

Электронная цифровая подпись



Утверждено 30.05.2019г.
протокол № 5.

председатель Ученого Совета Лысов Н.А.

ученый секретарь Ученого Совета Бунькова Е.Б.

**МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА
ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ ДИСЦИПЛИНЫ
УРОЛОГИЯ**

**БЛОК 1
ВАРИАТИВНАЯ ЧАСТЬ
Дисциплины по выбору**

**ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ ПО ПОДГОТОВКЕ КАДРОВ
ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ (ординатура)
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ**

31.08.32 ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

Квалификации "Врач-дерматовенеролог"
Форма обучения: очная

Срок обучения 2 года, 120 з.е.

В основу методической разработки для самостоятельной работы обучающихся по рабочей программе дисциплины (модуля) «**Урология**» положены:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.08.32 ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ - (уровень подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре) - утвержден приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014 г. №1074.

Методическая разработка одобрена на заседании кафедры «Хирургических болезней» от «29» мая 2019г. Протокол № 10

Заведующий кафедрой

«Хирургических болезней»

д.м.н., доцент _____ Столяров С.А.

Разработчики:

Профессор кафедры

«Хирургических болезней»

д.м.н., профессор _____ Лещенко И.Г.

Доцент кафедры

хирургических болезней

к.м.н. _____ Губанов Е.С.

**Информация о языках,
на которых осуществляется образование (обучение) по подготовке кадров высшей
квалификации по ФГОС ВО в ординатуре.**

В Частном учреждении образовательной организации высшего образования «Медицинском университете «РЕАВИЗ» при обучении по подготовке кадров высшей квалификации по ФГОС ВО в ординатуре образовательная деятельность осуществляется на государственном языке Российской Федерации.

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ

Компетенции, вырабатываемые в ходе самостоятельной работы обучающихся по дисциплине

Планируемые результаты освоения дисциплины	Задачи обучения по дисциплине
<p>универсальные компетенции: готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1) готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2)</p> <p>профилактическая деятельность: готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);</p> <p>диагностическая деятельность: готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);</p> <p>психолого-педагогическая деятельность: готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);</p>	<p>– Обеспечить общепрофессиональную подготовку врача- дерматовенеролога, включая основы фундаментальных дисциплин, вопросы этиологии, патогенеза, клинических проявлений заболеваний, лабораторных и функциональных исследований, постановки диагноза с учетом современных достижений медицины и профилактики заболеваний.</p> <p>– Сформировать профессиональные знания, умения, навыки, владения врача- дерматовенеролога с целью самостоятельного ведения больных преимущественно в амбулаторно-поликлинических условиях работы, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.</p> <p>– Совершенствовать знания, умения, навыки по клинической лабораторной и функциональной диагностике, инструментальным и аппаратным исследованиям в целях формирования умения оценки результатов исследований в диагностике, дифференциальной диагностике, прогнозе заболеваний.</p> <p>– Освоить методы диагностики, дифференциальной диагностики основных заболеваний органов мочевой и мужской половой систем, освоение методов консервативного и оперативного лечения больных с патологией органов мочевыделительной и половой систем</p> <p>– Освоить методы формирования здорового образа жизни семьи.</p>

Виды самостоятельной работы обучающихся:

1. Решение тестовых заданий
2. Подготовка презентаций на тему
3. Решение ситуационных задач

План внеаудиторной самостоятельной работы обучающихся

Название этапа	Содержание этапа	Цель этапа
1. Подготовительный	Изучение материала по теме.	Подготовка обучающихся к работе по теме
2. Практический	1. Решение тестовых заданий. 2. Решений ситуационных задач.	Проверка готовности обучающихся к занятию.

	3. Ответы на теоретические и практические вопросы по теме.	
3. Итоговый	- Определение списка вопросов преподавателю. - Обсуждение вопросов. - Формулирование выводов по теме	Обсуждение вопросов, формулирование выводов. Проверка уровня освоения теоретического материала и развитие навыка самостоятельного использования теоретических знаний.

ТЕМА 1: Воспалительные заболевания органов мочевыделительной и половой систем

Цель и задачи:

Цель: Уяснить основные положения о воспалительных заболеваниях органов мочевыделительной и половой систем.

Задачи:

Обучающая:

- расширение образовательного пространства в области современных представлений об урологии.
- формирование профессиональных умений и навыков по определению, обработке и анализу сведений о морфологии заболеваний, вопросах общей патологии и современных теоретических концепции и направления в медицине; правильная интерпретация и анализ полученных результатов.

Развивающая:

- способствовать развитию познавательного интереса по предложенной теме;
- создание условий для актуализации и применения знаний по предмету в профессиональной деятельности;
- развитие навыка логического мышления и аргументации самостоятельных решений и выводов;

Воспитательная:

- формирование потребности и способности к последующему самообразованию в профессиональном плане;
- формирование научного мировоззрения по медико-социальным и этическим аспектам деятельности медицинских работников.
- формирование роли врача в ряду других сфер деятельности.

Оснащение занятия: мультимедийный комплекс.

Место проведения: учебная комната (аудитория).

Время проведения внеаудиторной работы обучающихся: 12 часов.

Виды самостоятельной работы обучающихся:

1. Решение тестовых заданий
2. Подготовка презентаций на тему
3. Решение ситуационных задач

Раздел 1 «Воспалительные заболевания органов мочевыделительной и половой систем»

Тестовые задания

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9.

Выберите один или несколько правильных ответов:

1. У больной 22 лет на 24-й неделе, беременности появились тупые боли в правой поясничной области, однократно был озноб, повысилась температура тела до 39°C. Страдает хроническим тонзиллитом. При осмотре: правая поясничная область пальпаторно болезненная, перитонеальной симптоматики нет. Больная старается лежать на левом боку. В анализе мочи: лейкоциты 2-4 в поле зрения. Ваш диагноз:

1. Острый цистит.
2. Острый правосторонний пиелонефрит.
3. Острый аппендицит.
4. Острый холецистит.

Ответ 2

2. Больной 17 лет обратился с жалобами на затрудненное мочеиспускание, раздувание препуциального мешка при мочеиспускании. При осмотре головка полового члена не обнажается вследствие резкого сужения наружного отверстия препуциального мешка. Ваш диагноз:

1. Парафимоз.
2. Балонит.
3. Баланопостит.
4. Фимоз.

Ответ 4

3. Для первичного острого пиелонефрита характерны следующие признаки:

1. возникновение заболевания преимущественно у женщин
2. определенная последовательность возникновения симптомов
3. преобладание симптомов интоксикации над местными симптомами
4. правильно 1 и 2
5. правильно 1 и 3

Ответ 5

4. Факторами, способствующими возникновению острого пиелонефрита, являются

1. пузырно-мочеточниковый рефлюкс
2. переохлаждение
3. нарушение пассажа мочи и оттока венозной крови из почки
4. бактериурия
5. все вышеперечисленное

Ответ 5

5. В стационар поступил пациент 73 лет с острой задержкой мочи в течение 5 суток. Мочу из мочевого пузыря эвакуировали катетером. В анамнезе в течение 2 лет дневная и ночная поллакиурия. В момент осмотра: температура тела - 38,3°C, гнойные выделения из уретры, перкуторно верхняя граница мочевого пузыря на 4 см выше лонного сочленения; ректально: предстательная железа увеличена в размерах в 2,5 раза, тугоэластической консистенции, болезненная. Ваша лечебная тактика.

1. Трансуретральная резекция предстательной железы.
2. Установка постоянного катетера в мочевой пузырь, двусторонняя вазорезекция.
3. Эпицистостомия.
4. Периодическая катетеризация мочевого пузыря.
5. Одномоментная чрезпузырная аденомэктомия

Ответ 3

6. У больного 67 лет произошла острая задержка мочеиспускания в течение 6 суток. Мочу из мочевого пузыря эвакуировали катетером. В анамнезе в течение 2 лет дневная и ноч-

ная поллакиурия. В момент осмотра: температура тела - 38,3°C, гнойные выделения из уретры, перкуторно верхняя граница мочевого пузыря на 4 см выше лонного сочленения; ректально: предстательная железа увеличена в размерах в 2,5 раза, тугоэластической консистенции, болезненная. Ваша лечебная тактика.

1. Трансуретральная резекция предстательной железы.
2. Установка постоянного катетера в мочевой пузырь, двусторонняя вазорезекция.
3. Эпицистостомия.
4. Периодическая катетеризация мочевого пузыря.
5. Одномоментная чрезпузырная аденомэктомия.

Ответ 3

7. Факторы, которых следует избегать для предотвращения развития пиелонефрита

1. охлаждение
2. перегревание
3. нарушение пассажа мочи
4. острый цистит
5. все указанные факторы

Ответ 3

8. При остром паренхиматозном простатите боли

1. постоянные ноющие
2. приступообразные
3. интенсивные, вплоть до пульсирующих
4. тупые
5. острые

Ответ 3

9. Наиболее частым путем проникновения инфекции в мочевой пузырь является

- 1) уретальный
- 2) нисходящий
- 3) лимфогенный
- 4) гематогенный
- 5) контактный

Ответ: 4

10. Основным и ведущим звеном в системе стационарной медицинской помощи урологическому больному является

- 1) санаторий-профилакторий
- 2) диспансер
- 3) научно-исследовательский институт
- 4) урологическое отделение многопрофильной больницы
- 5) дневной стационар при поликлинике

Ответ 4

11. Имеют право информировать больного о его здоровье, плане обследования и лечения

- 1) лечащий врач или заведующий отделением
- 2) медсестра
- 3) родственники
- 4) врач функциональной диагностики
- 5) любой врач отделения, не курирующий больного

Ответ 1

12. Врач к больному должен обращаться

- 1) по имени
- 2) по имени и отчеству
- 3) по фамилии
- 4) "больной"

Ответ: 2

13. Ренальная анурия встречается

1. при хроническом пиелонефрите
2. при хроническом гломерулонефрите
3. при тромбозе или эмболии почечных сосудов
4. правильно а) и б)
5. правильно б) и в)

Ответ 4

14. При амбулаторном обследовании у молодого человека 25 лет выявлены признаки ХПН, снижения слуха, в моче протеинурия, гематурия, дедушка умер от болезни почек, у сестры 12 лет выявлена микрогематурия. Ваш диагноз:

1. Нефронофтиз Фанкони
2. Семейная гематурия
3. Болезнь тонких мембран
4. Синдром Альпорта
5. Болезнь Берже

Ответ 4

15. С какого визуализирующего метода необходимо начинать обследование пациента с подозрением на почечную патологию:

1. Экскреторная урография
2. УЗИ брюшной полости и почек
3. Нефросцинтиграфия
4. Ренография
5. Компьютерная томография

Ответ 2

16. Самая частая причина геморрагического цистита:

1. E.Coli
2. Proteus
3. Ps. aerogen
4. Klebsiella
5. Аденовирус

Ответ 5

17. Больная 29 лет поступила в клинику с жалобами на учащенное, болезненное мочеиспускание с интервалом 20-30 минут, небольшую примесь крови в моче в конце мочеиспускания, боли в надлобковой области вне акта мочеиспускания. В анализах мочи: моча мутная, лейкоциты покрывают все поля зрения. Выделений из половых путей и уретры не обнаружено. Половой партнер венерическими заболеваниями не страдает. Ваш диагноз:

1. Вульвовагинит.
2. Аднексит.
3. Простая язва мочевого пузыря.
4. Острый цистит.
5. Парацистит.

Ответ 4

18. Больной 37 лет поступил в клинику с жалобами на повышение температуры тела до 39-40°C, озноб. Четыре дня назад появились боли в поясничной и подреберной областях справа, особенно при глубоком вдохе. Боли постепенно усиливались. При осмотре: болезненность при пальпации правой поясничной области, особенно в реберно-позвоночном углу, позвоночник искривлен вправо. Пальпация области правой почки болезненна, резко положительные симптомы Израэля и Пастернацкого справа (болезненность при надавливании в области поясничного треугольника). Больной лежит в положении с приведенным к животу правым бедром. Разгибание бедра резко болезненно. В правой поясничной области выбухание и гиперемия кожи. На обзорном снимке нечеткость контуров поясничной мышцы, искривление позвоночника вправо. Тень почки размыта. На экскреторной урограмме мочеточник отклонен медиально, слабо дифференцируется его прилоханочный отдел. Подвижность правой почки при дыхании резко ограничена. Ваш диагноз:

1. Паранефрит.
2. Опухоль почки.
3. Почечная колика.
4. Радикулит.
5. Остеохондроз.

Ответ 1

19. Больной 32 лет поступил в клинику с жалобами на повышение температуры тела до 39,6°C. Состояние больного тяжелое, положение с приведенным к животу бедром, резкая болезненность при его разгибании, выбухание в поясничной области и гиперемия справа, болезненность в поясничной области, особенно в правом костовертебральном углу, защитное сокращение поясничных мышц при легкой пальпации, сколиоз поясничного отдела позвоночника. Какое экстренное обследование необходимо произвести для установления диагноза:

1. радиоизотопная рентгенографию.
2. урофлоурометрия.
3. УЗИ.
4. хромоцистоскопия.
5. Обзорная и экскреторная урография.

Ответ 5

20. На амбулаторный прием к урологу обратилась женщина 44 лет, с жалобами на постоянное выделение мочи из влагалища в сочетании с болями в области правой почки. Данная симптоматика беспокоит в течение трех недель.

Вопрос: к какому методу диагностики наиболее целесообразно прибегнуть в данном случае?

1. экскреторная урография и вагинография.
2. нисходящая цистография.
3. цистоскопия.
4. ретроградная уретрография.
5. уретроскопия.

Ответ .1

21. При проведении экскреторной урографии у беременной женщины сроком 18-20 недель с явлениями острого пиелонефрита беременных, основными рентгенологическими признаками будут являться все, кроме:

- 1) сдавления и изъязвления чашечек.
- 2) увеличения почки.
- 3) "белой почки".
- 4) нормальных размеров почки.

5)пиелозктазии.

Ответ . 4

22. У больного 56 лет диагностирован тотальный правосторонний пионефроз. При проведении экскреторной урографии также определяется тень конкремента левой почки, занимающего всю лоханку и верхнюю группу чашечек. Вопрос: какой вид лечения будет наиболее оправдан?

- 1)массивная антибактериальная+литолитическая терапия.
- 2)нефрэктомия справа, пиелолитотомия и нефростомия слева одномоментно.
- 3)пиелолитотомия и нефростомия слева.
- 4)дистанционная литотрипсия слева.
- 5)нефрэктомия справа.

Ответ 5

23. Факторами, являющимися причиной острой задержки мочеиспускания являются все, кроме:

- 1)отека слизистой уретры и простаты.
- 1)внезапного снижения тонуса детрузора, вследствие переполнения.
- 3)деформации и сдавления задней части уретры аденомой простаты.
- 4)венозного застоя в малом тазу.
- 5)спазма сфинктера мочевого пузыря и нарушения иннервации.

Ответ . 5

24.Какие симптомы из перечисленных ниже наиболее характерны для гидронефроза: а) анурия; б) ноющие боли в поясничной области; в) гематурия; г) опухолевидное образование, пальпируемое в подреберье; д) острая задержка мочи? Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) а, б, д;
- 2) б, в, г;
- 3) а, г, д;
- 4) в, г, д;
- 5) а, в, д.

Ответ 2

25.Больная 25 лет экстренно поступила в клинику с жалобами на повышение температуры тела до 39-40°C, озноб, обильное потоотделение, слабость, тошноту, рвоту, тупую боль в поясничной области и в подреберье справа. При осмотре: пульс частый, до 100 уд/мин, ритмичный, язык чистый, влажный, живот при пальпации болезненный в правой половине. В анализе мочи: лейкоциты покрывают все поля зрения, бактериурия. В анализе крови: лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ повышена. При хромоцистоскопии индигокармин выделяется из левого устья на 5-й минуте интенсивно, из правого - на 8-й минуте. Ваш диагноз:

- 1) острый аппендицит;
- 2) острый холецистит;
- 3) острый необструктивный пиелонефрит справа;
- 4) острый обструктивный пиелонефрит справа;
- 5) тазовый перитонит.

Ответ 3

Ситуационные задачи
Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9.

Ситуационная задача №1

Больная жалуется на учащенное, болезненное в конце акта мочеиспускание с примесью алой крови в последних каплях мочи. Заболела несколько часов назад. Живот мягкий, безболезненный, с-м XII ребра отрицателен с обеих сторон.

1. Предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
3. Какой из методов обследования необходимо выполнить после стихания острых явлений.
4. Какие виды гематурии Вам известны.
5. Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.

Эталон ответа

1. Клиническая картина характерна для острого цистита.
2. УЗИ почек, мочевого пузыря; общий анализ мочи, посев мочи.
3. Цистоскопия.
4. Инициальная, тотальная, терминальная.
5. Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, исследование и коррекция изменений иммунной системы, общая гигиена, гигиена половой жизни.

Ситуационная задача №2

У женщины 42 лет наблюдаются частые обострения хронического цистита.

Консервативная терапия дает кратковременный эффект.

1. Предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
3. Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.
4. Какое заболевание наиболее вероятно.
5. Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.

Эталон ответа

1. Клиническая картина характерна для обострения хронического цистита на почве других заболеваний мочевого пузыря, уретры, почек, возможно специфического характера.
2. УЗИ почек, мочевого пузыря; обзорная, экскреторная урография, общий анализ мочи, посев мочи.
3. Цистоскопия, посев мочи на ВК.
4. Туберкулез органов мочевыделительной системы.
5. Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, исследование и коррекция изменений иммунной системы, общая гигиена, гигиена половой жизни.

Ситуационная задача №3

У больной 16 лет последние 2 года периодически, чаще в ночное время, возникают приступы острых болей в правой пояснично-подреберной области, сопровождающиеся подъемом температуры до 39°C, ознобом. Неоднократно была осмотрена дежурным хирургом, который данных за острую хирургическую патологию не находил. В дошкольном возрасте наблюдались частые обострения хронического цистита, лечилась у педиатра.

1. Предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
3. Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.
4. Какой из методов обследования необходимо выполнить после стихания острых явлений.
5. Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.

Эталон ответа

1. Клиническая картина характерна для острого рефлюксогенного пиелонефрита.
2. УЗИ почек, мочевого пузыря; общий анализ мочи, посев мочи.

3. Микционная цистография.
4. Цистоскопия.
5. Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, исследование и коррекция изменений иммунной системы, общая гигиена, гигиена половой жизни. Принудительное мочеиспускание через 2,5- 3 часа.

Ситуационная задача №4

У больного 17 лет, после перенесенного фурункула правого предплечья, появились тупые боли в правой поясничной области, повышение температуры до 38⁰ С, снижение аппетита, слабость. При осмотре в правой поясничной области отмечается припухлость. Больной лежит на правом боку с подтянутым к животу бедром. При пальпации в правой пояснично-подреберной области отмечается дефанс, положительный симптом XII ребра. ОАК: выраженный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево. На обзорной урограмме контуры поясничной мышцы справа не определяются. Теней, подозрительных на конкременты, в проекции почек, мочевых путей не выявлено, выражен сколиоз. По данным УЗИ расширения ЧЛС не выявлено, нечетко лоцируется контур верхнего полюса правой почки, подвижность почки снижена.

1. Предварительный диагноз. Где должен лечиться больной?
2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
3. Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.
4. С чем связано вынужденное положение больного.
5. Перечислите возможные мероприятия по третичной профилактике заболевания.

Эталон ответа

1. Клиническая картина характерна для острого гнойного пиелонефрита. В урологическом отделении стационара.
2. УЗИ почек
3. УЗИ с ЦДК почек.
4. Гнойный процесс в почке осложнился паранефритом, псоитом.
5. Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, исследование и коррекция изменений иммунной системы.

Ситуационная задача №5

У женщины 20 лет на следующий день после переохлаждения появилось учащенное, болезненное мочеиспускание, терминальная гематурия, боли внизу живота. Температура не повышена.

1. Предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
3. Какой из методов обследования необходимо выполнить после стихания острых явлений.
4. Какие виды гематурий Вам известны.
5. Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.

Эталон ответа

1. Клиническая картина характерна для острого цистита.
2. УЗИ почек, мочевого пузыря; общий анализ мочи, посев мочи.
3. Цистоскопия.
4. Инициальная, тотальная, терминальная.
5. Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, исследование и коррекция изменений иммунной системы, общая гигиена, гигиена половой жизни.

Контрольные вопросы по теме:

1. Острый пиелонефрит. Хронический пиелонефрит.

2. Бактериотоксический шок при урологических заболеваниях.
3. Воспалительные заболевания почек и забрюшинной клетчатки. Болезнь Ормонда.
4. Воспалительные заболевания мочевого пузыря и уретры.
5. Воспалительные заболевания мужских половых органов

ТЕМА 2: Нефролитиаз

Цель и задачи:

Цель: Уяснить основные положения о нефролитиазе.

Задачи:

Обучающая:

- расширение образовательного пространства в области современных представлений об урологии.
- формирование профессиональных умений и навыков по определению, обработке и анализу сведений о морфологии заболеваний, вопросах общей патологии и современных теоретических концепции и направления в медицине; правильная интерпретация и анализ полученных результатов.

Развивающая:

- способствовать развитию познавательного интереса по предложенной теме;
- создание условий для актуализации и применения знаний по предмету в профессиональной деятельности;
- развитие навыка логического мышления и аргументации самостоятельных решений и выводов;

Воспитательная:

- формирование потребности и способности к последующему самообразованию в профессиональном плане;
- формирование научного мировоззрения по медико-социальным и этическим аспектам деятельности медицинских работников.
- формирование роли врача в ряду других сфер деятельности.

Оснащение занятия: мультимедийный комплекс.

Место проведения: учебная комната (аудитория).

Время проведения внеаудиторной работы обучающихся: 12 часов.

Виды самостоятельной работы обучающихся:

1. Решение тестовых заданий
2. Подготовка презентаций на тему
3. Решение ситуационных задач

Раздел 2. «Нефролитиаз»

Тестовые задания

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9.

Выберите один или несколько правильных ответов:

1. Наиболее высокая заболеваемость уролитиазом наблюдается в регионах с:
 1. сухим жарким климатом
 2. умеренным климатом средней полосы
 3. холодным заполярным климатом
 4. тропическим влажным климатом
 5. климатом морского побережья
- Ответ 1

2. 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

Ответ 5

3. При щелочной реакции мочи преимущественно образуются:

1. мочекислые (уратные) камни
2. цистиновые камни
3. фосфатные камни
4. оксалатные камни
5. камнеобразование не зависит от реакции мочи

Ответ 3

4. Развитию оксалатурии способствует все, кроме:

1. дефицита в организме витамина В6
2. дефицита в организме витамина D
3. избытка в пище лимонной кислоты
4. хронических колитов
5. литолитических препаратов (блемарен, уралит-У, и др.)

Ответ 2

5. Гиперкальцемия и гиперкальциурия способствуют образованию:

1. цистиновых камней
2. мочекислых (уратных) камней
3. оксалатных камней
4. фосфатных камней
5. правильно 3 и 4

Ответ 5

6. Снижение реабсорбции в канальцах почек мочевой кислоты может приводить к образованию:

1. цистиновых мочевых солей
2. оксалатных мочевых солей
3. уратных (мочекислых) мочевых солей
4. фосфатных мочевых солей
5. любых из перечисленных

Ответ 3

7. Хронический пиелонефрит способствует:

1. нарушению лимфооттока из почки
2. нарушению уродинамики
3. повышению вязкости мочи
4. нарушению стабильности рН мочи
5. всему перечисленному

Ответ 5

8. Образованию почечных камней в большей степени способствует:

1. хронический гломерулонефрит

2. внутривенная лоханка и нарушение лимфооттока из почки
3. гипоксия почки
4. внепочечная лоханка
5. артериальная гипертензия

Ответ 2

9. К факторам, не влияющим на образование мочевых камней, относятся:

1. высокая концентрация натрия и креатинина в крови и моче
2. уростаз
3. высокая вязкость мочи
4. низкий уровень защитных коллоидов в моче
5. высокая концентрация щавелевой, мочевой кислоты, кальция в моче

Ответ 1

10. Для кристаллизации оксалатных солей наиболее оптимальной рН мочи является:

1. 3,5
2. 5,5
3. 6,9
4. 7,5
5. 8,8

Ответ 2

11. В диагностике мочекишечного (уратного) уролитиаза следует применять указанные ниже методы, кроме:

1. обзорной и экскреторной урографии
2. определения кислой и щелочной фосфатазы крови
3. определения мочевой кислоты крови
4. УЗИ почек
5. определения мочевой кислоты в суточной моче

Ответ 2

12. Выберите наиболее оптимальный вариант последовательности действий при экстренной диагностике острого обструктивного пиелонефрита: 1. КТ, 2. УЗИ почек, 3. Измерение АД и пульса. 4. Клинический анализ крови и мочи. 5. Радиоизотопная ренография. 6. Обзорная и экскреторная урография. 7. Лечебно-диагностическая катетеризация мочеточника

- 1) 1,2,4,7
- 2) 7,3,2,5
- 3) 3,2,4,6,7
- 4) 6,4,2,7
- 5) 2,5,7,3

Ответ 3

13. Ретроградная уретропиелография наиболее целесообразна:

1. при камне (оксалате) в лоханке, почки или мочеточника
2. при подозрении на камень (урат) мочеточника, лоханки или чашки
3. при камне (фосфате) чашечки, лоханки или мочеточника
4. во всех случаях
5. ни в одном случае

Ответ 2

14. Радиоизотопная ренография наиболее целесообразна:

1. при коралловидном камне почки
 2. при камнях обеих почек
 3. при камнях обоих мочеточников
 4. во всех случаях
 5. ни в одном случае
- Ответ 4

15. УЗИ почек целесообразно:
1. при подозрении камень урат почки
 2. при коралловидном камне почки
 3. при камне мочеточника
 4. ни в одном случае
 5. во всех случаях
- Ответ 5

16. Обзорная и экскреторная урография целесообразны:
1. при камнях лоханок обеих почек
 2. при коралловидном камне почки (обеих почек)
 3. при камне (урате) мочеточника
 4. во всех случаях
 5. только 1 и 2
- Ответ 4

17. Динамическая нефросцинтиграфия наиболее целесообразна:
1. при коралловидном камне почки
 2. при камне лоханки почки размером 5х6 мм
 3. при камне мочеточника
 4. при камне чашечки почки
 5. при отошедшем камне мочеточника
- Ответ 1

18. У пациента самостоятельно отходят оксалатные камни и соли. Выберите необходимый вариант обследования. 1. кальций крови и суточной мочи. 2. трансаминазы крови. 3. фосфор крови. 4. хлориды крови. 5. оксалаты (щавелевая кислота) суточной мочи. 6. белковые фракции крови.
1. все вышеперечисленные исследования
 2. 1,2,5,6
 3. 1,3,5
 4. 4,5,6
 5. 2,3,5,6
- Ответ 3

19. У пациента камень нижней трети мочеточника 3 мм, уретропиелэктоазия выше камня. Выберите вариант из предложенных методов лечения:
1. спазмолитические средства
 2. стимулирующая мочеточник физиотерапия
 3. водные нагрузки: 1,5 литра в день + фуросемид
 4. верно 1 и 2
 5. верно 1,2,3
- Ответ 4

20. У пациента в поликлинике диагностирована почечная колика, температура 38,3°C. в течение 2-х дней, ознобы. Ваши действия:

1. лечить на дому антибиотиками
2. госпитализировать в терапевтическое отделение
3. срочно госпитализировать в урологический стационар
4. срочно деблокировать почку
5. правильно 3 и 4

Ответ 5

21. Компьютерная томография целесообразна

1. при коралловидном камне почки
2. при камнях чашечек обеих почек
3. при уратном камне почечной лоханки
4. при оксалатном камне лоханки
5. ни в одном из перечисленных случаев:

Ответ 2

22. Боли при камне интрамурального отдела мочеточника, нарушающем уродинамику, локализируются

1. в поясничной области без иррадиации
2. в подреберье с иррадиацией под лопатку
3. в боковых отделах живота с иррадиацией в поясничную область
4. в паховой области с иррадиацией в бедро
5. в поясничной области с иррадиацией в паховую и половые органы:

Ответ 5

23. Основными этиологическими факторами мочекаменной болезни являются

1. нарушения фосфорно-кальциевого обмена
2. нарушение обмена щавелевой кислоты
3. нарушение пуринового обмена
4. хронический пиелонефрит
5. все указанные факторы:

Ответ 5

24. Гиперкальциемия и гиперкальциурия способствуют образованию

1. цистиновых камней
2. уратных камней
3. оксалатных камней
4. ни одного из указанных видов камней
5. любого из перечисленных видов:

Ответ 1

25. Рентгенонегативными камнями являются

- 1) фосфатные
- 2) уратные
- 3) оксалатные
- 4) цистиновые
- 5) ксантиновые

Ответ 4

Ситуационные задачи
Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9.

Ситуационная задача №1

Больной М., 45 лет последние 3 месяца отмечает периодические подъемы температуры до 38⁰ С с ознобом. При пальпации определяется болезненность в области правого подреберья. Симптом XII ребра положительный справа. На обзорной урограмме в проекции правой почки визуализируется тень, подозрительная на конкремент 1,5 x 1,4 см в d. На экскреторной урограмме функция правой почки снижена, определяется правосторонний гидронефроз, мочеточник четко не виден. Выявленная тень наслаивается на проекцию лоханки. Изменений чашечно-лоханочной системы, мочеточника слева не обнаружено.

- 1.Предварительный диагноз.
- 2.Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
- 3.Какой из методов обследования в данном случае даст наиболее достоверную информацию.
- 4.Какие рентгенологические признаки указывают на то, что тень на обзорной урограмме имеет отношение к мочевым путям.

Эталон ответа

- 1.Клиническая картина характерна для камня правой почки.
Предварительный диагноз: Камень правой почки.
- 2.Для уточнения диагноза необходимо проведения УЗИ почек.
- 3.МСКТ.
- 4.Расширение полостной системы правой почки

Ситуационная задача №2

У больного 16 лет рентгенологически выявлен камень левого мочеточника 0,4 × 0,3 см. Приступ болей легко купируется, температура тела нормальная. На экскреторной урограмме определяется незначительное расширение мочеточника над конкрементом.

- 1.Определите тактику лечения.
- 2.Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
- 3.Какие лечебные мероприятия показаны.
- 4.Какой параметр динамического наблюдения определяет тактику ведения больного.
- 5.Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике камнеобразования.

Эталон ответа

- 1.Уродинамика сохранена. Отсутствуют признаки пиелонефрита. Показана консервативная камнеизгоняющая терапия.
- 2.Для уточнения диагноза необходимо сделать УЗИ почек.
- 3.Показана спазмолитическая терапия, физиотерапия, форсированный диурез.
- 4.Тенденция к миграции (скорость продвижения камня по мочеточнику).

Ситуационная задача №3

В медпункт обратился больной 17 лет с жалобами на тошноту и рвоту, на резкие схваткообразные боли в левом боку, распространяющиеся в паховую область, в наружные половые органы, учащение мочеиспускания.

Температура тела нормальная. Больной непрерывно меняет положение тела, не находя в этом облегчения. Месяц тому назад отмечает аналогичный приступ, который купировался спазмолитиками.

- 1.Предварительный диагноз
- 2.Какие дополнительные обследования необходимо произвести
- 3.Меры первой (доврачебной) и врачебной помощи
- 4.Какие заболевания могут «симулировать» указанное заболевание
- 5.Перечислите мероприятия по первичной профилактике заболевания.

Эталон ответа

- 1.Клиническая картина характерна для левосторонней почечной колики.
Предварительный DS: Камень левого мочеточника.

2. Для уточнения диагноза необходимо проведение УЗИ почек, обзорной, экскреторной урографии.
3. Спазмолитики, обезболивание, теплая ванна.
4. Заболевания кишечника, позвоночника (остеохондроз).

Ситуационная задача №4

Больной 15 лет предъявляет жалобы на боли в правой подвздошной области, которые иррадируют в поясницу и в половые органы. Появление болей внезапное, не зависит от положения тела. Наблюдается тошнота.

Пальпация вызывает локальную болезненность. Отмечается незначительное напряжение мышц передней брюшной стенки. Температура тела нормальная.

Мочеиспускание несколько учащено.

1. Предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
3. Какой из методов обследования в данном случае даст наиболее достоверную информацию.
4. Какие заболевания могут «симулировать» указанную клиническую картину.
5. Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.

Эталон ответа

1. Клиническая картина характерна для камня нижней трети правого мочеточника. Предварительный DS: Камень правого мочеточника.
2. Для уточнения диагноза необходимо проведения УЗИ почек и мочевого пузыря.
3. Обзорная, экскреторная урографии с выявлением симптома «нисходящего указательного пальца».
4. Острые заболевания органов брюшной полости.

Ситуационная задача №5

У больного 45 лет рентгенологически диагностирован камень правой почки. Последние 3 месяца беспокоили периодические подъемы температуры до 38 °С, ознобы. На экскреторной урограмме функция правой почки снижена, определяется правосторонний гидронефроз, мочеточник четко не визуализируется. Тень наслаивается на проекцию лоханки. Изменений чашечно-лоханочной системы, мочеточника слева не установлено.

1. Диагноз.
2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
3. План лечения.
4. Что определит минимальный и максимальный объем оперативного вмешательства.
5. Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.

Эталон ответа

1. Инфицированный гидронефроз на почве обструкции пиелoureтерального сегмента камнем правой почки.
2. Для уточнения диагноза необходимо проведение УЗИ почек с ЦДК, МСКТ.
3. Оперативное лечение: пиелолитотомия с нефропиелостомией.
4. Состояние паренхимы почки и степень выраженности воспалительных изменений органа. При сохраненной паренхиме: пиело-нефролитотомия с нефростомией, при выраженном нефросклерозе или гнойном поражении почки - нефрэктомия.

Контрольные вопросы по теме:

1. Нефролитиаз. Этиология и патогенез.
2. Клиника и диагностика.
3. Оперативные и эндоскопические методы лечения.
4. Литотрипсия. Консервативное лечение и профилактика

ТЕМА 3: Аномалии мочеполовых органов.

Цель и задачи:

Цель: Уяснить основные положения об аномалиях мочеполовых органов.

Задачи:

Обучающая:

- расширение образовательного пространства в области современных представлений об урологии.
- формирование профессиональных умений и навыков по определению, обработке и анализу сведений о морфологии заболеваний, вопросах общей патологии и современных теоретических концепциях и направлениях в медицине; правильная интерпретация и анализ полученных результатов.

Развивающая:

- способствовать развитию познавательного интереса по предложенной теме;
- создание условий для актуализации и применения знаний по предмету в профессиональной деятельности;
- развитие навыка логического мышления и аргументации самостоятельных решений и выводов;

Воспитательная:

- формирование потребности и способности к последующему самообразованию в профессиональном плане;
- формирование научного мировоззрения по медико-социальным и этическим аспектам деятельности медицинских работников.
- формирование роли врача в ряду других сфер деятельности.

Оснащение занятия: мультимедийный комплекс.

Место проведения: учебная комната (аудитория).

Время проведения внеаудиторной работы обучающихся: 12 часов.

Виды самостоятельной работы обучающихся:

1. Решение тестовых заданий
2. Подготовка презентаций на тему
3. Решение ситуационных задач

Раздел 3. «Аномалии мочеполовых органов»

Тестовые задания

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9

Выберите один или несколько правильных ответов:

1. Течение гидронефроза делится на...

- а) три стадии
- б) пять стадий
- в) шесть стадий
- г) две стадии
- д) четыре стадии

Ответ: а

2. Укажите причину возникновения варикоцеле слева при опухоли почки

- а) недостаточность клапанного аппарата вены
- б) малый просвет яичковой вены
- в) впадение яичковой вены слева в почечную вену

- г) поражение опухолью левой почечной или нижней полой вены
 - д) впадение яичковой вены справа в нижнюю полую вену
- Ответ: г

3. Наиболее часто встречающаяся аномалия структуры почек:

- а) диспластическая почка
- б) мультикистоз почек
- в) поликистоз почек
- г) дермоидная киста
- д) простая солитарная киста

Ответ: д

4. К аномалиям почек относятся

- а) дистопия гомолатеральная (торакальная, поясничная, подвздошная, тазовая)
- б) нефроптоз
- в) дистопия гетеролатеральная (перекрестная)
- г) только а) и б)
- д) только а) и в)

Ответ: д

5. Дистопии почек встречаются с частотой

- а) 1:600
- б) 1:800
- в) 1:1000
- г) 1:1200
- д) 1:10000

Ответ: б

6. Дистопированную почку необходимо дифференцировать

- а) с фиксированным нефроптозом
- б) с опухолью кишечника
- в) с опухолью женских половых органов
- г) со всем перечисленным
- д) только а) и в)

Ответ: г

7. Характерными рентгенологическими признаками тазовой и поясничной дистопии почки являются

- а) ротация почки
- б) извитой, достаточной длины мочеточник
- в) низко отходящая, короткая сосудистая ножка
- г) только а) и б)
- д) только а) и в)

Ответ: д

8. Почечные артерии подвздошно дистропированной почки имеют все перечисленные характеристики, кроме

- 1) единичных
- 2) множественных
- 3) отходящих от общей подвздошной артерии
- 4) отходящих под бифуркацией аорты

- 5) отходящих в месте бифуркации
б) отходящих от различных тазовых артерий
а) правильно 1, 2 и 6
б) правильно 2, 4 и 6
в) правильно 1, 3 и 6
г) правильно 2, 3 и 5
д) правильно 2, 4 и 5

Ответ: г

9. Диагноз дистопии почки основывается на данных

- а) экскреторной урографии
б) ангиографии
в) ультразвукового исследования
г) правильно а) и б)
д) правильно все перечисленное

Ответ: д

10. Аномалии взаимоотношения почек составляют ко всем почечным аномалиям

- а) 6-8%
б) 10%
в) 13%
г) 18%
д) 20%

Ответ: в

К симметричным формам сращения относят

- а) S-образную почку
б) подковообразную и галетообразную почку
в) L-образную почку
г) Y-образную почку

Ответ: б

12. Возможные варианты сращения полюсов в подковообразной почке

- а) посредством паренхиматозного перешейка нижних полюсов почки
б) посредством перешейка верхних полюсов почки
в) сращение только за счет фиброзной ткани
г) сращение полюсов перешейка позади аорты и нижней полой вены
д) ответы а), б), г) правильные

Ответ: д

13. Среди осложнений подковообразной почки первое место занимает

- а) мочекаменная болезнь
б) гидронефроз
в) пиелонефрит
г) артериальная гипертензия
д) гематурия

Ответ: в

14. На экскреторных урограммах подковообразная почка характеризуется

- а) ротацией чашечно-лоханочных систем
б) изменением угла, составленного продольными осями сросшихся почек
в) наличием симптома «рыболовного крючка»

- г) правильно а) и б)
 - д) все перечисленное
- Ответ:г

15. При S-образной почке ворота расположены

- а) медиально
- б) латерально
- в) одни – медиально, другие – краниально
- г) одни – медиально, другие – латерально
- д) краниально

Ответ:а

16. При L-образной почке ворота расположены

- а) латерально
- б) медиально
- в) краниально
- г) одни – медиально, другие – краниально
- д) одни – медиально, другие - латерально

Ответ:г

17. Патогенез солитарной кисты связан

- а) с канальцевой окклюзией (врожденной или приобретенной)
- б) с ретенцией мочи
- в) с ишимией почечной ткани
- г) правильно а) и б)
- д) все перечисленное

Ответ:д

18. Пункция кисты и кистография предусматривает определенную последовательность этапов:

- 1) пункция кисты
 - 2) введение рентгеноконтрастных веществ в полость кисты
 - 3) аспирация содержимого кисты
 - 4) введение в полость кисты склерозирующих растворов
 - 5) цитологическое и бактериологическое исследование
 - 6) эвакуация рентгеноконтрастных веществ из кисты
- а) правильно 1,2,5,6,3 и 4
 - б) правильно 1,3,5,2,6, и 4
 - в) правильно 1,2,3,6,4 и 5
 - г) правильно 1,3,2,6,5 и 4
 - д) правильно 1,2,3,5,6, и 4

Ответ:б

19. Показанием к операции по поводу солитарной кисты почки является

- а) артериальная гипертензия
- б) нагноение кисты
- в) нарушение пассажа мочи и хроническая инфекция в почке и верхних мочевых путях
- г) все перечисленное
- д) только а) и б)

Ответ:г

20. Наиболее частой причиной гидронефроза при подковообразной почке является все, кроме:

- а) расположение лоханки спереди почки и перегиб мочеточника через паренхиму почки
- б) врожденный стеноз лоханочно-мочеточникового соустья
- в) добавочный сосуд
- г) периуретерит
- д) синдром Froley

Ответ: д

21. Поликистоз почек – это заболевание

- а) врожденное
- б) приобретенное
- в) одностороннее
- г) двустороннее
- д) правильно а) и г)

Ответ:д

22. Поликистоз почек встречается

- а) в 1:200 аутопсий
- б) в 1:300 аутопсий
- в) в 1:350-400 аутопсий
- г) в 1:600 аутопсий
- д) в 1:800 аутопсий

Ответ:в

23. Ангиограммы при поликистозных почках характеризуются

- а) бессосудистыми зонами
- б) истонченными и удлинненными магистральными сосудами
- в) правильно а) и в)
- д) правильно а) и б)

Ответ:д

24. Ультразвуковые признаки простой кисты почки

- а) 1 объемное образование округлой формы
- б) 2 объемное образование округлой формы гипоэхогенной структуры
- в) 3 солидное (тканевое) образование округлой формы
- г) 4 солидное образование округлой формы с ровными контурами
- д) 5 объемное образование округлой формы, гипоэхогенной структуры с феноменом дистального усиления эхосигнала

Ответ:д

25. Ультразвуковые признаки рака почки:

- а) 1 объемное образование округлой формы
- б) 2 объемное образование сводной формы
- в) 3 тонкостенное объемное образование гипоэхогенной структуры
- г) 4 объемное образование округлой формы солидной эхоструктуры
- д) 5 гипоэхогенное образование с капсулой 2-3 мм

Ответ:г

Ситуационные задачи

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9

Задача №1

При поступлении в урологическую клинику больная 34 лет предъявляет жалобы на тупые боли в поясничных областях, жажду, субфебрильную температуру, повышение артериального давления до 180/110 мм.рт.ст.

Анамнез: считает себя больной в течение 5 лет, длительное время лечится амбулаторно у нефролога по поводу хронического пиелонефрита; ранее никогда не обследовалась. При осмотре: в подреберьях, симметрично пальпируются больших размеров малоподвижные образования с бугристыми поверхностями. Анализ мочи: удельный вес -1006, лейкоциты - до 100 в п/зр.

Мочевина крови - 9,0 ммоль/л, креатинин 198 мкмоль/л.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите генез заболевания.
3. Какие дополнительные исследования необходимы для его уточнения

Эталон ответа:

1. Поликистоз почек - врожденное заболевание, наследуемое по доминантному типу.
2. Пальпируемые образования являются почками. Наличие двустороннего увеличения почек с неровной поверхностью, признаки артериальной гипертензии, хронического пиелонефрита и почечной недостаточности позволяют предположить у больной это заболевание.

3. Для уточнения диагноза показано: УЗИ, мультиспиральная компьютерная томография, скинтиграфия почек.

Задача №2

Женщина, 20 лет, обратилась на прием к терапевту с жалобами на наличие безболезненного, подвижного опухолевидного образования в правой половине живота. При осмотре: в правой половине живота пальпируется легко смещаемое образование бобовидной формы с ровной поверхностью. В положении стоя указанное образование определяется в подвздошной области. Ваш предварительный диагноз? Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Эталон ответа:

Предположительный диагноз – нефроптоз справа. Для уточнения диагноза необходимо выполнить УЗИ почек или провести экскреторную урографию в горизонтальном и вертикальном положении больной.

Задача №3

Мужчина, 35 лет, обратился к урологу с жалобами на постоянные не интенсивные боли в поясничной области справа. По данным проведенного УЗИ почек имеет место расширение чашечно-лоханочной системы правой почки.

О каком заболевании следует думать? Какие исследования надо провести для уточнения состояния правой почки?

Эталон ответа:

Данные УЗИ почек позволяют говорить о правостороннем гидронефрозе. Для уточнения состояния правой почки больному необходимо выполнить экскреторную урографию.

Задача №4

Больной 18 лет поступил в клинику с жалобами на тупую боль в правой поясничной области, которую ощущает около 10 лет. В правой половине живота пальпаторно определяется опухолевидное образование. Клинические анализы мочи и крови не изменены. На

обзорной рентгенограмме теней конкрементов не определяются, отмечается расширение чашечно-лоханочной системы, замедление пассажа контрастного вещества. Слева изменений рентгенологической картины нет. На артериограмме почек справа определяется добавочный сосуд, идущий к нижнему полюсу правой почки.

1. Диагноз.
2. Каков генез заболевания.
3. Нужны ли дополнительные методы исследования

Эталон ответа:

1. Врожденный гидронефроз на почве уретеровазального конфликта справа.
2. Врожденное заболевание – результат нарушения оттока мочи из полостной системы правой почки в результате сдавления пиелоуретерального сегмента мочеточника аберрантным сосудом.
3. Больной полностью обследован.

Задача №5

Больная 22 лет обратилась к врачу-урологу с жалобами на тупую боль в левой поясничной области, учащенное мочеиспускание. При цистоскопии в области левого устья определяется выбухание с точечным устьем. На экскреторной урограмме справа чашечно-лоханочная система и мочеточник не изменены, слева - расширение тазового отдела мочеточника в виде «головы кобры».

1. Диагноз.
2. Каков генез заболевания.
3. Нужны ли дополнительные методы исследования

Эталон ответа:

1. Уретероцеле слева.
2. Врожденное заболевание; результат неправильного развития (значительного сужения) устья мочеточника и нарушения оттока мочи.
3. УЗИ мочевого пузыря.

Контрольные вопросы по теме:

1. Эмбриогенез мочеполовых органов.
2. Аномалии почек. Аномалии верхних мочевых путей
3. Простая киста почки. Гидронефроз. Нефроптоз.
4. Нефрогенная артериальная гипертензия.
5. Аномалии мочевого пузыря и уретры.
6. Аномалии половых органов.
7. Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря, спинальный мочевой пузырь.
8. Ночное недержание мочи.
9. Варикоцеле.

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ДЛЯ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ

1. Деятельность обучающихся по формированию и развитию навыков учебной самостоятельной работы по дисциплине

В процессе самостоятельной работы обучающийся приобретает необходимые для будущей специальности компетенции, навыки самоорганизации, самоконтроля, самоуправления, саморефлексии и становится активным самостоятельным субъектом учебной деятельности.

2. Методические рекомендации для обучающихся по отдельным формам самостоятельной работы.

Правила самостоятельной работы с литературой.

Самостоятельная работа с учебниками и книгами (а также самостоятельное теоретическое исследование проблем, обозначенных преподавателем на лекциях) – это важнейшее условие формирования у себя научного способа познания.

Выделяют **четыре основные установки в чтении научного текста:**

1. информационно-поисковый (задача – найти, выделить искомую информацию)
2. усваивающая (усилия читателя направлены на то, чтобы как можно полнее осознать и запомнить как сами сведения излагаемые автором, так и всю логику его рассуждений)
3. аналитико-критическая (читатель стремится критически осмыслить материал, проанализировав его, определив свое отношение к нему)
4. творческая (создает у читателя готовность в том или ином виде – как отправной пункт для своих рассуждений, как образ для действия по аналогии и т.п. – использовать суждения автора, ход его мыслей, результат наблюдения, разработанную методику, дополнить их, подвергнуть новой проверке).

С наличием различных установок обращения к научному тексту связано существование и нескольких **видов чтения:**

1. библиографическое – просматривание карточек каталога, рекомендательных списков, сводных списков журналов и статей за год и т.п.;

2. просмотровое – используется для поиска материалов, содержащих нужную информацию, обычно к нему прибегают сразу после работы со списками литературы и каталогами, в результате такого просмотра читатель устанавливает, какие из источников будут использованы в дальнейшей работе;

3. ознакомительное – подразумевает сплошное, достаточно подробное прочтение отобранных статей, глав, отдельных страниц, цель – познакомиться с характером информации, узнать, какие вопросы вынесены автором на рассмотрение, провести сортировку материала;

4. изучающее – предполагает доскональное освоение материала; в ходе такого чтения проявляется доверие читателя к автору, готовность принять изложенную информацию, реализуется установка на предельно полное понимание материала;

5. аналитико-критическое и творческое чтение – два вида чтения близкие между собой тем, что участвуют в решении исследовательских задач. Первый из них предполагает направленный критический анализ, как самой информации, так и способов ее получения и подачи автором; второе – поиск тех суждений, фактов, по которым или в связи с которыми, читатель считает нужным высказать собственные мысли.

Из всех рассмотренных видов чтения основным для обучающихся является изучающее – именно оно позволяет в работе с учебной литературой накапливать знания в различных областях. Вот почему именно этот вид чтения в рамках учебной деятельности должен быть освоен в первую очередь. Кроме того, при овладении данным видом чтения формируются основные приемы, повышающие эффективность работы с научным текстом.

1. утверждений автора без привлечения фактического материала;
2. Цитирование – дословное выписывание из текста выдержек, извлечений, наиболее существенно отражающих ту или иную мысль автора;
3. Конспектирование – краткое и последовательное изложение содержания прочитанного.

Конспект – сложный способ изложения содержания книги или статьи в логической последовательности. Конспект аккумулирует в себе предыдущие виды записи, позволяет всесторонне охватить содержание книги, статьи. Поэтому умение составлять план, тезисы, делать выписки и другие записи определяет и технологию составления конспекта.

Методические рекомендации по составлению конспекта:

1. Внимательно прочитайте текст. Уточните в справочной литературе непонятные слова. При записи не забудьте вынести справочные данные на поля конспекта;
2. Выделите главное, составьте план;
3. Кратко сформулируйте основные положения текста, отметьте аргументацию автора;
4. Законспектируйте материал, четко следуя пунктам плана. При конспектировании старайтесь выразить мысль своими словами. Записи следует вести четко, ясно.
5. Грамотно записывайте цитаты. Цитируя, учитывайте лаконичность, значимость мысли.

В тексте конспекта желательно приводить не только тезисные положения, но и их доказательства. При оформлении конспекта необходимо стремиться к емкости каждого предложения. Мысли автора книги следует излагать кратко, заботясь о стиле и выразительности написанного. Число дополнительных элементов конспекта должно быть логически обоснованным, записи должны распределяться в определенной последовательности, отвечающей логической структуре произведения. Для уточнения и дополнения необходимо оставлять поля.

Овладение навыками конспектирования требует от обучающегося целеустремленности, повседневной самостоятельной работы.

Практические занятия.

Для того чтобы практические занятия приносили максимальную пользу, необходимо помнить, что упражнение и решение задач проводятся по вычитанному на лекциях материалу и связаны, как правило, с детальным разбором отдельных вопросов лекционного курса. Следует подчеркнуть, что только после усвоения лекционного материала с определенной точки зрения (а именно с той, с которой он излагается на лекциях) он будет закрепляться на практических занятиях как в результате обсуждения и анализа лекционного материала, так и с помощью решения проблемных ситуаций, задач. При этих условиях обучающийся не только хорошо усвоит материал, но и научится применять его на практике, а также получит дополнительный стимул (и это очень важно) для активной проработки лекции.

При самостоятельном решении задач нужно обосновывать каждый этап решения, исходя из теоретических положений курса. Если обучающийся видит несколько путей решения проблемы (задачи), то нужно сравнить их и выбрать самый рациональный. Полезно до начала вычислений составить краткий план решения проблемы (задачи). Решение проблемных задач или примеров следует излагать подробно, вычисления располагать в строгом порядке, отделяя вспомогательные вычисления от основных. Решения при необходимости нужно сопровождать комментариями, схемами, чертежами и рисунками.

Следует помнить, что решение каждой учебной задачи должно доводиться до окончательного логического ответа, которого требует условие, и по возможности с выводом. Полученный ответ следует проверить способами, вытекающими из существа данной задачи. Полезно также (если возможно) решать несколькими способами и сравнить полученные результаты. Решение задач данного типа нужно продолжать до приобретения твердых навыков в их решении.

Самопроверка.

После изучения определенной темы по записям в конспекте и учебнику, а также решения достаточного количества соответствующих задач на практических занятиях и самостоятельно обучающемуся рекомендуется, используя лист опорных сигналов, воспроизвести по памяти определения, выводы формул, формулировки основных положений и доказательств.

В случае необходимости нужно еще раз внимательно разобраться в материале.

Иногда недостаточность усвоения того или иного вопроса выясняется только при изучении дальнейшего материала. В этом случае надо вернуться назад и повторить плохо усвоенный материал. Важный критерий усвоения теоретического материала - умение решать задачи или пройти тестирование по пройденному материалу. Однако следует помнить, что правильное решение задачи может получиться в результате применения механически заученных формул без понимания сущности теоретических положений.

Консультации

Если в процессе самостоятельной работы над изучением теоретического материала или при решении задач у обучающегося возникают вопросы, разрешить которые самостоятельно не удастся, необходимо обратиться к преподавателю для получения у него разъяснений или указаний. В своих вопросах обучающийся должен четко выразить, в чем он испытывает затруднения, характер этого затруднения. За консультацией следует обращаться и в случае, если возникнут сомнения в правильности ответов на вопросы самопроверки.

Подготовка к экзаменам и зачетам.

Изучение многих общепрофессиональных и специальных дисциплин завершается экзаменом. Подготовка к экзамену способствует закреплению, углублению и обобщению знаний, получаемых, в процессе обучения, а также применению их к решению практических задач. Готовясь к экзамену, обучающийся ликвидирует имеющиеся пробелы в знаниях, углубляет, систематизирует и упорядочивает свои знания. На экзамене обучающийся демонстрирует то, что он приобрел в процессе обучения по конкретной учебной дисциплине.

Экзаменационная сессия - это серия экзаменов, установленных учебным планом. Между экзаменами интервал 3-4 дня. Не следует думать, что 3-4 дня достаточно для успешной подготовки к экзаменам.

В эти 3-4 дня нужно систематизировать уже имеющиеся знания. На консультации перед экзаменом обучающихся познакомят с основными требованиями, ответят на возникшие у них вопросы. Поэтому посещение консультаций обязательно.

Требования к организации подготовки к экзаменам те же, что и при занятиях в течение семестра, но соблюдаться они должны более строго. Во-первых, очень важно соблюдение режима дня; сон не менее 8 часов в сутки, занятия заканчиваются не позднее, чем за 2-3 часа до сна. Оптимальное время занятий, особенно по математике - утренние и дневные часы. В перерывах между занятиями рекомендуются прогулки на свежем воздухе, неустойчивые занятия спортом. Во-вторых, наличие хороших собственных конспектов лекций. Даже в том случае, если была пропущена какая-либо лекция, необходимо во время ее восстановить (переписать ее на кафедре), обдумать, снять возникшие вопросы для того, чтобы запоминание материала было осознанным. В-третьих, при подготовке к экзаменам у обучающегося должен быть хороший учебник или конспект литературы, прочитанной по указанию преподавателя в течение семестра. Здесь можно эффективно использовать листы опорных сигналов.

Вначале следует просмотреть весь материал по сдаваемой дисциплине, отметить для себя трудные вопросы. Обязательно в них разобраться. В заключение еще раз целесообразно повторить основные положения, используя при этом листы опорных сигналов.

Систематическая подготовка к занятиям в течение семестра позволит использовать время экзаменационной сессии для систематизации знаний.

Правила подготовки к зачетам и экзаменам:

- Лучше сразу сориентироваться во всем материале и обязательно расположить весь материал согласно экзаменационным вопросам (или вопросам, обсуждаемым на семинарах), эта работа может занять много времени, но все остальное – это уже технические детали (главное – это ориентировка в материале!).

- Сама подготовка связана не только с «запоминанием». Подготовка также предполагает и переосмысление материала, и даже рассмотрение альтернативных идей.

- Готовить «шпаргалки» полезно, но пользоваться ими рискованно. Главный смысл подготовки «шпаргалок» – это систематизация и оптимизация знаний по данному предмету, что само по себе прекрасно – это очень сложная и важная для обучающегося работа, более сложная и важная, чем простое поглощение массы учебной информации. Если обучающийся самостоятельно подготовил такие «шпаргалки», то, скорее всего, он и экзамены сдавать будет более уверенно, так как у него уже сформирована общая ориентировка в сложном материале.

- Как это ни парадоксально, но использование «шпаргалок» часто позволяет отвечающему обучающемуся лучше демонстрировать свои познания (точнее – ориентировку в знаниях, что намного важнее знания «запомненного» и «тут же забытого» после сдачи экзамена).

- Сначала обучающийся должен продемонстрировать, что он «усвоил» все, что требуется по программе обучения (или по программе данного преподавателя), и лишь после этого он вправе высказать иные, желательно аргументированные точки зрения.

3.Самостоятельная работа обучающихся по дисциплине

ТЕМА 1: Воспалительные заболевания органов мочевыделительной и половой систем
В результате освоения темы

Обучающийся должен знать:

- законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения;
- локализацию и характер болей при воспалительных урологических заболеваниях.
- возможные расстройства мочеиспускания,
- качественные и количественные изменения мочи, патологические выделения из уретры и изменения в сперме.
- диагностические и лечебные цели основных методов инструментального исследования урологического больного,
- показания и противопоказания к различным методам контрастного исследования органов мочевой системы.
- методику выполнения различных рентгенологических исследований органов мочеполовой системы,
- радиоизотопные и ультразвуковые методы исследования.
- ангиографию, компьютерную томографию и ядерно-магнитный резонанс в диагностике заболеваний мочеполовых органов.
- локализацию и характер болей, возможные расстройства мочеиспускания, качественные и количественные изменения мочи, патологические выделения из уретры и изменения в сперме при воспалительных заболеваниях мочеполовых органов.
- лабораторную диагностику, инструментальные методы исследования.
- клиническую картину острых и хронических воспалительных заболеваний верхних и нижних мочевых путей.
- дифференциальную диагностику, осложнения воспалительных заболеваний органов мочеполовой системы.
- лечебные мероприятия и профилактику неспецифических заболеваний мочеполовых органов.

Обучающийся должен уметь:

- Получать информацию о заболевании.
- Применять объективные методы обследования урологического больного.
- Выявлять общие и специфические признаки воспалительного урологического заболевания.
- провести пальпацию, перкуссию и аускультацию почек, мочевого пузыря, обследовать наружные половые органы, предстательную железу.
- сформировать клинический диагноз урологическому больному.
- провести дифференциальную диагностику,
- интерпретировать анализы мочи и крови, данные ультразвукового метода исследования при онкозаболеваниях органов мочевого выделения.
- интерпретировать показатели эндогенной интоксикации по анализам мочи и крови

Обучающийся должен владеть:

- Методикой оказания медицинской помощи больным с воспалительными урологическими заболеваниями в виде первичной медико-санитарной, специализированной.
- Навыками обследования пациентов с урологической патологией;
- Методикой отбора больного на консультацию к врачу в соответствии с профилем заболевания пациента и в последующем наблюдение за состоянием пациента и лечение в соответствии с рекомендациями врача по профилю заболевания пациента.

Оснащение занятия: мультимедийный комплекс.

Место проведения: учебная комната (аудитория).

Время проведения внеаудиторной работы обучающихся: 12 часов.

Виды самостоятельной работы обучающихся:

1. Решение тестовых заданий
2. Подготовка презентаций на тему
3. Решение ситуационных задач

Контрольные вопросы по теме:

1. Острый пиелонефрит. Хронический пиелонефрит.
2. Бактериотоксический шок при урологических заболеваниях.
3. Воспалительные заболевания почек и забрюшинной клетчатки. Болезнь Ормонда.
4. Воспалительные заболевания мочевого пузыря и уретры.
5. Воспалительные заболевания мужских половых органов

ТЕМА 2: Нефролитиаз

В результате освоения темы

Обучающийся должен знать:

- локализацию и характер болей при урологических заболеваниях.
- возможные расстройства мочеиспускания,
- качественные и количественные изменения мочи, патологические выделения из уретры и изменения в сперме.
- диагностические и лечебные цели основных методов инструментального исследования урологического больного,
- роль цистоскопии, хромоцистоскопии, катетеризации мочеточников в дифференциальной диагностике почечной колики с острыми заболеваниями органов брюшной полости.
- показания и противопоказания к различным методам контрастного исследования органов мочевой системы.
- методику выполнения различных рентгенологических исследований органов мочеполовой системы,
- локализацию и характер болей, возможные расстройства мочеиспускания, качественные и количественные изменения мочи, патологические выделения из уретры и изменения в сперме при воспалительных заболеваниях мочеполовых органов.
- лабораторную диагностику, инструментальные методы исследования.
- факторы, способствующие камнеобразованию,
- локализацию и характер болей, возможные расстройства мочеиспускания, качественные и количественные изменения мочи, патологические выделения из уретры при мочекаменной болезни.
- клиническую картину почечной колики с объяснением патофизиологических механизмов ее развития.
- типичную клинику уrolитиаза различной локализации,
- осложнения почечнокаменной болезни.
- дифференциальную диагностику МКБ,
- консервативное лечение уrolитиаза.
- оперативные методы лечения почечнокаменной болезни,

Обучающийся должен уметь:

- Получать информацию о заболевании.
- Применять объективные методы обследования больного.

- Выявлять общие и специфические признаки заболевания.
- сформировать клинический диагноз урологическому больному.
- провести дифференциальную диагностику,
- интерпретировать обзорный, экскреторные снимки мочевой системы, ретроградные пиело-, цисто-, уретрограммы.
- назначить соответствующее консервативное лечение.
- провести дифференциальную диагностику мочекаменной болезни с остропротекающими хирургическими и гинекологическими заболеваниями.
- купировать почечную колику.
- правильно заполнить и вести историю болезни пациента с МКБ.

Обучающийся должен владеть:

- Методикой оказания медицинской помощи больным нефролитиазом в виде первичной медико-санитарной, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, которая включает мероприятия по профилактике, по своевременному (раннему) выявлению заболеваний, диагностике, лечению и медицинской реабилитации наиболее распространенных заболеваний дерматовенерологического профиля, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому образованию населения.
- Навыками обследования пациентов с урологической патологией;
- Методикой отбора больного на консультацию к врачу в соответствии с профилем заболевания пациента и в последующем наблюдение за состоянием пациента и лечение в соответствии с рекомендациями врача по профилю заболевания пациента.

Оснащение занятия: мультимедийный комплекс.

Место проведения: учебная комната (аудитория).

Время проведения внеаудиторной работы обучающихся: 12 часов.

Виды самостоятельной работы обучающихся:

1. Решение тестовых заданий
2. Подготовка презентаций на тему
3. Решение ситуационных задач

Контрольные вопросы по теме:

1. Нефролитиаз. Этиология и патогенез.
2. Клиника и диагностика.
3. Оперативные и эндоскопические методы лечения.
4. Литотрипсия. Консервативное лечение и профилактика

ТЕМА 3: Аномалии мочеполовых органов

В результате освоения темы

Обучающийся должен знать:

- локализацию и характер болей при урологических заболеваниях.
- возможные расстройства мочеиспускания,
- качественные и количественные изменения мочи, патологические выделения из уретры и изменения в сперме.
- диагностические и лечебные цели основных методов инструментального исследования урологического больного,
- роль цистоскопии, хромоцистоскопии, катетеризации мочеточников в дифференциальной диагностике почечной колики с острыми заболеваниями органов брюшной полости.
- показания и противопоказания к различным методам контрастного исследования органов мочевой системы.

- методику выполнения различных рентгенологических исследований органов мочеполовой системы,
- ангиографию, компьютерную томографию и ядерно-магнитный резонанс в диагностике заболеваний мочеполовых органов.

Обучающийся должен уметь:

- Получать информацию о заболевании.
- Применять объективные методы обследования больного.
- Выявлять общие и специфические признаки заболевания.
- провести пальпацию, перкуссию и аускультацию почек, мочевого пузыря, обследовать наружные половые органы, предстательную железу.
- сформировать клинический диагноз урологическому больному.
- провести дифференциальную диагностику,
- выполнить катетеризацию мочевого пузыря резиновым катетером.
- интерпретировать обзорный, экскреторные снимки мочевой системы, ретроградные пиело-, цисто-, уретрограммы.
- делать заключения по рено-, ангио-, сцинтиграммам,
- интерпретировать анализы мочи и крови, данные ультразвукового метода исследования при онкозаболеваниях органов мочевого выделения.
- находить на урограммах и ангиограммах признаки опухолей почек, мочевого пузыря (различать дефект контура, дефект наполнения, дилатацию верхних мочевых путей).
- оценить роль ретроградной пиелографии при выявлении опухолеподобных образованиях почек, мочевого пузыря.
- осуществить диагностику опухолей с хирургическими и гинекологическими заболеваниями.
- на основании анамнеза развития заболевания выставить предполагаемый диагноз и стадию почечной недостаточности.
- интерпретировать показатели эндогенной интоксикации по анализам мочи и крови.
- оценить анатомо-функциональные особенности верхних и нижних мочевых путей на экскреторных урограммах.
- провести дифференциальную диагностику почечной недостаточности с эндогенной интоксикацией хирургического и гинекологического генеза.

Обучающийся должен владеть:

- Методикой оказания медицинской помощи больным заболеваниями урологического профиля в виде первичной медико-санитарной, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, которая включает мероприятия по профилактике, по своевременному (раннему) выявлению заболеваний, диагностике, лечению и медицинской реабилитации наиболее распространенных заболеваний дерматовенерологического профиля, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому образованию населения.
- Навыками обследования пациентов с урологической патологией;
- Методикой отбора больного на консультацию к врачу в соответствии с профилем заболевания пациента и в последующем наблюдение за состоянием пациента и лечение в соответствии с рекомендациями врача по профилю заболевания пациента.

Оснащение занятия: мультимедийный комплекс.

Место проведения: учебная комната (аудитория).

Время проведения внеаудиторной работы обучающихся: 12 часов.

Виды самостоятельной работы обучающихся:

1. Решение тестовых заданий
2. Подготовка презентаций на тему

3. Решение ситуационных задач

Контрольные вопросы по теме:

1. Эмбриогенез мочеполовых органов.
2. Аномалии почек. Аномалии верхних мочевых путей
3. Простая киста почки. Гидронефроз. Нефроптоз.
4. Нефрогенная артериальная гипертензия.
5. Аномалии мочевого пузыря и уретры.
6. Аномалии половых органов.
7. Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря, спинальный мочевой пузырь.
8. Ночное недержание мочи.
9. Варикоцеле.