриогенез. Классификация аномалий развитие почек, мочевых путей и мужских половых органов. Аномалии почек. Аномалии положений. Аномалии взаимоотношения. Аномалии количества. Аномалии структуры. Аномалии верхних мочевых путей. Аномалии чашечно-лоханочной системы. Аномалии мочеточников. Гидронефроз врожденный. Аномалии почечных сосудов. Варикоцеле. Аномалии нижних мочевых путей. Экстрофия мочевого пузыря. Дивертикулы, удвоение и др. пороки развития. Гипоспадия. Эписпадия. Аномалии мужских половых органов.	УК-1; ПК-1, ПК-2, ПК-5
Неспецифические воспалительные заболевания Воспалительные заболевания почек. Острый пиелонефрит. Частота. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Осложнения: шок , абсцесс, паранефрит. Консервативное лечение. Оперативное лечение. Особенности у детей, беременных, пожилых. Исход острого пиелонефрита. Хронический пиелонефрит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Осложнения: пионефроз, паранефрит, гипертензия, почечная недостаточность. Консервативное лечение. Оперативное лечение. Исходы хронического пиелонефрита. Нефросклероз. Склерозирующий паранефрит. Ретроперитонеальный фиброз. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Осложнения. Лечение оперативное. Операции паллиативные. Прогноз. Воспалительные заболевания мочевого пузыря и уретры. Острые и хронические циститы. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Осложнения. Лечение. Исходы. Профилактика. Уретриты Острые и хронические. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика со специфическими уретритами. Осложнения. Лечение. Лечение осложнений. Уретриты специфические. Воспалительные заболевания половых органов у мужчин. Баланопостит. Этиология. Патогенез.Клиника. Диагностика. Лечение. Кавернит. Острый и хронический эпидидимит и орхит. Этиология. Патогенез. Клиника. Осложнения. Диагностика. Лечение консервативное. Лечение оперативное. Острый и хронический простатит. Этиология. Предрасполагающие факторы. Патогенез. Стадии развития острого и хронического простатита. Клиника. Осложнения. Исходы. Клиника осложнений. Диагностика. Лечение консервативное, этиологическое и патогенетическое. Лечение оперативное. Лечение осложнений. Острый и хронический везикулит. Острый и хронический фунникулит. Дифферентит. Прочие заболевания полового члена.	УК-1; ПК-1, ПК-2 ПК-5, ПК-6
Фтизиоурология Общие вопросы туберкулеза. Эпидемиология. Туберкулез – полиорганное заболевание. Социальные аспекты заболеваемости. Мочеполовой туберкулез. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Атипичные формы. Особенности проявлений при преимущественном поражении почек, мочевых путей, половых органов. Осложнения.	УК-1; УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4,

Лабораторная диагностика. Ультразвуковая, рентгенологическая, радионуклидная диагностика. Эндоскопические исследования. Гистологическая диагностика. Диагностика осложнений мочевого пузыря. Лечение антибактериальное. Лечение общесоматическое. Лечение патогенетическое. Лечение оперативное. Методы отведения мочи. Паллиативные операции. Органоуносящие операции. Реконструктивно-пластические операции. Исходы. Прогноз. Диспансеризация больных.	ПК-5, ПК-6, ПК-9, ПК-11
Мочекаменная болезнь Камни почек, мочеточников. Этиология. Экзогенные и эндогенные факторы. Факторы питания. Климат. Социальные причины. Метаболические. Эндокринные заболевания. Гиперпаратиреоз. Остеопатии. Аномалии развития. Мочевая инфекция. Патогенез. Изменения в почках и мочевых путях. Изменение в моче. Механизм камнеобразования. Клиника почечной колики. Клиника чашечных, лоханочных и мочеточниковых камней внепочечной колики. Диагностика. Анамнез. Ультразвуковое сканирование. Лабораторная диагностика. Исследование крови, мочи, состава камней. Рентгенодиагностика: обзорная, экскреторная, ретроградная, антеградная урография. Радионуклидная диагностика. Консервативное лечение. Лечение при почечной колике. Лечение по изгнанию мелких конкрементов. Противорецидивное, профилактическое лечение. Санаторное лечение. Оперативное лечение. Показание к операции. Подготовка больных. Оперативные доступы к почкам и мочеточникам. Послеоперационное ведение больных. Показание к нефростомии, пиелостомии. Экстренное оперативное лечение. Особенности оперативного лечения коралловидного нефролитиаза. Осложнение. Нефролитолапаксия. Показания. Методики. Осложнения и их лечение. Дистанционная литотрипсия (ДЛТ). Аппаратура. Оснащение. Методы ДЛТ. Осложнения, их профилактика и лечение. Контактная литотрипсия. Литотрипторы: электрогидравлический, ультразвуковой, лазерный, вакуумный. Показания и методы контактной литотрипсии. Ведение больных. Осложнения и их лечение. Уретеролитоэкстракция. Виды экстракторов. Показания к антеградной и ретроградной экстракции камней. Осложнение и их лечение и профилактика. Литолиз. Показания к литолизу. Методы. Методы отведения мочи из почки. Ведение больных после деривации мочи. Профилактика. Осложнения мочекаменной болезни. Воспалительные осложнения. Острый пиелонефрит. Бактериемический шок. Хронический пиелонефрит. Нефросклероз. Почечная недостаточность. Острая почечная недостаточность. Хроническая почечная недостаточность.	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9.
Травмы мочеполовых органов Травмы почек и мочеточников. Травма почек. Травмы мирного и военного времени. Классификация. Патологическая анатомия. Клиника травм и их осложнений. Диагностика изолированных и комбинированных повреждений. Анамнез, осмотр. Объективный статус. Ультразвуковая и рентгенологическая диагностика. Лечение консервативное. Лечение оперативное. Травма мочеточника. Классификация. Клиника. Диагностика. Консервативное лечение. Оперативное лечение. Ближайшие и отдаленные осложнения травм мочевого пузыря и уретры. Кровотечения. Затеки. Флегмоны. Свищи. Стриктуры. Облитерация. Уролитиаз. Реабилитация больных. Травма наружных мужских половых органов. Травма полового члена в мирное и военное время. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение консервативное. Лечение оперативное. Реконструктивно-восстановительные операции. Травма мирного и военного времени. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение консервативное. Лечение	УК-1; ПК-3 ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8; ПК-12

оперативное.	
Онкоурологические заболевания Опухоли почек. Опухоли почечной лоханки, мочеточников. Опухоли мочевого пузыря. Рак предстательной железы. Опухоли яичек. Опухоли полового члена. Классификация, клиника, диагностика, лечение, диспансерное наблюдение. Профилактика.	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-10, ПК-11
Урогинекологические заболевания Недержание мочи у женщин (стрессовое, смешанное, ургентное). Гиперактивный мочевой пузырь. Мочеполовые свищи. Клиника, диагностика, лечение	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6
Нефрологические заболевания Острая почечная недостаточность. Причины, диагностика, тактика ведения больных. Хроническая почечная недостаточность. Классификация. Этиология. Патогенез. Лечение. Методы гемодиализа. Трансплантация почки.	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6
Общие методы консервативного лечения в урологии Диета при воспалительных заболеваниях, при уролитиазе, при почечной недостаточности, в пред и после операционном периодах. Трансфузиология. Водно-солевой баланс и его коррекция. Коррекция белкового баланса. Плазмозаменители. Инфузионные растворы. Гемотрансфузии. Определение показаний. Технология. Документация. Осложнения. Лечение. Профилактика. Антибактериальная терапия. Антибиотики. Классификация. Механизм действия. Показания. Методы введения и дозировки. Клинический и лабораторный контроль. Критерии и оценка результатов лечения. Побочные реакции, осложнения, их лечение и профилактика. Антибиотикотерапия детей, беременных, пожилых людей при почечной недостаточности. Химиопрепараты. Виды химиопрепаратов. Принципы и методики антибактериальной химиотерапии. ЛФК. Основы и методы ЛФК. ЛФК при урологических заболеваниях. Неспецифические воспалительные заболевания. Нефроптоз. Недержание мочи. Физиотерапия. Основы физиотерапии. Методы физиотерапии. Противовоспалительное лечение. Стимулирующая терапия. Спазмолитическая терапия.	УК-1; ПК-6, ПК-8

2.4. Билеты для проведения промежуточной аттестации (экзамена)

Билет №1

Патогенетическая целесообразность операции нефропексии при нефроптозе.
Этиология, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика туберкулеза.
Роль ударно-волновой литотрипсии (экстракорпоральной, контактной) в лечении больных мочекаменной болезнью.

Билет №2

Механизм нарушения уродинамики при камне мочеточника и возможные осложнения.
Гидронефроз. Этиология, патологическая анатомия. Классификация.
Экзогенные и эндогенные факторы развития мочекаменной болезни, виды камней.

Билет №3

Причины формирования пузырно-влагалищных свищей.
Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика туберкулеза почек.
Дифференциальная диагностика почечной колики с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости.

Билет №4

Патоморфологические механизмы развития острого гестационного пиелонефрита.

Клиника опухолей почечной лоханки, осложнения и методы диагностики.

Экскреторная урография и ее модификации. Методика выполнения, используемые рентгеноконтрастные препараты. Информативность.

Билет №5

Патоморфологический механизм развития строго гнойного пиелонефрита (образования апостемм, карбункула почки и пионефроза).

Мочекаменная болезнь, клиническое течение и осложнения.

Рентгеновские исследования нижних мочевых путей: цистография (различные виды), уретрография. Методика выполнения, интерпретация результатов.

Билет №6

Клиническая анатомия и физиология почек и мочевых путей.

Аномалии развития почек. Классификация. Методы диагностики и лечения.

Опухоли почек. Классификация, патогенез, пути метастазирования.

Билет №7

Клиническая анатомия и физиология мужских половых органов.

Аномалии развития почечных сосудов.

Ренальные и экстраренальные симптомы опухолей почек. Диагностическое значение симптоматического варикоцеле.

Билет №8

Болевые ощущения при заболеваниях мочеполовых органов. Механизм, основные причины, локализация.

Варикоцеле. Этиология, патогенез, методы диагностики и лечения

Опухоли мочевого пузыря. Классификация, патогенез, пути метастазирования.

Билет №9

Количественные изменения выделения мочи.

Нефроптоз, этиология, клинические проявления, диагностика.

Лучевая и инструментальная диагностика опухолей мочевого пузыря.

Билет №10

Анурия. Виды, механизмы возникновения, методы распознавания.

Экзогенные и эндогенные факторы развития мочекаменной болезни, виды камней.

Принципы комбинированного лечения новообразований мочевого пузыря. Прогноз.

Билет №11

Расстройства мочеиспускания: затрудненное мочеиспускание, поллакиурия, недержание мочи, неудержание мочи и др.

Лучевые, инструментальные, лабораторные методы диагностики мочекаменной болезни.

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ). Этиология, патогенез, стадии развития.

Билет №12

Качественные изменения мочи: гипостенурия, протеинурия, лейкоцитурия, бактериурия, кристаллурия и др.

Методы купирования почечной колики.

Клинические проявления ДГПЖ в зависимости от стадии заболевания. Методы диагностики.

Билет №13

Подготовка больного к рентгеновскому исследованию. Его последовательность.

Выбор метода лечения больного МКБ в зависимости от размеров камня, его локализации, состояния мочевых путей, осложнений.

Современные консервативные, инструментальные и оперативные методы лечения больных аденомой простаты.

Билет №14

Экскреторная урография и ее модификации. Методика выполнения, используемые рентгеноконтрастные препараты. Информативность.

Дифференциальная диагностика почечной колики с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости.

Особенности диагностики и дифференциальной диагностики рака простаты.

Билет №15

Ретроградная уретеропиелография. Показания и противопоказания. Техника выполнения.

Современные эндоскопические малоинвазивные методы удаления камней почек и мочевых путей.

Опухоли яичка. Классификация, этиологические моменты. Методы распознавания и лечения.

Билет №16

Антеградная пиелография. Виды, техника выполнения, показания

Возможности перкутанной нефролитотрипсии в лечении больных МКБ

Причины почечной колики. Диагностика, дифференциальная диагностика. Методы купирования почечной колики.

Билет №17

Почечная ангиография. Методика выполнения, виды, показания, диагностические возможности.

Методы консервативного лечения больных МКБ

Методы лечения больных с преренальной, ренальной и постренальной формами анурии.

Билет №18

Профилактика и лечение осложнений рентгеновских методов исследований

Клинические проявления гидронефроза, методы диагностики.

Причины острой задержки мочеиспускания и методы их распознавания, оказание первой помощи.

Билет №19

Радионуклидные методы диагностики урологических заболеваний.

Этиология, патогенез, пиелонефрита, пути проникновения бактериальной флоры в почку.

Виды макрогематурии. Основные причины, диагностические и лечебные мероприятия, осложнения.

Билет №20

Возможности динамической нефросцинтиграфии в диагностике заболеваний почек

Клинические проявления гнойных форм острого пиелонефрита

Механизм и классификация травматических повреждений почек.

Билет №21

Возможности современных ультразвуковых методов исследований в диагностике урологических заболеваний

Циститы: этиологии, клинические проявления, методы диагностики и лечения.

Клиническая симптоматика и методы диагностики повреждений почек.

Билет №22

Компьютерная томография, ЯМР-томография в распознавании урологических заболеваний.

Воспалительные заболевания мужских половых органов (простатит, орхит, эпидидимит, баланопостит)

Показания и методы консервативного и оперативного лечения повреждений почек

Билет №23

Диагностические и лечебные цели инструментального исследования урологических больных: катетеризация, бужирование уретры и др.

Этиология и патогенез туберкулеза почек. Клинико-рентгенологическая классификация.

Повреждения мочеточников: симптоматика, диагностика, лечение.

Билет №24

Цистоскопия, хромоцистоскопия в диагностике урологических заболеваний.

Вазоренальная нефрогенная артериальная гипертензия. Причины развития, классификация, методы распознавания и лечения.

Симптомы, методы диагностики и лечения вне- и внутрибрюшинных разрывов мочевого пузыря.

Билет №25

Значение катетеризации мочеточников для установления вида анурии, купирования почечной колики, лечения острого пиелонефрита, длительного дренирования верхних мочевых путей (стенты).

Паренхиматозная форма нефрогенной артериальной гипертензии.

Опухоли почек, аденома, аденокарцинома (гипернефроидный рак).

3. Технологии и критерии оценивания

Результатом освоения дисциплины является формирование компетенций, необходимых для выполнения трудовых функций и трудовых действий, предусмотренных профессиональным стандартом «Врач-уролог».

3.1. Тестовый контроль

Тестовый контроль предусматривает ответы на 100 вопросов из разных разделов дисциплины.

Параметры оценочных средств:

Предлагаемое количество вопросов -	100
Предлагаемое количество вариантов -	3
Выборка -	случайная
Предел длительности этапа -	2 часа

Критерии оценки:

70-79% правильных ответов -	удовлетворительно
80-89% правильных ответов -	хорошо
90% и выше -	отлично

3.2. Собеседование по ситуационной задаче

В задаче представлены анамнез и клиническая картина заболевания, данные лабораторных и инструментальных методов исследования. По данным ситуационной задачи ординатор должен дать предположительный диагноз, предложить методы диагностики и лечения.

Параметры оценочных средств.

1. Предлагаемое количество задач -	25
2. Выборка -	случайная
3. Предел длительности -	30 мин
4. Критерии оценки:	

«Отлично» - если обучающийся демонстрирует умение анализировать информацию, выделяет главные и второстепенные признаки болезни, правильно использует терминологию, ставит, выбирает оптимальный план дальнейшего обследования и лечения, уверенно аргументирует собственную точку зрения.

«Хорошо» - если допускает незначительные ошибки, не способные негативно повлиять на правильность диагноза и течение и исход болезни.

«Удовлетворительно» - если допускает диагностические ошибки, способные привести к

осложненному течению болезни и ухудшить прогноз

«Неудовлетворительно» - если допущена грубая диагностическая ошибка, не выявлены основные симптомы, дана неправильная диагностическая трактовка результатов исследований, не предложен план дальнейшего обследования и лечения пациента.

3.3. Собеседование по вопросам билета

Параметры оценочных средств.

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Предлагаемое количество билетов - | 25 |
| 2. Выборка - | случайная, слепой выбор ординатором |
| 3. Предел длительности - | 60 мин |
| 4. Критерии оценки: | |

«Отлично» - полный, чёткий ответ с использованием материалов учебной литературы, лекционного курса и дополнительной литературы

«Хорошо» - ответ с использованием учебной литературы и лекционного курса с незначительными недочётами, с ответами на наводящие вопросы;

«Удовлетворительно» - неполный ответ, требующий дополнительных уточняющих вопросов, на которые ординатор отвечает

«Неудовлетворительно» - грубые ошибки в ответе, незнание основных понятий и терминов

3.4. Итоговая оценка

Итоговая оценка является производной из нескольких оценок, полученных ординатором на этапах экзамена. Ординатор считается не аттестованным, если хотя бы один из этапов (тестовый контроль, решение ситуационной задачи, ответ на вопросы билета) оценен как «неудовлетворительно».