



Урология

рабочая программа дисциплины (модуля)

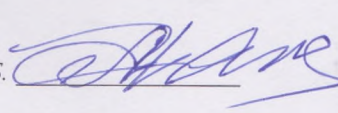
Закреплена за кафедрой	Урологии	
Учебный план	o310862_18_1РДиЛ.plx Специальность 31.08.62 Рентгенэндоваскулярные диагностика и лечение	
Квалификация	врач эндоваскулярных методов диагностики и лечения	
Форма обучения	очная	
Общая трудоемкость	2 ЗЕТ	
Часов по учебному плану	72	Виды контроля в семестрах: зачеты 1
в том числе:		
аудиторные занятия	48	
самостоятельная работа	23,7	

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семес тр на курсе>)	1 (1.1)		Итого	
	Неделя 22		уп	РПД
Вид занятий	уп	РПД	уп	РПД
Лекции	8	8	8	8
Практически	40	40	40	40
Контактная	0,3	0,3	0,3	0,3
Итого ауд.	48	48	48	48
Контактная	48,3	48,3	48,3	48,3
Сам. работа	23,7	23,7	23,7	23,7
Итого	72	72	72	72

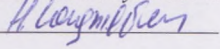
Программу составил(и):

д.м.н., проф., заведующая кафедрой, Черенецова Г.С.; к.м.н., доцент, Алимов Ч.Б.

 2 Авг

Рецензент(ы):

Д.м.н., доцент кафедры урологии и андрологии до и постдипломного обучения им. Тыналиева М.Т. Кыргызской Государственной медицинской академии., Садырбеков Н.Ж.



Рабочая программа дисциплины

Урология

разработана в соответствии с ФГОС 3+:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.08.62 РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ (уровень подготовки кадров высшей квалификации). (приказ Минобрнауки России от 26.08.2014г. №1105)

составлена на основании учебного плана:

Специальность 31.08.62 Рентгенэндоваскулярные диагностика и лечение
утвержденного учёным советом вуза от 29.09.2015 протокол № 2.


Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Урологии


Протокол от 17.05 2015 г. № 10

Срок действия программы: 2015-2020 уч.г.


Зав. кафедрой




Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
16.11 2016 г. 


Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2016-2017 учебном году на заседании кафедры
Урологии

Протокол от 06.09 2016 г. № 2
Зав. кафедрой д.м.н., профессор Чернецова Г.С. 


Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
24.05 2017 г. 


Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2017-2018 учебном году на заседании кафедры
Урологии

Протокол от 19.05 2017 г. № 13
Зав. кафедрой д.м.н., профессор Чернецова Г.С. 


Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
23.05 2018 г. 


Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2018-2019 учебном году на заседании кафедры
Урологии

Протокол от 17.05 2018 г. № 12
Зав. кафедрой д.м.н., профессор Чернецова Г.С. 

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

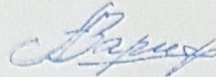
Председатель УМС
21.05 2019 г. 

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2019-2020 учебном году на заседании кафедры
Урологии

Протокол от 18.05 2019 г. № 9
Зав. кафедрой д.м.н., профессор Чернецова Г.С. 

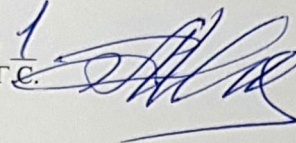
Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
13 09 2020 г.



Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2020-2021 учебном году на заседании кафедры
Урологии

Протокол от 18 08 2020 г. № 1
Зав. кафедрой д.м.н., проф. Чернецова Г.С.



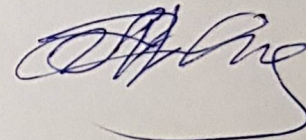
Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
15 09 2021 г.



Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2021-2022 учебном году на заседании кафедры
Урологии

Протокол от 01 09 2021 г. № 1
Зав. кафедрой д.м.н., проф. Чернецова Г.С.



Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
_____ 2022 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2022-2023 учебном году на заседании кафедры
Урологии

Протокол от _____ 2022 г. № ____
Зав. кафедрой д.м.н., проф. Чернецова Г.С.

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
_____ 2023 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2023-2024 учебном году на заседании кафедры
Урологии

Протокол от _____ 2023 г. № ____
Зав. кафедрой д.м.н., проф. Чернецова Г.С.

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

1.1	Целью смежной дисциплины «урология» является, дать ординаторам целостное представление об урологии как самостоятельной научной и практической дисциплины. Необходимо сформировать у ординаторов базовое урологическое мировоззрение, которое включает в себя: ознакомление ординаторов с основными положениями теоретической урологии; ознакомление с особенностями организации урологической помощи населению России и Кыргызской Республики; Обеспечить обучающихся необходимой информацией по вопросам этиологии, патогенеза, факторам риска, клинических проявлений, диагностики, дифференциальной диагностики, тактики лечения и оказания неотложной помощи при урологических заболеваниях.
-----	--

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП

Цикл (раздел) ООП:	Б1.В
2.1	Требования к предварительной подготовке обучающегося:
2.1.1	Клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования в хирургии
2.1.2	Общие методы консервативного лечения в хирургии
2.1.3	Оперативная хирургия и топографическая анатомия
2.1.4	Иммунология
2.1.5	Комбустиология
2.2	Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:
2.2.1	Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:
2.2.2	Клиническая фармакология
2.2.3	Общие методы консервативного лечения в хирургии
2.2.4	Оперативная хирургия
2.2.5	Хирургия

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

ПК-1: готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	
Знать:	
Уровень 1	причины и/или факторы риска развития актуальных патологических процессов и заболеваний; принципы профилактики актуальных патологических процессов и заболеваний
Уровень 2	возможность и ограничения современной прижизненной патологической анатомии в диагностическом процессе, формировании прогноза таргетной терапии и этиотропной терапии пациентов; причины и проявления ятрогенной патологии, конфигурацию диагноза при ятрогениях и особенности оформления медицинского свидетельства о смерти; фундаментальные основы клинической интерпритации данных прижизненного патологоанатомического исследования и лабораторной диагностики.
Уровень 3	патогенез актуальных патологических процессов и заболеваний и их основных проявлений; клинико-морфологические проявления, принципы анализа данных лабораторной диагностики при наиболее распространенных заболеваниях;
Уметь:	
Уровень 1	выявлять этиологические, патогенетические факторы риска в возникновении конкретных патологических процессов у конкретных виртуальных пациентов; конкретизировать роль реактивности и наследственности в возникновении конкретных патологических процессов у конкретных виртуальных пациентов.
Уровень 2	аргументировать основные постулаты здорового образа жизни; оформить этапный и заключительный диагноз, эпикриз, медицинское свидетельство о смерти, направление на биопсийное исследование; интерпритировать основные варианты патологоанатомических заключений по биопсийному и операционно-биопсийному материалу.
Уровень 3	проводить клинико-анатомическое сопоставление и ретроспективный патофизиологический анализ летального исхода; обосновать принципы этиотропной и таргетной терапии на основании биопсийного заключения; –интерпритировать результаты основных методов лабораторной и функциональной диагностики для выявления патологических процессов и заболеваний;
Владеть:	
Уровень 1	навыками оформления заключительного диагноза и медицинского свидетельства о смерти; навыками оформления направления на биопсийное исследование и интерпритации заключения патологоанатома.

Уровень 2	навыками обоснования принципов патогенетической, этиотропной таргентной терапии наиболее распространенных заболеваний; навыками клинко-анатомических сопоставлений и патофизиологического анализа результатов прижизненной визуализации патологических процессов. Навыками анализа и синтеза информации при решении ситуационных профессионально ориентированных задач.
Уровень 3	навыком аргументации собственного мнения; –навыком участия в профессиональной дискуссии; навыками патофизиологического и клинко-анатомического анализа проявлений патологического процесса и болезни у пациента.

ПК-9: готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении

Знать:	
Уровень 1	особенности деятельности андрагога как организатора обучения взрослых; социально-психологические особенности и методы обучения взрослых
Уровень 2	технологии педагогического проектирования
Уровень 3	технологии организации образовательного процесса в вузе по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам; технологию оценки эффективности образовательного процесса
Уметь:	
Уровень 1	отбирать эффективные методы управления коллективом организации; проектировать образовательный процесс по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам
Уровень 2	организовывать образовательный процесс в вузе по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования а также по дополнительным профессиональным программам
Уровень 3	оценивать эффективность образовательного процесса по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам
Владеть:	
Уровень 1	технологией проектирования образовательного процесса по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам
Уровень 2	технологиями организации образовательного процесса в вузе по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам
Уровень 3	технологией оценки эффективности образовательного процесса по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	Знать:
3.1.1	основные деонтологические аспекты взаимоотношений врач-пациент-родственники, особенности взаимоотношений с коллегами, медицинскими сестрами и санитарками
3.1.2	нормальную анатомию и нормальную физиологию органов мочевой системы;
3.1.3	клинические симптомы и синдромы основных урологических заболеваний (мочекаменная болезнь, острый и хронический пиелонефрит, острый и хронический паранефрит, острый и хронический цистит, опухоли почек, мочеточника, мочевого пузыря, предстательной железы, доброкачественная гиперплазия простаты, травмы почек, мочеточников и мочевого пузыря)
3.1.4	принципы написания академической истории болезни урологического больного с учетом проведенного обследования;
3.1.5	взаимосвязь клинической картины заболевания с патоморфологическими и патофизиологическими изменениями в мочевой системе;
3.1.6	патогенетически обоснованные методы диагностики и лечения основных урологических заболеваний (мочекаменная болезнь, неспецифические воспалительные заболевания органов мочевой системы, ДППЖ, РПЖ, 3.1.8 ПКР, опухоли мочевого пузыря, опухоли яичка, травмы почек, мочеточников, мочевого пузыря)
3.1.7	показания и противопоказания для реабилитационной терапии урологических больных, а также основные принципы профилактических мероприятий основных урологических заболеваний, как у взрослого, так и у подросткового контингента пациентов;

3.1.8	классификацию мочекаменной болезни, острых и хронических неспецифических заболеваний почек, мочевого пузыря, классификацию опухолей почек, мочеточников, мочевого пузыря, предстательной железы, ДГПЖ, травм почек, мочеточников, мочевого пузыря.
3.2	Уметь:
3.2.1	правильно собрать и интерпретировать жалобы и анамнез заболевания у пациента с урологическими заболеваниями;
3.2.2	пальпировать почки, проверять симптом поколачивания, пальпировать проекцию нижнего отдела мочеточников, мочевого пузыря с определением основных пальпаторных признаков урологических заболеваний;
3.2.3	пальпировать предстательную железу с определением основных пальпаторных признаков заболеваний предстательной железы;
3.2.4	проводить патофизиологический анализ клинических симптомов основных урологических заболеваний;
3.2.5	обосновать патогенетически оправданные клинико-лабораторные, рентгенологические, и ультразвуковые методы диагностики основных урологических заболеваний и составить план обследования данной категории больных;
3.2.6	обосновать патогенетически оправданные методы лечения основных урологических заболеваний и составить план лечения данной категории пациентов;
3.2.7	разработать систему профилактических мероприятий, направленную на коррекцию патофизиологических нарушений, способствующую снижению рецидивов урологических заболеваний в различных возрастных группах больных;
3.2.8	организовать сбор мочи, крови для проведения клинических, биохимических и иммунологических исследований
3.3	Владеть:
3.3.1	навыком интерпретацией клинико-лабораторных и инструментальных методов диагностики заболеваний почек, мочеточников, мочевого пузыря и предстательной железы;
3.3.2	алгоритмом постановки диагноза пациенту с признаками урологических заболеваний, основываясь на анализе симптомов, динамике их развития, данных объективного обследования, лабораторно-инструментальных, рентгенологических, и морфологических методов обследования;
3.3.3	алгоритмом лечебных мероприятий, направленных на устранение основных патогенетических нарушений у пациентов с урологическими заболеваниями в различных возрастных группах, с клинической картиной заболевания.
3.3.4	Практическими навыками работы с компьютером, работы с медицинскими информационными ресурсами и поиска профессиональной информации в сети Интернет;
3.3.5	Составления различных отчетов, подготовки организационно-распорядительных документов;
3.3.6	Оформления официальных медицинских документов, ведения первичной медицинской документации;

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетенции	Литература	Инте ракт.	Примечание
	Раздел 1. Семиотика урологических заболеваний и методы обследования. Воспалительные заболевания мочевыводящей системы						
1.1	Семиотика урологических заболеваний и методы обследования. /Лек/	1	4	ПК-1 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Э1	0	
1.2	Организация и обеспечение урологической службы /Пр/	1	4	ПК-1 ПК-9	Л1.2 Л1.3 Э1	0	
1.3	Семиотика и основные синдромы поражения органов мочеиспускания и мочеотделения. /Пр/	1	6	ПК-1 ПК-9	Л1.3 Л1.1 Л1.2 Э1	0	
1.4	Семиотика и основные синдромы поражения органов мочеиспускания и мочеотделения. /Ср/	1	4	ПК-1 ПК-9	Л1.3 Л1.1 Э1	0	
1.5	Лабораторные, инструментальные и рентгенологические методы исследования /Пр/	1	6	ПК-1 ПК-9	Л1.3 Л1.2 Э1	0	
1.6	Лабораторные, инструментальные и рентгенологические методы исследования /Ср/	1	4	ПК-1 ПК-9	Л1.3 Л1.2 Э1	0	
1.7	Воспалительные заболевания мочевыводящей системы /Лек/	1	2	ПК-1 ПК-9	Л1.3 Э1	0	

1.8	Воспалительные заболевания мочевыводящей системы /Пр/	1	6	ПК-1 ПК-9	Л1.3 Л1.1 Э1	0	
1.9	Воспалительные заболевания мочевыводящей системы /Ср/	1	4	ПК-1 ПК-9	Л1.3 Л1.1 Э1	0	
Раздел 2. экстренная урология							
2.1	неотложные состояния в урологии /Лек/	1	2	ПК-1 ПК-9	Л1.3 Э1	0	
2.2	острая задержка мочеиспускания, гематурия, почечная колика /Пр/	1	6	ПК-9 ПК-1	Л1.3 Л1.1 Л2.1 Э1	0	
2.3	острая задержка мочеиспускания, гематурия, почечная колика /Ср/	1	3,7	ПК-1 ПК-9	Л1.3 Л1.2 Л2.1 Э1	0	
2.4	острая почечная недостаточность /Пр/	1	6	ПК-9 ПК-1	Л1.3 Л1.2 Э1	0	
2.5	острая почечная недостаточность /Ср/	1	4	ПК-9 ПК-1	Л1.3 Л1.2 Э1 Э2	0	
2.6	Уросепсис /Пр/	1	6	ПК-9 ПК-1	Л1.3 Л1.2 Э1 Э2	0	
2.7	Уросепсис /Ср/	1	4	ПК-1 ПК-9	Л1.3 Л1.2 Э1 Э2	0	
2.8	/КрТО/	1	0,3	ПК-9 ПК-1	Э1	0	
2.9	/Зачёт/	1	0	ПК-9 ПК-1	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Э1	0	

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

5.1. Контрольные вопросы и задания

Контрольные вопросы

1. Структура урологических лечебно-профилактических учреждений, особенности организации их работы, взаимодействие.
2. История становления и развития современной урологии. Российская и киргизские школы.
3. Анатомо-физиологические особенности мочеполовой системы.
4. Деонтологические аспекты в урологии.
5. Диагностические и лечебные цели основных методов инструментального исследования урологического больного.
6. Суммарные и отдельные функциональные почечные пробы.
7. Роль цистоскопии в установлении источника кровотечения в момент гематурии, в выявлении причин дизурии (камень, опухоль, туберкулез и т.д.).
8. Значение катетеризации мочеоточника как окончательного лечебного пособия при купировании почечной колики.
9. Значение двусторонней катетеризации почечных лоханок для установления вида анурии.
10. Значение катетеризации почечных лоханок для лечения острого гестационного пиелонефрита.
11. Рентгеноанатомию мочевой системы.
12. Последовательность рентгенологического исследования при подозрении на заболевание почек и мочевого пузыря.
13. Диагностические возможности обзорной урографии и рентгеноконтрастных методов исследования.
14. Ультразвуковые методы исследования органов мочеполовой системы и их диагностические возможности.
15. Неспецифические воспалительные заболевания мочеполовых органов
16. Острый пиелонефрит этиопатогенез, клиника, диагностика. Лечение.
17. Хронический пиелонефрит этиопатогенез, клиника, диагностика. Лечение.
18. Бактериемический (эндотоксический) шок этиопатогенез, клиника, диагностика. Лечение.
19. Пиелонефрит беременных этиопатогенез, клиника, диагностика. Лечение.
20. Пионефроз этиопатогенез, клиника, диагностика. Лечение.
21. Паранефрит этиопатогенез, клиника, диагностика. Лечение.
22. Забрюшинный фиброз
23. Цистит этиопатогенез, клиника, диагностика. Лечение.
24. Уретриты этиопатогенез, клиника, диагностика. Лечение.
25. Простатит этиопатогенез, клиника, диагностика. Лечение.
26. Орхит, эпидидимит этиопатогенез, клиника, диагностика. Лечение.
27. Оказание помощи при острой задержке мочи.
28. Первая помощь при почечной колике
29. Уросепсис, этиология, клиника, диагностика, лечение.
30. Гематурия, этиология, клиника, диагностика, первая помощь.

5.2. Темы курсовых работ (проектов)

Учебным планом не предусмотрено написание курсовой работы по дисциплине

5.3. Фонд оценочных средств
УСТНЫЙ (фронтальный) ОПРОС. Перечень вопросов согласно тематике раздела. РЕШЕНИЕ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ. 1.Тест: Приложение 1 2.Ситуационные задачи: Приложение 2
5.4. Перечень видов оценочных средств
1.Тест 2.Ситуационная задача

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)			
6.1. Рекомендуемая литература			
6.1.1. Основная литература			
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л1.1	Усупбаев А.Ч.	Урология: Учебник	Бишкек:КГМА 2015
Л1.2	Чернецова Г.С., Пугачев А.Г., Усупбаев А.Ч., Чернецов О.Н.	Урология: Учебное пособие	Бишкек: Изд-во КРСУ 2009
Л1.3	Н.А. Лопаткин, А.Г. Пугачев, О.И. Аполихин и др.	Урология: Учебник	Москва : ГЭОТАР-Медиа 2005
6.1.2. Дополнительная литература			
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л2.1	Чернецова Г.С., Адиев А.Т., Алимов Ч.Б. и др.	Травмы органов мочеполовой системы: Методические рекомендации	Бишкек: КРСУ 2011
6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"			
Э1	Электронная библиотека КРСУ www.lib.krsu.kg .		
Э2	Электронно-библиотечная система «ZNANIUM.COM»		
6.3. Перечень информационных и образовательных технологий			
6.3.1 Компетентностно-ориентированные образовательные технологии			
6.3.1.1	Традиционные образовательные технологии – лекции, семинары, ориентированные прежде всего на сообщение знаний и способов действий, передаваемых студентам в готовом виде и предназначенных для воспроизводящего усвоения и разбора конкретных образцов. Практические занятия чаще всего проводятся непосредственно на базе Республиканского научного центра урологии с обязательным посещением и разбором больных и их курацией. Работа в перевязочных и операционных совместно с преподавателем. Совместные конференции со специалистами хирургического профиля (общие хирурги, ангиохирургии, ангиографисты, эндоскописты, анестезиологи и реаниматологи) с мультимедийными докладами, презентациями, демонстрацией больных.		
6.3.1.2			
6.3.1.3	6.3.1.2 Инновационные образовательные технологии - занятия, которые формируют системное мышление и способность генерировать идеи при решении различных творческих задач. К ним относятся занятия в муляжном симуляционном центре. Также практические занятия, при проведении которых используется методика мозгового штурма, дискуссия.		
6.3.1.4			
6.3.1.5	6.3.1.3 Информационно образовательные технологии – самостоятельное использование студентом компьютерной техники и интернет-ресурсов для выполнения практических знаний и самостоятельной работы, а также для ознакомления с интернет-источниками, фото-видео материалами по соответствующему разделу. Подготовка преподавателями лекций – презентаций. Работа с обучающими и тестирующими программами. Компьютерное оборудование во всех учебных комнатах с пополняемым набором обучающих и контролирующих программ (включая MS Office: Word, Excel, PowerPoint и др.).		
6.3.2 Перечень информационных справочных систем и программного обеспечения			
6.3.2.1	Электронная библиотека КРСУ www.lib.krsu.kg .		
6.3.2.2	Электронно-библиотечная система «ZNANIUM.COM»		
6.3.2.3	Консультант студента. Электронная библиотека медицинского вуза - www.studmedlib.ru		
6.3.2.4	электронно-библиотечная система IPRBOOKS - www.iprbookshop.ru		
6.3.2.5	Консультант врача (электронная библиотека): http://www.rosmedlib.ru/		

6.3.2.6	Научная электронная библиотека: http://elibrary.ru/
---------	---

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

7.1	Теоретическая подготовка изучения программы по урологии проводится на базе НГ МЗ КР в Республиканском научном центре урологии(РНЦУ), а также в лекционном зале клиники им. Ахунбаева.
7.2	Симуляционный центр (корпус «Аламедин»), оборудованный роботизированными макетами – имитаторами, современным оборудованием, электронными фантомами оборудования, тренажерами, интерактивным и медицинским оборудованием, инструментарием и расходными материалами.
7.3	РНЦУ– приемное отделение, УЗИ кабинет, лаборатория, рентген-кабинет
7.4	РНЦУ – отделение общей урологии
7.5	РНЦУ – отделение андрологии
7.6	РНЦУ – отделение мочекаменной болезни
7.7	РНЦУ – отделение эндовидеохирургии
7.8	РНЦУ – операционный и реанимационный блоки
7.9	РНЦУ - отделение ДЛТ
7.10	Центр оснащен специальной инструментальной базой(перевязочные и смотровые кабинеты, цистоскопический кабинет, негатоскопы, трансуретральный резектоскоп, лапароскопическая стойка, стойка для уретерореноскопии, урологический инструментарий, комплекты уретральных бужей, набор операционных
7.11	Презентация лекций по всем разделам дисциплины (PowerPoint)
7.12	Учебные фильмы, подготовленные на кафедре д.м.н., профессором Чернецовой Г.С.
7.13	Компьютерные классы (корпус Л. Толстого. Ауд. 4/12, 4/15) с выходом в сеть Интернет для выполнения самостоятельной работы, ознакомления с интернет-источником, видео-материалами.

8. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

технологическая карта дисциплины в ПРИЛОЖЕНИИ 1

МОДУЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ ПО ДИСЦИПЛИНЕ ВКЛЮЧАЕТ: 1. Текущий контроль: усвоение учебного материала на аудиторных занятиях (лекциях, практических, в том числе учитывается посещение и активность) и выполнение обязательных заданий для самостоятельной работы. 2. Рубежный контроль: проверка полноты знаний и умений по материалу модуля в целом. Выполнение модульных контрольных заданий проводится в письменном виде и является обязательной компонентой модульного контроля. 3. Промежуточный контроль - завершенная задокументированная часть учебной дисциплины (1,2,3 семестры - дифференцированный зачет, 4 семестр - экзамен) – совокупность тесно связанных между собой зачетных модулей.

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРОМЕЖУТОЧНОМУ КОНТРОЛЮ При явке на экзамены и зачёты обучающийся обязан иметь при себе дневник ординатора, который он предъявляет экзаменатору в начале экзамена или преподавателю на зачете. Преподавателю предоставляется право поставить зачёт без опроса, тем ординаторам, которые набрали более 60 баллов за текущий и рубежный контроли. На промежуточном контроле ординатор должен верно ответить на теоретические вопросы билета - (знать) и правильно выполнить ситуационную задачу или ситуационное задание(уметь, владеть). Во время проведения промежуточного контроля преподаватель подводит итоги по курации большого ординатором в течении семестра. Оценка промежуточного контроля: - min 20 баллов - Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ (в случае, если при ответах на заданные вопросы ординатор правильно формулирует основные понятия) - 20-25 баллов – Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае, если ординатор правильно формулирует сущность заданной в билете проблемы и дает рекомендации по ее решению) - 25-30 баллов - Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае полного выполнения контрольного задания).

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ ДОКЛАДА С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ Мультимедийные презентации - это вид самостоятельной работы ординаторов по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint. Этот вид работы требует координации навыков ординатора по сбору, систематизации, переработке информации, оформления её в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. То есть создание материалов- презентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у ординаторов навыки работы на компьютере. Материалы-презентации готовятся ординатором в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint. Требование к ординатору по подготовке презентации и ее защите на занятиях в виде доклада. 1. Тема презентации выбирается ординатором из предложенного списка ФОС и должна быть согласованна с преподавателем и соответствовать теме занятия. 2. Этапы подготовки презентации: Составление плана презентации (постановка задачи; цели данной работы) Продумывание каждого слайда (на первых порах это можно делать вручную на бумаге), при этом важно ответить на вопросы: - как идея этого слайда раскрывает основную идею всей презентации? - что будет на слайде? - что будет говориться? - как будет сделан переход к следующему слайду? 3. Изготовление презентации с помощью MS PowerPoint: - Имеет смысл быть аккуратным. Неряшливо сделанные слайды (разной в шрифтах и отступах, опечатки, типографические ошибки в формулах) вызывают подозрение, что и к содержательным вопросам ординатор - докладчик подошёл спустя рукава. - Титульная страница необходима, чтобы представить аудитории Вас и тему Вашего доклада. - Количество слайдов

не более 30. - Оптимальное число строк на слайде — от 6 до 11. - Распространённая ошибка — читать слайд дословно. Лучше всего, если на слайде будет написана подробная информация (определения, формулы), а словами будет рассказываться их содержательный смысл. Информация на слайде может быть более формальной и строго изложенной, чем в речи. - Оптимальная скорость переключения — один слайд за 1–2 минуты. - Приветствуется в презентации использовать больше рисунков, картинок, формул, графиков, таблиц. Можно использовать эффекты анимации. - При объяснении таблиц необходимо говорить, чему соответствуют строки, а чему — столбцы. - Вводите только те обозначения и понятия, без которых понимание основных идей доклада невозможно. - В коротком выступлении нельзя повторять одну и ту же мысль, пусть даже другими словами — время дорого. - Любая фраза должна говорить за чем-то. Тогда выступление будет цельным и оставит хорошее впечатление. - Последний слайд с выводами в коротких презентациях проговаривать не надо. - Если на слайде много формул, рекомендуется набирать его полностью в MS Word (иначе формулы приходится размещать и выравнивать на слайде вручную). Для этого удобно сделать заготовку — пустой слайд с одним большим Word-объектом «Вставка / Объект / Документ Microsoft Word», подобрать один раз его размеры и размножить на нужное число слайдов. Основной шрифт в тексте и формулах рекомендуется изменить на Arial или ему подобный; шрифт Times плохо смотрится издали. Обязательно установите в MathType основной размер шрифта равным основному размеру шрифта в тексте. Никогда не выравнивайте размер формулы вручную, вытягивая ее за уголок.

4. Ординатор обязан подготовить и выступить с докладом в строго отведенное время преподавателем, и в срок.

5. Инструкция докладчикам. - сообщать новую информацию; - использовать технические средства; - знать и хорошо ориентироваться в теме всей презентации; - уметь дискутировать и быстро отвечать на вопросы; - четко выполнять установленный регламент: докладчик - 10 мин.; дискуссия - 5 мин.; Необходимо помнить, что выступление состоит из трех частей: вступление, основная часть и заключение.

Вступление помогает обеспечить успех выступления по любой тематике. Вступление должно содержать: - название презентации; - сообщение основной идеи; - современную оценку предмета изложения; - краткое перечисление рассматриваемых вопросов; - живую интересную форму изложения; Основная часть, в которой выступающий должен глубоко раскрыть суть затронутой темы, обычно строится по принципу отчета. Задача основной части - представить достаточно данных для того, чтобы слушатели и заинтересовались темой и захотели ознакомиться с материалами. При этом логическая структура теоретического блока не должны даваться без наглядных пособий, аудио - визуальных и визуальных материалов. Заключение - это ясное четкое обобщение и краткие выводы, которых всегда ждут слушатели.

ТЕСТЫ

1. При патологических условиях серозная жидкость (гидроцеле) может скапливаться между

- 1. наружной и внутренней семенной фасцией
- 2. внутренней семенной фасцией и собственной влагалищной оболочкой яичка
- 3. наружной семенной фасцией и мясистой оболочкой
- 4. белочной оболочкой яичка и висцеральным листком собственной влагалищной оболочки яичка
- +5. париетальным и висцеральным листками собственной влагалищной оболочки яичка

2. Азотистый баланс у здорового человека

- 1. положительный
- +2. нейтральный
- 3. отрицательный
- 4. верно 1. и 2.
- 5. верно 2. и 3.

3. Азотистый баланс в организме - это

- 1. суточная потеря азота с мочой
- 2. суточное поступление азота в организм с пищей
- +3. соотношение поступления азота и его потери за сутки
- 4. содержание общего белка в крови
- 5. содержание мочевины в крови

4. Суммарный кровоток в почках составляет

- 1. 10% минутного объема сердца
- +2. 20% минутного объема сердца
- 3. 30% минутного объема сердца
- 4. 40% минутного объема сердца
- 5. 50% минутного объема сердца

5. Нормальная величина почечного кровотока у взрослого человека составляет в среднем

- 1. 1600 мл/мин
- +2. 1100 мл/мин
- 3. 800 мл/мин
- 4. 600 мл/мин
- 5. 400 мл/мин

6. Скорость клубочковой фильтрации у взрослого человека составляет в среднем

- 1. 60 мл/мин
- +2. 120 мл/мин
- 3. 180 мл/мин
- 4. 240 мл/мин
- 5. 300 мл/мин

7. Для обеспечения транспорта кислорода к тканям концентрация гемоглобина в послеоперационный период должна составлять не менее

- 1. 60 г/л
- +2. 80 г/л
- 3. 100 г/л

- 4. 120 г/л
- 5. 140 г/л

8. При камне интрамурального отдела мочеточника, нарушающего уродинамику, боли носят характер

- 1. ноющих
- 2. тупых
- 3. острых
- +4. приступообразных острых
- 5. постоянных ноющих

9. При камне интрамурального отдела мочеточника, нарушающего уродинамику, локализация и иррадиация болей

- 1. поясничная область без иррадиации
- 2. подреберье с иррадиацией под лопатку
- 3. боковые отделы живота с иррадиацией в поясничную область
- 4. паховая область с иррадиацией в бедро
- +5. поясничная область с иррадиацией в паховую область, внутреннюю поверхность бедра и половые органы

10. Странгурия - это

- 1. затрудненное мочеиспускание по каплям
- 2. мочеиспускание, сопровождающееся болью
- 3. частое мочеиспускание
- +4. сочетание 1. и 2.
- 5. сочетание 2. и 3.

11. Ноктурия - это

- 1. увеличение количества мочи, выделяемой в ночной период времени
- +2. учащение ночного мочеиспускания
- 3. перемещение основного диуреза с дневных часов на ночные
- 4. дневная олигурия
- 5. правильно 1. и 4.

12. Поллакиурия - это

- 1. увеличение диуреза
- 2. учащение мочеиспускания дневного и ночного
- 3. учащение ночного мочеиспускания
- +4. учащение дневного мочеиспускания
- 5. увеличение ночного диуреза

13. Поллакиурия обычно не встречается

- 1. при цистоцеле
- +2. при камне верхней трети мочеточника
- 3. при неврастении
- 4. при истерии

14. Поллакиурия встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме

- 1. туберкулеза мочевого пузыря
- 2. цисталгии

- 3. камня мочевого пузыря
- +4. опухоли почки

15. Олигурия встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме

- 1. микседемы
- 2. гломерулонефрита
- 3. сердечной недостаточности
- +4. опухоли почки
- 5. обильной рвоты

16. Секреторная анурия - это

- 1. отсутствие мочи в мочевом пузыре
- +2. отсутствие выделения мочи почками
- 3. отсутствие самостоятельного мочеиспускания
- 4. правильно 1. и 2.
- 5. невозможность самостоятельного опорожнения мочевого пузыря

17. Преренальная анурия встречается

- 1. при сердечной недостаточности
- 2. при отравлении ядами и лекарственными препаратами
- 3. при обильных кровопотерях
- 4. правильно 1. и 2.
- +5. правильно 1. и 3.

18. Ренальная анурия встречается

- 1. при хроническом пиелонефрите
- 2. при хроническом гломерулонефрите
- 3. при тромбозе или эмболии почечных сосудов
- +4. правильно 1. и 2.
- 5. правильно 2. и 3.

19. Субренальная анурия встречается

- 1. при обтурации обоих мочеточников
- 2. при случайной перевязке мочеточников
- 3. при аденоме предстательной железы
- 4. правильно 1. и 3.
- +5. правильно 1. и 2.

20. Полиурия встречается

- 1. в III стадии острой почечной недостаточности
- 2. при хронической почечной недостаточности
- 3. при сахарном диабете
- 4. при канальцевых нефропатиях
- +5. при всем перечисленном

21. Полиурия встречается при всем перечисленном, кроме

- 1. после аллотрансплантации почки
- +2. при туберкулезе почки
- 3. после ликвидации препятствия в мочевых путях
- 4. поражения межпочечной доли гипофиза

22. Острая задержка мочеиспускания - это

- 1. отсутствие выделения мочи почками
- +2. невозможность самостоятельного опорожнения мочевого пузыря
- 3. отсутствие мочи в мочевом пузыре при его катетеризации
- 4. отсутствие самостоятельного мочеиспускания в горизонтальном положении
- 5. парадоксальная ишурия

23. Задержка мочеиспускания встречается при всем перечисленном, кроме

- 1. атрезии наружного отверстия уретры
- 2. нейрогенной дисфункции мочевого пузыря
- +3. обтурации мочеточников
- 4. доброкачественной гиперплазии предстательной железы

24. Парадоксальная ишурия - это

- 1. невозможность самостоятельного мочеиспускания
- 2. хроническая задержка мочеиспускания
- +3. сочетание ХЗМ с недержанием мочи
- 4. недержание мочи
- 5. сочетание задержки мочеиспускания с неудержанием мочи

25. Императивное недержание мочи (неудержание) - это

- 1. произвольное выделение мочи без позыва
- 2. императивные позывы к мочеиспусканию
- +3. произвольное выделение мочи в результате императивного позыва
- 4. произвольное выделение мочи
- 5. произвольное выделение мочи в вертикальном положении

26. Относительная плотность мочи зависит

- 1. от функции почечных канальцев
- 2. от функции почечных клубочков
- 3. от относительной молекулярной массы растворенных в ней веществ
- +4. правильно 1. и 3.
- 5. правильно 2. и 3.

27. О протеинурии следует говорить при количестве белка в моче

- 1. следов
- 2. менее 0.03 г/л
- +3. более 0.03 г/л
- 4. более 0.06 г/л
- 5. более 0.09 г/л

28. Истинная (почечная) протеинурия не встречается

- 1. при гломерулонефрите
- 2. при опухоли почки
- 3. при нефрозе
- 4. при мочекаменной болезни
- +5. правильно 2. и 4.

29. Истинная (почечная) протеинурия встречается

- 1. при нефропатии беременных
- 2. при амилоидозе почек
- 3. у новорожденных
- 4. у подростков
- +5. во всех перечисленных случаях

30. Ложная протеинурия не характерна

- 1. для туберкулеза почки
- 2. для пиелонефрита
- 3. для опухоли почки
- +4. для гломерулонефрита
- 5. правильно 2. и 4.

31. Гематурия - это

- 1. наличие в моче кровяного пигмента гемоглобина
- 2. выделение крови из мочеиспускательного канала
- +3. выделение крови с мочой
- 4. наличие в моче порфирина
- 5. наличие в моче миоглобина

32. Терминальная гематурия встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме

- 1. камней или опухолей шейки мочевого пузыря
- 2. варикозного расширения вен в области шейки мочевого пузыря
- +3. хронического гломерулонефрита
- 4. колликулита
- 5. острого цистита

33. Уретроррагия наблюдается при всех перечисленных заболеваниях, кроме

- 1. хронического уретрита
- +2. аденомы простаты и камня мочевого пузыря
- 3. опухоли уретры
- 4. травмы уретры

34. Пневматурия встречается при следующих состояниях, кроме

- 1. почечно-кишечных свищах
- +2. пузырно-влагалищных свищах
- 3. пузырно-кишечных свищах
- 4. воспалительном процессе, вызванном газообразующей флорой

35. Противопоказания к катетеризации мочевого пузыря

- 1. острый уретрит, простатит и эпидидимит
- 2. хронический простатит
- 3. внутрибрюшной разрыв мочевого пузыря
- 4. свежее повреждение уретры
- +5. правильно 1. и 4.

36. Показаниями к катетеризации мочеточников являются все перечисленные, кроме

- 1. раздельного получения мочи из каждой почки
- 2. проведения ретроградной пиелографии и уретерографии
- 3. обтурационной анурии

- 4. диф. диагностики секреторной и обтурационной анурии
- +5. секреторной анурии

37. Осложнениями катетеризации мочеточников являются

- 1. перфорация мочеточника
- 2. перфорация лоханки
- 3. обострение мочевого инфекции
- 4. правильно 1. и 3.
- +5. все перечисленное

38. Осложнениями бужирования уретры являются все перечисленные, исключая

- 1. уретральную лихорадку
- 2. острый простатит и эпидидимит
- 3. уретроррагию
- +4. форникальное кровотечение

39. Для проведения цистоскопии необходимы

- 1. проходимость уретры
- 2. емкость мочевого пузыря более 75 мл
- 3. прозрачная среда в полости мочевого пузыря
- 4. правильно 1. и 2.
- +5. все перечисленное

40. Показаниями к уретроскопии являются

- 1. хронические воспалительные заболевания уретры
- 2. опухоли уретры
- 3. колликулит
- 4. правильно 1. и 2.
- +5. все перечисленное

41. Уретроскопия применяется для осмотра

- 1. передней части уретры
- 2. задней части уретры
- 3. семенного бугорка
- 4. правильно 1. и 2.
- +5. правильно все

42. Противопоказаниями к хромоцистоскопии являются

- 1. острый цистит, уретрит
- 2. коллапс
- 3. шок
- 4. острый простатит
- +5. все перечисленное

43. Индигокармин в норме выделяется из устьев мочеточников при внутривенном введении через

- 1. 15-20 мин
- 2. 8-10 мин
- +3. 3-5 мин
- 4. 1-2 мин
- 5. 10-12 мин

44. Положительный симптом диафаноскопии характерен

- 1. для опухоли яичка
- 2. для острого орхоэпидидимита
- +3. для гидроцеле
- 4. для пахово-мошоночной грыжи
- 5. для хронического эпидидимита

45. Показаниями к урофлоуметрии являются все перечисленные, кроме

- 1. стриктуры уретры, клапана уретры
- 2. аденомы предстательной железы
- 3. рака предстательной железы
- +4. острого простатита
- 5. нейрогенной дисфункции мочевого пузыря

46. На характер урофлоурограммы влияют

- 1. функциональное состояние детрузора
- 2. нарушение проходимости уретры
- 3. нарушение проходимости пузырно-уретрального сегмента
- 4. правильно 1. и 3.
- +5. все перечисленное

47. Урофлоуметрия не показана при:

- 1. экстропии мочевого пузыря
- 2. пузырно-влагалищном свище, пузырно-ректальном свище
- 3. наличии цистостомы
- +4. все перечисленное
- 5. только 1. и 2.

48. Средняя объемная скорость мочеиспускания в норме равна

- 1. 4-5 мл/сек
- 2. 6-8 мл/сек
- 3. 9-10 мл/сек
- +4. 15-45 мл/сек
- 5. 60-70 мл/сек

49. Показаниями к сфинктерометрии являются

- 1. недержание мочи
- 2. неудержание мочи
- 3. нейрогенная дисфункция мочевого пузыря
- 4. только 1. и 2.
- +5. все перечисленное

50. Внутрипузырное давление в норме при наполнении мочевого пузыря 300-400 мл жидкости равно

- 1. до 5 см вод. ст.
- 2. до 10 см вод. ст.
- 3. до 15-20 см вод. ст.
- 4. до 20-25 см вод. ст.
- +5. до 30-40 см вод. ст.

51. В секрете предстательной железы в норме содержатся

- 1. лейкоциты (не более 10), единичные эритроциты
- 2. макрофаги и амилоидные тельца
- 3. лецитиновые зерна
- 4. эпителиальные и гигантские клетки
- +5. правильно 1. и 3.

52. При введении рентгеноконтрастных веществ возможны все перечисленные реакции, кроме

- 1. головной боли и головокружения
- 2. ощущения жара
- 3. металлического вкуса во рту
- +4. макрогематурии
- 5. падения АД, шока

53. Первая помощь при аллергических реакциях на рентгеноконтрастные вещества, кроме

- 1. глюкокортикоиды
- 2. тиосульфат натрия
- 3. супрастин
- 4. 10% раствор глюконата кальция
- +5. лазикс

54. При клинике внебрюшинного разрыва мочевого пузыря необходимо произвести

- +1. ретроградную цистографию в прямой, боковой проекциях и после мочеиспускания
- 2. ретроградную цистографию в прямой проекции
- 3. ретроградную цистографию в боковой проекции

55. Показаниями к ретроградной пиелоуретрографии являются

- 1. уратный камень почки или мочеточника
- 2. папиллярная опухоль лоханки
- 3. туберкулез почки
- +4. все перечисленное
- 5. только 1. и 2.

56. Осложнениями ретроградной пиелоуретрографии являются

- 1. перфорация почки и мочеточника
- 2. острый пиелонефрит, острый простатит
- 3. острая почечная недостаточность
- 4. забрюшинная флегмона
- +5. все перечисленное

57. Визуализация мочеточников при ультразвуковом сканировании возможна

- 1. во всех случаях
- 2. никогда
- 3. если они расширены
- +4. если они содержат мочу
- 5. правильно 3. и 4.

58. Изображение чашечно-лоханочного комплекса при ультразвуковом сканировании имеет вид

- 1. треугольной формы
- 2. зоны повышенной эхогенности в центре почки
- 3. правильно 1. и 2.
- 4. овоидной формы
- +5. правильно 2. и 4.

59. Толщина почечной паренхимы при ультразвуковом сканировании равна

- 1. 0.8-1.0 см
- 2. 1.0-1.2 см
- 3. 1.0-1.6 см
- +4. 1.5-1.9 см
- 5. >2 см.

60. Предстательная железа при ультразвуковом сканировании определяется в виде

- 1. эконегативного образования
- +2. эхопозитивного образования
- 3. не определяется
- 4. правильно 1. и 3.
- 5. правильно 1. и 2.

61. Разрешающая способность ультразвуковых сканограмм позволяет выявлять апостемы на почке

- 1. в 10-20% случаев
- 2. в 20-30% случаев
- 3. в 30-50% случаев
- 4. в 100% случаев
- +5. не позволяет

62. Визуализация при ультразвуковом сканировании "немой" почки

- 1. невозможна
- +2. возможна в 100% случаев
- 3. возможна в 70% случаев
- 4. возможна в 50% случаев
- 5. возможна в 20-40% случаев

63. При лечении массивной кровопотери, составляющей более 30% объема циркулирующей крови, следует отдать предпочтение

- +1. эритроцитарной массе
- 2. тромбоцитарной массе
- 3. лейкоцитарной массе
- 4. цельной крови
- 5. прямому переливанию крови

64. Показаниями к применению замороженной плазмы являются

- 1. массивная кровопотеря
- 2. ДВС-синдром, геморрагическая стадия
- 3. коагулопатии (гемофилия-А, дефицит фибриноген-1.
- +4. все ответы правильные
- 5. правильно 1. и 2.

64. К обязательным пробам, проводимым перед переливанием крови, относятся

- 1. групповая и индивидуальная совместимость
- 2. биологическая проба
- 3. определение резус-совместимости
- 4. определение группы крови и резус-фактора
- +5. все перечисленное

65. Лечение острой кровопотери начинают всегда с переливания

- 1. эритромаcсы
- 2. консервированной донорской крови
- +3. кристаллоидных и коллоидных растворов
- 4. значения не имеет

66. Лечение кровопотери до 1 л (20% ОЦК) производится

- 1. донорской кровью и эритромаcсой
- 2. реинфузией
- 3. коллоидами и кристаллоидами
- 4. прямой трансфузией свежезамороженной плазмы или тромбоцитарной массы
- +5. правильно 2. и 3.

67. Лечение кровопотери более 2.5 л (свыше 50% ОЦК) производится

- 1. донорской кровью и эритромаcсой
- 2. реинфузией
- 3. коллоидами и кристаллоидами
- 4. прямой трансфузией, свежезамороженной плазмой и тромбомассой
- +5. всем перечисленным

68. Бактерицидными свойствами обладают

- 1. тетрациклины
- 2. пенициллины
- 3. аминогликозиды
- 4. цефалоспорины
- +5. правильно 2, 3, 4.

69. Оптимальный курс лечения антибактериальным препаратом при лёгком течении острого пиелонефрита составляет

- 1. 2 дня
- 2. 5-6 дней
- +3. 7-10 дней
- 4. 15-20 дней
- 5. более 20 дней

70. Формы острого гнойного пиелонефрита

- 1. межуточный гнойный
- 2. апостематозный
- 3. абсцесс
- 4. карбункул
- +5. все перечисленное

71. Острый пиелонефрит в неизмененных почках могут вызывать

- 1. протей

- 2. кишечная палочка
- 3. палочка сине-зеленого гноя
- 4. энтерококк
- +5. стафилококк

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

- 1. 1000
- 2. 5000
- 3. более 10000
- 4. более 50000
- +5. более 100000

73. Наиболее эффективным методом диагностики паранефрального абсцесса является

- 1. обзорная рентгенография мочевых путей
- 2. экскреторная урография
- 3. изотопная ренография
- +4. ультразвуковое исследование
- 5. паранефральная пункция

74. Цистит наблюдается чаще всего в возрасте

- 1. 11-20 лет
- +2. 21-40 лет
- 3. 41-50 лет
- 4. 51-60 лет
- 5. старше 60 лет

75. Наиболее частым путем проникновения инфекции в мочевой пузырь является

- +1. уретральный
- 2. нисходящий
- 3. лимфогенный
- 4. гематогенный
- 5. контактный

76. Основными симптомами острого цистита являются все перечисленные, кроме

- 1. поллакиурии
- +2. полиурии
- 3. терминальной гематурии
- 4. болей при мочеиспускании
- 5. пиурии

77. Диагностика цистита основана на анализе всего перечисленного, кроме

- 1. анамнестических данных и клинических проявлений
- 2. данных микроскопии осадка мочи
- 3. данных посева мочи
- +4. данных экскреторной урографии и уретроцистографии
- 5. данных двухстаканной пробы мочи

78. При циститах не следует применять

- 1. диетотерапию

- 2. фитотерапию
- 3. местное лечение
- +4. гормонотерапию
- 5. медикаментозное лечение

79. Для интерстициального цистита характерна следующая цистоскопическая картина

- +1. язвы мочевого пузыря
- 2. псевдополипоз слизистой оболочки мочевого пузыря
- 3. наличие бляшек белесого и желтого цвета на слизистой оболочке
- 4. язва округлой формы на фоне неизменной слизистой оболочки мочевого пузыря
- 5. буллезный отек отдельных участков слизистой оболочки мочевого пузыря

80. При остром цистите выделяют следующие формы

- 1. катаральный
- 2. геморрагический
- 3. грануляционный
- 4. фибринозный и язвенный
- +5. правильно 1. , 2. и 4.

81. При хроническом цистите выделяют следующие формы

- 1. катаральный
- 2. полипозный, кистозный
- 3. язвенный, инкрустирующий, некротический
- 4. правильно 1. и 3.
- +5. правильно 1. , 2. и 3.

82. Различают следующие формы уретрита, кроме

- 1. инфекционного венерического
- 2. инфекционного невенерического
- +3. неинфекционного венерического
- 4. неинфекционного

83. Венерический уретрит - это

- 1. обменный
- 2. хламидийный
- 3. гонорейный
- 4. трихомонадный
- +5. правильно 2. , 3. и 4.

84. Диагностика уретрита основывается на всем перечисленном, кроме

- 1. данных анамнеза и клиники
- 2. результатов исследования осадка первой порции мочи
- +3. данных клинического анализа крови и исследования секрета предстательной железы
- 4. посева и микроскопии гнойного отделяемого уретры

85. Уретроскопия показана

- 1. при остром течении уретрита
- 2. при торпидном течении уретрита
- 3. при латентном течении уретрита
- +4. при хроническом уретрите

-5. правильно 1. и 4.

86. Уретрография показана

- 1. при эпидидимите
- 2. при простатите
- +3. при подозрении на кондиломатозный уретрит
- 4. правильно 1. и 2.
- 5. все перечисленное

87. Рентгеновское исследование мочеиспускательного канала показано

- 1. при остром уретрите
- 2. при простатите и везикулите
- +3. при подозрении на стриктуру уретры
- 4. при торпидном течении уретрита
- 5. правильно 1. и 2.

88. Дифференциальную диагностику острого уретрита следует проводить

- 1. с баланопоститом
- 2. с циститом
- 3. с простатитом
- 4. со всем перечисленным
- +5. только 2. и 3.

89. Наиболее частыми осложнениями хронического уретрита являются

- 1. колликулит
- 2. геморрой
- 3. простатит
- 4. везикулит
- +5. правильно 1. , 3. и 4.

90. К частым осложнениям хронического уретрита относятся все перечисленные, кроме

- 1. простатита
- 2. эпидидимита
- 3. поражения уретральных желез
- +4. парапроктита
- 5. орхита

91. Наиболее вероятными метастатическими осложнениями хламидийного уретрита являются

- 1. колит
- +2. артрит
- 3. миокардит
- 4. тиреоидит
- 5. правильно 1. и 3.

92. При уретральной (резорбтивной) лихорадке показана

- +1. интенсивная антибактериальная и инфузионная терапия
- 2. интенсивная антибактериальная терапия и инстилляции в уретру жировых эмульсий и растительных масел
- 3. только инфузионная терапия, направленная на уменьшение общей интоксикации
- 4. цистостомия с последующей интенсивной антибактериальной терапией

-5. правильно 2. и 4.

93. Баланопостит - это воспаление

- 1. крайней плоти полового члена
- 2. головки полового члена
- 3. парауретральных желез
- +4. крайней плоти и головки полового члена
- 5. правильно 1. и 3.

94. Предрасполагающими факторами к возникновению баланопостита являются

- 1. сужение крайней плоти (фимоз)
- 2. искривление полового члена
- 3. сахарный диабет
- 4. правильно 1. и 2.
- +5. правильно 1. и 3.

95. Осложнениями баланопостита является все перечисленное, кроме

- 1. лимфангоита
- 2. пахового лимфаденита
- +3. контрактуры шейки мочевого пузыря
- 4. гангрены полового члена

96. При баланопостите показано

- +1. промывание крайней плоти и теплые ванночки дезинфицирующими растворами
- 2. иссечение крайней плоти
- 3. медикаментозная терапия
- 4. правильно 1. и 3.
- 5. правильно 1. и 2.

97. Кавернит - это

- +1. воспаление кавернозных тел полового члена
- 2. фибропластическая индукция полового члена
- 3. флеботромбоз кожи полового члена
- 4. правильно 1. и 2.
- 5. правильно 1. и 3.

98. Парафимоз - это

- 1. сужение отверстия крайней плоти полового члена
- +2. ущемление головки полового члена суженной крайней плотью
- 3. воспаление кавернозного тела уретры и головки полового члена
- 4. воспаление вен полового члена
- 5. правильно 3. и 4.

99. Лечение парафимоза заключается

- 1. в попытке вправления головки полового члена
- 2. в иссечении крайней плоти
- 3. в наложении губчато-пещеристого анастомоза
- 4. в рассечении ущемляющего кольца
- +5. правильно 1. и 4.

100. Приапизм - это длительная эрекция полового члена за счет

- +1. венозного стаза в кавернозных телах полового члена
- 2. напряжения кавернозного тела уретры
- 3. сокращения наружного сфинктера мочевого пузыря
- 4. правильно 1. и 2.
- 5. правильно 2. и 3.

101. Приапизм возникает вследствие

- 1. неадекватного оттока и/или повышения притока крови в кавернозные тела полового члена
- 2. лимфостаза
- 3. нарушений химического состава крови и ее вязкости
- 4. всего перечисленного
- +5. только -1. и -3.

102. Дифференциальный диагноз приапизма следует проводить

- 1. с "переломом" полового члена
- 2. с кавернитом
- 3. с гангреной Фурнье
- +4. правильно 1. и 2.
- 5. все перечисленное

103. При остром эпидидимите придаток яичка

- 1. резко напряжен и болезненен
- 2. увеличен
- 3. атрофичен
- +4. правильно 1. и 2.
- 5. правильно 1. и 3.

104. Острый инфекционный эпидидимит следует дифференцировать

- 1. с перекрутом и некрозом гидатид
- 2. с перекрутом семенного канатика
- 3. с кавернитом
- +4. правильно 1. и 2.
- 5. правильно 1. и 3.

105. Хронический инфекционный эпидидимит и орхит следует дифференцировать со всем перечисленным, кроме

- 1. туберкулеза яичка и придатка
- 2. новообразования яичка и придатка
- 3. фуникулита и деферентита
- 4. сперматоцеле
- +5. варикоцеле

106. Лечение острого неспецифического эпидидимита и орхита следует начинать

- 1. с назначения антибактериальных препаратов
- 2. с новокаиновой блокады семенного канатика
- 3. с оперативного лечения
- +4. правильно 1. и 2.
- 5. правильно 2. и 3.

107. Инфицирование предстательной железы может возникать

- 1. гематогенным путем
- 2. лимфогенным путем
- 3. уриногенным путем
- +4. всеми перечисленными путями
- 5. только 1. и 2.

108. Для острого простатита характерно

- 1. равномерное увеличение предстательной железы
- 2. каменистая консистенция предстательной железы
- 3. резкая болезненность предстательной железы при пальпации
- 4. атрофия предстательной железы
- +5. правильно 1. и 3.

109. Современная классификация простатита включает, кроме

- 1. острый бактериальный простатит, категория I
- 2. хронический бактериальный простатит, категория II
- 3. синдром хронической тазовой боли, категории IIIA и IIIB
- 4. асимптоматический воспалительный простатит категория IV
- +5. конгестивный простатит

110. Осложнениями острого простатита могут быть

- 1. острый холецистит
- 2. сепсис
- 3. артрит
- 4. абсцесс предстательной железы
- +5. правильно 2. и 4.

111. Признаками абсцесса предстательной железы являются

- 1. резкая болезненность предстательной железы при пальпации
- 2. уменьшение размеров предстательной железы
- 3. наличие очагов размягчения и флюктуации в простате
- 4. симптомы раздражения брюшины
- +5. правильно 1. и 3.

112. При абсцессе предстательной железы показано все перечисленное, кроме

- 1. интенсивной антибактериальной терапии
- +2. установления постоянного катетера
- 3. цистостомии при задержке мочи
- 4. дренировании полости абсцесса трансуретральным или промежностным доступом
- 5. дезинтоксикационной терапии

113. К этиологическим факторам мочекаменной болезни относятся

- 1. нарушение фосфорно-кальциевого обмена
- 2. нарушение обмена щавелевой кислоты
- 3. нарушение пуринового обмена
- 4. мочевиная инфекция (пиелонефрит)
- +5. все перечисленное

114. К рентгеноконтрастным типам камней относятся все перечисленные, кроме

- 1. оксалатов
- 2. фосфатов
- 3. смешанных
- +4. камни из мочевой кислоты

115. Посев мочи на микрофлору целесообразен

- 1. при остром гнойном пиелонефрите и камне мочеточника
- 2. при остром серозном пиелонефрите и камне почки
- 3. при хроническом пиелонефрите в стадии активного воспаления
- +4. во всех случаях
- 5. ни в одном случае

116. На дому у больного диагностирована почечная колика, температура 38.3° С в течение двух дней, ознобы. Ваши действия

- 1. лечить на дому антибиотиками
- 2. госпитализировать в терапевтическое отделение
- 3. срочно госпитализировать в урологический стационар
- 4. измерить артериальное давление
- +5. правильно 3. и 4.

117. При постренальной анурии (камни мочеточника)-3. показана экстренная помощь

- 1. внутривенно большие дозы лазикса, инфузионная терапия
- +2. катетеризация мочеточников
- 3. двусторонняя нефростомия одновременно
- 4. ударно-волновая литотрипсия
- 5. равноценно 3. и 4.

118. Срочное оперативное лечение при закрытой травме почки показано

- 1. при небольшой стабильной параренальной гематоме
- 2. при высокой температуре
- 3. при макрогематурии
- +4. при анемии, нестабильной гемодинамике, нарастающей гематоме
- 5. при шоке

119. Нехарактерным симптомом изолированной закрытой травмы почки в первые сутки является

- 1. боль
- 2. припухлость почечной области
- 3. макрогематурия
- +4. ускоренное СОЭ
- 5. микрогематурия

120. Повреждение мочеточника чаще наблюдается

- 1. в верхней трети
- 2. в средней трети
- +3. в нижней трети
- 4. в интрамуральной части
- 5. в лоханочно-мочеточниковом сегменте

121. Для экспресс-диагностики закрытой травмы почки следует применить

- 1. обзорную рентгенографию почек и мочевых путей
- +2. экскреторную урографию и ультразвуковое исследование
- 3. радиоизотопную ренографию и брюшную аортографию
- 4. хромоцистоскопию
- 5. правильно 2. и 4.

122. Повреждение мочеточника встречается во всех перечисленных случаях, кроме

- +1. тупой травмы поясничной области
- 2. инструментальных исследований
- 3. попытки извлечения камня петлей
- 4. гинекологических операций

123. Симптомами внутрибрюшной травмы мочевого пузыря являются

- 1. отсутствие в течение длительного времени мочеиспускания и позывов к нему
- 2. определение жидкости в боковых отделах живота
- 3. пальпируемый над лоном переполненный мочевой пузырь
- 4. напряжение мышц передней брюшной стенки, отечность тканей передней брюшной стенки
- +5. правильно 1. и 2.

124. При внебрюшной травме мочевого пузыря обязательными рентгенографическими исследованиями являются

- +1. ретроградная уретроцистография
- 2. уретрография
- 3. цистоскопия
- 4. пневмоцистография
- 5. обзорная урография

125. При внутрибрюшной травме мочевого пузыря следует применять

- 1. лед на живот
- 2. антибактериальные средства
- 3. постоянный катетер
- 4. дренирование малого таза через запирающее отверстие
- +5. эпицистостомию и лапаротомию

126. К особенностям перитонита при внутрибрюшной травме мочевого пузыря относится

- 1. резкая выраженность симптомов раздражения брюшины
- 2. тошнота, рвота
- 3. выраженный метеоризм
- 4. высокая температура тела
- +5. длительное отсутствие симптомов раздражения брюшины

127. При повреждении (отрыве) сосудов почки не наблюдается

- 1. шок
- 2. анемия
- 3. падение артериального давления
- 4. ухудшение пульса
- +5. гематурия

128. Основными симптомами травм уретры являются

- 1. макрогематурия

- +2. уретроррагия
- 3. задержка мочеиспускания
- 4. гематома над лоном или промежностная гематома
- 5. частое, болезненное мочеиспускание

129. Диагностическая катетеризация при травме уретры

- 1. целесообразна
- +2. нецелесообразна
- 3. обязательна
- 4. только металлическим катетером
- 5. только эластическим катетером

130. Основным методом диагностики травм уретры является

- 1. экскреторная урография
- 2. нисходящая цистоуретрография
- +3. восходящая уретроцистография
- 4. пневмоцистография
- 5. все перечисленное

131. Характерными признаками травмы уретры на уретрограмме являются

- 1. сдавление уретры без затеков контрастного вещества
- 2. затеки контрастного вещества
- 3. заполнение контрастным веществом только уретры без заполнения мочевого пузыря
- 4. уретро-венозные рефлюксы
- +5. заполнение контрастным веществом только уретры с затеком контрастного вещества

132. Первичный шов уретры показан

- 1. при обширных повреждениях уретры
- 2. при значительном расхождении концов уретры и обширной гематоме
- +3. при полном разрыве уретры, общем удовлетворительном состоянии и отсутствии урогематомы промежности
- 4. то же, что и 3. + множественные переломы костей таза, шок
- 5. при непроникающих разрывах уретры

133. Диагноз "перелома" полового члена устанавливается на основании

- 1. выяснения обстоятельств травмы
- 2. ультразвукового исследования
- 3. уретрографии
- 4. осмотре полового члена
- +5. правильно 1. и 4.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача №1.

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

Предположительный диагноз.

Дифференциальная диагностика (с опухолями почек)

Задача №2.

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

Предположительный диагноз. Какие методы исследования необходимы? Лечение.

Задача №3.

Женщина 45 лет поступила в отделение через сутки от начала заболевания с жалобами на боли в правой поясничной области, озноб. Температура тела 38. Лейкоцитоз – 13000. На обзорной урограмме видна тень в проекции почечного отдела правого мочеточника 9x10 см.

Ваша дальнейшая диагностическая и лечебная тактика?

Задача №4.

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

Произведена нефрэктомия. Через 24 часа после операции обнаружено, что состояние больной резко ухудшилось: установлена анурия.

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

Задача №5.

Больной 25 лет поступил в урологический стационар 2 дня назад. При поступлении были боли в левой поясничной области с иррадиацией в яичко, учащенное мочеиспускание. После инъекции наркотиков и спазмолитиков боли прошли. Сегодня во время мочеиспускания возникла резкая боль в уретре, струя мочи прервалась.

Предполагаемый диагноз. Лечение.

Задача №6.

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

Диагноз. Лечение.

Задача №7.

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

О чем следует думать? Необходимые диагностические и лечебные мероприятия.

Задача №8.

Больная 75 лет, поступила в урологическое отделение с жалобами на озноб, сухость во рту, жажду, боли в правой поясничной области. Состояние тяжелое. Температура тела 38,7 С, язык сухой. Пальпируется увеличенная и болезненная правая почка. Положительный симптом Пастернацкого справа. Сахар крови 12,7 ммоль/л. Лейкоцитоз-10000, нейтрофилов – 12%. В анализе мочи лейкоциты до 10 в поле зрения. По данным экскреторной урографии данных за уrolитиаз нет, функция правой почки снижена, левой-

удовлетворительная. На ретроградной пиелограмме – ампутация нижней чашечки правой почки, мочеточник проходим на всем протяжении. По УЗИ – гнойно-некротический узел по наружному контуру нижнего полюса почки.

Диагноз. Лечение.

Задача №9.

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

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

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

Задача №10.

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

Диагноз. Лечение.

ОТВЕТЫ:

Задача №1.

Камень правого мочеточника, осложненный почечной коликой. Дифференциальная диагностика с опухолями почек: УЗИ, КТ, обзорная и экскреторная урография.

Задача №2.

Внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря. Ретроградная цистография с тугим наполнением мочевого пузыря (250-300 мл урографина) в 2-ух проекциях (основной метод), УЗИ, лапароскопия, экстренная операция – нижнее-срединная лапаротомия, ушивание разрыва мочевого пузыря, цистостомия, ревизия, санация и дренирование брюшной полости.

Задача №3.

У больной камень правого мочеточника, острый обструктивный пиелонефрит. Показана срочная уретеролитотомия с ревизией почки, с последующей интенсивной антибактериальной, инфузионной и дезинтоксикационной терапией.

Задача №4.

Анурия возникла вследствие ошибочного удаления единственной почки. До операции не выполнена инфузионная (или экскреторная) урография, которая позволила бы определить отсутствие единственной почки. Нефрэктомия не была показана при данном виде повреждения – показана органосохраняющая операция: ушивание разрыва почки, нефростомия.

Задача №5.

У больного был приступ левосторонней почечной колики, обусловленной камнем левого мочеточника. Камень за 2 дня переместился в мочевой пузырь, а в настоящий момент, во время мочеиспускания застрял в уретре. Необходимо введение буца или металлического катетера большого диаметра, в результате чего камень сместится в мочевой пузырь. Далее произвести контактную литотрипсию.

Задача №6.

Острый простатит. Лечение консервативное в урологическом стационаре – антибиотики, противовоспалительные средства, физиотерапия. Если однократная катетеризация мочевого пузыря не ликвидирует острую задержку мочеиспускания, выполняется троакарная цистостомия. Цистостома удаляется перед выпиской больного.

Задача №7.

Перевязка обоих мочеточников как техническая ошибка операции, анурия. Диагностика: катетеризация мочевого пузыря, двусторонняя катетеризация мочеточников с двухсторонней уретеропиелографией. Экстренная операция: перкутанная или открытая двусторонняя нефростомия, через 4-6 месяцев – двусторонняя пластическая операция – уретероцистоанастомоз.

Задача №8.

Острый гнойный пиелонефрит справа на фоне сахарного диабета, карбункул почки. Срочная операция: люмботомия справа, декапсуляция правой почки, крестообразное рассечение или конусовидное иссечение карбункула, нефростомия, дренирование забрюшинное пространства.

Задача №9.

Почечная колика, вызванная прохождением по мочеточнику камня. Показаны обзорная урография, УЗИ почек и мочевых путей. Необходимо купирование почечной колики наркотическими и ненаркотическими анальгетиками, спазмолитиками, при необходимости – катетеризация мочеточника.

Задача №10.

Острый гнойный паранефрит. Срочная операция: люмботомия, вскрытие и дренирование абсцесса.