***ПРИЛОЖЕНИЕ к РП***

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ**

**УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

«ДАГЕСТАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

**МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра\_\_\_Урология \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

УТВЕРЖДЕНО

на заседании кафедры

«\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2021г.,

Протокол № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заведующий кафедрой

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись

ФОНД

 ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ

«\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Индекс дисциплины по учебному плану : Б 1.0.35

**Специальность (направление) подготовки:** 31.05.02 ПЕДИАТРИЯ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (код и наименование специальности)

**Квалификация выпускника:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Врач педиатр\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (квалификация (степень) выпускника)

 МАХАЧКАЛА 2021г

**ФОС составил \_\_Арбулиев К.М, Гусниев Н.М.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ кафедры «\_\_\_\_\_\_урология\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»**

**Гусниев Н.М \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О. автора)**

**ФОС рассмотрен и принят на заседании кафедры «\_\_\_Урология\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»**

**Протокол заседания кафедры от «\_\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2021 г. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Заведующий кафедрой Арбулиев К..М (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**

**АКТУАЛЬНО на:**

**2021 / 2022 учебный год \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**

**20\_\_ /20\_\_ учебный год\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**20\_\_ /20\_\_ учебный год\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

КАРТА КОМПЕТЕНЦИЙ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ «\_\_Урология\_\_\_\_\_\_\_\_\_»

(заполняется аналогично разделу 2 рабочей программы дисциплины (модуля)

**Формируемые в процессе изучения учебной дисциплины (модуля) компетенции**

 *Общепрофессиональные (ОПК), профессиональные (ПК) и индикатора достижения компетенций - в соответствии с* ***ФГОС 3+***

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Код и наименование индикатора достижения компетенции** |
| ***Общепрофессиональные компетенции (ОПК)*** |
| **ОПК-5** Способен оценивать морфо-функциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач.  | **ИД-3 ОПК-5** Применяет данные морфо-функциональных процессов для решения профессиональных задач. |
| **знать:** понятие этиологии, патогенеза, морфогенеза, патоморфоза заболеваний, структурные и функциональные основы патологических процессов. **уметь**: проводить клиническое и дополнительное обследование пациента, пациентов с интерпретацией результатов, с отражением структурных и функциональных нарушений.  **владеть:** навыками оценки морфологического субстрата и представлением об индивидуальном патогенезе патологии внутренних органов у обследуемого |
| **ОПК-6** Способен организовать уход за больными, оказывать первичную медико-санитарную помощь, обеспечивать организацию работы и принятие профессиональных решений при неотложных состояниях на догоспитальном этапе, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения. | **ИД-3 ОПК-6** Оказывает первичную медико-санитарную помощь, включая мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний. |
| **знать:** способы и методы первичной медико-санитарной помощи, этапы транспортировки тяжелых больных в профильное медицинское учреждение **уметь:** провести непрямой массаж сердца, искусственную вентиляцию легких, наложить трахеостому. **владеть:** остановкой кровотечения различными способами, наложением повязок, шин, проведением новокаиновых блокад, транспортной иммобилизацией**.** |
| **ОПК-7** Способен реализовать и осуществлять контроль эффективности медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и реабилитации инвалидов, проводить оценку способности пациента осуществлять трудовую деятельность среди населения. | **ИД-1 ОПК-7** Проводит оценку способности пациента осуществлять трудовую деятельность |
| **знать:** основы реабилитологии и реабилитологии инвалидов. **уметь**: оценить возможности пациента к трудовой деятельности после реабилитации. **владеть**: показателями шкал качества жизни послеоперационных пациентов. |
| ***Профессиональные компетенции (ПК)*** |
|  **ПК 1** Способен оказывать медицинскую помощь пациенту в неотложной или экстренной формах. | **ИД-3 ПК-1** Распознает состояния, возникающие при внезапных острых заболеваниях, обострения хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме. |
| **знать:** алгоритм обследования пациента при экстренных и неотложных состояниях в хирургии, нормативы показателей крови, мочи, кала, основы инструментальной диагностики и итерпретацию показателей у пациента с острой и неотложной хирургической патологией.  **уметь:** выявить жалобы пациента, собрать подробный анамнез, провести осмотр пациента, провести анализ и интерпретацию полученных данных клинического и инструментального обследования у пациентов с острой и неотложной хирургической патологией.  **владеть:** техникой приемов при оказании экстренной и неотложной помощи ургентным пациентам путем пальпации, перкуссии и аускультации, чтением ЭКГ, рентгенограмм, УЗ-грамм, данных КТ и МСКТ, остановкой кровотечения, Наложением различных видов повязок, блокад, коникотомией, лапароцентезом, торакоцентезом, транспортной иммобилизацией. |
|  | **ИД-4 ПК-1** Оказывает медицинскую помощь в неотложной форме пациентам при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента. |
| **знать:** клинические рекомендации по вопросам оказания неотложной хирургической помощи; алгоритм обследования пациента; основные, специальные и дополнительные методы исследования; методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния хирургического пациента; медицинские показания к проведению дополнительных исследований, правила интерпретации результатов лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований; **уметь:** составить план и обследовать пациента с хирургической патологией в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками и стандартами оказания неотложной медицинской помощи хирургическим пациентам; собрать жалобы и анамнез, провести основные и специальные методы обследования; использовать дополнительные методы исследования (лучевые, электрометрические методы диагностики) для уточнения диагноза; поставить диагноз; интерпретировать и анализировать результаты основных (клинических) и дополнительных (лабораторных, инструментальных) методов обследования; интерпретировать и анализировать результаты консультаций врачами-специалистами; **владеть:** навыками проведения основных, специальных и дополнительных методов обследования у пациентов с хирургической патологией в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками и стандартами оказания медицинской помощи пациентам; методами интерпретации данных дополнительных (лабораторных и инструментальных) обследований пациентов (включая рентгенологические методы); написания истории болезни, ведения медицинской документации; оказания неотложной помощи в ургентной хирургии; |
|  |  **ИД-5 ПК-1** Применяет должным образом лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной и неотложной формах**.** |
| **знать:** основные патологические состояния, симптомы, синдромы, представляющих угрозу жизни пациента или без явных признаков угрозы пациента, требующие оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме; перечень препаратов, используемых при неотложных состояниях и алгоритм их использования при оказании медицинской помощи в экстренной и неотложной форме; дополнительные и специальные методы диагностики неотложных состояний для уточнения диагноза; особенности оказания медицинской помощи в неотложных формах; **уметь:** выявлять клинические признаки внезапных острых заболеваний, состояний, обострений хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме; диагностировать у пациентов основные патологические состояния, симптомы острых и обострения хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента или без явных признаков угрозы пациента; оказывать медицинскую помощь в экстренной и неотложных формах.  **владеть:** способами распознавания состояний, возникающих при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме;методами оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме пациентам с хирургической патологией, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; методами оказания медицинской помощи в неотложных формах при остановке сердца, нарушении дыхания, острой задержке мочи, кровотечении и т.п. |
| **ПК-2 Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза.** |
| **ИД-2 ПК-2** Формулирует предварительный диагноз и составляет план лабораторных и инструментальных обследований пациента. |  |
| **знать:** клинические рекомендации по вопросам оказания ургентной хирургической помощи; алгоритм обследования пациента; основные, специальные и дополнительные методы исследования в экстренной хирургии; методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния работы жизненно-важных органов; медицинские показания к проведению дополнительных исследований, правила интерпретации результатов лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований; **уметь:** составить план и обследовать пациента с хирургическими патологиями, в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками и стандартами оказания медицинской помощи; собрать жалобы и анамнез, провести основные и специальные метод обследования; использовать дополнительные методы исследования (лучевые, электрометрические методы диагностики) для уточнения диагноза; поставить диагноз; интерпретировать и анализировать результаты основных (клинических) и дополнительных (лабораторных, инструментальных) методов обследования; интерпретировать и анализировать результаты консультаций врачами-специалистами; **владеть:** навыками проведения основных, специальных и дополнительных методов обследования у пациентов с хирургической патологией в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками и стандартами оказания медицинской помощи хирургическим пациентам; методами интерпретации данных дополнительных (лабораторных и инструментальных) обследований пациентов (включая рентгенологические методы); написания истории болезни пациента с развернутой дифференциальной диагностикой, ведения медицинской документации; оказания неотложной и экстренной помощи в хирургии; |

**УРОВЕНЬ УСВОЕНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**«\_\_\_Урология\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Компетенции не освоены*** | **По результатам контрольных мероприятий получен результат менее 50%** | **Не получены ответы по базовым вопросам дисциплины** |
| ***Базовый уровень*** | **По результатам контрольных мероприятий получен результат 50-69%** | **Ответы на вопросы и решения поставленных задач недостаточно полные. Логика и последовательность в решении задач имеют нарушения. В ответах отсутствуют выводы.** |
| ***Средний уровень*** | **По результатам контрольных мероприятий получен результат 70-84%** | **Даются полные ответы на поставленные вопросы. Показано умение выделять причинно-следственные связи. При решении задач допущены незначительные ошибки, исправленные с помощью «наводящих» вопросов преподавателя.** |
| ***Продвинутый уровень*** | **По результатам контрольных мероприятий получен результат выше 85%** | **Ответы на поставленные вопросы полные, четкие, и развернутые. Решения задач логичны, доказательны и демонстрируют аналитические и творческие способности студента.** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Контролируемые компетенции** | **Наименование раздела дисциплин (модуля)** | **Оценочные средства** |
| **Текущий контроль** |
| **ИД-3ОПК-5,ИД-3ПК-1** | **Раздел 1методы исследования урологического больного-симптоматология урологических заболеваний** | ТестыСобеседование И т.д. |
| **ИД-3ОПК-6,ИД-3ПК-1** | **Раздел 2.** **Методы исследования урологического больного-рентгенологическая,радиоизотопная,магниторезонансная и ультразвуковая диагностика урологических заболеваний** | Тесты ,контрольная работа , деловая игра |
| **ИД-3ОПК-6,ИД-3ПК-1** | **Раздел 3.Методы исследования урологического больного – инструментальные и эндоскопические методы исследования урологического больного** | Контрольная работаТестыЭссе |
| **ИД-3ОПК-5,ИД-2ПК2** | **Раздел 4.Аномалии мочевой системы – почки и мочеточники** | Тесты , Контрольная работа собеседование . |
| **ИД-3ОПК-5,ИД-2ПК2** | **Раздел5.Аномалии мочеполовой системы – мочевой пузырь и наружные половые органы** | Рефераты Тесты дискуссия  |
| **ИД-3ОПК-6,ИД-4ПК-1** | **Раздел 6. Неспецифические воспалительные заболевания – пиелонефрит,паранефрит,пионефроз,нефросклероз,болезнь Ормонда** | Контрольная работа, эссе , собеседования  |
| **ИД-3ПК-1,ИД-3ОПК-6** | **Раздел7.Неспецифические воспалительные заболевания – цистит,простатит,уретрит,эпидидимоорхит** | Тесты, контрольная работа , круглый стол  |
| **ИД-3ОПК-6,ИД-3ПК-1** | **Раздел 8. Мочекаменная болезнь – камни почек** | Контрольная работа , Тесты, деловая игра |
| **ИД-3ОПК-6,ИД-5ПК-1** | **Раздел 9 Мочекаменная болезнь – камни мочеточников,мочевого пузыря** | Собеседования ,тесты ,контрольная работа ,эссе |
| **ИД-2ПК-2,ИД-4ПК-1** | **Раздел 10. Опухоли мочеполовой системы** **.**  | Тесты, рефераты, коллоквиум |
| **ИД-2ПК-2,ИД-4ПК-1** | **Раздел 11. Аденома и рак простаты** | ТестыРефератыКонтрольная работа |
| **ИД-3ОПК6,ИД-3ПК-1** | **Раздел12.Травмы мочеполовой системы** | ТестыРефератыКонтрольная работа |
| **Ид-3ОПК-6,ИД-4ПК-1** | **Раздел 13.Нефроптоз и гидронефроз** |
| ТестыРефератыЭссе |
| **ИД-5ПК-1,ИД-2ПК-2** | **Раздел 14.ОПН и ХПН** | Тестырефераты |
| **Все компетенции, формируемые в процессе освоения дисциплины** |  **Зачёт** | Устный опрос по билетам |

 **ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **«не зачтено»** | **«зачтено»** |
| **знать** |
| **С.52-53** | студент не способен самостоятельно выделять главные положения в изученном материале дисциплины. Не знает и не понимает значительную или основную часть программного материала в пределах поставленных вопросов.Умения: студент не умеет применять неполные знания к решению конкретных вопросов и ситуационных задач по образцу.Навыки: студент не владеет практическими навыками на урологических фантомах и не знает урологический инструментарий. | * Студент самостоятельно выделяет главные положения в изученном материале и способен дать краткую характеристику основным идеям проработанного материала дисциплины «Урология». Знает основные понятия в разделах «Урология». Показывает глубокое знание и понимание всего объема программного материала.
* Умения: Студент умеет составить полный и правильный ответ на основе изученного материала, выделять главные положения, самостоятельно подтверждать ответ различными ситуационными задачами, самостоятельно и аргументировано делать анализ, обобщения, выводы. Устанавливать междисциплинарные (на основе ранее приобретенных знаний) и внутри-предметные связи, творчески применять полученные знания для решения урологических задач. Последовательно, четко, связано, обосновано и безошибочно излагать учебный материал; давать ответ в логической последовательности с использованием принятой терминологии; делать собственные выводы; формулировать точное определение и истолкование основных понятий и правил; при ответе не повторять дословно текст учебника; излагать материал литературным языком; правильно и обстоятельно отвечать на дополнительные вопросы преподавателя. Самостоятельно и рационально использовать наглядные пособия, справочные материалы, учебник, дополнительную литературу, первоисточники, урологические фантомы.
* Навыки: Студент самостоятельно выделяет главные положения в изученном материале и способен дать краткую характеристику основным идеям проработанного материала. Студент владеет навыком демонстрации механизма острой задержки мочи при доброкачественной гиперплазии (аденомы) простаты в сочетании с инфекцией мочевыводящих путей; владеет техникой катетеризации мочевого пузыря эластическим и металлическим катетером, владеет техникой пальцевого ректального исследования и пальпации мочевого пузыря. Студент показывает глубокое и полное владение всем объемом изучаемой дисциплины.
 |

**ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ**

 **Занятие 1.** **Методы исследования урологического больного (симптоматология урологических заболеваний)**

 **ТЕСТЫ: ИД-3ПК-1,ИД-5ПК**

**Вариант 1.**

 1.гематурия –это

а) наличие в моче кровяного пигмента гемоглобина.

б) выделение крови из мочеиспускательного канала

в) выделение крови с мочой

г) наличие в моче порфирина

2.Положительный симптом диафоноскопии характерен

а)для опухоли яичка

б)для острого эпидидимоорхита

в) для водянки оболочек яичка

г) для пахово-мошоночной грыжи

3.Ретроградная уретеропиелография целесообразна

а) при оксалатном камне лоханки или мочеточника

б) при уратном камне лоханки или мочеточники

в) при фосфатном камне лоханки или мочеточника.

г) во всех случаях

4. миоглобинурия – это

а) наличие в моче белки

б) выделение крови с мочой

в) выделение крови из уретры

г) наличие в моче кровяного пигмента гемоглобина.

5. липурия –это

а) наличие в моче крови

б) наличие в моче жира

в)наличие в моче миоглобина

г) наличие в моче порфирина

6. протеинурия –это

а) наличие белка в моче

б) наличие уратов в моче

в) наличие крови в моче

г) наличие в моче жира

7.лейкоцитурия ( пиурия) – это

а) наличие крови в моче

б) выделение крови из уретры

в) гной в моче

г) наличие фосфатов в моче

8. хилурия –это

а) примесь лимфы в моче

а) гной в моче

в) наличие крови в моче

г) наличие белка в моче

9. эхинококурия- это

а) примесь лимфы в моче

б) гной в моче

в) наличие крови в моче

г) наличие в моче дочерных пузырков эхинкокка

10.цилиндрурия –это

а) присутствие цилиндров в моче

б) наличие белка в моче

в) наличие крови в моче

г) наличий бактерий в моче

 **Вариант 2.**

1. гемоспермия-это

а) примесь крови в моче

б)наличие миоглобина в моче

в)кровь в сперме

г) выделение крови их мочеиспускательного канала

2. полиурия –это

а)увеличение количества выделяемой мочи( более 2 л в сутки)

б)отсутствие мочеиспускания

в)прекращение поступление мочи в мочевой пузырь

г) уменьшение количества выделяемой мочи ( менее 500мл в сутки)

3.анурия это

а)отсутствие самостоятельно мочеиспускания

б) прекращение поступление мочи в мочевой пузырь

в) уменьшение количество выделяемой мочи в сутки

г) повышение количества выделяемого мочи в сутки

4. олигурия

а) прекращение поступления мочи в мочевой пузырь

б)отсутствие произвольного мочеиспускания

в)наличие крови в моче

г)уменьшение количества выделяемой мочи ( меньше 500 мл в сутки)

5. гипостенурия-это

а)снижение относительной плотности мочи

б)наличие белка моче

в)наличие крови в моче

г)наличие уратов в моче

6. азооспермия – это

а) пониженное количество сперматозоидов в эякуляте

б) кровь в сперме

в) отсутствие сперматозоидов в эякуляте

г)отсутствие эякуляции при половом акте

7. асперматизм –это

а)отсутствие эякуляции при половом акте

б)кровь в сперме

в)пониженное количество сперматозоидов в эякуляте

г) гной в сперме

8. энурез –это

а)ночное недержание мочи

б)затрудненное мочеиспускания

в)частое мочеиспускание

г)редкое мочеиспускание

9.какие рентгеноконтрасные препараты применяются для экскреторной урографии?

а)индигокармин

б)сульфат бария

в)йодолипол

г)триомраст

 10. какие нормальные показатели мочевины сыворотки крови

 а)2,5-9 ммоль/л

 б)10-15ммоль/л

 в) 15-20ммоль/л

 г)20-30ммоль/л

 **Вариант 3.**

 1. по какой пробе судят о функциональном состоянии почек

 а)проба Зельдовича

 б)проба Зимницкого

 в)проба Рапопорта

 г)проба Нечипоренко

 2. какие самоудерживающие катетеры вы знаете

 а)Фолея

 б)Пеццера

 в)Тимана

 г) Нелатона

 3.виды экскреторной урографии

 а)инфузионная

 б)ангеградная

 в)ретроградная

 г)компрессионная

4. несомненным признаком уретрита при трехстаканной пробе может быть.

 а)наличие лейкоцитов в 1 порции мочи

 б)наличие лейкоцитов во 2 порции мочи

 в)наличие лейкоцитов в 3 порции мочи

 г)наличие лейкоцитов во всех порциях мочи

5. какое нормальное количество лейкоцитов в о/а мочи

 а)5-8 в п/з

 б)10-15в п/з

 в)20-30 в п/з

 г) более 40в п/з

6. Радиоизотопный метод, применяемый в урологии

 а)экскреторная урография

 б)радиозотопная ренография

 в)цистография

 г)уретрография

7. ретроградная уретеропиелография применяется

 а)при гнойном пиелонефрите

 б) при цистите

 в)при паранефрите

 г)при рентгенонегативном камне почки

8.что означает размер инструмента по шкале Шарьера

 а)измерение длины инструмента

 б)измерение ширины инструмента

 в)измерение длины окружности

 г)измерение высоты

9.положителбный симптом диафоноскопии характерен

 а) для опухоли яички

б)для пахово- мошоночной грыжи

в)для острого эпидидимоорхита

г)для водянки оболочки яичка

10. какой инструмент применяется для визуального осмотра мочеточника

 а)цистоскоп

 б)нефроскоп

 в)лапароскоп

 г)уретероскоп

 **Контрольная работа**

**Контрольная работа №1.ИД-3 ОПК-5,ИД-1ОПК-7**

1.1.какие нормальные размеры яичка (4х3см)

 2. на каких частотах работают современные аппараты УЗИ (2,5-15МГЦ).

2. 1.какие нормальные размеры почки (12х6см)

 2.какие ультразвуковые датчики различают по форме (линейние, конвексные)

 3.1.Техника пальпация почек

 2. Виды экстренной урографии

1. 1.проба Зимницкого. Интерпретация

 2.Датчики с какой частотой применяют для исследования глубокорасположенных и поверхностного расположенных органов (2,0-5,0 и 7 и более)

1. 1.Характеристика общего анализа мочи

2.уретерография. Виды, показания

 6. 1.урологические катетеры и их виды

 2. что такое УЗИ-допплерография, эхо-допплерография?

7. 1.бужи и их виды

1. инфузионная урография. показания
2. 1.проба Нечипоренко. Показания

 2.виды цистографии. Техника выполнения и показания

1. 1.нормальная длина мочеточника

 2. виды гематурии и их характеристика

 10. 1.виды анурии

 2. урофлоуметрия. Нормальные показатели

 11. 1.нормативные показатели мочевины и креатинина сыв.крови

 2.устройство цистоскопия. Виды цистоскопов

1. 1.самоудерживающиеся уретральные катетеры. Виды

 2.виды цистометрии

13. 1.лейкоцитурия, бактериурия

 2.хромоцистоскопия. показания

 14. 1.подготовка больного к обзорному снимку мочевой системы

 2.ретроградная уретеропиелография

**Контрольная работа №2. ИД-3ПК-1,ИД-3ОПК6**

1.1.патологические выделения из мочеиспускательного канала

 2. виды уретероскопов. показания

**2. 1.**количестивенные изменения мочи

 2. профилометрия уретры. Показания

**3. 1.**цистоидная теория прохождения мочи по мочеточнику

 2. радиозотопная ренография. Характеристика кривой

4. 1.виды расстройств мочеиспускания

 2.техника трансректального УЗИ и биопсии простаты

5.1.нормативные значения клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции.

 2.ультразвуковое исследование в урологии

1. 1.вид аппаратов, применяемых для радиозотопных методов исследования в урологии

2.компьютерная томография. Единицы Хаусфильда

 7. 1.виды и характеристика задержки мочеиспускания

 2.магнитно-резонансная томография.показания

 8. 1.пункционная биопсия почки, яичка показания

 2.провокационные тесты в урологии.показания

9. 1.техника трансректального исследования предстательной железы и взятие секреты простаты

 2.динамическая почечная сцинтиграфия. Показания.

10. 1.Аускультация в урологии

 2.инструмент для визуального осмотра мочеточника

11. 1.диафоноскопия. показания

 2. почечная ангиография. Техника выполнения

12. 1.пальпация и ее виды

 2.характеристика подержание и неудержание мочи

13. 1.протеинурия и ее виды

 2.характеристика подержание и неудержание мочи

 14. 1.что такое шкала Шарьера

 2.антеградная пиелоуретерография показания, техника воспаления

 **Собеседование (перечень вопросов) ИД-3ОПК5,ИД-4ПК-1**

**Модуль1.** История Российской урологии

 1) история развитие урологии с времен Петра 1 до революции 2017г

 2) история развития урологии в СССр

 3) история развития урологии в современной России

 **Модуль 2.** Симптоматика урологических заболеваний.

 1) характер болей при урологических заболеваниях

 2) расстройства мочеиспускания

 3) количественные и качественные изменения мочи

 **Модуль 3.** Общеклинические методы исследования урологического больного

1. пальпация почек. Симптом Пастернацкого
2. пальпация, перекуса мочевого пузыря
3. осмотр, пальпация наружных половых органов
4. ректальный осмотр. Взятие секрета простаты

 **Модуль 4.** Инструментальные и эндоскопические методы исследования

1. виды урологических катетеров
2. виды урологических троакаров
3. устройство цистоскопа, виды
4. уретероскоп и нефроскоп
5. виды мочеточниковых катетеров и стентов

 **Модуль 5.** Уродинамические методы исследования

* 1. понятия в уродинамике и физиология мочи
	2. урофлоуметрия, методика выполнения
	3. цистометрия, виды
	4. профилометрия
	5. комбинированное уродинимическое исследование

 **Модуль 6.** Ультразвуковые методы исследования.

* 1. понятия об ультразвуковых датчиках
	2. узи почек, мочеточников
	3. узи –предстательной железы, органов мошонки
	4. узи-мочевого пузыря, остаточная моча

 **Модуль 7.** Рентгенологические методы исследования

* 1. обзорная и в/в урография
	2. инфузионная урография
	3. цистография, уретрография
	4. ретроградная и антеградная уретеропиелография

 **Модуль 8.** Компьютерная и магнитно-резонансная томография

1. компьютерная томография. Единицы Хаусфильда
2. МСКТ с введением контрастного препарата
3. магнитно-резонансная томография в урологии.

 **Модуль 9.** Радиозотопные методы исследования

1. виды аппаратов, применяемые для радиозотопных исследований
2. радиозотопная ренография
3. динамическая почечная сцинтиграфия
4. радиоиммунологические метод исследования

 **РЕФЕРАТЫ**

 **ИД-3ОПК-5,ИД-3ОПК-6**

**1 занятие.**

1. история отечественной урологии
2. общеклинические методы исследования урологического больного
3. инструментальные и эндоскопические методы исследования урологического больного
4. рентгенологические и компьютерные методы исследования урологического больного.

**2 занятие**

1. ультразвуковые методы исследования урологического больного
2. уродинамические методы исследования урологического больного
3. магнитно-резонансная урография в урологии
4. радиозотопные методы исследования урологического больного

 **Клинические задачи**

**Задача №1.** В урологическое отделение поступила женщина 35 лет с жалобами на приступообразные боли в правой поясничной области, сопровождающиеся тошнотой, рвотой и частыми позывами к мочеиспусканию. На обзорном снимке мочевых путей, на уровне поперечного отростка 4-го поясничного позвонка справа определяется тень подозрительная на конкремент, овальной формы, размерами 0.5\*0.5 см. какие дополнительные рентгенологические исследования необходимо произвести, чтобы установить характер обнаруженной тени?

**Задача №2.** Вы собираетесь назначить 2-м больным урографию. У первого больного проба Зимницкого без особенностей, у второго цифры удельного веса в пределах 1006-1018. Какие виды урографии назначите в первом и во втором случае?

**Задача №3.** У больного после приступа почечной колики на обзорном снимке обнаружили в проекции правой почки тень, подозрительную на конкремент. Какими методами собираетесь подтвердить предположения?

**Ответы:**

**Задача №1** – больной необходимо произвести экскреторную урографию, с помощью которой можно выяснить расширение чашечно-лоханочной системы справа.

**Задача №2** В первом - выделительную урографию, во втором – инфузионную урографию.

**Задача №3** Выделительная урография, УЗИ почек, ренография.

**ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**Если в качестве контроля промежуточной аттестации является:**

**Зачет**

1.1.Первая помощь при почечной колике

 2.Бужи, разновидности и назначение

 3.Острый первичный пиелонефрит; клиника, диагностика, лечение

 первичный

2. 1.Гематурия. Разновидности и причины

 2.Экскреторной урографии. Методика. Противопоказания

 3.Острый простатит этиология, клиника, лечение

3.1.Первая помощь при острой задержке мочеиспускания

 2.Катетеризационный цистоскоп показания к применению

 3.Острый эпидимоорхит: клиника, лечение

4.1.Пальпация почек.Техника, положения пациента

 2.Операционный цистоскоп.Показания к применению

 3.Острый цистит: этиология,клиника лечение

5.1.Пальпация и перкуссия мочевого пузыря

 2.Нормативные показатели общего анализа мочи

 3.Острый паранефрит: клиника, диагностики лечения

6. 1.Ректальное исследование положения, методика

 2. Блокада по Лорин-Эпштейну. Показания и методика

 3. Острый вторичный пиелонефрит: клиника, диагностика,лечения

 **7.** 1.Взятие секрета простаты. Методика и нормативные показатели

 2. Гематурия. Разновидности и причины.

 3. Гнойный пиелонефрит: классификация, диагностика

 8. 1.Исследование наружных половых органов

 2. Нормативные показатели мочевины и креатинина сыв. крови

 3.Классификация пиелонефрита

9. 1Проба Зимницкого, методика и интерпретация результатов

 2.Острая задержка мочеиспускания. Первая помощь

 3. Апостематозный пиелонефрит.клиника, диагностика, лечение.

 10. 1.Нормативные показатели мочи по Нечипоренко и Каковскому-,Аддису

 2.Первая помощь при остром эпидидимоорхите

 3.Абсцесс почки.клиника диагностика, лечение

11. 1.Проба Фольгарта. Показания

 2. Перекрут яичка. Первая помощь

 3.Карбункул почки: клиника, диагностика,лечение

12. 1Проба Реберга- Тареева. Нормативные значения

 2.Фимоз, парафимоз. Первая помощь

 3.Бактериотоксический шок

 13. 1.Посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам.

 2.Хромоцистосопия. Показания, методика

 3.Хронический пиелонефрит: диагностика, лечение

 14. 1.Спермограмма, нормальные показатели

 2. Острого гнойного пиелонефрита. Симптоматика

 3.хронический цистит, диагностика, лечение

15.1.Троакарная цистостомия. Методика и показания

 2. Цистография.Методика.Показания.

 3. хронический простатит: диагностика, лечение

16.1.Подготовка больного к рентгенологическому исследованию

 мочевыд. системы

 2.Диафоноскопия мошонки. Методика. Показания.

 3. ОПН: этиология, клиника, стадии, лечение

17. 1.Урофлоуметрия.нормативные значения

 2.Микционная цистография. Методика.Показания

 3.Гемодиализ. Принцип работы осложнения

18. 1.Цистоскопия и хромоцистоскопия..Показания. Методика

 2.Первая помощь при внутрибрюшинном разрыве мочевого пузыря

 3.Дивертикул мочевого пузыря, симптоматика, диф. диагноз, лечение

19.1.Цистографии. Виды, Значение

 2.Первая помощь при внебрюшинном разрыве мочевого пузыря

 3.Крипторхизм.диф.диагноз.лечение

20.1.Цистотонометрия. Нормативные показатели

2.Первая помощь при травме яичка

3.Поликистоз почек, стадии диагностика, лечение

21.1. Экскреторной урографии. Разновидность. Методика

 2.Первая помощь при повреждении мочеиспускательного канала

 3.Классификация: аномалии почек:

22.1.УЗИ –почек, мочеточников и мочевого пузыря.

2.Первая помощь при абсцессе простаты

3.Травма почки диагност, классиф,лечения

 23.1. Мультиспиральная компьютерная томография. Показания

 2.Первая помощь при апостематозном пиелонефрите

 3.Травма мочев пуз, диагностика,лечения

24.1.Магнитно-резонансная томография почек. Показания

 2.Первая помощь при абсцессе почек

 3.Травма яичка: диагностика, лечение диффференциальная диагностика классификация и лечение.

25.1. Простатспецифический антиген. Нормативные показатели

 2. Первая помощь при карбункуле почки

 3. Травма уретры.диагност классифик.и лечение

26.1. Радиозотопная ренография. Техника, виды кривых

 2.Первая помощь при остром гнойном эпидидимоорхите

 3.Нефроптоз, диагностика

27. 1.Уретральные катетеры. Разновидности

 2.Первая помощь при приапизме

 3.Гидронефроз. классификация диагностика, лечение

28.1.Самоудерживающих уретральные катетеров

 2.Первая помощь при болезни Фурнье

 3.Нефрогенная гипертензия классиф. диагностика.лечение

29.1.Мочеточниковые катетеры, стенты

 2.Первая помощь при переломе полового члена

 3.Рак почки. Диагностика,лечение

30.1.Резектоскоп. Показания к применению

 2.Первая помощь при ОПН

 3.Опухоль Вильмса: особенности оперативного лечения

31.1**.**Количественные изменения мочи

2.Какие антибиотики цефалоспорини чаще всего применяются в урологии

3.Рак мочевого пузыря: классиф, диагностика, лечение

32.1.Качественные изменения мочи

 2.Лекарственные препараты, применяемые для изгнания мелких камней

 из мочеточника

3.Рак предстательной железы, классификация, диагностика, лечение.

33.1.Виды гематурии

2.Виды цистоскопов

3.Рак яичка: диагностика

34.1.Виды пиурии

2.Шкала Шарьера для урологического инструментария

3.Водянка оболочки яичка: диагностика, лечение

 **Занятие 2. Методы исследования урологического больного (рентгенологическая, радиоизотопная, магниторезонансная и ультразвуковая диагностика урологических заболеваний)**

 **Тесты ИД-3ОПК-5,ИД-5ПК-1**

**Вариант 1.**

1.какой из перечисленных симптомов является наиболее частым при травме почки.

а. падение артериального давления

б.припухлость в поясничной области

в.гематурия

г.почечная колика

д.гипертермия

2.какая тактика лечения наиболее предпочтительна при субкапсулярном повреждении почки.

а.срочное оперативное вмешательство

б.наблюдение за пациентом в амбулаторных условиях

в.динамическое наблюдение в стационаре соблюдение постельного режима в точение 3 недель

г.исключение физических нагрузок в течение 3 мес.

д.массивная антибактериальная терапия

3.какой из диагностических методов является наиболее предпочтительным для выявления травмы почек

а.ультрасонография

б.ретроградная пиелография

в.обзорная рентгенография путей и экскреторная урография

г.компьютерная томография с контрастированием

д.теплография

4. что такое субкапсулярный разрыв почки

 а. повреждение сосудов околопочечной клетчатки в непосредственной близости от почки

 б.повреждение почки с сохранением поверхностной капсулы

 в.надрыв или перфорация полостной системы почки

 г.повреждение паренхимы почки с надрывом капсулы до 1см

 д.повреждение магистральных сосудов в области ворот почки

5.при каком из перечисленных повреждений необходимо заподозрить травму почки

а . перелом костей таза

б.перелом позвоночника

в.перелом ребер

г.перелом конечностей

д.перелом ключицы

6.при каком из перечисленных повреждений развивается почечная колика

 а. отрыв почечной ножки

 б.перфорация полостной системы почки

 в. субкапсулярное повреждение почки

 г.множественные разрывы почечной паренхимы и капсулы

 д.гематома в области ворот почки

7.оптимальные сроки постельного режима при гематурии

 а.1-2ч

 б.48

 в.3-4нед

 г.3 мес

 д.до 1 года

8. что является наиболее важным для решения вопроса о возможности нефрэктомии при травме.

 а. степень кровопотери

 б.функция контралатеральной почки

 в.степень повреждения почки

 г. продолжающееся кровотечение

 д. наличие урогематомы

9. критерий закрытой травмы почек

 а.повреждения почек без нарушения целостности полостной системы

 б.без повреждения сосудистой ножки

 в.без сочетанной травмы органов брюшной полости

 г.без повреждения кожных покровов

 д.субкапсулярные повреждения

10. что является обязательным условием внутрибрюшинного разрыва мочевого пузыря

 а.перелом костей таза

 б.опорожненный мочевой пузырь

 в.травма нижней части живота

 г.переполненный мочевой пузырь

 д.истончение мышц детрузора

**Вариант 2.**

1. какой из перечисленных признаков называется симптомом Зельдовича

 а.разлитая тупость перкуторного звука в надлобковой области

 б.неадекватный отток жидкости при промывании полости мочевого пузыря

 в.поступление крови из уретры

 г.острая задержка мочи

 д.мучительные позывы к мочеиспусканию.

2. срочное оперативное лечение показано при

 а. подозрении на внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря

 б.подозрении на перитонит

 в.острой задержке мочи

 г. кровотечении угрожающем жизни больного

 д.диагностированном разрыве мочевого пузыря

3. при внутрибрюшинном разрыве мочевого пузыря перитонит развивается через

 а.1 сут

 б.1-2

 в.2сут

 г.10-12

 д.более3 сут

4. дренирование околопузырного пространства по Буяльскому –Мак –Уортеру выполняется с целью

 а. перевода закрытого перелома костей таза в открытый

 б. остановки кровотечения

 в.опорожнения урогематомы и предупреждения и развития тазовой флегмоны

 г.предупреждения возникновения мочевых свищей

 д.ревизии области шейки мочевого пузыря.

5.Наложение эпицистомы показано при:

 а. внутрибрюшинном разрыве мочевого пузыря

 б. любой локализации разрыве мочевого пузыря

 в. Небрюшинном разрыве мочевого пузыря

 г. обширной гематоме в околпузырной клетчатке

 д. профузной гематурии.

6. какое из перечисленных исследований является наиболее ценным в диагностике разрывом мочевого пузыря.

 а.полицистография

 б. ультрасонография

 в. Цистография в прямой и боковой проекциях

 г. осадочная цистография

 д. обзорная и экскреторная урография.

7. в каких случаях допустимо дренирование мочевого пузыря через уретру.

 а.при внутрибрюшинных разрывах мочевого пузыря

 б. при ранениях мочевого пузыря во время операции( у женщин)

 в. При внебрюшинных разрывах мочевого пузыря

 г. при сроке менее 24 ч после травмы

 д. при линейных разрывах мочевого пузыря не более 3 см длиной.

8.что такое – ложная кровавая анурия

 а. отсутствие позыва к мочеиспусканию более 12ч.

 б.непроизвольное подтекание мочи из уретры

 в. выделение нескольких капель крови или мочи при попытке

 г. отсутствие (невозможность) мочеиспускания при переполненном мочевом пузыре

 д. постоянное выделение капель крови из уретры.

9. в каких случаях необходимо дренирование брюшной полости.

 а. при явлениях гнойного перитонита

 б. при наличии крови в брюшной полости

 в. при всех внутрибрюшинных разрывах мочевого пузыря

 г. при сочетании разрыва мочевого пузыря с травмой кишечника

 д. если внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря произошел более 24 ч назад.

10. среди открытых повреждений полового члена чаще всего встречаются

 а.укушенные раны

 б. разрывы и надрывы уздечки полового члена

 в. колото-резанные раны

 г. колотые раны

 д. резанные раны.

**Вариант 3.**

1. при полной травматической ампутации полового члена отсеченный орган целесообразно сохранять в течение

 а.2ч

 б. 6ч

 в. 24

 г. 48 ч

 д. 1ч

2. какие восстановительные операции показаны для закрытия дефекта кожи полового члена.

 а.операция Иванисеевича

 б. операция Винкельмана

 в. операция Нечипоренко

 г. операция Лопаткина

 д. операция Диттеля или Рейха

3. характерным признаком пересечения одного из кавернозных тел является

 а. подъем температуры тела

 б.озноб

 в. уретероррагия

 г. искривление полового члена

 д. никтурия

4. экстравагинальная гематома мошонки связана с

 а. повреждением общей влагалищной оболочки или сосудов семенного канатика

 б. разрывом белочной оболочки придатка яичка

 в. повреждением межтканевых промежутков, не проникающим в общую влагалищную оболочку

 г. повреждением кожи мошонки

 д. повреждением подкожной жировой клетчатки мошонки

5. образование интравагинальных гематомом при повреждении органов мошонки связано с

 а. повреждение кожи мошонки

 б. разрывом белочной оболочки придатка яичка

 в. повреждением подкожной жировой клетчатки

 г. повреждением сосудов семенного канатика

 д.повреждением межтканевых промежутков, не проникающих в общую влагалищную оболочку.

6. аутоиммунное бесплодие при повреждении яичка связано с

 а. нарушением оттока артериальной крови от яичка

 б. нарушением гематотестикулярного барьера

 в. нарушением лимфоотока от яичка

 г. выпадением яичка

 д. перенесенными операциями.

7. каковы 2 основных симптома разрыва уретры

 а. боль в промежности

 б. гематурия

 в. уретероррагия

 г. острая задержка мочи

8.какой основной признак перелома костей таза сочетании с разрывом уретры.

 а.бледность кожных покровов

 б.слабость адинамия

 в.уретроррагия

 г.больной не может стоять на ногах

 д.одышка

9. каковы клинические признаки нарушения репродуктивной функции у мужчин с посттравматическими структурами уретры.

 а. азооспермия

 б. аспермия

 в. асперматизм

 г. тератозооспермия

 д. наличие спермы в моче.

10. какая хирургическая тактика у больных с пристеночным закрытым повреждением уретры.

 а.эпицистостомия

 б.троакарная эпицистостомия

 в.выжидательная тактика с капиллярными пункциями мочевого пузыря

 г. попытка введения постоянного катетера

 д.срочная операция– первичный шов уретры.

**Контрольная работа №2.ИД-3ОПК5,ИД-3ПК-1**

1.1.патологические выделения из мочеиспускательного канала

 2. виды уретероскопов. показания

2. 1.количестивенные изменения мочи

 2. профилометрия уретры. Показания

3.1.цистоидная теория прохождения мочи по мочеточнику

 2. радиозотопная ренография. Характеристика кривой

4.1.виды расстройств мочеиспускания

2.техника трансректального УЗИ и биопсии простаты

5.1.нормативные значения клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции.

 2.ультразвуковое исследование в урологии

 6.1.вид аппаратов, применяемых для радиозотопных методов исследования в

 урологии

 2.компьютерная томография. Единицы Хаусфильда

* 1. виды и характеристика задержки мочеиспускания

 2.магнитно-резонансная томография.показания

 8.1.пункционная биопсия почки, яичка показания

 2.провокационные тесты в урологии.показания

9.1.техника трансректального исследования предстательной железы и взятие секреты

 простаты

 2.динамическая почечная сцинтиграфия. Показания.

9.1.Аускультация в урологии

 2.инструмент для визуального осмотра мочеточника

9.1.диафоноскопия. показания

 2. почечная ангиография. Техника выполнения

10.1.пальпация и ее виды

 2.характеристика подержание и неудержание мочи

11.1.протеинурия и ее виды

 2.характеристика подержание и неудержание мочи

 12.1.что такое шкала Шарьера

 2.антеградная пиелоуретерография показания, техника воспаления

 **Собеседование (перечень вопросов)**

**Модуль1. Ультразвуковые методы исследования.**

* 1. понятия об ультразвуковых датчиках
	2. узи почек, мочеточников
	3. узи –предстательной железы, органов мошонки
	4. узи-мочевого пузыря, остаточная моча

**Модуль2.** рентгенологические методы исследования

* 1. обзорная и в/в урография
	2. инфузионная урография
	3. цистография, уретрография
	4. ретроградная и антеградная уретеропиелография

**Модуль 3.** компьютерная и магнитно-резонансная томография

1. компьютерная томография. Единицы Хаусфильда
2. МСКТ с введением контрастного препарата
3. магнитно-резонансная томография в урологии.

**Модуль 4.** радиозотопные методы исследования

1. виды аппаратов, применяемые для радиозотопных исследований
2. радиозотопная ренография
3. динамическая почечная сцинтиграфия
4. радиоиммунологические метод исследования

 **РЕФЕРАТЫ**

 **ИД-3ОПК-6,ИД-5ПК1**

1.ультразвуковые методы исследования урологического больного

2.уродинамические методы исследования урологического больного

3.магнитно-резонансная урография в урологии

4.радиозотопные методы исследования урологического больного

5.Биосия почки, предстательной железы, яичка

 **Клинические задачи**

**Задача №4.** У больной на выделительной урографии отсутствует функция левой почки. Какие методы исследования и в какой последовательности вы примените для уточнения морфологических изменений и функциональных способностей почки?

**Задача №5.** У больной с нефропиелостомией наступил срок удаления трубки после ранее проведенной операции. Какой рентгенологический метод надо применить, чтобы удостовериться в проходимости мочеточника?

**Ответы:**

**Задача №4** Ренография, УЗИ почек, ретроградная пиелография слева, ангиография почек.

**Задача №5** Антеградную пиелографию.

**ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

Зачет: 34 вопроса на зачет перечислены в первом занятии

**Занятие 3 Методы исследования урологического больного( инструментальные и эндоскопические методы исследования)**

  **ТЕСТЫ : ИД-3ПК-1,ИД-4ПК-1**

**Вариант 1.**

1.какой из перечисленных симптомов является наиболее частым при травме почки.

а. падение артериального давления

б.припухлость в поясничной области

в.гематурия

г.почечная колика

д.гипертермия

2.какая тактика лечения наиболее предпочтительна при субкапсулярном повреждении почки.

а.срочное оперативное вмешательство

б.наблюдение за пациентом в амбулаторных условиях

в.динамическое наблюдение в стационаре соблюдение постельного режима в точение 3 недель

г.исключение физических нагрузок в течение 3 мес.

д.массивная антибактериальная терапия

3.какой из диагностических методов является наиболее предпочтительным для выявления травмы почек

а.ультрасонография

б.ретроградная пиелография

в.обзорная рентгенография путей и экскреторная урография

г.компьютерная томография с контрастированием

д.теплография

4. что такое субкапсулярный разрыв почки

 а. повреждение сосудов околопочечной клетчатки в непосредственной близости от почки

 б.повреждение почки с сохранением поверхностной капсулы

 в.надрыв или перфорация полостной системы почки

 г.повреждение паренхимы почки с надрывом капсулы до 1см

 д.повреждение магистральных сосудов в области ворот почки

5.при каком из перечисленных повреждений необходимо заподозрить травму почки

а . перелом костей таза

б.перелом позвоночника

в.перелом ребер

г.перелом конечностей

д.перелом ключицы

6.при каком из перечисленных повреждений развивается почечная колика

 а. отрыв почечной ножки

 б.перфорация полостной системы почки

 в. субкапсулярное повреждение почки

 г.множественные разрывы почечной паренхимы и капсулы

 д.гематома в области ворот почки

7.оптимальные сроки постельного режима при гематурии

 а.1-2ч

 б.48

 в.3-4нед

 г.3 мес

 д.до 1 года

8. что является наиболее важным для решения вопроса о возможности нефрэктомии при травме.

 а. степень кровопотери

 б.функция контралатеральной почки

 в.степень повреждения почки

 г. продолжающееся кровотечение

 д. наличие урогематомы

9. критерий закрытой травмы почек

 а.повреждения почек без нарушения целостности полостной системы

 б.без повреждения сосудистой ножки

 в.без сочетанной травмы органов брюшной полости

 г.без повреждения кожных покровов

 д.субкапсулярные повреждения

10. что является обязательным условием внутрибрюшинного разрыва мочевого пузыря

 а.перелом костей таза

 б.опорожненный мочевой пузырь

 в.травма нижней части живота

 г.переполненный мочевой пузырь

 д.истончение мышц детрузора

**Вариант 2.**

 1. по какой пробе судят о функциональном состоянии почек

 а)проба Зельдовича

 б)проба Зимницкого

 в)проба Рапопорта

 г)проба Нечипоренко

 2. какие самоудерживающие катетеры вы знаете

 а)Фолея

 б)Пеццера

 в)Тимана

 г) Нелатона

 3.виды экскреторной урографии

 а)инфузионная

 б)ангеградная

 в)ретроградная

 г)компрессионная

4. несомненным признаком уретрита при трехстаканной пробе может быть.

 а)наличие лейкоцитов в 1 порции мочи

 б)наличие лейкоцитов во 2 порции мочи

 в)наличие лейкоцитов в 3 порции мочи

 г)наличие лейкоцитов во всех порциях мочи

5. какое нормальное количество лейкоцитов в о/а мочи

 а)5-8 в п/з

 б)10-15в п/з

 в)20-30 в п/з

 г) более 40в п/з

6. Радиоизотопный метод, применяемый в урологии

 а)экскреторная урография

 б)радиозотопная ренография

 в)цистография

 г)уретрография

7. ретроградная уретеропиелография применяется

 а)при гнойном пиелонефрите

 б) при цистите

 в)при паранефрите

 г)при рентгенонегативном камне почки

8.что означает размер инструмента по шкале Шарьера

 а)измерение длины инструмента

 б)измерение ширины инструмента

 в)измерение длины окружности

 г)измерение высоты

9.положителбный симптом диафоноскопии характерен

 а) для опухоли яички

б)для пахово- мошоночной грыжи

в)для острого эпидидимоорхита

г)для водянки оболочки яичка

10. какой инструмент применяется для визуального осмотра мочеточника

 а)цистоскоп

 б)нефроскоп

 в)лапароскоп

 г)уретероскоп

**Вариант 3**

 1.гематурия –это

а) наличие в моче кровяного пигмента гемоглобина.

б) выделение крови из мочеиспускательного канала

в) выделение крови с мочой

г) наличие в моче порфирина

2.Положительный симптом диафоноскопии характерен

а)для опухоли яичка

б)для острого эпидидимоорхита

в) для водянки оболочек яичка

г) для пахово-мошоночной грыжи

3.Ретроградная уретеропиелография целесообразна

а) при оксалатном камне лоханки или мочеточника

б) при уратном камне лоханки или мочеточники

в) при фосфатном камне лоханки или мочеточника.

г) во всех случаях

4. миоглобинурия – это

а) наличие в моче белки

б) выделение крови с мочой

в) выделение крови из уретры

г) наличие в моче кровяного пигмента гемоглобина.

5. липурия –это

а) наличие в моче крови

б) наличие в моче жира

в)наличие в моче миоглобина

г) наличие в моче порфирина

6. протеинурия –это

а) наличие белка в моче

б) наличие уратов в моче

в) наличие крови в моче

г) наличие в моче жира

7.лейкоцитурия ( пиурия) – это

а) наличие крови в моче

б) выделение крови из уретры

в) гной в моче

г) наличие фосфатов в моче

8. хилурия –это

а) примесь лимфы в моче

а) гной в моче

в) наличие крови в моче

г) наличие белка в моче

9. эхинококурия- это

а) примесь лимфы в моче

б) гной в моче

в) наличие крови в моче

г) наличие в моче дочерных пузырков эхинкокка

10.цилиндрурия –это

а) присутствие цилиндров в моче

б) наличие белка в моче

в) наличие крови в моче

г) наличий бактерий в моче

**Контрольная работа №1 ИД-3ПК-1,ИД-3ОПК6**

1.1.патологические выделения из мочеиспускательного канала

 2. виды уретероскопов. показания

**2. 1.**количестивенные изменения мочи

 2. профилометрия уретры. Показания

**3. 1.**цистоидная теория прохождения мочи по мочеточнику

 2. радиозотопная ренография. Характеристика кривой

4. 1.виды расстройств мочеиспускания

 2.техника трансректального УЗИ и биопсии простаты

5.1.нормативные значения клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции.

 2.ультразвуковое исследование в урологии

1. 1.вид аппаратов, применяемых для радиозотопных методов исследования в урологии

2.компьютерная томография. Единицы Хаусфильда

 7. 1.виды и характеристика задержки мочеиспускания

 2.магнитно-резонансная томография.показания

 8. 1.пункционная биопсия почки, яичка показания

 2.провокационные тесты в урологии.показания

9. 1.техника трансректального исследования предстательной железы и взятие секреты простаты

 2.динамическая почечная сцинтиграфия. Показания.

10. 1.Аускультация в урологии

 2.инструмент для визуального осмотра мочеточника

11. 1.диафоноскопия. показания

 2. почечная ангиография. Техника выполнения

12. 1.пальпация и ее виды

 2.характеристика подержание и неудержание мочи

13. 1.протеинурия и ее виды

 2.характеристика подержание и неудержание мочи

 14. 1.что такое шкала Шарьера

 2.антеградная пиелоуретерография показания, техника воспаления

**Контрольная работа 2.ИД-3 ОПК-5,ИД-1ОПК-7**

1.1.какие нормальные размеры яичка (4х3см)

 2. на каких частотах работают современные аппараты УЗИ (2,5-15МГЦ).

2. 1.какие нормальные размеры почки (12х6см)

 2.какие ультразвуковые датчики различают по форме (линейние, конвексные)

 3.1.Техника пальпация почек

 2. Виды экстренной урографии

1. 1.проба Зимницкого. Интерпретация

 2.Датчики с какой частотой применяют для исследования глубокорасположенных и поверхностного расположенных органов (2,0-5,0 и 7 и более)

1. 1.Характеристика общего анализа мочи

2.уретерография. Виды, показания

 6. 1.урологические катетеры и их виды

 2. что такое УЗИ-допплерография, эхо-допплерография?

7. 1.бужи и их виды

1. инфузионная урография. показания
2. 1.проба Нечипоренко. Показания

 2.виды цистографии. Техника выполнения и показания

1. 1.нормальная длина мочеточника

 2. виды гематурии и их характеристика

 10. 1.виды анурии

 2. урофлоуметрия. Нормальные показатели

 11. 1.нормативные показатели мочевины и креатинина сыв.крови

 2.устройство цистоскопия. Виды цистоскопов

1. 1.самоудерживающиеся уретральные катетеры. Виды

 2.виды цистометрии

13. 1.лейкоцитурия, бактериурия

 2.хромоцистоскопия. показания

 14. 1.подготовка больного к обзорному снимку мочевой системы

 2.ретроградная уретеропиелография

 **Собеседование (перечень вопросов) ИД-3ОПК5,ИД-4ПК-1**

**Модуль1.** История Российской урологии

 1) история развитие урологии с времен Петра 1 до революции 2017г

 2) история развития урологии в СССр

 3) история развития урологии в современной России

 **Модуль 2.** Симптоматика урологических заболеваний.

 1) характер болей при урологических заболеваниях

 2) расстройства мочеиспускания

 3) количественные и качественные изменения мочи

 **Модуль 3.** Общеклинические методы исследования урологического больного

1. пальпация почек. Симптом Пастернацкого
2. пальпация, перекуса мочевого пузыря
3. осмотр, пальпация наружных половых органов
4. ректальный осмотр. Взятие секрета простаты

 **Модуль 4.** Инструментальные и эндоскопические методы исследования

1. виды урологических катетеров
2. виды урологических троакаров
3. устройство цистоскопа, виды
4. уретероскоп и нефроскоп
5. виды мочеточниковых катетеров и стентов

 **Модуль 5.** Уродинамические методы исследования

* 1. понятия в уродинамике и физиология мочи
	2. урофлоуметрия, методика выполнения
	3. цистометрия, виды
	4. профилометрия
	5. комбинированное уродинимическое исследование

 **Модуль 6.** Ультразвуковые методы исследования.

* 1. понятия об ультразвуковых датчиках
	2. узи почек, мочеточников
	3. узи –предстательной железы, органов мошонки
	4. узи-мочевого пузыря, остаточная моча

 **Модуль 7.** Рентгенологические методы исследования

* 1. обзорная и в/в урография
	2. инфузионная урография
	3. цистография, уретрография
	4. ретроградная и антеградная уретеропиелография

 **Модуль 8.** Компьютерная и магнитно-резонансная томография

1. компьютерная томография. Единицы Хаусфильда
2. МСКТ с введением контрастного препарата
3. магнитно-резонансная томография в урологии.

 **Модуль 9.** Радиозотопные методы исследования

1. виды аппаратов, применяемые для радиозотопных исследований
2. радиозотопная ренография
3. динамическая почечная сцинтиграфия
4. радиоиммунологические метод исследования

 **РЕФЕРАТЫ**

 **ИД-3ОПК-5,ИД-3ОПК-6**

**1 занятие.**

1. история отечественной урологии
2. общеклинические методы исследования урологического больного
3. инструментальные и эндоскопические методы исследования урологического больного
4. рентгенологические и компьютерные методы исследования урологического больного.

**2 занятие**

1. ультразвуковые методы исследования урологического больного
2. уродинамические методы исследования урологического больного
3. магнитно-резонансная урография в урологии
4. радиозотопные методы исследования урологического больного

**Ситуационные задачи ИД-3ОПК-5,ИД-3ОПК-6**

**Задача №1.** В урологическое отделение поступила женщина 35 лет с жалобами на приступообразные боли в правой поясничной области, сопровождающиеся тошнотой, рвотой и частыми позывами к мочеиспусканию. На обзорном снимке мочевых путей, на уровне поперечного отростка 4-го поясничного позвонка справа определяется тень подозрительная на конкремент, овальной формы, размерами 0.5\*0.5 см. какие дополнительные рентгенологические исследования необходимо произвести, чтобы установить характер обнаруженной тени?

**Задача №2.** Вы собираетесь назначить 2-м больным урографию. У первого больного проба Зимницкого без особенностей, у второго цифры удельного веса в пределах 1006-1018. Какие виды урографии назначите в первом и во втором случае?

**Задача №3.** У больного после приступа почечной колики на обзорном снимке обнаружили в проекции правой почки тень, подозрительную на конкремент. Какими методами собираетесь подтвердить предположения?

**Задача №4.** У больной на выделительной урографии отсутствует функция левой почки. Какие методы исследования и в какой последовательности вы примените для уточнения морфологических изменений и функциональных способностей почки?

**Задача №5.** У больной с нефропиелостомией наступил срок удаления трубки после ранее проведенной операции. Какой рентгенологический метод надо применить, чтобы удостовериться в проходимости мочеточника?

**Ответы:**

**Задача №1** – больной необходимо произвести экскреторную урографию, с помощью которой можно выяснить расширение чашечно-лоханочной системы справа.

**Задача №2** В первом - выделительную урографию, во втором – инфузионную урографию.

**Задача №3** Выделительная урография, УЗИ почек, ренография.

**Задача №4** Ренография, УЗИ почек, ретроградная пиелография слева, ангиография почек.

**Задача №5** Антеградную пиелографию.

**Занятие 4. Аномалии мочевой системы(почки и мочеточники)**

**Вариант 1. ИД-3ОПК-5,ИД-2ПК-2**

**01. К аномалиям положения почек относятся**

А) дистопиягомолатеральная )торнкальная, поясничная, подвздошная, тазовая)

Б) нефроптоз

В) дистопия гетеролатеральная(перекрестная)

Г) только а) и б)

Д) только а) и в)

**02. Дистопии почек встречаются с частотой**

**А) 1:600**

Б) 1:800

В) 1:1000

 Г) 1:1200

 Д) 1:10000

**03. 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)

**04. Характерными рентгенологическими признаками тазовой и поясничной дистопии почки являются**

А) ротация почки

Б) извитой, достаточной длин мочеточник

В) низко отходящая, короткая сосудистая ножка

Г) только а) и б)

Д) только а) и в)

**05. Диагноз дистопии почки основывается на данных**

А) экскреторной урографии

Б) ангиографии

В) ультразвукового исследования

Г) правильно а) и б)

Д) правильно все перечисленное

**06. Аномалии взаимоотношения почек составляют ко всем почечным аномалиям**

А) 6-8%

Б) 10%

В) 13%

Г) 18%

Д)20%

**07.К симметричным формам сращения относят**

А) S-образную почку

Б) подковообразную и галетообразную почку

В) L-образную почку

Г)Y-образную почку

**08. Среди осложнений подковообразной почки первое место занимает**

А) мочекаменная болезнь

Б) гидронефроз

В) пиелонефрит

Г) артериальная гипентензия

Д) гематурия

**09. 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

**10. При S-образной почке ворота расположены**

А) медиально

Б) латериально

В) одни - медиально, другие – краниально

Г) одни - медиально, другие – латериально

Д) краниально.

**Вариант2.** **(ОПК-1, ОПК-2)**

**1. При L-образной почке ворота расположены**

А) латериально

Б) медиально

В) краниально

Г) одни - медиально, другие – краниально

Д) одни - медиально, другие – латериально

**2. Патогенез солитарной кисты связан**

А) с кальцевой окклюзией (врожденной или приобретенной)

Б) с ретенцией мочи

В) с ишемией почечной ткани

Г) правильно а) и б)

Д) все перечисленное

**3. 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)

**4. Поликистоз почек – это заболевание**

А) врожденное

Б) приобретенное

В) одностороннее

Г) двустороннее

Д) правильно а) и г)

**5. Ангиограммы при поликистозных почках характеризуются**

А) бессосудистыми зонами

Б) истонченными и удлиненными магистральными сосудами

В) значительным количеством мелких артерий

Г) правильно а) и в)

Д) правильно а) и д)

**6. Показаниями к оперативному лечению при поликистозе почек являются**

А) длительная микрогематурия

Б) нагноение кист

В) хронический пиелонефрит

Г) правильно а) и г)

Д) правильно а) и в)

**7. Мультикистоз почки – это заболевание**

А) одностороннее

Б) двустороннее

В) врожденное

Г) приобретенное

Д) правильно а) и в)

**8. Этиология мультикистоза почки связана**

А) с отсутствием закладки экскруторного аппарата

Б) с отсутствием соединения зачатков секреторного и экскреторного отделов почки в процессе эмбриогенеза

В) с неправильной закладкой секреторного аппарата почки

Г) правильно а) и б)

Д) правильно б) и в)

**9. Отличием мультикистоза от поликистоза почек является**

А) одностороннее поражение

Б) двустороннее поражение

В) наследственный фактор значения не имеет

Г) наследственный фактор имеет значение

Д) правильно а) и в)

**10. Лечение мультилокулярной кисты**

А) консервативное

Б) чрезкожная пункция кисты

В) нефрэктомия или резекция почки

Г) вылущение всей кисты или иссечение наружных стенок с коагуляцией ее внутрипаренхиматозныз стенок и тампонадой их полостей паранефральной клетчаткой

Д) пункция кисты и введение в нее склерозирующих растворов

**Вариант 3.**  **ИД-2ПК-2**

**1. Синонимами термина «губчатая почка» является все перечисленное, кроме**

А) мультикистоз и поликистоз почки

Б) мультикистоз мозгового вещества

В) медуллярная губчатая почка

Г) кистозное расширение почечных пирамид

Д) врожденная кистозная дилатация собирательных канальцев почки

**2. Губчатая почка характеризуется наличием большого числа мелких кист**

А) в корковом веществе почки

Б) в корковом и мозговом веществе почки

В) в почечных пирамидах

Г) в воротах почки

Д) в одном из полюсов почки

**2. Для губчатой почки характерно наличие мелких конкрементов**

А) в чашечках

Б) в лоханке

В) в полостях кист

Г) в мочеточнике

Д) правильно а) и б)

**3. Диагноз «губчатая почка» устанавливают с помощью**

А) ультразвукового исследования

Б) почечной артериографии

В) обзорной и экскреторной урографии

Г) динамической нефросцинтиграфии

Д) ретроградной уретеропиелографии

**4. Лечение больных с губчатой почкой**

А) специального лечения не требуется

Б) оперативное

В) оперативное лечение только в случае осложнений, не поддающихся медикаментозному лечению

Г) консервативное

Д) правильно а) и в)

**5. Мегакаликоз является результатом**

А) очагового отсутствия слияния зачатков мезонефрогенной и метанефрогенной бластемы

Б) медуллярной дисплазии

В) отсутствия закладки экскреторного аппарата

Г) расщепления мочеточникового зачатка до его вхождения в метанефротическую бластему

Д) недоразвития мочеточникового зачатка

**6. Основным методом диагностики мегакаликоза является**

А) экскреторная урография

Б) ультразвуковое исследование

В) ретроградная пиелография

Г) динамическая сцинтиграфия

Д) ангиография

**7. Удвоение почки – это наличие**

А) двух лоханок

Б) двух мочеточников

В) разделение почки на два сегмента, каждый из которых имеет отдельное кровоснабжение

Г) расщепление мочеточника

Д) правильно а) и б)

**8. Удвоение верхних мочевых путей – это**

А) разделение почки на два сегмента, имеющих отдельное кровоснабжение

Б) удвоение лоханки

В) расщепление мочеточника

Г) удвоение мочеточника

Д) сочетание б) и г)

**9. Парапельвикальные кисты характеризуются тем, что**

А) не сообщаются с лоханкой и чашечками

Б) связаны с лоханкой или чашечками

В) локализуются в области почечного синуса

Г) не локализуются в области почечного синуса

Д) правильно а) и в)

**10.Удвоенная почка имеет**

А) две самостоятельные почечные артерии

Б) одну общую артерию

В) один мочеточник

Г) два мочеточника

Д) правильно а) и г)

**Контрольная работа №1 ИД-3ПК-1,ИД-3ОПК-6**

1. 1.Солитарная киста почки. Диагностика, клиника и лечение

 2.Эписпадия.Классификация,клиника, лечение

2. 1. Аплазия и удвоение почек. Диагностика.

 2.Инфравезикальная обструкция. Причины, клиника и лечение

3. 1.Дермоидная киста и губчатая почка. Диагностика, клиника и лечение

 2.Эктопия устья мочеточника. Диагностика, клиника и лечение

4. 1.Уретероцеле. Причина, клиника и лечение

 2.Крипторхизм. Виды, клиника и лечение

5. 1. Аномалииструктуры почек

 2. Осложнения крипторхизма

6. 1. Аномалии структуры почек

 2. Осложнения крипторхизм

7. 1. Гематурия. Разновидности, причины.

 2. Мультикистоз почек. Диагностика

8. 1. Аномалии урахуса

 2. Аномалии взаимоотношения почек: галетеообразная,

9. 1.Уретерогграфия. Методика и значение

 2. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс

10. 1. Проба Реберга- Тареева. Нормативне значении

 2. Фимоз. Парафимоз. Первая помошь

 **Контрольная работа №2 ИД-2ПК2**

1. 1. Охарактеризовать диагностику, клинику и лечение подковообразной почки.

 2. Гипоспадия, классификация, клиника и лечение

2. 1. Удвоение лоханки и мочеточника. Диагностика, виды. Закон Вейгерта-Мейера

 2. Диветрикул мочевого пузыря. Диагностика, виды, клиника и лечение

3. 1. Дистопия почек. Клиника, диагностика и диф.Диагностика

 2. Экстрафия мочевого пузыря. Клиника, диагностика, лечение

4. 1. Удвоение лоханки и мочеточника. Диагностика, виды, стадии, лечение

 2. Дивертикул мочевого пузыря. Диагностика, виды, клиника и лечение

5. 1. Солитарная киста почки. Диагностика, клиника и лечение

 2. Эписпадия. Классификация, клиника, лечение

6. 1. Катетеры. Разновидности, назначение

 2. Экстрофия мочевого пузыря. Лечение

7. 1. Мультикистозная и губчатая почка. клиника, лечение

 2. Аномалии яичек. Клиника, лечение(аномалии числа)

8. 1. Карликовая почка, клиническая картина

 2. Аномалия артериальных сосудов почки. Диагностика

9. 1. Дивертикул мочевого пузыря

 2. Добавочная почка

10. 1. Аплазия яичек, диагностика, лечение

 2. Агенезия мочевого пузыря

 **Собеседование ИД-3ОПК-5,ИД-4ПК-1**

 **Модуль 1. Аномалии мочеполовой системы**

* 1. Определение аномалии
	2. Классификация аномалии
	3. Диагностика аномалии
	4. Консервативное лечение аномалии
	5. Оперативное лечение аномалии.

*.* **Модуль 2. Аномалии почек**

1. Мультикистозная и губчатая почка
2. гипоплазия почки
3. эписпадия почки, классификация, лечение
4. солитарная киста почки

**Модуль 3. Аномалии почечных сосудов**

1. расположение
2. формы, и структура
3. аномалия взаимоотношения

**Модуль 4. Аномалии почек и мочеточников**

1. удвоение лоханки и мочеточника
2. добавленная почка
3. аплазия и удвоение почек. Динамика
4. Карликовая почка, клиническая характеристика
5. Дермоидная киста, губчатая почка

**РЕФЕРАТЫ ИД-1ОПК-7**

**1**.Солитарная киста почки

2.Поликистоз почки

3.Дистопия почки

4.Аномалии сосудов почек

5.Подковообразная почка

6.Виды удвоения мочеточников

**Ситуационные задачи ИД-4ПК1**

**Задача №1** Почему перед операций по поводу повреждения почки необходимо знать анатомо-функциональное состояние контрлатеральной почки?

**Задача №2** Почему при обследовании больного, у которого выявлена опухоль брюшной полости по средней линии, и она не исходит из органов желудочно-кишечного тракта, необходимо провести урологическое обследование?

**Задача №3** Родители мальчика в возрасте 9 месяцев обратились к урологу с жалобой на отсутствие у ребенка левого яичка в мошонке. С их слов мальчик родился недоношенным и яичко отсутствовало с момента рождения. При объективном осмотре выявлено, что наружное отверстие уретры расположено типично, складчатость мошонки сохранена. Правое яичко определяется в своем обычном месте, левое пальпируется в центре пахового канала.

**Ответы:**

**Задача №1** Так как у больного может быть врожденно единственная почка, или гипоплазия контрлатеральной, а во время операции может встать вопрос о необходимости удаления поврежденной почки.

**Задача №2** Это образование может быть дистопированной почкой или почкой, находящейся в неправильном взаиморасположении (подковообразная почка,S-образная илиL-образная).

**Задача №3** Диагноз устанавливают на основании данных физикального исследования, сонографии, КТ, сцинтиграфии яичек и лапароскопии. Оптимальный возраст для начала лечения (в независимости консервативное или оперативное) - 6 месяцев и должно быть закончено к 2 годам жизни. Консервативное лечение показано при расположении яичка в дистальной части пахового канала. Используют гормональную терапию хорионическим гонадотропином. Оперативное лечение проводится при неэффективности гормональной терапии.

**Занятие 5.** **Аномалии мочеполовой системы(мочевой пузырь и наружные половые органы)**

 **Тесты**

**Вариант1.** **ИД-3ПК-1,ИД-3ОПК-5**

**1. При L-образной почке ворота расположены**

А) латериально

Б) медиально

В) краниально

Г) одни - медиально, другие – краниально

Д) одни - медиально, другие – латериально

**2. Патогенез солитарной кисты связан**

А) с кальцевой окклюзией (врожденной или приобретенной)

Б) с ретенцией мочи

В) с ишемией почечной ткани

Г) правильно а) и б)

Д) все перечисленное

**3. 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)

**4. Поликистоз почек – это заболевание**

А) врожденное

Б) приобретенное

В) одностороннее

Г) двустороннее

Д) правильно а) и г)

**5. Ангиограммы при поликистозных почках характеризуются**

А) бессосудистыми зонами

Б) истонченными и удлиненными магистральными сосудами

В) значительным количеством мелких артерий

Г) правильно а) и в)

Д) правильно а) и д)

**6. Показаниями к оперативному лечению при поликистозе почек являются**

А) длительная микрогематурия

Б) нагноение кист

В) хронический пиелонефрит

Г) правильно а) и г)

Д) правильно а) и в)

**7. Мультикистоз почки – это заболевание**

А) одностороннее

Б) двустороннее

В) врожденное

Г) приобретенное

Д) правильно а) и в)

**8. Этиология мультикистоза почки связана**

А) с отсутствием закладки экскруторного аппарата

Б) с отсутствием соединения зачатков секреторного и экскреторного отделов почки в процессе эмбриогенеза

В) с неправильной закладкой секреторного аппарата почки

Г) правильно а) и б)

Д) правильно б) и в)

**9. Отличием мультикистоза от поликистоза почек является**

А) одностороннее поражение

Б) двустороннее поражение

В) наследственный фактор значения не имеет

Г) наследственный фактор имеет значение

Д) правильно а) и в)

**10. Лечение мультилокулярной кисты**

А) консервативное

Б) чрезкожная пункция кисты

В) нефрэктомия или резекция почки

Г) вылущение всей кисты или иссечение наружных стенок с коагуляцией ее внутрипаренхиматозныз стенок и тампонадой их полостей паранефральной клетчаткой

Д) пункция кисты и введение в нее склерозирующих растворов

**Вариант 2.**  **ИД-3ОПК-5,ИД-3ПК-1**

**1. Синонимами термина «губчатая почка» является все перечисленное, кроме**

А) мультикистоз и поликистоз почки

Б) мультикистоз мозгового вещества

В) медуллярная губчатая почка

Г) кистозное расширение почечных пирамид

Д) врожденная кистозная дилатация собирательных канальцев почки

**2. Губчатая почка характеризуется наличием большого числа мелких кист**

А) в корковом веществе почки

Б) в корковом и мозговом веществе почки

В) в почечных пирамидах

Г) в воротах почки

Д) в одном из полюсов почки

**2. Для губчатой почки характерно наличие мелких конкрементов**

А) в чашечках

Б) в лоханке

В) в полостях кист

Г) в мочеточнике

Д) правильно а) и б)

**3. Диагноз «губчатая почка» устанавливают с помощью**

А) ультразвукового исследования

Б) почечной артериографии

В) обзорной и экскреторной урографии

Г) динамической нефросцинтиграфии

Д) ретроградной уретеропиелографии

**4. Лечение больных с губчатой почкой**

А) специального лечения не требуется

Б) оперативное

В) оперативное лечение только в случае осложнений, не поддающихся медикаментозному лечению

Г) консервативное

Д) правильно а) и в)

**5. Мегакаликоз является результатом**

А) очагового отсутствия слияния зачатков мезонефрогенной и метанефрогенной бластемы

Б) медуллярной дисплазии

В) отсутствия закладки экскреторного аппарата

Г) расщепления мочеточникового зачатка до его вхождения в метанефротическую бластему

Д) недоразвития мочеточникового зачатка

**6. Основным методом диагностики мегакаликоза является**

А) экскреторная урография

Б) ультразвуковое исследование

В) ретроградная пиелография

Г) динамическая сцинтиграфия

Д) ангиография

**7. Удвоение почки – это наличие**

А) двух лоханок

Б) двух мочеточников

В) разделение почки на два сегмента, каждый из которых имеет отдельное кровоснабжение

Г) расщепление мочеточника

Д) правильно а) и б)

**8. Удвоение верхних мочевых путей – это**

А) разделение почки на два сегмента, имеющих отдельное кровоснабжение

Б) удвоение лоханки

В) расщепление мочеточника

Г) удвоение мочеточника

Д) сочетание б) и г)

**9. Парапельвикальные кисты характеризуются тем, что**

А) не сообщаются с лоханкой и чашечками

Б) связаны с лоханкой или чашечками

В) локализуются в области почечного синуса

Г) не локализуются в области почечного синуса

Д) правильно а) и в)

**10.Удвоенная почка имеет**

А) две самостоятельные почечные артерии

Б) одну общую артерию

В) один мочеточник

Г) два мочеточника

Д) правильно а) и г)

**Контрольная работа ИД-3ПК-1,ИД-2ПК2**

. 1. Охарактеризовать диагностику, клинику и лечение подковообразной почки.

 2. Гипоспадия, классификация, клиника и лечение

2. 1. Удвоение лоханки и мочеточника. Диагностика, виды. Закон Вейгерта-Мейера

 2. Диветрикул мочевого пузыря. Диагностика, виды, клиника и лечение

3. 1. Дистопия почек. Клиника, диагностика и диф.Диагностика

 2. Экстрафия мочевого пузыря. Клиника, диагностика, лечение

4. 1. Удвоение лоханки и мочеточника. Диагностика, виды, стадии, лечение

 2. Дивертикул мочевого пузыря. Диагностика, виды, клиника и лечение

5. 1. Солитарная киста почки. Диагностика, клиника и лечение

 2. Эписпадия. Классификация, клиника, лечение

6. 1. Катетеры. Разновидности, назначение

 2. Экстрофия мочевого пузыря. Лечение

7. 1. Мультикистозная и губчатая почка. клиника, лечение

 2. Аномалии яичек. Клиника, лечение(аномалии числа)

8. 1. Карликовая почка, клиническая картина

 2. Аномалия артериальных сосудов почки. Диагностика

9. 1. Дивертикул мочевого пузыря

 2. Добавочная почка

10. 1. Аплазия яичек, диагностика, лечение

 2. Агенезия мочевого пузыря

**Собеседование ИД-3ОПК-6,ИД-2ПК-2**

**Модуль1.**

1. Экстрафия мочевого пузыря , клиника, диагностика
2. Дивертикул мочевого пузыря , диагностика и лечение
3. Дивертикул мочевого пузыря

 4. Инфравезикальная обструкция, причины, клиника и лечение

 5. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс

**Модуль2.**

 1.Аномалия Урахуса

 2. Уретероцеле. Принципы, клиника и лечение

 3. Цистография ,уретероцистография

 4. Аномалия мочеточников, диагностика лечение

 5. Удвоение и врожденный дивертикул мочеиспускательного канала

**Модуль3.**

 1. Уретрит(классификация)

2. Лечение уретритов

3. Острый и хронический уретрит

**Модуль 4.**

 1.Эпидидимоорхит, классификации

 2. Консервативное и оперативное лечение

 3. Классификация

 **Рефераты ИД-3ОПК-5**

1. аномалия взаимоотношения почек
2. аномалия артериальных сосудов почки
3. мультикистозная и губчатая почка
4. уретроцеле.диагностика и лечение
5. гипоспадия.диагностика лечение
6. крипторхизм

**Ситуационные задачи** **ИД-4ПК-1**

**Задача №1.** У больной на выделительной урографии отсутствует функция левой почки. Какие методы исследования и в какой последовательности вы примените для уточнения морфологических изменений и функциональных способностей почки?

**Задача №2.** У больной с нефропиелостомией наступил срок удаления трубки после ранее проведенной операции. Какой рентгенологический метод надо применить, чтобы удостовериться в проходимости мочеточника?

**Ответ №1** Ренография, УЗИ почек, ретроградная пиелография слева, ангиография почек.

**Ответ №2** Антеградную пиелографию.

**Занятие 6. Неспецифические воспалительные заболевания ( пиелонефрит,паранефрит,нефросклероз,пионефроз,болезнь Ормонда)**

 **Тесты.ИД-3ОПК-5,ИД-3ПК-1**

**Вариант1.**

1.Посев мочи на микрофлору целесообразен:

 а. при остром гнойном пиелонефрите и камне мочеточника

 б. при остром серозном пиелонефрите и камне почки

 в. при хроническом пиелонефрите в стадии активного воспаления

+ г. во всех случаях

 д. ни в одном случае

2. Анализ мочи по Ничипоренко целесообразен

 а. при хроническом калькулезном пиелонефрите в активной фазе

 б. при коралловидных камнях почек и пиурии

 в. при остром гнойном пиелонефрите

 г. во всех случаях

+ д. ни в одном случае

3. Какие нормальные показатели содержания лейкоцитов в секрете предстательной железы?

+ а. 0-1-6 в поле зрения

 б. 10-15 в поле зрения

 в. 20-25 в поле зрения

 г. 25-100 в поле зрения

 д. 100-250 в поле зрения

4. Несомненным признаком уретрита при трех-стаканной пробе может быть:

+ а. наличие лейкоцитов в 1 порции мочи

 б. наличие лейкоцитов во 2 порции мочи

 в. наличие лейкоцитов в 3 порции мочи

 г. наличие лейкоцитов во всех порциях мочи

5. Через какой треугольник гной из паранефрального пространства может прорваться в плевральную полость?

 а. Льето

 б. Пти

 в. Лесгафта- Грюнфельда

+ г. Богдалека

6. Наиболее частый путь проникновения инфекции при вторичном пиелонефрите:

+ а. из гнойного очага в почке ( карбункул, абсцесс почки )

 б. гематогемный

 в. лимфогемный

 г. из соседних органов

 д. уриногенный

7. В каких возрастных группах чаще наблюдается пузырно-мочеточниковый рефлюкс?

+ а. дети

 б. подростки

 в. молодые люди

 г. средний возраст

 д. пожилой возраст

8. Что считается критерием продолжения антибактериальной терапии?

 а. лейкоцитурия

+ б. бактериурия

 в. эритроцитурия

 г. цилиндрурия

 д. клиническая картина

9. При проведении антибактериальной терапии у больных с уросепсисом нужно создать высокие концентрации препарата:

 а. в моче

+ б. крови

 в. в гнойном очаге

 г. в других органах

 д. в почечной паренхиме

10. С какого мероприятия должно начинаться выведение больного из бактерио-токсического шока?

 а. борьба с метаболическим ацидозом

+ б. восстановление объема циркулирующей крови

 в. устранение ДВС- синдрома

 г. коррекция элекролитных нарушений

 д. уменьшение азотемии

**Вариант2**

1. Какой из синонимов термина неспецифический простатит следует считать наиболее правильным?

 а. негонококковый

 б. негонорейный

+ в. бактериальный

 г. нетрихомонозный

 д. инфекционный

2. Какой возраст наиболее характерен для страдающих простатитом в настоящее время?

 а. молодой, 20-29 лет

 б. средний, 30-45 лет

 в. старший возраст, 46-60 лет

 г. пожилой возраст

+ д. простатитом болеют теперь и юноши, и больные с аденомой ПЖ

3. Назовите основные симптомы острого катарального простатита

+ а. умеренная, но острая боль в промежности

 б. терминальная гематурия

 в. диарея

+ г. поллакиурия

 д. боль в эпигастрии

4. Каковы возможные лабораторные исследования мочи и секрета ПЖ при остром простатите?

 а. анализ секрета ПЖ

 б. двухстаканная проба

 в. трехстаканная проба

+ г. общий анализ мочи, выделенной во время акта дефекации

 д. пятистаканная проба

5. Каковы методы лечения атонии предстательной железы?

 а. антибактериальная терапия

 б. спазмолитические средства

+ в. мелипрамин

 г. массаж предстательной железы, восходящий

 д. диатермия предстательной железы

6. Какова локализация боли при хроническом везикулите?

 а. в яичках

 б. в крестце

+ в. в глубоко в тазу

 г. в позадилонной области

 д. в прямой кишке

7. Какова тактика при перекруте яичка?

 а. консервативная

+ б. активно-оперативная

 в. блокада семенного канатика

 г. физиотерапия (УВЧ)

 д. выжидательная

8. Симптомы острого орхита:

 а. субфебрилитет

+ б. отек и боль в мошонке

 в. гемоспермия

+ г. гипертермия

 д. боли в промежности

9. Какая бактериальная флора чаще присутствует в моче при остром неспецифическом эпидидимите?

 а. синегнойная

 б. протей

 в. клебсиелла

 г. кишечная палочка

+ д. микрофлора отсутствует

10. Чем осложняется двусторонний эпидидимит, леченный консервативно?

 а. атрофией яичка

+ б. обструктивной аспермией

 в. олигоспермией

 г. перекрутом яичка

 д. орхитом

**Вариант 3.**

1. Сколько оболочек яичка или слоев яичка нужно вскрыть при подходе к нему во время операции?

 а. пять

 б. четыре

+ в. шесть

 г. восемь

 д. семь

2. При какой этиологии процесса возникает орхоэпидидимит?

+ а. туберкулез

 б. гонорея

 в. хламидиоз

 г. бруцеллез

 д. сифилис

3. Какова локализация боли при хроническом везикулите?

 а. в яичках

 б. в крестце

+ в. в глубоко в тазу

 г. в позадилонной области

 д. в прямой кишке

4. Характер гематурии при остром цистите:

 а. инициальный

 б. тотальный

+ в. терминальный

 г. интермиттирующий

5. Назовите отличительный признак цисталгии от цистита:

 а. боли

 б. бактериурия

+ в. отсутствие лейкоцитурии

 г. императивные позывы

 д. неполное опорожнение мочевого пузыря

6. При каком цистите не нужно производить цистоскопию?

+ а. при остром первичном цистите

 б. паразитарном

 в. лучевом

 г. интерстициальном

 д. аллергическом

7. У какой категории больных необходимо определять наличие остаточной мочи при цистите?

 а. у больных пиелонефритом

 б. у больных лучевым циститом

 в. при нейрогенном мочевом пузыре

 г. при химическом цистите

+ д. при сахарном диабете

8. Для цистита характерна следующая клиническая картина:

 а. ноющие боли внизу живота без дизурии

 б. гнойные выделения из уретры, рези в начале мочеиспускания

+ в. частое болезненное мочеиспускание, обычно в конце его

 г. схваткообразные острые боли внизу живота с частым мочеиспусканием, но без болей

9. Какой симптом при антибактериальной терапии цистита исчезает быстрее?

 а. бактериурия

 б. лейкоцитурия

 в. гематурия

+ г. дизурия

 д. все перечисленные

10. Какие методы лечения не показаны при остром цистите?

 а. антибактериальная терапия

 б. спазмолитические препараты

+ в. промывание мочевого пузыря, инстилляции лекарственных веществ

 г. тепловые процедуры

 д. антигистаминные препараты

 **Контрольная работа №1 ИД-3ОПК-6,ИД-3ПК-1**

1.1.Камни предстательной железы. Клиника, диагностика и лечение

 2.Бактериемический шок. Патогенез, клиника и лечение

 2. 1.Парацистит. Формы, клиника и лечение

 2. Апостематозный пиелонефрит. Клиника, диагностика и лечение

 3.1.Лечение хронического простатита

 2.Карбункул почки. Клиника, диагностика, и лечение

 4.1.Бактериемический шок, Причины, лечение

 2. Хромоцистостоскопия. Методика и значение

 5.1. Острый простатит. Клиника и диагностика

 2. Дифференциальная диагностика острого пиелонефрита от острого

 Аппендицита, холецистита

 6.1.Орхит. Клиника, диф.диагностика и лечение

 2.Клиника острого простатита

 7.1.Паранефрит. Формы, клиника , диагностика и лечение

 2. Современные принципы лечения хронического пиелонефрита

 8.1.Везикулит. Клиника и лечение

 2. Лечение острого пиелонефрита

9.1Пневморетроперитонеум. Методика и значение

 2.Диффернциальная диагностика пиелонефрита и нефрита

 10.1Диагностика острого пиелонефрита

 2. Острый орхоэпидидимит. Клиника и лечение

 **Контрольная работа №2 ИД-3ОПК-5,ИД-4ПК-1**

1.1.Абсцесс почки. Клиника и лечение

 2.Клиническая картина острого пиелонефрита

 2.1.Кавернит. Клиника и лечение

 2.Лечение первичного острого пиелонефрита

3.1.Паранефрит. Формы, клиника, диагностика и лечение

 2.Современные принципы лечения хронического пиелонефрит

 4.1.Острый пиелонефрит беременных, предраспологающие факторы

 , клиника и лечение

 2. Гонорейный уретрит. Клиника и лечение

 5.1.Методика провокационных тестов, применяемых для выявления

 хронического пиелонефрита

 2. Баланопостит. Клиника и лечение

 6.1. Паранефрит. Формы, клиника, диагностика и лечение

 2. Современные принципы лечения хронического пиелонефрита

 7.1.Пионефроз. Клиника, диагностика и лечение

 2. Лабораторная диагностика пиелонефрита

 8.1. Вирусный уретрит, патогенез, клиника и лечение

 2. дифференциальная диагностика цистита от цисталгии

 9.1.Эпидидимит. Клиника, диф. диагностика и лечение

 2. Лечение вторичного острого пиелонефрита

 10.1.Бактериальный уретрит. Формы, клиника, лечение

 2. Пути проникновения инфекции в почку при пиелонефрите

 **Собеседование ИД-3ОПК-6,ИД-3ПК-1**

**Модуль1**. Пиелонефрит

1. Определение пиелонефрита
2. Классификация пиелонефрита
3. Диагностика пиелонефрита
4. Пиелонефрит беременных
5. Консервативное лечение пиелонефритов
6. Оперативное лечение пиелонефритов
7. Некроз почечных сосочков

**Модуль 2**. Гнойные формы пиелонефрита

1. Апостематозный пиелонефрит
2. Абсцесс почки
3. Карбункул почки
4. Бактериемический (эндотоксический) шок

**Модуль 3** Хронический пиелонефрит

1. Классификация хронического пиелонефрита
2. Диагностика хронического пиелонефрита
3. Лечение хронического пиелонефрита
4. Пионефроз
5. Нефросклероз

**Модуль 4** Воспалительные заболевание забрюшинного пространства

1. Паранефрит
2. Забрюшинный фиброз (болезнь Ормонда)

 **Рефераты ИД-3ПК-1**

1.Острый пиелонефрит

 2. гнойный пиелонефрит

 3.гестоционый пиелонефрит

 4. хронический пиелонефрит

 5.Бактериотоксический шок

 6.паранефрит

 7.Пионефроз

 8,Нефросклероз

**Ситуационные задачи ИД-4ПК-1**

**Задача 1** У больного с характерной клиникой хронического пиелонефрита при общем анализе мочи - патологии не выявлено. На ренограмме и УЗИ со стороны почек патологии не выявлено. Какие методы обследования вы назначите?

**Задача 2** Больной отмечает, что на фоне полного здоровья появилась интенсивная боль в поясничной области справа. К вечеру поднялась температура до 39,0 с ознобом. При осмотре с-м поколачивания положительный справа. О каком пиелонефрите вы подумаете?

**Задача 3** Больной доставлен каретой скорой помощи с признаками бактериотоксического шока. В течении недели дома принимал антибиотики по поводу высокой температуры, ознобов, болей в правой поясничной области. В анамнезе - камень правой почки. Причины шока? Ваша тактика лечения?

**Ответы:**

**Задача 1** Следует назначить анализ мочи по Нечипоренко, провокационный тест с преднизолоном, выделительную урографию.

**Задача 2** Следует подумать об остром вторичном пиелонефрите.

**Задача 3** Следует назначить антибиотики без детального обследования функции правой почки. Показана краткосрочная предоперационная подготовка и операция - декапсуляция почки, пиелостомия, при наличии камня - удаление камня.

**Занятие 7. Неспецифические воспалительные заболевания мочеполовой системы ( цистит,простатит,уретрит,эпидидимоорхит)**

**Тесты ИД-3ОПК-5,ИД-3ПК-1**

**Вариант №1.**

1. Сколько оболочек яичка или слоев яичка нужно вскрыть при подходе к нему во время операции?

 а. пять

 б. четыре

+ в. шесть

 г. восемь

 д. семь

2. При какой этиологии процесса возникает орхоэпидидимит?

+ а. туберкулез

 б. гонорея

 в. хламидиоз

 г. бруцеллез

 д. сифилис

3. Какова локализация боли при хроническом везикулите?

 а. в яичках

 б. в крестце

+ в. в глубоко в тазу

 г. в позадилонной области

 д. в прямой кишке

4. Характер гематурии при остром цистите:

 а. инициальный

 б. тотальный

+ в. терминальный

 г. интермиттирующий

5. Назовите отличительный признак цисталгии от цистита:

 а. боли

 б. бактериурия

+ в. отсутствие лейкоцитурии

 г. императивные позывы

 д. неполное опорожнение мочевого пузыря

6. При каком цистите не нужно производить цистоскопию?

+ а. при остром первичном цистите

 б. паразитарном

 в. лучевом

 г. интерстициальном

 д. аллергическом

7. У какой категории больных необходимо определять наличие остаточной мочи при цистите?

 а. у больных пиелонефритом

 б. у больных лучевым циститом

 в. при нейрогенном мочевом пузыре

 г. при химическом цистите

+ д. при сахарном диабете

8. Для цистита характерна следующая клиническая картина:

 а. ноющие боли внизу живота без дизурии

 б. гнойные выделения из уретры, рези в начале мочеиспускания

+ в. частое болезненное мочеиспускание, обычно в конце его

 г. схваткообразные острые боли внизу живота с частым мочеиспусканием, но без болей

9. Какой симптом при антибактериальной терапии цистита исчезает быстрее?

 а. бактериурия

 б. лейкоцитурия

 в. гематурия

+ г. дизурия

 д. все перечисленные

10. Какие методы лечения не показаны при остром цистите?

 а. антибактериальная терапия

 б. спазмолитические препараты

+ в. промывание мочевого пузыря, инстилляции лекарственных веществ

 г. тепловые процедуры

 д. антигистаминные препараты

**Вариант№2**

1. Какой из синонимов термина неспецифический простатит следует считать наиболее правильным?

 а. негонококковый

 б. негонорейный

+ в. бактериальный

 г. нетрихомонозный

 д. инфекционный

2. Какой возраст наиболее характерен для страдающих простатитом в настоящее время?

 а. молодой, 20-29 лет

 б. средний, 30-45 лет

 в. старший возраст, 46-60 лет

 г. пожилой возраст

+ д. простатитом болеют теперь и юноши, и больные с аденомой ПЖ

3. Назовите основные симптомы острого катарального простатита

+ а. умеренная, но острая боль в промежности

 б. терминальная гематурия

 в. диарея

+ г. поллакиурия

 д. боль в эпигастрии

4. Каковы возможные лабораторные исследования мочи и секрета ПЖ при остром простатите?

 а. анализ секрета ПЖ

 б. двухстаканная проба

 в. трехстаканная проба

+ г. общий анализ мочи, выделенной во время акта дефекации

 д. пятистаканная проба

5. Каковы методы лечения атонии предстательной железы?

 а. антибактериальная терапия

 б. спазмолитические средства

+ в. мелипрамин

 г. массаж предстательной железы, восходящий

 д. диатермия предстательной железы

6. Какова локализация боли при хроническом везикулите?

 а. в яичках

 б. в крестце

+ в. в глубоко в тазу

 г. в позадилонной области

 д. в прямой кишке

7. Какова тактика при перекруте яичка?

 а. консервативная

+ б. активно-оперативная

 в. блокада семенного канатика

 г. физиотерапия (УВЧ)

 д. выжидательная

8. Симптомы острого орхита:

 а. субфебрилитет

+ б. отек и боль в мошонке

 в. гемоспермия

+ г. гипертермия

 д. боли в промежности

9. Какая бактериальная флора чаще присутствует в моче при остром неспецифическом эпидидимите?

 а. синегнойная

 б. протей

 в. клебсиелла

 г. кишечная палочка

+ д. микрофлора отсутствует

10. Чем осложняется двусторонний эпидидимит, леченный консервативно?

 а. атрофией яичка

+ б. обструктивной аспермией

 в. олигоспермией

 г. перекрутом яичка

 д. орхитом

**Вариант 3.**

1. Сколько оболочек яичка или слоев яичка нужно вскрыть при подходе к нему во время операции?

 а. пять

 б. четыре

+ в. шесть

 г. восемь

 д. семь

2. При какой этиологии процесса возникает орхоэпидидимит?

+ а. туберкулез

 б. гонорея

 в. хламидиоз

 г. бруцеллез

 д. сифилис

3. Какова локализация боли при хроническом везикулите?

 а. в яичках

 б. в крестце

+ в. в глубоко в тазу

 г. в позадилонной области

 д. в прямой кишке

4. Характер гематурии при остром цистите:

 а. инициальный

 б. тотальный

+ в. терминальный

 г. интермиттирующий

5. Назовите отличительный признак цисталгии от цистита:

 а. боли

 б. бактериурия

+ в. отсутствие лейкоцитурии

 г. императивные позывы

 д. неполное опорожнение мочевого пузыря

6. При каком цистите не нужно производить цистоскопию?

+ а. при остром первичном цистите

 б. паразитарном

 в. лучевом

 г. интерстициальном

 д. аллергическом

7. У какой категории больных необходимо определять наличие остаточной мочи при цистите?

 а. у больных пиелонефритом

 б. у больных лучевым циститом

 в. при нейрогенном мочевом пузыре

 г. при химическом цистите

+ д. при сахарном диабете

8. Для цистита характерна следующая клиническая картина:

 а. ноющие боли внизу живота без дизурии

 б. гнойные выделения из уретры, рези в начале мочеиспускания

+ в. частое болезненное мочеиспускание, обычно в конце его

 г. схваткообразные острые боли внизу живота с частым мочеиспусканием, но без болей

9. Какой симптом при антибактериальной терапии цистита исчезает быстрее?

 а. бактериурия

 б. лейкоцитурия

 в. гематурия

+ г. дизурия

 д. все перечисленные

10. Какие методы лечения не показаны при остром цистите?

 а. антибактериальная терапия

 б. спазмолитические препараты

+ в. промывание мочевого пузыря, инстилляции лекарственных веществ

 г. тепловые процедуры

 д. антигистаминные препараты

 **Контрольная работа №1 ИД-4ПК-1,ИД-5ПК-1**

1.1.Абсцесс почки. Клиника и лечение

 2.Клиническая картина острого пиелонефрита

 2.1.Кавернит. Клиника и лечение

 2.Лечение первичного острого пиелонефрита

3.1.Паранефрит. Формы, клиника, диагностика и лечение

 2.Современные принципы лечения хронического пиелонефрит

 4.1.Острый пиелонефрит беременных, предраспологающие факторы

 , клиника и лечение

 2. Гонорейный уретрит. Клиника и лечение

 5.1.Методика провокационных тестов, применяемых для выявления

 хронического пиелонефрита

 2. Баланопостит. Клиника и лечение

 6.1. Паранефрит. Формы, клиника, диагностика и лечение

 2. Современные принципы лечения хронического пиелонефрита

 7.1.Пионефроз. Клиника, диагностика и лечение

 2. Лабораторная диагностика пиелонефрита

 8.1. Вирусный уретрит, патогенез, клиника и лечение

 2. дифференциальная диагностика цистита от цисталгии

 9.1.Эпидидимит. Клиника, диф. диагностика и лечение

 2. Лечение вторичного острого пиелонефрита

 10.1.Бактериальный уретрит. Формы, клиника, лечение

 2. Пути проникновения инфекции в почку при пиелонефрите

 **Контрольная работа №2 ИД-4ПК-1,ИД-5ПК-1**

1.1.Камни предстательной железы. Клиника, диагностика и лечение

 2.Бактериемический шок. Патогенез, клиника и лечение

 2. 1.Парацистит. Формы, клиника и лечение

 2. Апостематозный пиелонефрит. Клиника, диагностика и лечение

 3.1.Лечение хронического простатита

 2.Карбункул почки. Клиника, диагностика, и лечение

 4.1.Бактериемический шок, Причины, лечение

 2. Хромоцистостоскопия. Методика и значение

 5.1. Острый простатит. Клиника и диагностика

 2. Дифференциальная диагностика острого пиелонефрита от острого

 Аппендицита, холецистита

 6.1.Орхит. Клиника, диф.диагностика и лечение

 2.Клиника острого простатита

 7.1.Паранефрит. Формы, клиника , диагностика и лечение

 2. Современные принципы лечения хронического пиелонефрита

 8.1.Везикулит. Клиника и лечение

 2. Лечение острого пиелонефрита

9.1Пневморетроперитонеум. Методика и значение

 2.Диффернциальная диагностика пиелонефрита и нефрита

 10.1Диагностика острого пиелонефрита

 2. Острый орхоэпидидимит. Клиника и лечение

 **Собеседование ИД-3ОПК-6,ИД-3ПК-1**

**Модуль 1**. Цистит

1. Этиология, патогенез цистит
2. Классификация цистита
3. Клиника острого и хронического цистита
4. Лечение цистита
5. Простая язва мочевого пузыря
6. Лейкоплакия мочевого пузыря

**Модуль 2.** Уретрит

1. Классификация уретритов
2. Клиника уретритов
3. Виды венерических уретритов
4. Лечение уретритов

**Модуль 3**. простатит

1. Острый простатит. Классификация
2. Клиника острого простатита
3. Лечение острого простатита
4. Хронический простатит
5. Клиника и лечение хронического простатита
6. Камни предстательной железы
7. Везикулит

**Модуль 4.** Эпидидимоорхит

1. Определение и классификация эпидидиоморхита
2. Диагностика эпидидиоморхитов
3. Консервативное и оперативное лечение эпидидиоморхита

**Модуль 5**. Баланопостит, кавернит

1. Диагностика, клиника баланопостита
2. Лечение баланопостита
3. Клиника и диагностика кавернита
4. Консервативное и оперативное лечение

**Рефераты ИД-4ПК-1,ИД-2ПК-2**

1. Острый и хронический цистит
2. Лечение невенерических уретритов
3. Острый и хронический простатит
4. Острый эпидидиоморхит.

**Ситуационные задачи**

**Задача №1** Мужчина, 30 лет, состоит в браке 4 года. Детей нет. В анамнезе травма обоих яичек в возрасте 20 лет, по поводу которой была выполнена органосохраняющая операция (какая точно, пациент не знает) на обоих яичках. При обследовании: оба яичка уменьшены в размерах, плотной консистенции, семявыносящие протоки без особенностей. Предстательная железа без изменений. Спермограмма. В эякуляте сперматозоиды и клетки сперматогенеза не обнаружены. Общий тестостерон в крови – 4 нмоль/л (норма – 12-35 нмоль/л). Ваш диагноз? Диагностическая и лечебная тактика?

**Задача №2** Мужчина, 48 лет, жалуется на значительное ослабление эрекции, что практически делает невозможной половую жизнь. Страдает в течение 3-х лет. Был диагностирован хронический простатит. Лечение оказалось не эффективным. В настоящее время имеется реальная угроза распада семьи. Пациент угнетен, подавлен. При обследовании. Наружные половые органы развиты правильно. Предстательная железа 3х3,5 см, уплотнена. Определяется пульсация тыльных артерий полового члена. При внутрикавернозном введении 35 мг папаверина развилась адекватная эрекция, продолжавшаяся 19 минут. Процедура произвела на больногосильный положительный психологический эффект. Ваш диагноз? Лечебная тактика?

**Задача №3** Мужчина, 30-ти лет, обратился на прием в поликлинику с жалобами на боли в правом яичке, повышение температуры тела до 39ºС. Болен два дня. При осмотре правая половина мошонки увеличена, кожа гиперемирована, отечна. При пальпации органов мошонки определяется увеличенный, резко болезненный придаток правого яичка, правый семенной канатик утолщен, болезненный при пальпации. Ваш диагноз? Лечебная тактика?

**Ответы:**

**Задача №1** Наш диагноз: посттравматическая гипотрофия яичек, гипогонадизм, азооспермия. Учитывая данные анамнеза и результаты объективного и лабораторного исследований, у пациента секреторная форма бесплодия. Лечение: может быть предпринята попытка нормализовать уровень тестостерона в крови.

**Задача №2** Хронический простатит (склероз предстательной железы), эректильная дисфункция. Положительный эффект внутрикавернозного введения папаверина позволяет исключить сосудистый генез импотенции и предложить пациенту применять аутоинъекции каверджекта или папаверина в кавернозные тела перед половым актом или прием силденафила.

**Задача №3** Клиническая картина заболевания и результаты пальпации органов мошонки позволяют выставить диагноз «острый эпидидимит». Больному показаны антибактериальная терапия, постельный режим, дезинтоксикационная терапия. При отсутствии эффекта от лечения в течение суток больного необходимо оперировать.

**Занятие 8. Мочекаменная болезнь ( камни почек)**

**Тестовые задания ИД-3ОПК-6,ИД-3ПК-1**

**1.Больные уролитиазом составляют в урологическом стационаре до**

а) 10%

б) 20%

в) 45%

г) 70%

д) 80%

**2. К этиологическим факторам мочекаменной болезни относятся**

а) нарушение фосфорно-кальциевого обмена

б) нарушение обмена щавелевой кислоты

в) нарушение пуринового обмена

г) мочевая инфекция (пиелонефрит)

д) все перечисленное

**3. При щелочной реакции мочи могут образоваться**

а) мочекислые (уратные) камни

б) цистиновые камни

в) фосфатные камни

г) оксалатные камни

д) щелочная реакция мочи не влияет на характер камней

**4. Развитию оксалатурии способствует все, кроме**

а) дефицита в организме витамина В6

б) дефицита в организме витамина D2

в) пищи, содержащей избыток лимонной кислоты

г) хронических колитов

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

**5. Гиперкальпемия и гиперкальциурия способствуют образованию**

а) цистиновых камней

б) мочекислых (уратных) камней

в) оксалатных камней

г) фосфатных камней

д) правильно в) и г)

**6. Нарушение реабсорбции в канальцах почек продуктов обмена могут приводить к**

**образованию**

а) цистиновых мочевых солей

б) оксалатных мочевых солей

в) уратных (мочекислых) мочевых солей

г) фосфатных мочевых солей

д) любых из перечисленных

**7. Пиелонефрит способствует**

г) нарушению лимфооттока из почки

б) нарушению уродинамики

в) повышению вязкости мочи

Г) нарушению стабильности рН мочи

д) всему перечисленному

**8. Образованию почечных камней способствуют следующие анатомо-морфологические изменения в почках**

а) хронический гломерулонефрит

б) внутрипочечная лоханка и нарушение лимфооттока из почки

в) венозное полнокровие

г) внепочечная лоханка

д) ренальная артериальная гипертензия

**9. К факторам, не влияющим на образование н рост мочевых камней, относятся**

а) высокая концентрация натрия и креатинина в крови

б) уростаз

в) высокая вязкость мочи

г) отсутствие или низкий уровень защитных коллоидов в моче

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

**10. Для кристаллизации щавелевокислых (оксалатных) камней оптимальной рН мочи является**

а) 3.5

б) 5.5

в) 6.9

г) 7.5

д) 8.8

**Вариант 2**

**1. Для кристаллизации мочекислых (уратных) мочевых камней оптимальной рН мочи является**

а) 3.5

б) 5.5

в) 7.0
 54

г) 7.5

д) 8.5

**2. Для кристаллизации фосфорнокислых (фосфатных) камней оптимальной рН мочи является**

а) 4.0

б) 5.7

в) 7.1

г) 8.8

д) 8.9

**3. Не влияют на образование мочевых камней следующие местные изменения в мочевых путях**

а) шовный материал (шелк, лавсан, даксон)

б) перегиб, стриктура мочеточника, уростаз

в) инородное тело (дренажная трубка, металлическая скобка и др.)

г) гипертонус мочеточника, лоханки, чашечек

д) гипотония мочеточника, лоханки, чашечек

**4. К факторам риска камнеобразования не относятся**

а) уратурия, оксалатурия

б) высокое содержание мочевины и креатинина в крови

в) высокое содержание в крови и в моче кальция, мочевой и щавелевой кислоты

г) лейкоцигурия, эритроцитурия, слизь в моче

д) фосфатурия

**5. К рентгеноконтрастным типам камней относятся все перечисленные, кроме**

а) оксалатов

б) фосфатов

в) смешанных

г) уратов

д) уратов и оксалатов

**6. К рентгенонегативным типам камней относятся**

а) фосфаты

б) фосфаты и ураты

в) ураты и оксалаты

г) ураты (мочекислые)

д) ураты + оксалаты + фосфаты

**7. Пиелонефрит при мочекаменной болезни выявляют приблизительно**

а) в 10% случаев

б) в 30% случаев

в) в 50% случаев

г) в 80% случаев

д) в 98% случаев

**8. Пиелонефрит предшествует развитию мочекаменной болезни, то есть является**

**первичным приблизительно**

а) в 10% случаев

б) в 30% случаев

в) в 50% случаев

г) в 80% случаев

д) в 90% случаев

**9. Пиелонефрит присоединяется после образования камней в почках (вторично)**

а) в 10% случаев

б) в 20% случаев

в) в 50% случаев

г) в 80% случаев

д) в 90% случаев

**10. Выберите оптимальный вариант последовательности действий в диагностике**

**предполагаемой мочекаменной болезни:**

1) ультразвуковое сканирование почек

2) клинический анализ крови и мочи

3)экскреторная урография

4) ядерно-магнитный резонанс

5) радиоизотопная сцинтинефрография

6) почечная венография

а) 1, б, 5, 3, 4, 2

б) 2, 1, 3

в) 3, 4, 1, 6, 2, 5

г) 5, 4, 3, 2, 1, 6

д) 6, 1, 5, 4, 2, 3

**Вариант 3**

**1. В выборе метода оперативного лечения почечная артериография целесообразна**

а) при камне чашечки почки

б) при коралловидном камне почки 3 степени

в) при камне лоханки почки

г) при губчатой почке и множественных камнях

д) ни в одном случае

**2. Компьютерная рентгеновская томография целесообразна**

а) при коралловидном камне почки

б) при камнях обеих почек (чашечки, лоханка)

в) при уратном камне лоханки почки

г) во всех случаях

д) ни в одном случае

**3. Ретроградная уретеропиелография целесообразна**

а) при камне (оксалате) лоханки почки или мочеточника

б) при камне (урате) мочеточника, лоханки или чашечки

в) при камне (фосфате) чашечки, лоханки, почки или мочеточника

г) во всех случаях

д) ни в одном случае

**4. Радиоизотопная ренография целесообразна**

а) при коралловидном камне почки

б) при камнях обеих почек

в) при камне мочеточника или обоих мочеточников

г) во всех случаях

д) ни в одном случае

**5. Ультразвуковое сканирование почек целесообразно**

а) при камне (урате) чашечки почки (подозрении)

б) при коралловидном камне почки

в) при камне мочеточника

г) ни в одном случае

д) во всех случаях

**6. Обзорная и экскреторная урография целесообразны**

а) при камнях лоханок обеих почек

б) при коралловидном камне почки (обеих почек)

в) при камне (урате) мочеточника

г) во всех случаях

д) только а) и б)

**7. Анализ мочи по Нечипоренко целесообразен**

а) при хроническом калькулезном пиелонефрите, в активной фазе

б) при коралловидных камнях почек и пиурии

в) при остром гнойном пиелонефрите

г) во всех случаях

д) ни в одном случае

**8. Посев мочи на микрофлору целесообразен**

а) при остром гнойном пиелонефрите и камне мочеточника

б) при остром серозном пиелонефрите и камне почки

в) при хроническом пнелонефрите в стадии активного воспаления

Г) во всех случаях

д) ни в одном случае

**9. Проба по Зимницкому целесообразна**

а) при камне чашечки почки

б) при камне лоханки почки, нарушающем уродинамику

в) при коралловидных камнях почек

Г) при камне лоханки почки без нарушения уродинамнки

д) при камне мочеточника, нарушающем уродинамику

**10. Динамическая нефросцинтиграфия наиболее целесообразна**

а) при коралловидном камне почки

б) при камне лоханки почки размером 5хб мм

в) при камне мочеточника

г) при камнях обоих мочеточников

д) при отошедшем камне мочеточника.

**Правильные ответы на тестовые задания к зачету**

**1 б 2 д 3 в 4 б 5 д 6 д 7 д 8 б 9 а 10 б; 2вариант 1 б 2 в 3 г 4 б 5 г 6 г 7 г 8**

**б 9 в 10 в ; 3 вариант 1 б 2 д 3 б 4 г 5 д 6 г 7 д 8 г 9 в 10 а.**

**Контрольная работа 1 ИД-3ОПК-5,ИД-5ПК-1**

1.1Распространенность МКБ

 2.Новокаиновые блокады при почечной колике

2.1.Экзогенные факторы камнеобразования

 2.Оперативное лечение камней мочеточников

 3.1Общие и местные эндогенные факторы камнеобразования

 2.Лечение камней мочевого пузыря

4.1Классификация мочекаменной болезни по локализации и форме

 2.Компьюторная томографии в диагностике МКБ

5.1.Дифференциальная диагностика почечной колики от острого аппендицита

 2.Камни мочеиспускательного канала. Диагностика и лечение

6.1.Перечислить врожденные патологические изменения в почках и мочевых путях, способствующие камнеобразованию

 2.Эндоскопические методы лечения камней мочеточника

7.1Теории камнеобразования

 2.Оперативное лечение камней почек

8.1Сиптоматика и клиника мочекаменной болезни

 2.Тактика уролога при двусторонних камнях почек

9.1УЗИ в диагностике мочекаменной болезни

 2.Дифференциальная диагностика почечной колики от кишечной непроходимости

10.1.Диета при уратных и оксалатных камнях

 2.На каких принципах работают аппараты ДЛТ в урологии

11.1.Первичный и вторичный гиперпаратиреиодизм

 2.Первая помощь при почечной колике

12.1Характеристика уратурии

 2.Осложнения нефроуретеролитиаза

13.1.Синдром де Тони-Дебре-Фанкони

 2.Обзорная и в/в урография в диагностике МКБ

14.1Классификация конкрементов

 2.Тактика уролога при камнях единственной почки

**Контрольная работа №2 ИД-3ОПК-6,ИД-3ПК-1**

1.1Энзогенные факторы камнеобразования

 2.ДЛТ камней почек

2.1.Экзогенные факторы камнеобразования

 2.Дробление камней мочевого пузыря

2.1Характеристика оксалурии

 2.Медикаментозное лечение камней мочеточника

3.1.Дифференциальная диагностика почечной колики от прободной язвы желудка или

 двенадцатиперсной кишки

 2.Ультразвуковая диагностика камней почек

4.1Дифференциальная диагностика почечной колики от внематочной беременности

 2.Контактное дробление камней мочеточника

 5.1Профилактика и метафилактика мочекаменной болезни

 2.Санаторно-курортное лечение мочекаменной болезни. Показания

6.1.Радиоизотопные и лабораторные методы исследования при мочекаменной болезни

 2.Осложнения дистанционной литотрипсии

 7.1Дифференциальная диагностика камней почек и мочеточников от желчных камней, флеболитов, петрификатов

 2.Инструментальное удаление камней из мочеточников

8.1.Характеристика галактоземии и фруктоземии

 2.Открытое хирургическое удаление камней почек

9.1.Генерализованная аминоацидурия, ее характеристика

 2.Перкутонное удаление камней почек

10.1.Дифференциальная диагностика почечной колики от острого панкреатита

 2.Коралловидный нефролитиаз

11.1.Возможен ли литолиз мочевых камней (каких и какими препаратами)

 2.Имеют ли значение для ДЛТ,физико-химические свойства мочевых камней

12.1.Клиника и диагностика камней мочевого пузыря

 2.Первая помощь при почечной колике

13.1.Каузальный генез мочекаменной болезни

 2.Показания ДЛТ камней почек и мочеточников

**Собеседование ИД-3ОПК-5,ИД-3ПК-1**

**Модуль 1. Этиология и патогенез**

1. Распространенность МКБ
2. Классификация мочекаменной болезни по локализации и форме
3. Формальный генез МКБ
4. Каузальный генез МКБ

**Модуль 2. Клиника, диагностика и дифференциальная МКБ**

1. Симптоматика МКБ
2. Ультразвуковая, рентгенологическая, компьюторная, магнитно-резонансная диагностика МКБ
3. Диф.диагностика МКБ от острых хирургических и гинекологических заболеваний

**Модуль 3. Лечение мочекаменной болезни**

1. Первая помощь при почечной колике
2. Медикаментозное и консервативное лечение МКБ
3. Дистанционная литотрипсия камней почек и мочеточников
4. Контактная литотрипсия камней почек и мочеточников
5. Открытые операции на почках и мочеточниках по поводу МКБ

**Модуль 4. Камни мочевого пузыря и мочеиспускательного канала**

1. Этиология и патогенез камней мочевого пузыря
2. Клиника, диагностика камней мочевого пузыря
3. Дробление и оперативное лечение камней мочевого пузыря
4. Клиника и диагностика камней уретри
5. Лечение камней мочеиспускательного канала

 **Рефераты ИД-3ОПК-5,ИД-3ПК-1**

1. Компьюторная и магнитно-резонансная томография в диагностике мочекаменной болезни
2. Дистанционная литотрипсия камней почек и мочеточников
3. Контактные методы дробление камней почек и мочеточников
4. Открытые операции на почках, мочеточниках и мочевом пузыре при МКБ.

**Ситуационные задачи**

**Задача №1.** Больной 65 лет жалуется на позывы к мочеиспусканию при ходьбе и тряской езде. Иногда происходит прерывание струи мочи при мочеиспускании.

-ваш предположительный диагноз?

-какие исследования предлагаете провести для уточнения диагноза?

-какую терапию предлагаете?

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

-ваш предположительный диагноз?

-какие исследования предлагаете провести для уточнения диагноза?

-какую терапию предлагаете?

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

-ваш предположительный диагноз?

-какие исследования предлагаете провести для уточнения диагноза?

-какую терапию предлагаете?

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

-какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

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

-ваш предположительный диагноз?

-какие исследования необходимы, чтобы определить характер тени?

**Ответы:**

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

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

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

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

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

**Занятие 9. Мочекаменная болезнь ( камни мочеточников и мочевого пузыря)**

 **Тесты: ИД-3ОПК-5,ИД-3ПК-1**

**Вариант 1**

**1. В выборе метода оперативного лечения почечная артериография целесообразна**

а) при камне чашечки почки

б) при коралловидном камне почки 3 степени

в) при камне лоханки почки

г) при губчатой почке и множественных камнях

д) ни в одном случае

**2. Компьютерная рентгеновская томография целесообразна**

а) при коралловидном камне почки

б) при камнях обеих почек (чашечки, лоханка)

в) при уратном камне лоханки почки

г) во всех случаях

д) ни в одном случае

**3. Ретроградная уретеропиелография целесообразна**

а) при камне (оксалате) лоханки почки или мочеточника

б) при камне (урате) мочеточника, лоханки или чашечки

в) при камне (фосфате) чашечки, лоханки, почки или мочеточника

г) во всех случаях

д) ни в одном случае

**4. Радиоизотопная ренография целесообразна**

а) при коралловидном камне почки

б) при камнях обеих почек

в) при камне мочеточника или обоих мочеточников

г) во всех случаях

д) ни в одном случае

**5. Ультразвуковое сканирование почек целесообразно**

а) при камне (урате) чашечки почки (подозрении)

б) при коралловидном камне почки

в) при камне мочеточника

г) ни в одном случае

д) во всех случаях

**6. Обзорная и экскреторная урография целесообразны**

а) при камнях лоханок обеих почек

б) при коралловидном камне почки (обеих почек)

в) при камне (урате) мочеточника

г) во всех случаях

д) только а) и б)

**7. Анализ мочи по Нечипоренко целесообразен**

а) при хроническом калькулезном пиелонефрите, в активной фазе

б) при коралловидных камнях почек и пиурии

в) при остром гнойном пиелонефрите

г) во всех случаях

д) ни в одном случае

**8. Посев мочи на микрофлору целесообразен**

а) при остром гнойном пиелонефрите и камне мочеточника

б) при остром серозном пиелонефрите и камне почки

в) при хроническом пнелонефрите в стадии активного воспаления

Г) во всех случаях

д) ни в одном случае

**9. Проба по Зимницкому целесообразна**

а) при камне чашечки почки

б) при камне лоханки почки, нарушающем уродинамику

в) при коралловидных камнях почек

Г) при камне лоханки почки без нарушения уродинамнки

д) при камне мочеточника, нарушающем уродинамику

**10. Динамическая нефросцинтиграфия наиболее целесообразна**

а) при коралловидном камне почки

б) при камне лоханки почки размером 5хб мм

в) при камне мочеточника

г) при камнях обоих мочеточников

д) при отошедшем камне мочеточника.

**Вариант 2**

**1.Больные уролитиазом составляют в урологическом стационаре до**

а) 10%

б) 20%

в) 45%

г) 70%

д) 80%

**2. К этиологическим факторам мочекаменной болезни относятся**

а) нарушение фосфорно-кальциевого обмена

б) нарушение обмена щавелевой кислоты

в) нарушение пуринового обмена

г) мочевая инфекция (пиелонефрит)

д) все перечисленное

**3. При щелочной реакции мочи могут образоваться**

а) мочекислые (уратные) камни

б) цистиновые камни

в) фосфатные камни

г) оксалатные камни

д) щелочная реакция мочи не влияет на характер камней

**4. Развитию оксалатурии способствует все, кроме**

а) дефицита в организме витамина В6

б) дефицита в организме витамина D2

в) пищи, содержащей избыток лимонной кислоты

г) хронических колитов

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

**5. Гиперкальпемия и гиперкальциурия способствуют образованию**

а) цистиновых камней

б) мочекислых (уратных) камней

в) оксалатных камней

г) фосфатных камней

д) правильно в) и г)

**6. Нарушение реабсорбции в канальцах почек продуктов обмена могут приводить к**

**образованию**

а) цистиновых мочевых солей

б) оксалатных мочевых солей

в) уратных (мочекислых) мочевых солей

г) фосфатных мочевых солей

д) любых из перечисленных

**7. Пиелонефрит способствует**

г) нарушению лимфооттока из почки

б) нарушению уродинамики

в) повышению вязкости мочи

Г) нарушению стабильности рН мочи

д) всему перечисленному

**8. Образованию почечных камней способствуют следующие анатомо-морфологические изменения в почках**

а) хронический гломерулонефрит

б) внутрипочечная лоханка и нарушение лимфооттока из почки

в) венозное полнокровие

г) внепочечная лоханка

д) ренальная артериальная гипертензия

**9. К факторам, не влияющим на образование н рост мочевых камней, относятся**

а) высокая концентрация натрия и креатинина в крови

б) уростаз

в) высокая вязкость мочи

г) отсутствие или низкий уровень защитных коллоидов в моче

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

**10. Для кристаллизации щавелевокислых (оксалатных) камней оптимальной рН мочи является**

а) 3.5

б) 5.5

в) 6.9

г) 7.5

**Вариант 3**

**1. Для кристаллизации мочекислых (уратных) мочевых камней оптимальной рН мочи является**

а) 3.5

б) 5.5

в) 7.0
 54

г) 7.5

д) 8.5

**2. Для кристаллизации фосфорнокислых (фосфатных) камней оптимальной рН мочи является**

а) 4.0

б) 5.7

в) 7.1

г) 8.8

д) 8.9

**3. Не влияют на образование мочевых камней следующие местные изменения в мочевых путях**

а) шовный материал (шелк, лавсан, даксон)

б) перегиб, стриктура мочеточника, уростаз

в) инородное тело (дренажная трубка, металлическая скобка и др.)

г) гипертонус мочеточника, лоханки, чашечек

д) гипотония мочеточника, лоханки, чашечек

**4. К факторам риска камнеобразования не относятся**

а) уратурия, оксалатурия

б) высокое содержание мочевины и креатинина в крови

в) высокое содержание в крови и в моче кальция, мочевой и щавелевой кислоты

г) лейкоцигурия, эритроцитурия, слизь в моче

д) фосфатурия

**5. К рентгеноконтрастным типам камней относятся все перечисленные, кроме**

а) оксалатов

б) фосфатов

в) смешанных

г) уратов

д) уратов и оксалатов

**6. К рентгенонегативным типам камней относятся**

а) фосфаты

б) фосфаты и ураты

в) ураты и оксалаты

г) ураты (мочекислые)

д) ураты + оксалаты + фосфаты

**7. Пиелонефрит при мочекаменной болезни выявляют приблизительно**

а) в 10% случаев

б) в 30% случаев

в) в 50% случаев

г) в 80% случаев

д) в 98% случаев

**8. Пиелонефрит предшествует развитию мочекаменной болезни, то есть является**

**первичным приблизительно**

а) в 10% случаев

б) в 30% случаев

в) в 50% случаев

г) в 80% случаев

д) в 90% случаев

**9. Пиелонефрит присоединяется после образования камней в почках (вторично)**

а) в 10% случаев

б) в 20% случаев

в) в 50% случаев

г) в 80% случаев

д) в 90% случаев

**10. Выберите оптимальный вариант последовательности действий в диагностике**

**предполагаемой мочекаменной болезни:**

1) ультразвуковое сканирование почек

2) клинический анализ крови и мочи

3)экскреторная урография

4) ядерно-магнитный резонанс

5) радиоизотопная сцинтинефрография

6) почечная венография

а) 1, б, 5, 3, 4, 2

б) 2, 1, 3

в) 3, 4, 1, 6, 2, 5

г) 5, 4, 3, 2, 1, 6

д) 6, 1, 5, 4, 2, 3

**Контрольная работа №1 ИД-3ОПК-6,ИД-3ПК-1**

1.1Энзогенные факторы камнеобразования

 2.ДЛТ камней почек

2.1.Экзогенные факторы камнеобразования

 2.Дробление камней мочевого пузыря

2.1Характеристика оксалурии

 2.Медикаментозное лечение камней мочеточника

3.1.Дифференциальная диагностика почечной колики от прободной язвы желудка или

 двенадцатиперсной кишки

 2.Ультразвуковая диагностика камней почек

4.1Дифференциальная диагностика почечной колики от внематочной беременности

 2.Контактное дробление камней мочеточника

 5.1Профилактика и метафилактика мочекаменной болезни

 2.Санаторно-курортное лечение мочекаменной болезни. Показания

6.1.Радиоизотопные и лабораторные методы исследования при мочекаменной болезни

 2.Осложнения дистанционной литотрипсии

 7.1Дифференциальная диагностика камней почек и мочеточников от желчных камней, флеболитов, петрификатов

 2.Инструментальное удаление камней из мочеточников

8.1.Характеристика галактоземии и фруктоземии

 2.Открытое хирургическое удаление камней почек

9.1.Генерализованная аминоацидурия, ее характеристика

 2.Перкутонное удаление камней почек

10.1.Дифференциальная диагностика почечной колики от острого панкреатита

 2.Коралловидный нефролитиаз

11.1.Возможен ли литолиз мочевых камней (каких и какими препаратами)

 2.Имеют ли значение для ДЛТ,физико-химические свойства мочевых камней

12.1.Клиника и диагностика камней мочевого пузыря

 2.Первая помощь при почечной колике

13.1.Каузальный генез мочекаменной болезни

 2.Показания ДЛТ камней почек и мочеточников

**Контрольная работа 2 ИД-3ОПК-5,ИД-5ПК-1**

1.1Распространенность МКБ

 2.Новокаиновые блокады при почечной колике

2.1.Экзогенные факторы камнеобразования

 2.Оперативное лечение камней мочеточников

 3.1Общие и местные эндогенные факторы камнеобразования

 2.Лечение камней мочевого пузыря

4.1Классификация мочекаменной болезни по локализации и форме

 2.Компьюторная томографии в диагностике МКБ

5.1.Дифференциальная диагностика почечной колики от острого аппендицита

 2.Камни мочеиспускательного канала. Диагностика и лечение

6.1.Перечислить врожденные патологические изменения в почках и мочевых путях, способствующие камнеобразованию

 2.Эндоскопические методы лечения камней мочеточника

7.1Теории камнеобразования

 2.Оперативное лечение камней почек

8.1Сиптоматика и клиника мочекаменной болезни

 2.Тактика уролога при двусторонних камнях почек

9.1УЗИ в диагностике мочекаменной болезни

 2.Дифференциальная диагностика почечной колики от кишечной непроходимости

10.1.Диета при уратных и оксалатных камнях

 2.На каких принципах работают аппараты ДЛТ в урологии

11.1.Первичный и вторичный гиперпаратиреиодизм

 2.Первая помощь при почечной колике

12.1Характеристика уратурии

 2.Осложнения нефроуретеролитиаза

13.1.Синдром де Тони-Дебре-Фанкони

 2.Обзорная и в/в урография в диагностике МКБ

14.1Классификация конкрементов

 2.Тактика уролога при камнях единственной почки

**Собеседование ИД-3ОПК-5,ИД-3ПК-1**

**Модуль 1. Этиология и патогенез**

1. Распространенность МКБ
2. Классификация мочекаменной болезни по локализации и форме
3. Формальный генез МКБ
4. Каузальный генез МКБ

**Модуль 2. Клиника, диагностика и дифференциальная МКБ**

1. Симптоматика МКБ
2. Ультразвуковая, рентгенологическая, компьюторная, магнитно-резонансная диагностика МКБ
3. Диф.диагностика МКБ от острых хирургических и гинекологических заболеваний

**Модуль 3. Лечение мочекаменной болезни**

1. Первая помощь при почечной колике
2. Медикаментозное и консервативное лечение МКБ
3. Дистанционная литотрипсия камней почек и мочеточников
4. Контактная литотрипсия камней почек и мочеточников
5. Открытые операции на почках и мочеточниках по поводу МКБ

**Модуль 4. Камни мочевого пузыря и мочеиспускательного канала**

1. Этиология и патогенез камней мочевого пузыря
2. Клиника, диагностика камней мочевого пузыря
3. Дробление и оперативное лечение камней мочевого пузыря
4. Клиника и диагностика камней уретри
5. Лечение камней мочеиспускательного канала

 **Рефераты ИД-3ОПК-5,ИД-3ПК-1**

1. Компьюторная и магнитно-резонансная томография в диагностике мочекаменной болезни
2. Дистанционная литотрипсия камней почек и мочеточников
3. Контактные методы дробление камней почек и мочеточников
4. Открытые операции на почках, мочеточниках и мочевом пузыре при МКБ.

**Ситуационные задачи ИД-3ОПК-6,ИД-3ПК-1**

**Задача №1.** Больной 65 лет жалуется на позывы к мочеиспусканию при ходьбе и тряской езде. Иногда происходит прерывание струи мочи при мочеиспускании.

-ваш предположительный диагноз?

-какие исследования предлагаете провести для уточнения диагноза?

-какую терапию предлагаете?

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

-ваш предположительный диагноз?

-какие исследования предлагаете провести для уточнения диагноза?

-какую терапию предлагаете?

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

-ваш предположительный диагноз?

-какие исследования предлагаете провести для уточнения диагноза?

-какую терапию предлагаете?

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

-какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

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

-ваш предположительный диагноз?

-какие исследования необходимы, чтобы определить характер тени?

**Ответы:**

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

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

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

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

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

**Занятие 10. Опухоли мочеполовой системы.**

**Тестовые задания:Вариант 1 ИД-3ОПК-5,ИД-3ПК-1**

**1. К доброкачественным опухолям почечной паренхимы эпителиального происхождения относится**

а) фиброма

б) миксома

в) аденома

г) лейомиома

д) ангиома

**2. Правильное название злокачественной опухоли почечной паренхимы эпителиального происхождения**

а) аденома почки

б) гипернефрома

в) гипернефроидный рак

г) рак почки

д) мелкоклеточный рак

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

а) температура

б) гематурия

в) пальпируемая опухоль

г) нефункпионирующая почка

д) случайно выявлена на УЗИ

**4. Опухоли почечной паренхимы встречаются**

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

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

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

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

д) частота заболеваний одинакова

**5. Наиболее распространенной классификацией опухолей почечной паренхимы является классификация**

а) СП.Федорова (1923)

б) Н.А. Лопаткина и сотр. (1972)

в) TNM Международного противоракового союза (1993)

г) С. Петковича (1956)

д) Флокса и Кадецкого (1959)

**6. Наибольшее значение в возникновении опухолей почек придается**

а) порокам развития почек и мочевых путей

б) хроническому воспалительному процессу в почечной паренхиме

в) гормональному дисбалансу

г) травме почки

д) гломерулонефриту

**7. При раке почки чаще поражены**

а) верхний сегмент

б) нижний сегмент

в) центральный сегмент

г) все сегменты одинаково часто

д) частота не установлена

**8. Среди опухолей почек наиболее часто выявляются**

а) эпителиальные

б) соединительнотканные

в) имеющие строение ткани надпочечника

г) гемангиомы

д) гемартомы

**9. При раке почки метастазы чаше всего наблюдаются**

а) в печени

б) в легких

в) в контралатеральной почке

г) в головном мозгу

д) в надпочечнике

**10. Лимфогенные метастазы чаще всего встречаются**

а) в средостении

б) в парааортальных и паракавальных лимфоузлах

в) в подвздошных лимфоузлах

г) в шейных лимфоузлах

д) в надключичных лимфоузлах

**Вариант 2**

**1. Опухолевые тромбы при раке почки чаще всего наблюдаются**

а) в почечной артерии

б) в почечной и нижней полой вене

в) в яичковой вене

г) в паравертебральных венах

д) в тазовых венах

**2. При раке почки отсутствует**

а) полицитемия

б) артериальная гипертензия

в) гиперпирексия

г) анемия

д) эозинофилия

**3. Чаще всего первым проявлением опухоли паренхимы почки является**

а) боль в пояснице

б) прощупываемая увеличенная почка

в) гематурия

г) анемия

д) субфебрильная температура

**4. При опухолях почки гематурия чаще наблюдается**

а) инициальная (начальная)

б) тотальная

в) терминальная (конечная)

г) микрогематурия

д) гемоглобинурия

**5. Гематурия при опухоли паренхимы почки наблюдается**

а) у 20% больных

б) у 40% больных

в) 60% больных

г) у 90% больных

д) у 100% больных

**6. По современной классификации опухолей почек к стадии ТЗа относятся**

а) большая опухоль, деформирующая почку

б) опухоль в центральном сегменте почки размером 2x2 см

в) опухоль, инфильтрирующая околопочечную клетчатку

г) большая опухоль, деформирующая чашечки и лоханку

д) небольшая опухоль с поражением регионарных лимфоузлов

**7. Гиперпирексия у больных раком почки наблюдается примерно**

а) у 10-20% больных

б) у 30% больных

в) у 50% больных

г) у 80% больных

д) у всех больных

**8. Анемия у больных раком наблюдается примерно**

а) у 10% больных

б) у 20% больных

в) у 40% больных

г) у 60% больных

д) у всех больных

**9. Похудание у больных раком почки наблюдается примерно**

а) у 15-20% больных

б) у 20% больных

в) у 30% больных

г) у 50% больных

д) у всех больных

**10. Полицитемия у больных опухолью почки наблюдается приблизительно**

а) у 2-3% больных

б) у 8-10% больных

в) у 20-30% больных

г) у 40-50% больных

д) у 50-60% больных.

**Вариант 3**

**1. Цистоскопия в диагностике опухоли паренхимы почки помогает установить**

а) сторону поражения

б) функцию пораженной почки

в) функцию здоровой почки

г) строение опухоли

д) наличие метастаза

**2. При подозрении на опухоль почки обследование больного целесообразно начинать**

а) с аортографии

б) с экскреторной урографии

в) с радиоизотопной ренографии

г) с ультрасонографии

д) с ретроградной уретеропиелографии

**3. Ретроградная уретеропиелография в диагностике опухоли почек является**

а) общепринятой

б) опасной

в) надежной

г) безопасной

д) ненадежной

**4. На аортограммах при раке почки отсутствуют**

а) малососудистые зоны в почечной паренхиме

б) лакуны и озерца в отдельных частях почки

в) широкая почечная артерия

г) отклонение и деформация внутриорганных сосудов

д) истончение магистральных сосудов почки

**5. При удалении почки по поводу рака недопустима в первую очередь перевязка**

а) почечной артерии

б) почечной вены

в) всей почечной ножки

г) надпочечниковой артерии

д) яичковой вены

**6. При локализации злокачественной опухоли в одном из полюсов единственной почки следует предпринять**

а) нефрэктомию

б) резекцию почки

в) наблюдение за больным

г) иссечение опухоли

д) эмболизацию сегментарной артерии

**7. Если нет возможности остановить гематурию консервативным путем при неоперабельном раке почки, то следует**

а) продолжить консервативное и симптоматическое лечение

б) производить частые переливания свежей крови

в) произвести эмболизацию почечной артерии

г) произвести нефрэктомию

д) наложить нефростому

**8. После радикальных операций по поводу опухоли паренхимы почки в стадии Т1 3 года живут**

а) более половины больных

б) 45% больных

в) 40% больных

г) 30% больных

д) 20% больных

**9. Длительная выживаемость (10 и более лет) после нефрэктомии при злокачественной опухоли почки**

а) является критерием полного выздоровления, если нет метастазов

б) не является критерием полного выздоровления

в) не является критерием при выявленных метастазах

г) возможна только у молодых больных

д) возможна у пожилых больных

**10. Наиболее частой опухолью почек у детей в возрасте от б месяцев до 5 лет является**

а) светлоклеточный рак

б) тератома

в) опухоль Вильмса

г) плоскоклеточный рак

д) саркома

**Правильные ответы на тестовые задания :**

**1 в 2 г 3 д 4 б 5 в 6 в 7 г 8 а 9 б 10 б ; Вариант 2 1 б 2 д 3 в 4 б 5 в 6 в 7 а 8 б 9 а 10 а ; Вариант 3 - 1 а 2 г 3 б 4 д 5 б 6 б 7 в 8 а 9 б 10 в.**

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

 **Опухоли мочеполовой системы ИД-3ОПК-5,ИД-3ПК-1**

 **Контрольная работа 1**

1-Классификация опухолей почки

2-Семиотика яичка. Диагностика. Лечение.

3-Роль ультразвукового исследования в диагностике опухолей мочеполовой системы.

4-Клиника опухолей почки.

5-Классификация опухолей мочевого пузыря по системе TNM

6-Роль полового члена. Клиника , диагностика , лечение.

7-Опухоли лоханки и мочеточника. Диагностика.

8-Рак почки. Диагностика

9-Лечение инвазивного рака мочевого пузыря.

10-Лапароскопическая и роботическая нефрэктомия при раке почки.

11-Этиология и патогенез опухоли мочевого пузыря.

12-Оперативное лечение опухоли Вильмса.

  **Контрольная работа 2**

1-Из каких тканей возникает почечно-клеточный рак , опухоли лоханки и мочеточника.

2-Этиология опухолей почки.

3-Пути метастазирования опухоли почки.

4-Клиническая картина опухоли почки.

5-Диагностика опухолей почки.

6-Дифф. Диагностика опухоли почки с кистой почки , гнойники пиелонефритом, гидронефрозе.

7-Оперативное лечение опухоли почки.

8-Консервативное лечение опухоли почки

9-Опухоль Вильмса. Частота у детей, этиология.

10-Симптомы опухоли Вильмса.

11-Диагностика опухоли Вильмса.

12-Дифф. Диагностика опухоли Вильмса от спленомегалии , поликистоз почки, гидронефроз.

13-Оперативное лечение опухоли Вильмса.

14-Лучевое и медикаментозное лечение опухоли Вильмса.

15-Этиология опухоли эпителия почечной лоханки и мочеточника.

16-Клиника опухоли лоханки и мочеточника.

17-Диагностика опухоли лоханки и мочеточника.

18-Дифф. Диагностика опухоли лоханки от рентгенонегативного камня лоханки.

19-Оперативное лечение опухоли лоханки и мочеточника.

 **Опухоли мочеполовой системы ИД-3ОПК-5,ИД-3ПК-1**

**Модуль 1. Опухоли почки.**

1-Этиология и патогенез.

2-Клиника и диагностика.

3-Классификация опухолей почки по системе TNM.

4-Лечение опухоли почки.

**Модуль 2. Опухоли лоханки и мочеточника.**

1-Этиология и патогенез.

2-Клиника и диагностика.

3-Классификация по системе TNM.

4-Лечение опухолей лоханки и мочеточника.

**Модуль 3. Опухоли мочевого пузыря.**

1-Этиология и патогенез.

2-Клиника и диагностика

3-Классификация по системе TNM.

4-Консервативное и оперативное лечение.

**Модуль 4. Опухоли яичка.**

1-Этиология и патогенез.

2-Клиника и диагностика

3-Оперативное лечение

 **Рефераты ИД-3ОПК-6,ИД-4ПК-1**

1-Современные средства диагностики опухолей почки, почечной лоханки и мочеточника.

2-Роботическая хирургия опухолей почки.

3-Эндоскопические методы диагностики и лечение опухоли мочевого пузыря.

4-Цистэктомия – радикальный метод лечения опухоли мочевого пузыря.

5-Диагностика и оперативное лечение семиномы яичка.

**Ситуационные задачи по теме опухоли мочеполовой системы**

**Задача №1.** У больного 60 лет безболевая макрогематурия с червеобразными сгустками крови. При цистоскопии слизистая мочевого пузыря нормальная, из устья левого мочеточника обнаружено выделение крови. На обзорной рентгенограмме мочевых путей контуры почек не определяются, теней подозрительных на конкременты в проекции мочевых путей нет. На экскреторных урограммах патологических изменений в проекции чашечнолоханочной системы не выявлено. Пассаж контрастного вещества по мочеточникам не нарушен. О каком заболевании в первую очередь следует думать, и какие рентгенологические исследования следует произвести для установления диагноза?

**Задача №2.** Больной 55 лет поступил в урологическую клинику с жалобами на учащенное болезненное мочеиспускание, выделение крови с мочой. Болен в течение 4-х месяцев. Живот мягкий безболезненный. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Предстательная железа не увеличена с гладкой поверхностью, безболезненная. На обзорном снимке мочевой системы теней подозрительных на конкременты нет. За время пребывания в клинике у больного появилась тотальная безболевая макрогематурия с бесформенными сгустками крови, в связи с чем была произведена срочная цистоскопия. На левой боковой стенке мочевого пузыря обнаружена грубоворсинчатая опухоль в три поля зрения цистоскопа, на широком основании, не отбрасывающая тень. Правое устье мочеточника расположено в типичном месте, щелевидной формы. Левое устье мочеточника не определяется. Какие рентгенологические методы исследования надо выполнить для выбора характера и объема оперативного лечения?

**Задача №3.** Больной, 55 лет, обратился к урологу с жалобами на тотальную макрогематурию, отхождение сгустков червеобразной формы. При цистоскопии в мочевом пузыре изменений не обнаружено. На обзорной рентгенограмме отмечено увеличение размеров левой почки и изменение ее формы. Как уточнить характер заболевания и локализацию патологического процесса?

**Задача №4.** У больного, 50 лет, в течение 2 мес. периодически появлялась тотальная макрогематурия со сгустками неправильной формы. При цистоскопии в области правой стенки и шейки мочевого пузыря определяются опухолевые образования на широком основании с короткими ворсинками. Какое дополнительное обследование необходимо для установления лечебной тактики?

**Задача №5.** Больной 40 лет поступил в клинику по поводу уретрорагии. Из анамнеза известно, что час назад упал на стройке, ударился промежностью о доску. Какой ваш предварительный диагноз и диагностическая тактика?

**Задача №6.** Больной 59 лет обратился в клинику нервных болезней в связи с пояснично-крестцовым радикулитом. Болен в течение года, периодические обострения. Лечение, в том числе синусоидальными токами, неэффективно. При обследовании по системам органов без особенности. Дизурии нет. Наружные половые органы без изменений. При ректальном исследовании простата не увеличена, дольчата, мягко-эластической консистенции, гладкая. ПСА 25 нг/мл.

Какой ваш предположительный диагноз, какие исследования надо предпринять для уточнения диагноза?

**Ответы:**

**Задача №1** – в первую очередь следует думать об опухоли левой почки. Для установления диагноза следует произвести ультразвуковое исследование, как "скрининг-тест", а затем компьютерную, магнитнорезонансную, или мультиспиральную томографию для определения распространенности процесса.

**Задача №2** – у больного с опухолью мочевого пузыря необходимо выяснить состояние верхних мочевых путей, больше слева, так как при цистоскопии левое устье мочеточника не видно, для чего производится экскреторная урография. Нисходящая цистограмма позволит оценить контуры мочевого пузыря и размеры дефекта наполнения. О степени распространенности опухолевого процесса можно судить, выполнив компьютерную томографию органов малого таза и ультразвуковую поли-цистоскопию.

**Задача №3** – клиническая картина и данные обзорной рентгенографии позволяют заподозрить опухоль левой почки. Для уточнения диагноза показана КТ, а при сомнительных ее данных — МРТ забрюшинного пространства.

**Задача №4**  для решения вопроса о характере оперативного вмешательства по поводу злокачественной опухоли мочевого пузыря необходимо уточнить функциональное состояние почек и стадию заболевания. С этой целью следует провести экскреторную урографию, УЗИ мочевого пузыря и при необходимости – КТ.

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

**Задача №6** – наличие пояснично-крестцового радикулита, плохо поддающегося лечению, при повышенных показателях ПСА, обязывает исключить рак простаты с метастазами в кости, несмотря на отсутствие изменений в простате при пальцевом ректальном исследовании. Показана секстантная пункционная биопсия простаты под ультразвуковым контролем, а также рентгенография таза и позвоночника.

**Занятие 11. Аденома и рак простаты**

**Тесты по теме аденома и рак простаты ИД-3ОПК-5,ИД-3ПК-1**

 **Вариант №1**

1. Вопрос – Для 3-й стадии аденомы простаты характерной является ишурия:

 Ответы:

1. острая

2. хроническая

3. парадоксальная

4. рецидивирующая

5. интермиттирующая.

2. Вопрос – Боли в промежности больше характерны:

Ответы:

1. для аденомы простаты

2. для хронического цистита

3. для рака простаты

4. для опухоли почки

5. для стриктуры уретры.

3. Вопрос – Для диагностики аденомы предстательной железы чаще используется:

Ответы:

1. изотопная ренография

2. биопсия простаты

3. пальпация предстательной железы

4. определение содержания креатинина в крови

5. определение уровня ПСА

4. Вопрос – Методами диагностики рака простаты являются:

Ответы:

1. экскреторная урография

2. биопсия простаты

3. уретроскопия

4. УЗИ

5. урофлоуметрия

5. Вопрос – Характерным пальпаторным признаком аденомы простаты является:

Ответы:

1. нечеткость границ

2. неоднородная консистенция

3. бугристая поверхность

4. значительное увеличение, плотно-эластическая консистенция

5. участки хрящевидной плотности

6. Вопрос – Для диагностики аденомы предстательной железы чаще используется:

Ответы:

1. изотопная ренография

2. биопсия простаты

3. пальпация предстательной железы

4. определение содержания креатинина в крови

5. определение уровня ПСА

7. Вопрос – Характерным пальпаторным признаком аденомы простаты является:

Ответы:

1. нечеткость границ

2. неоднородная консистенция

3. бугристая поверхность

4. значительное увеличение, плотно-эластическая консистенция

5. участки хрящевидной плотности

8. Вопрос – Наиболее частым осложнением аденомы простаты является:

Ответы:

1. разрыв мочевого пузыря

2. нефрогенная гипертония

3. острая задержка мочеиспускания

4. острая почечная недостаточность

5. острый простатит

9. Вопрос – Основным методом оперативного лечения аденомы простаты является:

Ответы:

1. кастрация

2. энуклеация узлов аденомы

3. одномоментная аденомэктомия\*

4. эпицистостомия

5. бужирование уретры

10. Вопрос – Основными лекарственными препаратами при раке простаты являются:

Ответы:

1. антибиотики

2. ангиопротекторы

3. средства, подавляющие активность андрогенов

4. кортикостероиды

5. противовоспалительные средства

 **Вариант №2**

1. Вопрос – У больного 60 лет, поступившего в экстренном порядке с тотальной

безболевой макрогематурией, пальпируется объемное образование в подреберной области слева. Пациент также жалуется на субфебрильную гипертермию на протяжении 2 месяцев. В анализах крови - повышение СОЭ до 50 мм/час. Ваш предварительный диагноз:

Ответы:

1. гепатолиенальный синдром

2. опухоль левой почки

3. аденома простаты

4. левосторонний гидронефроз

5. поликистоз почек

2. Остеобластические метастазы наиболее характерны:

а) для опухоли паренхимы почки

б) для опухоли лоханки почки

в) для опухоли мочевого пузыря

г) для рака простаты

д) для рака яичка

3. Для 3-й стадии аденомы простаты характерной является ишурия:

а) острая

б) хроническая

в) парадоксальная

г) рецидивирующая

д) интермиттирующая

4. Методом диагностики аденомы предстательной железы является:

а) изотопная ренография

б) биопсия простаты

в) пальпация предстательной железы

г) определение содержания креатинина в крови

д) определение уровня ПСА

5. Методом диагностики рака простаты является:

а) экскреторная урография

б) биопсия простаты

в) уретроскопия

г) УЗИ

д) урофлоуметрия

6. Характерным пальпаторным признаком аденомы простаты является:

а) нечеткость границ

б) неоднородная консистенция

в) бугристая поверхность

г) значительное увеличение, плотно-эластическая консистенция

д) участки хрящевидной плотности

7. Вопрос – У больного 55 лет диагностирована аденокарцинома предстательной железы в

стадии Т1М0. Больному рекомендовано оперативное лечение. Выберите оптимальное оперативное вмешательство:

 Ответы:

1. билатеральная вазэктомия, эпицистостомия

2. одномоментная чреспузырная аденомэктомия предстательной железы

3. неотложная трансуретральная электрорезекция предстательной железы

4. лазерная комиссуротомия и аблация простаты

5. радикальная простатэктомия

8. Вопрос – Больной 20 лет во время игры в футбол получил удар ногой в промежность.

Появилась уретроррагия. Отмечает позывы к мочеиспусканию, но самостоятельно помочиться не может. Над лоном определяется выбухание, над которым при перкуссии выявляется тупой звук. Имеется гематома промежности. Из уретры выделяется кровь. Какой Ваш предварительный диагноз:

Ответы:

1. разрыв почки

2. разрыв мочевого пузыря

3. разрыв уретры

4. повреждение простаты

5. гематома промежности

9. Уретроррагия наблюдается при всех перечисленных заболеваниях, кроме:

а) хронического уретрита

\*б) аденомы простаты и камня мочевого пузыря

в) опухоли уретры

г) травмы уретры

10. Характерным пальпаторным признаком рака простаты является:

а) равномерное увеличение

б) множественные участки неоднородной консистенции

в) сглаженная средняя бороздка

г) нечеткость границ

д) участки хрящевидной плотности

**Вариант 3**

Вопрос – К заболеваниям, вызывающим острую задержку мочи, относят:

1. **аденому предстательной железы**
2. ХПН (хроническую почечную недостаточность)
3. ОПН (острую почечную недостаточность)
4. хронический цистит
5. острый пиелонефрит

Вопрос – Для 3-й стадии аденомы простаты характерной является ишурия:

1. острая
2. хроническая
3. **парадоксальная**
4. рецидивирующая
5. интермиттирующая

Вопрос – Остаточную мочу можно определить:

1. при ренографии
2. при уретеропиелографии
3. **при УЗИ мочевого пузыря**
4. при цистостомии
5. при везикулографии

Вопрос – Для диагностики аденомы предстательной железы чаще используется:

1. изотопная ренография
2. биопсия простаты
3. **пальпация предстательной железы**
4. определение содержания креатинина в крови
5. определение уровня ПСА.

Вопрос – Наиболее частым осложнением аденомы простаты является:

1. разрыв мочевого пузыря
2. нефрогенная гипертония
3. **острая задержка мочеиспускания**
4. острая почечная недостаточность
5. острый простатит

Вопрос – Основным методом оперативного лечения аденомы простаты является:

Ответы:

1. кастрация
2. энуклеация узлов аденомы
3. **одномоментная аденомэктомия\***
4. эпицистостомия
5. бужирование уретры

Методом диагностики рака простаты является:

1. экскреторная урография
2. **биопсия простаты**
3. уретроскопия
4. УЗИ
5. урофлоуметрия

Характерным пальпаторным признаком аденомы простаты является:

1. нечеткость границ
2. неоднородная консистенция
3. бугристая поверхность
4. **значительное увеличение, плотно-эластическая консистенция**
5. участки хрящевидной плотности.

Характерным пальпаторным признаком рака простаты является:

1. равномерное увеличение
2. множественные участки неоднородной консистенции
3. сглаженная средняя бороздка
4. нечеткость границ
5. **участки хрящевидной плотности**

Вопрос – У больного 55 лет диагностирована аденокарцинома предстательной железы в

стадии Т1М0. Больному рекомендовано оперативное лечение. Выберите оптимальное оперативное вмешательство:

1. билатеральная вазэктомия, эпицистостомия
2. одномоментная чреспузырная аденомэктомия предстательной железы
3. неотложная трансуретральная электрорезекция предстательной железы
4. лазерная комиссуротомия и аблация простаты
5. **радикальная простатэктомия**

Остеобластические метастазы наиболее характерны:

1. для опухоли паренхимы почки
2. для опухоли лоханки почки
3. для опухоли мочевого пузыря
4. **для рака простаты**
5. для рака яичка

Основным методом оперативного лечения аденомы простаты является:

1. кастрация
2. энуклеация узлов аденомы
3. **одномоментная аденомэктомия**
4. эпицистостомия
5. бужирование уретры

Парадоксальная ишурия – это:

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

Парадоксальная ишурия встречается при:

1. аденоме предстательной железы II стадии
2. неврогенной дисфункции мочевого пузыря
3. **аденоме предстательной железы III стадии**
4. правильно а) и б)
5. правильно б) и в)

**Перечень вопросов**

**Тема: «Аденома предстательной железы» ИД-3ОПК-5,ИД-3ПК-1**

1. Что такое гиперплазия (аденома) предстательной железы?
2. Что происходит с предстательной железой при развитии аденоматозных узлов?
3. Какие изменения происходят в верхних и нижних мочевыхпутях при гиперплазии (аденоме)
4. простаты?
5. На какие стадии подразделяется клиническое течение гиперплазии (аденомы) предстательной
6. железы?
7. Что такое симптом остаточной мочи и как она определяется?
8. Что такое парадоксальная ишурия?
9. В какой стадии гиперплазии (аденомы) предстательной железы наблюдается острая задержка мочи?
10. Осложнения гиперплазии (аденомы) предстательной железы.
11. Принципы диагностики гиперплазии (аденомы) предстательной железы.
12. Дифференциальная диагностика гиперплазии (аденомы) предстательной железы.
13. Показания к аденомэктомии.
14. Какие имеются доступы для выполнения аденомэктомии?
15. Каковы показания к паллиативным методам лечения больных гиперплазией (аденомой)
16. предстательной железы?
17. Какова первая помощь больному острой задержкой мочи?

Какие осложнения наблюдаются при чреспузырной аденомэктомии?

**Вариант 1.**

 1. А. компьютерную томографию

 Б. уретероцистоскопию

 2. А. Магнитно-резонансную томографию

 Б. что из себя представляет биопсия предстательной железы

 3. А. Остеосцинтиграфию

 Б. динамическую нефросцинтиграфию

 4. А. Исследование секрета простаты

 Б. Лимфографию таза

 5. А. Гормональная терапия . Максимальная блокада.

 Б. Какое преимущество имеет

 6. А. чем выгода при гиперплазии простаты

 Б. Для чего проводится орхидэктомия при раке простаты

 7. А. Какие стадии при аденоме простаты

 Б. Степенью дифференции опухолевой ткани

 8. А. Размером опухолевого узла

 Б. Наличием метастазов в регионарных лимфаузлах на что указывает при раке простаты.

 9. А. Пальцевое ректальное исследование, что за метод исследования

 Б. Ультразвуковое сканирование простаты и мочевого пузыря.

 10. А. Магнитно-резонансную томографию мочевого пузыря и простаты, какую

картинку дает при раке простате

 Б. Уретероцистоскопия

 11. А. Урофлоуметрия , что покажет при раке простаты

 Б. Пальпация мочевого пузыря

12. А. Пальцевое ректальное исследование

 Б. Обзорный снимок мочевых путей

13. А. Ингибиторы 5 альфа –редуктазы

 Б. Трасвезикальная аденомэктомия

14. В. Радикальная простатэктомия, применяется при аденоме и раке простаты.

 Г. Трансуретральная цистолитотрипсия. Трансуретральная аденомэктомия

 **Вариант 2.**

 1. А. О каком диагнозе предположительно идет речь

 Б. Какой метод обследования целесообразно применить для установления д-за

 2. А. Какой метод необходим для объективной оценки мочеиспускания

 В. Как определить наличие и количество остаточной мочи

 3. А. Трансуретральная микроволновая терапия

 Б.Стадия аденомы простаты

 4. А.консистенция предстательной железы

 Б. Трансуретральная резекция аденомы предстательной железы

 5. А. Трансуретральное электрочастотное воздействие

 Б. Ишурия парадокса и ее причины

 6. А.Трансуретральная лазерная облация

 Б. Причины острой задержки мочи при аденоме простаты и раке простаты

 7. А.Препараты растительного происхождения (экстрат Stntroa frepens)

 Б. Физические методы диагностики аденомы простаты

**Контрольная работа ИД-3ОПК-5,ИД-3ПК-1**

 **Аденома и рак простаты**

 1. Трансуретральная микроволновая терапия

 Стадии аденомы простаты

2. Консистенция предстательной железы

 трансуретральная резекция аденомы предстательной железы

 3..трансуретральное электрочастотное воздействие

 ишурия парадокса и ее причины

 4. 1.трансуретральная лазерная облация

 2. причины острой задержки мочи при аденоме простате и раке простаты.

 5. 1. Препараты растительного происхождения

 2.физические методы диагностики аденомы простаты.

 6. 1.Хирургические доступы при аденомэктомии простаты

 2.Осложнения аденомэктомии простаты

 7. 1. Трансуретральная резекция аденомы простаты. Значение

 2.Цистоскопы . Виды и значение

 8. 1.Аденома и рак простаты, чем отличаются друг от друга

 2. Цистоскопы. Виды и значение

 9. 1. Классификация аденомы простаты по стадиям

 2.Дизурия. Разновидности, причины

 10. 1. хирургическое лечение аденомы простаты

 2.проба Зимницкого. Методика и значение

 11. 1. рентгенологическая и цистоскопическая картина аденомы

 простаты

 2.Бужи. Разновидности и значение

 12. 1. Радикальная простатэктомия,применяется при аденоме или раке

 простаты

 2.Трансуретральная цистолитотрипсия. Трансуретральная аденомэктомия

 13. 1. Какой метод необходим для объективной оценки мочеиспускания

 2. Как определить наличие и количество остаточной мочи

 14. 1. Трансуретральная микроволновая терапия

 2.Стадия аденомы простаты

**Контрольная работа 2.**

 **Аденома и рак простаты**

 1. 1. Характеристика компьютерной томографии

 2. Что такое уретероцистоскопия

 2. 1. Магнитно-резонансную томографию

 2. Что из себя представляет биопсия предстательной железы

 3. 1.Остеосцинтиграфию

 2. динамическую нефросцинтиграфию

 4. 1. Исследование секрета простаты

 2. Лимфографию таза для чего применяют при раке простаты

 5. 1.Гормональная терапия . Максимальная блокада.

 2. Какое преимущество имеет операция экстрауретральная аденомэктомия.

 6 1.В чем выгода применения Омника при ДГПЖ

 2.Для чего проводится орхидэктомия при раке простаты

 7. 1. Какие стадии роста опухоли при аденоме простаты

 2. Степень дифференции опухолевой ткани

 8. 1. Пальцевое ректальное исследование, что за метод исследования

 2. Ультразвуковое сканирование простаты и мочевого пузыря.

 9. 1.Магнитно-резонансную томографию мочевого пузыря и простаты, какую

 картинку дает при раке простате

 2. Уретероцистоскопия, для чего применяют при раке простаты

 10. 1. Урофлоуметрия , что покажет при раке простаты

 2. Пальпация мочевого пузыря, что показывает при раке простаты

 11 1. Пальцевое ректальное исследование, для чего используется при раке простаты .

 2. Обзорный снимок мочевых путей, что показывает при аденоме простаты

 12. 1. Ингибиторы 5 альфа-редуктазы – механизм действия

 2.Трасвезикальная аденомэктомия, чем отличается от трансуретральной резекции.

 13 1.Какой метод обследования целесообразно применять для установления диагноза

 аденомы простаты

2.Что из себя представляет операция цистостомия?

 14. 1.Что из себя представляет дизурия

 2.Значение надлобковой пункции мочевого пузыря при острой задержки мочи.

 **Собеседование ИД-3ОПК-5,ИД-3ПК-1**

**Модуль 1. Аденома простаты**

1. виды расстройства мочеиспускания
2. техника трансуретральной УЗИ и биопсии простаты
3. виды и характеристика задержки мочеиспускания
4. виды урологических катетеров, виды урологических стентов
5. устройство цистоскопов виды,виды мочеточниковых катетеров, стентов.
6. какие методы консервативного лечения аденомы простаты
7. какие методы хирургического лечения аденомы простаты.

**Модуль2. Рак простаты**

1. Стадии рака простаты
2. Дизурия, разновидности
3. Причины кровотечения при раке простаты
4. Какие методы остановки кровотечения из мочевых путей при раке простаты
5. Какую артерию перевязывают при кровотечение из мочевого пузыря, при раке простаты

 **РЕФЕРАТЫ ИД-3ПК-1,ИД-3ОПК-5**

1. ультразвуковое методы исследования при аденомы и раке простаты,

2. уродинамические методы исследования при аденоме и раке простаты,

3. медикаментозное лечение аденомы простаты,

4. радикальная простатэктомия при раке простаты

**Ситуационные задачи ИД-4ПК-1,ИД-2ПК-2**

 **Задача №1.** Больной 65 лет обратился с жалобами на сильные позывы к мочеиспусканию, невозможность самостоятельного мочеиспускания, боль внизу живота. Указанные симптомы нарастают в течение 14 часов. Предположительный диагноз? Диагностические и лечебные рекомендации?

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

**Ответы:**

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

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

**ЗАНЯТИЕ 12 .ТРАВМЫ МОЧЕПОЛОВЫХ ОРГАНОВ**

 **Тесты.**

**Вариант 1.ИД-3ОПК-5,ИД-3ПК-1**

**Выберите один правильный вариант ответа**

1. **Травма почки среди всех травм составляет:**
2. 1%;
3. 3%;
4. 5%; +
5. 10%.
6. **По классификации повреждений почки Американской ассоциации хирургии травмы выделяют:**
7. 3 степени;
8. 4 степени;
9. 5 степеней; +
10. 6 степеней.
11. **По классификации закрытых повреждений почки Н.А. Лопаткина выделяют:**
12. 4 группы;
13. 5 групп;
14. 6 групп;
15. 7 групп.+
16. **К типичной триаде симптомов травмы почки не относится:**
17. боль в поясничной области;
18. припухлость в поясничной области;
19. лихорадка;+
20. гематурия.
21. **Типичная триада симптомов травмы почки одновременно встречается:**
22. в 20–40%;
23. в 40–60%; +
24. в 65–70%;
25. в 75–80%.
26. **Методом выбора для диагностики травмы почки у гемодинамически стабильных больных является:**
27. экскреторная урография;
28. УЗИ;
29. компьютерная томография;+
30. магнитно-резонансная томография.
31. **Консервативная терапия при повреждениях почки показана:**
32. при небольших разрывах органа с субкапсулярной или паранефральной гематомой объемом до 50 мл и умеренной гематурией;
33. при небольших разрывах органа с субкапсулярной или паранефральной гематомой объемом до 100 мл и умеренной гематурией;
34. при небольших разрывах органа с субкапсулярной или паранефральной гематомой объемом до 200 мл и умеренной гематурией;
35. при небольших разрывах органа с субкапсулярной или паранефральной гематомой объемом до 300 мл и умеренной гематурией.+
36. **Показаниями к оперативному лечению при травме почки служат все варианты, кроме:**
37. быстрого увеличения размеров урогематомы;
38. признаков продолжающегося внутреннего кровотечения;
39. неинтенсивной и непродолжительной макрогематурии; +
40. подозрения на повреждение других органов.
41. **Показаниями к органосохраняющим операциям при травме почки являются все варианты, кроме:**
42. разрыва одного из сегментов почки;
43. одиночных трещин;
44. разрыва фиброзной капсулы;
45. отрыва почки от сосудистой ножки.+
46. **Показанием к нефрэктомии при травме почки служит:**
47. разрыв фиброзной капсулы;
48. размозжение почки;+
49. повреждение одной из почек при патологически измененной другой;
50. одновременное повреждение обеих почек.
51. **Травма мочеточника среди повреждений органов мочевой системы составляет:**
52. 1%;+
53. 3%;
54. 5%;
55. 7%.
56. **Травма мочеточника имеет ятрогенный характер:**
57. в 20%;
58. в 40%;
59. в 60%;
60. в 80%.+
61. **Самая частая причина ятрогенной травмы мочеточника:**
62. операции на толстом кишечнике;
63. гинекологические операции;+
64. контактная уретеролитотрипсия;
65. радикальная простатэктомия.
66. **К характеру повреждений мочеточника не относится:**
67. ушиб;
68. сотрясение стенки;+
69. неполный разрыв стенки;
70. полный разрыв стенки.
71. **К абсолютным показаниям для ревизии забрюшинного пространства при травме мочеточника относится:**
72. мочевая экстравазация;
73. продолжающееся кровотечение;+
74. гематурия;
75. выраженная боль в поясничной области.

 **Вариант 2.ИД-3ПК-1,ИД-3ОПК-5**

**1.К возможным поздним осложнениям травмы мочеточника относится все перечисленное, кроме:**

1. стриктуры мочеточника;
2. облитерации мочеточника;
3. пузырно-мочеточникового рефлюкса;+
4. мочеточниково-влагалищного свища.

**2.Частота повреждений мочевого пузыря при закрытой травме живота составляет около:**

1. 1%;
2. 2%;+
3. 3%;
4. 4%.

**3.Наиболее частая причина травм мочевого пузыря:**

1. ятрогенные травмы;
2. дорожно-транспортные происшествия; +
3. падения;
4. удары в нижнюю часть живота.

**4.Закрытые травмы мочевого пузыря могут быть следующих видов, кроме:**

1. предбрюшинными;+
2. внутрибрюшинными;
3. внебрюшинными;
4. комбинированными.

**5.При закрытых травмах мочевого пузыря на долю внебрюшинных форм приходится:**

1. 1/4;
2. 1/3;
3. 1/2;
4. 2/3.+

**6.При закрытых травмах мочевого пузыря на долю внутрибрюшинных форм приходится:**

1. 1/4;
2. 1/3;+
3. 1/2;
4. 2/3.

**7.При наполненном мочевом пузыре чаще всего происходит:**

1. внутрибрюшинный разрыв;+
2. внебрюшинный разрыв;
3. комбинированный разрыв;
4. сочетанное повреждение органов брюшной полости.

**8.При травме костей таза чаще всего имеет место следующий вариант разрыва мочевого пузыря:**

1. внутрибрюшинный разрыв;
2. внебрюшинный разрыв;+
3. комбинированный разрыв;
4. сочетанное повреждение органов брюшной полости.

**9.Симптомом повреждения мочевого пузыря не является:**

1. макрогематурия;
2. болезненность живота при пальпации;
3. невозможность самостоятельного мочеиспускания;
4. диарея.+

**10.Симптом Зельдовича при повреждении мочевого пузыря представляет собой:**

1. отсутствие или малое количество мочи при катетеризации у больного, который длительное время не мочился;
2. выделение по катетеру большого количества мочи с примесью крови, превышающего максимальную емкость мочевого пузыря;
3. содержание в выпущенной жидкости большого количества белка;
4. несоответствие объема вводимой и выводимой по катетеру жидкости.+

**11.Основным методом диагностики повреждений мочевого пузыря служит:**

1. экскреторная урография с нисходящей цистографией;
2. ретроградная цистография;+
3. УЗИ;
4. цистоскопия.

**12.При выполнении ретроградной цистографии для диагностики повреждений мочевого пузыря необходимо ввести:**

1. не менее 150 мл разбавленного контрастного вещества;
2. не менее 200 мл разбавленного контрастного вещества;
3. не менее 250 мл разбавленного контрастного вещества;
4. не менее 300 мл разбавленного контрастного вещества.+

**13. Показанием для консервативного лечения является:**

1. внебрюшинный разрыв мочевого пузыря;
2. внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря;
3. сочетание вне- и внутрибрюшинного разрыва мочевого пузыря;
4. ушиб мочевого пузыря. +

**14К возможным осложнениям повреждений мочевого пузыря относится все перечисленное, кроме:**

1. флегмоны таза;
2. нейрогенной дисфункции мочевого пузыря;+
3. мочевого перитонита;
4. сепсиса.

**15.Дренирование малого таза по Буяльскому–Мак-Уортеру производится через:**

1. надлобковую рану;
2. запирательное отверстие;+
3. промежность;
4. ретциево пространство.

 **Вариант 3.ИД-3ОПК-5,ИД-3ПК-1**

**1.Дренирование малого таза по Куприянову производится через:**

1. надлобковую рану;
2. запирательное отверстие;
3. промежность;+
4. ретциево пространство.

**2.Повреждения уретры среди травм органов мочеполовой системы в мирное время составляет:**

1. 5%;
2. 10%;
3. 15%;+
4. 20%.

**3.Повреждения уретры среди травм органов мочеполовой системы в военное время составляет:**

1. 25%;
2. 30%;+
3. 35%;
4. 40%.

**4.Основной причиной повреждения уретры служит:**

1. лечебно-диагностические манипуляции;
2. переломы костей таза;+
3. падение верхом на твердый предмет;
4. конный спорт.

**5.Повреждение не всех слоев стенки уретры считается:**

1. ушибом;
2. неполным разрывом;+
3. полным разрывом;
4. перерывом.

**6.Повреждение всех слоев стенки уретры и сообщение ее просвета с окружающими тканями считается:**

1. ушибом;
2. неполным разрывом;
3. полным разрывом;+
4. перерывом.

**7.Симптомом повреждения уретры не является:**

1. уретроррагия;
2. гематома в области травмы;
3. недержание мочи;+
4. болезненное мочеиспускание или невозможность мочеиспускания.

**8.Основным методом диагностики повреждений уретры служит:**

1. обзорная урография;
2. ретроградная уретрография;+
3. УЗИ;
4. уретроцистоскопия.

**9.Основным методом отведения мочи при повреждениях уретры является:**

1. катетеризация мочевого пузыря;
2. капиллярная пункция мочевого пузыря;
3. эпицистостомия;+
4. приоритетного метода не существует.

**10.Противопоказанием для выполнения первичной пластики («первичного шва») уретры при ее повреждениях не считается:**

1. тяжелое, нестабильное состояние больного;
2. тяжелые сопутствующие повреждения;
3. длительность с момента повреждения травмы более 6 часов; +
4. длительность с момента повреждения травмы более 12 часов.

**11.Наиболее частое осложнение повреждений уретры:**

1. эректильная дисфункция;
2. стриктура или облитерация уретры; +
3. недержание мочи;
4. урогенитальный свищ.

**12.Повреждения мошонки и ее органов среди травм органов мочеполовой системы в мирное время составляют:**

1. 3–7%;
2. 5–10%;
3. 9–13%;+
4. 12–20%.

**13.Наиболее частый вариант вывиха яичка при его травме:**

1. бедренный и промежностный;
2. под кожу полового члена и в бедренный канал;
3. паховый и лобковый;+
4. паховый и промежностный.

**14.Показанием к хирургическому лечению закрытой травмы мошонки не считается:**

1. необширные поверхностные кровоизлияния;+
2. большая гематома;
3. вывих яичка при безуспешной попытке вправления;
4. перекрут яичка.

**15.К частым осложнениям ранений мошонки и ее органов не относится:**

1. гнойная инфекция ран;
2. некротический орхит;
3. эмфизема мошонки;+
4. гангрена мошонки.

**16.Наиболее частый вариант закрытой травмы полового члена:**

1. ушиб полового члена;
2. перелом полового члена;+
3. вывих полового члена;
4. сдавление (ущемление) полового члена инородным телом.

**17.Частота сочетания перелома полового члена с травмой уретры составляет:**

1. 3–10%;
2. 6–15%;
3. 10–22%;+
4. 15–25%.

**18.Вариантом открытой травмы полового члена не является:**

1. касательное ранение полового члена;
2. вывих полового члена;+
3. скальпирование полового члена;
4. отрыв (травматическая ампутация) полового члена.

**19.Доля закрытых форм среди всех травм полового члена:**

1. 20%;
2. 40%;
3. 60%;
4. 80%.+

**20.Доля открытых форм среди всех травм полового члена:**

1. 20%;+
2. 40%;
3. 60%;
4. 80%.

Ответы:+

**Контрольная работа 1.ИД-3ОПК-5,ИД-3ПК-1**

1.Виды повреждения почек

2.Этиология повреждения почек

3.Патогенез повреждения почек

4.Особенность повреждения почек у детей

5.Классификация повреждений почек

6.Симптоматика и клиническое течение повреждений почек

7.Диагностика повреждений почек

8.Консервативное лечение травм почек

9.Оперативное лечение повреждений почек

10.Открытые и закрытые повреждения мочеточника

11.Клиника травм мочеточника

12.Диагностика травм мочеточника

13Лечение травм мочеточника

14.Стриктуры мочеточника

**Контрольная работа 2. ИД-3ПК-1,ИД-3ОПК-5**

1.Открытые и закрытые повреждения мочевого пузыря

2.Этиология и патогенез повреждений мочевого пузыря

3.Симптоматики и клиника повреждений мочевого пузыря

4.Диагностика повреждений мочевого пузыря

5.Значение восходящей цистографии в диагностике вне- и внутрибрюшинных разрывов мочевого пузыря

6.Лечение травм мочевого пузыря

7.Этиология и патогенез травм уретры

8.Симптоматика и клиника повреждений мочеиспускательного канала

9.Диагностика травм уретры

10.Лечение повреждений мочеиспускательного канала

11.Стриктуры уретры

12.Открытые и закрытые повреждения яичка.

13.Диагностика и лечение повреждения яичка

14.Открытые и закрытые повреждения полового члена

15.Диагностика и лечение повреждения полового члена

 **Собеседование ( перечень вопросов ) ИД-3ПК-1,ИД-3ОПК-5**

 **Модуль 1.**

1.Этиология и патогенез травм почек

2.Клиника и диагностика повреждений почек

3.Классификация повреждений почек

4.Консервативное и оперативное лечение травм почек

 **Модуль 2**

1.Этиология и патогенез травм мочеточников

2.Клиника и диагностика травм мочеточников

3.Ятрогенная травма мочеточника

4.Консервативное и оперативное лечение повреждений мочеточников

5.Стриктуры мочеточника

 **Модуль 3**

1.Этиология и патогенез травм мочевого пузыря

2.Клиника и диагностика повреждений мочевого пузыря

3.Значение восходящей цистографии в диагностике травм мочевого пузыря

4.Классификация травм мочевого пузыря

5.Операции при повреждениях мочевого пузыря

 **Модуль 4**

1.Этиология и патогенез травм мочеиспускательного канала

2.Клиника и диагностика травм уретры

3.Классификация травм мочеиспускательного канала

4.Консервативное и оперативное лечение травм уретры

5.Стриктуры уретры

 **Модуль 5**

1.Этиология и патогенез травм яичка и полового члена

2.Клиника и диагностика повреждений яичка и полового члена

3.Классификация повреждений яичка и полового члена

4.Консервативное и оперативное лечение травм яичка и полового члена

 **Рефереты:ИД-3ОПК-5,ИД-3ПК-1**

1.Клиника и диагностика травм почек

2.Классификация повреждений почек

3.Оперативное лечение травм почек

4.Классификация повреждений мочевого пузяря

5.Клиника и диагностика повреждений мочевого пузыря

6.Оперативное лечение травм мочевого пузыря

7.Ятрогенные повреждения мочеточника

8.Оперативное лечение трам мочеточников

9.Клиника и диагностика повреждений уретры

10.Оперативное лечение повреждений мочеиспускательного канала

11.Клиника и диагностика травм яичка и полового члена

12.Оперативное лечение повреждений яичка и полового члена

**Ситуационная задача № 1**

Пациент 25-ти лет поступил с жалобами на боли в поясничной слева, в левой половине живота, общую слабость, наличие крови в моче. Из анамнеза: около 2 часов назад упал с высоты и ударился левой половиной туловища. Объективно: общее состояние тяжелое; кожные покровы бледные, покрыты холодным потом; пульс – 112 ударов в минуту, артериальное давление – 90/65 мм.рт.ст.; живот мягкий, болезненный в левых боковых отделах; симптомы раздражения брюшины отрицательные; в левом подреберье и поясничной области слева пальпируется болезненное образование, нижний край которого определяется на уровне пупка.

**Вопрос 1. Какой предварительный диагноз можно установить?**

1. ушиб левой почки;
2. разрыв левой почки;
3. разрыв селезенки;
4. отрыв мочеточника.

**Вопрос 2. Какой метод не используется для уточнения диагноза?**

1. УЗИ;
2. экскреторная урография;
3. КТ с контрастированием;
4. пневморетроперитонеум.

**Вопрос 3. Какой тактика лечения показана?**

1. динамическое наблюдение;
2. консервативное лечение;
3. ревизия органов забрюшинного пространства;
4. нефрэктомия.

**Ситуационная задача № 2**

Пациент 45-ти лет поступил с жалобами на боли в нижних отделах живота, отсутствие самостоятельного мочеиспускания, болезненные и бесплодные позывы к мочеиспусканию, выделение каплей крови из уретры при попытке мочеиспускания, общую слабость. Из анамнеза: около 4 часов назад был избит неизвестными. Объективно: общее состояние тяжелое; кожные покровы бледные, множество ушибов и ссадин в нижней части живота; пульс – 108 ударов в минуту, артериальное давление – 100/60 мм.рт.ст.; живот напряженный и болезненный во всех отделах, больше в нижней половине; симптомы раздражения брюшины положительные; наличие симптома «ваньки-встаньки» – при попытке уложить пациента он вновь принимает вертикальное положение из-за резкого усиления болей.

**Вопрос 1. Какой предварительный диагноз можно установить?**

1. ушиб мягкий тканей передней брюшной стенки;
2. внебрюшинный разрыв мочевого пузыря;
3. внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря;
4. разрыв уретры.

**Вопрос 2. Какой метод позволит наиболее точно установить диагноз?**

1. УЗИ;
2. экскреторная урография с нисходящей цистографией;
3. восходящая цистография;
4. цистоскопия.

**Вопрос 3. Какая тактика лечения показана?**

1. консервативное лечение;
2. установка уретрального катетера на длительное время;
3. эпицистостомия;
4. лапаротомия, санация и дренирование брюшной полости, ушивание мочевого пузыря.

**Ситуационная задача № 3**

Пациент 22-х лет поступил в экстренном порядке с жалобами на невозможность самостоятельного мочеиспускания, выделение крови из наружного отверстия уретры, боли в промежности. Из анамнеза: во время занятий спортом сорвался с брусьев и ударился промежностью об одну из перекладин брусьев. Объективно: живот мягкий и безболезненный; симптомы раздражения брюшины отрицательные; поколачивание по поясничной области безболезненное; отек, гематома и болезненность в области промежности; запекшаяся кровь в области наружного отверстия уретры.

**Вопрос 1. Какой предварительный диагноз можно установить?**

1. ушиб мягкий тканей промежности;
2. неполный разрыв уретры;
3. полный разрыв уретры;
4. внебрюшинный разрыв мочевого пузыря.

**Вопрос 2. Какой метод позволит наиболее точно установить диагноз?**

1. УЗИ;
2. восходящая уретрография;
3. восходящая цистография;
4. уретроцистоскопия.

**Вопрос 3. Какая тактика лечения показана?**

1. консервативное лечение;
2. установка уретрального катетера на длительное время;
3. эпицистостомия на первом этапе, уретропластика на втором этапе;
4. первичный шов уретры.

**Ситуационная задача № 4**

Пациент 19-ти лет поступил с жалобами боли и припухлость в левой половине мошонки. Из анамнеза: во время тренировок по единоборствам получил удар ногой в пах. Объективно: значительное увеличение размеров, отек и синюшность кожных покровов левой половины мошонки, при пальпации левое яичко резко болезненно.

**Вопрос 1. Какой предварительный диагноз можно установить?**

1. ушиб мошонки;
2. гематома мошонки;
3. разрыв левого яичка;
4. вывих левого яичка.

**Вопрос 2. Какой метод позволит наиболее точно установить диагноз?**

1. УЗИ;
2. диафаноскопия;
3. эпидидимография;
4. обзорная урография.

**Вопрос 3. Какая тактика лечения показана?**

1. динамическое наблюдение;
2. консервативное лечение;
3. орхэктомия;
4. ревизия органов мошонки с интраоперационным определением окончательного объема операции.

**Ситуационная задача № 5**

Пациентка 47-ми лет предъявляет жалобы на непроизвольное выделение мочи из влагалища. Из анамнеза: 3 дня назад выполнена лапароскопическая гистерэктомия по поводу во миомы матки больших размеров, после которой в послеоперационном периоде отмечалось умеренное подтекание мочи из влагалища. Объективно: температура тела 37,3°C; живот мягкий и безболезненный; поколачивание по поясничной области безболезненное; при гинекологическом осмотре в области задней стенки купола культи влагалища определяется дефект длиной около 1 см, из которого по каплям выделяется моча. Тампон, введенный во влагалище, обильно пропитывается мочой. При введении раствора с метиленовой синью в мочевой пузырь через уретральный катетер окрашивания влагалищного тампона не отмечено.

**Вопрос 1. Какой предварительный диагноз можно установить?**

1. ушиб стенки мочевого пузыря;
2. ятрогенное ранение мочевого пузыря с формированием пузырно-влагалищного свища;
3. ятрогенное ранение мочеточника с формированием мочеточниково-влагалищного свища;
4. гематома стенки мочеточника.

**Вопрос 2. Какой метод не входит в алгоритм обследования данной пациентки?**

1. УЗИ;
2. ретроградная уретеропиелография
3. почечная ангиография;
4. КТ с контрастированием.

**Вопрос 3. Какая тактика лечения показана?**

1. динамическое наблюдение;
2. консервативное лечение;
3. уретероцистонеоанастомоз;
4. нефростомия на первом этапе, уретероцистонеоанастомоз на втором этапе.

**Занятие 13. Гидронефроз и нефроптоз.**

**Тесты**

**ВАРИАНТ – 1 ИД-3ОПК-5,ИД-3ПК-1**

01. Какой из перечисленных диагнозов приводит к развитию гидронефротической трансформации?

1) мочекаменная болезнь

2) аденома простаты

3) ретрокавальный мочеточник

4) высокое отхождение мочеточника

5) ахалазия мочеточника

6) сужение лоханочно-мочеточникового сегмента

7) беременность

8) нефроптоз

Какая комбинация ответов верна?

**а) все верно**

б) все верно, кроме 2

в) все верно, кроме 4

г) все верно, кроме 7

д) верно 1,5,6,8

е) верно 2,4,5,6

02. Больная 28 лет в течение последних 2 лет отмечает боли в правой половине поясницы, возникающие в вертикальном положении, преимущественно во второй половине дня, особенно при физической нагрузке, и постепенно проходящие в положении лежа. В правой половине живота определяется гладкое, подвижное, смещаемое в подреберье, умеренно болезненное образование, нижний край которого располагается на уровне верхней передней ости подвздошной кости. Ваш предположительный диагноз?

а) опухоль восходящего отдела толстой кишки

б) водянка желчного пузыря

**в) правосторонний нефроптоз**

г) киста яичника

д) поясничная дистопия почки

03. К каким осложнениям может привести нефроптоз?

1) нефролитиаз

2) опухоль почки

3) гидронефроз

4) сморщивание почки

5) гломерулонефрит

6) кистозное заболевание почек

7) макрогематурия

Какая комбинация ответов верна?

а) все верно

б) все верно, кроме 2

в) все верно, кроме 4

г) все верно, кроме 7

**д) верно 1,3,4**

е) верно 1,5,6

04. У больной с камнем нижней трети правого мочеточника в течение последнего года постоянные боли в поясничной области справа. Ранее имели место приступообразные боли в области. правой почки. При пальпации в правом подреберье определяется опухолевидное образование с гладкой поверхностью, ровными контурами, слегка баллотирующее. По данным радиоизотопного и рентгенологического исследований функция левой почки удовлетворительная, справа отсутствует. Каков Ваш диагноз?

а) солитарная киста почки

б) туберкулез почки

**в) блок правой почки (гидронефроз справа)**

 г) поликистоз почек

д) аденокарцинома почки

05. У больного имеется подозрение на гидронефротическую трансформацию единственной левой почки. При биохимическом исследовании крови уровень мочевины составляет 10,5 ммоль/л, уровень, креатинина - 0,467 мкмоль/л. Какой из перечисленных методов позволит немедленно верифицировать диагноз?

а) радиоизотопная ренография

б) обзорная урография

в) ультразвуковое исследование

 г) экскреторная урография

д) ретроградная уретеропиелография

**е) КТ с контрастированием**

06. Какие симптомы из перечисленных наиболее характерны для гидронефроза?

1) блокированная почка

2) ноющие боли в поясничной области

3) гематурия

4) опухолевидное образование, пальпируемое в подреберье

5) острая задержка мочи.

Выберите правильную комбинацию ответов:

а) 1,2,5

6) 2,3,4

**в) 1,2,4**

г) 2,4,5

д) 1,3,5

07. Какие из приведенных ниже заболеваний могут способствовать развитию гидронефротической трансформации?

1) эпидидимоорхит

2) болезнь Ормонда

3) мочекаменная болезнь

4) уретероцеле

5) поликистоз почек

Выберите правильную комбинацию ответов

а) 1, 2, 5

6) 1,4,5

**в) 2,3,4**

г) 2, 4, 5

д) 1,3, 5.

08. У больной 3 месяца назад во время операции экстирпации матки был поврежден левый мочеточник, дефект которого был немедленно ушит. После операции отмечает появление и прогресирование тупых, ноющих болей в левой поясничной области. При пальпации в левом подреберье определяется опухолевидное образование с гладкой поверхностью, ровными контурами, слегка баллотирующее. Общие анализы мочи и крови - без особенностей. По данным радиоизотопного и рентгенологического исследований функция правой почки удовлетворительная, слева отмечается значительное снижение функции. Какое состояние возникло у больной?

а) аденокарцинома почки

б) поликистоз почек

в) пионефроз

**г) гидронефротическая трансформация**

д) сморщенная почка

09. В клинику в состоянии шока (АД - 70/40 мм рт. ст., тахикардия -120 в минуту, бледность кожных покровов) доставлен больной, который упал со строительных лесов с высоты 2-го этажа. В правой поясничной области, выбухание, кожные ссадины, имеется болезненность и напряжение мышц. В правой половине живота. На обзорной рентгенограмме почек и мочевых путей справа тень почки и изображение контуров поясничной мышцы отсутствуют, имеется перелом XI и XII ребер. Какое исследование Вы из перечисленных методов исследования изберете для уточнения диагноза?

а) цистоскопия

**б) экскреторная уретрография**

в) проба Зимницкого

г) биохимическое исследование крови

д) цистография

10. У больной 48 лет в течение нескольких месяцев отмечается микрогематурия, тупые боли в поясничной области. На обзорной урограмме теней конкрементов в проекции верхних мочевых путей не выявлено. На серии экскреторных урограмм функция почек сохранена, имеется гидронефроз 1-2ст. слева и эктазия левого мочеточника до средней трети, где имеется дефект наполнения округлой формы. При ретроградной катетеризации левого мочеточника катетер встретил на 15-м сантиметре легко преодолимое препятствие, при прохождении которого из дистального отверстия мочеточникового катетера выделялась кровь, выделение которой затем прекратилось, и при дальнейшем продвижении катетера стала выделяться частыми каплями чистая моча. Какой предварительный Ваш диагноз?

а) уратный камень мочеточника

б) рак паренхимы почки

**в) папиллярная опухоль мочеточника**

г) туберкулезное поражение почки и мочеточника

д) волчаночный нефрит

**Гидронефроз и нефроптоз**

**ВАРИАНТ – 2 (ОК-1,ОПК-1,ОПК-2)**

01. При обследовании больной К. 40 лет, доставленной в приемное отделение больницы бригадой скорой помощи, диагностирован острый левосторонний пиелонефрит, камень левого мочеточника, осложненный гидронефрозом – 2ст.

Какое из нижеперечисленных исследований позволит подтвердить или отвергнуть нарушение пассажа мочи из левой почки?

а) катетеризация мочевого пузыря

б) обзорная рентгенография

в) урофлоуметрия

г) цистоскопия

**д) урокинематография**

е) все верно

02. У больного 60 лет, поступившего в экстренном порядке с субфебрильной температурой, приступом почечной колики слева и гематурией, пальпируется объемное образование в подреберной области слева. В анализах крови - повышение СОЭ до 50 мм/ч.

Ваш предварительный диагноз?

а) гепатолиенальный синдром

**б) левосторонний гидронефроз**

в) опухоль левой почки

г) аденома простаты

д) мультикистоз левой почки

03. У больного 58 лет диагностирована аденома предстательной железы 2-3-й стадии. Объем предстательной железы - 69 см3. Остаточной мочи 140мл., дважды возникала острая задержка мочеиспускания. Выявлены камни простаты и мочевого пузыря, хронический калькулезный простатит. Ночная поллакиурия 2 раза, днем мочеиспускание с интервалом 3-4 часа.

Укажите, что послужило образованию камней?

а) наличие доброкачественной гиперплазии нарушает обменные процессы

б) наличие доброкачественной гиперплазии нарушает гормональный фон

в) неоднократное возникновение острой задержки мочеиспускания

**г) существенный объем остаточной мочи**

г) аденома простаты не провоцирует образование камней в мочевыводящих путях

04. Больная 25 лет поступила в клинику экстренно с жалобами на повышение температуры тела до 39-40°С, озноб, обильное потоотделение, слабость, тошноту, рвоту/тупую боль в поясничной области и в подреберье справа. При осмотре: частый пульс до 100 в минуту, ритмичный, язык чистый, влажный, живот при пальпации болезненный в правой половине. В анализах мочи: лейкоциты покрывают все поле 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 10-й минуте.

Ваш диагноз?

а) острый аппендицит

б) острый холецистит

**в) острый правосторонний обструктивный пиелонефрит справа**

г) тазовый перитонит

д) острая почечная недостаточность

05. С чем необходимо дифференцировать гидронефроз?

а) нефроптоз

**б) кистозное заболевание почки**

в) гломерулонефрит

г) пиоонефроз

д) амилаидоз

е) нефросклероз

06. У больной 22 лет на 24-й неделе беременности появились тупые боли в правой поясничной области, однократно был озноб, повысилась температура тела до 39°С. При осмотре: правая поясничная область пальпаторно болезненная, с.Пастернацкого резко положительный справа, перитонеальной симптоматики нет.

В анализах мочи: лейкоциты до 25 в поле зрения.

Ваш диагноз?

а) отслоение нормально расположенной плаценты

б) острый холецистит

в) острый оофарит

**г) правосторонний уретерогидронефроз, осложненный острым пиелонефритом беременных**

д) внематочная беременность

е) повышенный тонус матки

07. Больной 32 лет поступил в клинику с жалобами на повышение температуры тела до 39,6°С. Состояние больного тяжелое, положение больного 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 обследование необходимо произвести больному для установления диагноза?

1) биохимическое исследование крови

2) общие анализы мочи крови и мочи

3) УЗИ

4) хромоцистоскопия

5) обзорная и экскреторная урография

Какая комбинация ответов верна

а) нужно провести все перечисленные исследования

**б) в зависимости от данных лабораторных исследований станет возможным проведение специальных методов**

в) все, кроме 3

г) все, кроме 4,5

08. У больного выявлено опущение нижнего полюса правой почки на 2,5 позвонка.

Какой диагноз?

а) нефроптоз – 1ст.

**б) нефроптоз – 2ст.**

в) нефроптоз – 3ст.

г) спланхноптоз

09. Какое сочетание методов обследования позволит точнее дифференцировать нефроптоз от дистопии почки?

1) экскреторная урография

2) УЗИ

3) радиоизотопная ренография

4) почечная ангиография

5) хромоцистоскопия

6) почечная сцинтиграфия

Выберите правильную комбинацию ответов:

а) 1, 3, 5

**6) 1, 2, 4**

в) 2, 3, 4

г) 2, 3, 5

д) 3, 5, 6

10. Какой из признаков не обязателен при нефроптозе?

а) наличие рентгеннегативного камня почки

б) почечная колика

в) кислая реакция мочи

г) гидронефроз

д) пиелонефрит

е) все признаки обязательны

**ж) нефроптоз может быть без перечисленной симптоматики**

**Вариант – 3**

01. Какой из признаков характерен при гидронефрозе?

а) наличие рентгенонегативного камня почки

б) резко щелочная реакция мочи

в) кислая реакция мочи

г) почечная колика

д) пиелонефрит

**е) все признаки характерны**

ж) для гидронефроза перечисленные симптомы не характерны

02. Какой вид исследования может диагностировать сужение мочеточника, приведшего к гидронефрозу?

1) уретероскопия

2) ретроградная уретеропиелография

3) экскреторная урография

4) хромоцистоскопия

5) УЗИ

Выберите правильную комбинацию ответов:

**а) 1и2**

б) 1и3

в) 1и4

г) 1и5

д) 2и3

е) 2и4

ж) 2и5

з) 3и4

и) 3и5

03. У больной 39 лет в течение нескольких месяцев отмечается микрогематурия, тупые боли в поясничной области справа. На обзорной урограмме теней конкрементов в проекции верхних мочевых путей не выявлено. На серии экскреторных урограмм функция почек сохранена, имеется гидронефроз 1-2ст. справа и эктазия правого мочеточника до средней трети, где имеется дефект наполнения. При ретроградной катетеризации правого мочеточника катетер встретил на 15-м сантиметре труднопреодолимое препятствие, при прохождении которого из дистального отверстия мочеточникового катетера стала выделяться частыми каплями сперва мутная, потом чистая моча.

Какой предварительный Ваш диагноз?

а) сужение ср/3 мочеточника

**б) уратный камень мочеточника**

в) папиллярная опухоль мочеточника

г) туберкулезное поражение почки и мочеточника

д) уретеролиз

04. Какое сочетание симптомов характерно для почечной колики, обусловленной камнем мочеточника, вызвавшего резкую гидронефротическую трансформацию?

1) возникновение болей после макрогематурии

2) иррадиация болей в паховую область

3) эритроцитурия после стихания болей

4) симптом Ортнера

5) тошнота, рвота

Выберите правильное сочетание симптомов

а) 1, 4

б) 2, 3

в) 3, 4

**г) 2, 5**

д) 1, 5

05. У больного 60 лет выявлена доброкачественная гиперплазия предстательной железы 3-й стадии. Болеет почти 15 лет. Жалобы на недержание мочи, жажду, слабость. При ректальном исследовании: предстательная железа значительно увеличена в объеме (в 3 раза), тугоэлластической консистенции, симметрична. При УЗИ: объем предстательной железы 96 см3, остаточной мочи - 310 мл., имеется билатеральный уретерогидронефроз, анемия и ХПН: мочевина крови-17 ммоль/л, креатинин - 240 мкмоль/л.

Чем обусловлен уретерогидронефроз и ХПН и какую лечебную тактику Вы изберете?

**а) уретерогидронефроз и ХПН это осложнения, возникшие вследствие длительного анамнеза ДГПЖ с нарастающим объемом остаточной мочи, показана эпицистостомия;**

б) уретерогидронефроз и ХПН это осложнения, возникшие вследствие длительного анамнеза ДГПЖ с нарастающим объемом остаточной мочи, показана одномоментная чреспузырная аденомэктомия предстательной железы;

в) уретерогидронефроз и ХПН это осложнения, возникшие вследствие длительного анамнеза ДГПЖ с нарастающим объемом остаточной мочи, показана срочная трансуретральная электрорезекции предстательной железы;

г) в данном случае ХПН - это самостоятельное заболевание, которое возникло вне зависимости от ДГПЖ, что послужило утяжелению общего состояния, показана пункционная нефростомия с обеих сторон с последующим решением дальнейшей лечебной тактики в динамике;

д) в данном случае ХПН - это самостоятельное заболевание, которое возникло вне зависимости от ДГПЖ, что послужило утяжелению общего состояния больного и невозможности проведения оперативных вмешательств; в связи с чем сперва показан программный гемодиализ, а потом плановое оперативное лечение.

06. В приемное отделение обратился пациент 34 лет с жалобами на боли в поясничной области с обеих сторон, отсутствие самостоятельного мочеиспускания в течение 12 часов. Год назад диагностирована мочекаменная болезнь, камни обеих почек - 0,5-0,6 см. При катетеризации мочевого пузыря мочи не получено. По данным УЗИ - билатеральное, расширение чашечно-лоханочных систем.

Каков Ваш предположительный диагноз?

а) преренальная анурия

б) ренальная анурия

**в) постренальная анурия**

в) острая задержка мочеиспускания

г) гломерулонефрит

07. С чем необходимо дифференцировать нефроптоз?

**а) дистопия почки**

б) кистозное заболевание почки

в) гломерулонефрит

г) пионефроз

д) амилаидоз

е) нефросклероз

08. Больная 29 лет поступила в клинику с жалобами на учащенное, безболезненное мочеиспусканием интервалом 20-30 минут, небольшую примесь крови в моче в конце мочеиспускания, боли в поясничной области справа, иррадиирующие вниз по ходу мочеточника. В анализах мочи: моча с неполной прозрачностью, лейкоциты покрывают все поле зрения. Выделений из половых путей и уретры не обнаружено. УЗИ дает картину левостороннего уретерогидронефроза.

Ваш диагноз?

а) сужение нижнего цистоида

б) уретероцеле

**в) рентгеннегативный камень в интрамуральном отделе правого мочеточника**

г) парацистит

09. К каким осложнениям может привести нефроптоз?

1) нефролитиаз

2) гидронефроз

3) сморщивание почки

4) опухоль почки

5) гломерулонефрит

6) кистозное заболевание почек

7) макрогематурия

Какая комбинация ответов верна?

а) все верно

**б) верно 1,2,3**

в) верно 1,5,6

г) все верно, кроме 3

д) все верно, кроме 4

е) все верно, кроме 7

10. Какое сочетание методов обследования позволит точнее дифференцировать нефроптоз от дистопии почки?

1) экскреторная урография

2) УЗИ

3) радиоизотопная ренография

4) почечная ангиография

5) хромоцистоскопия

6) почечная сцинтиграфия

Выберите правильную комбинацию ответов:

**а) 1, 2, 4**

б) 1, 3, 5

в) 2, 3, 4

г) 2, 3, 5

д) 3, 5, 6

**Контрольные вопросы ИД-3ОПК-6,ИД-4ПК-1**

**Вариант 1. Гидронефроз.**

1-Определение гидронефроза

2-Классификация гидронефроза

3-Этиология и патогенез гидронефроза.

4-Стадии гидронефроза

5-Симптоматика и клиническое течение гидронефроза

6-Диагностика гидронефроза

7-Осложнение гидронефроза

8-Дифф. Диагностика гидронефроза с опухолью почки.

9-Дифф. Диагностика гидронефроза с поликистозом почки.

10-Дифф. Диагностика гидронефроза с солитарной кистой почки.

11-Дифф. Диагностика гидронефроза с паравервикальной кистой почки.

12-Консервативное лечение гидронефроза.

13-Предоперационное дренирование почки при гидронефрозе. Показания.

14-Показания к оперативному лечению гидронефроза.

15-Виды реконструктивных операций при гидронефрозе.

**Вариант 2. Нефроптоз**

1-Нефроптоз. Определение.

2-Этиология и патогенез.

3-Симтоматика и клиническое течение нефроптоза.

4-Осложнения нефропоза.

5-Диагностика нефроптоза.

6-Дифф. Диагностика нефроптоза с дисплазией почки.

7-Дифф. Диагностика нефроптоза с опухолью почки.

8-Консервативное лечение нефроптоза.

9-Оперативное лечение нефроптоза.

10-Послеоперативное ведение больных с нефроптозом.

**Собеседование** **ИД-3ОПК-5,ИД-3ПК-1**

**Модуль 1. Гидронефроз**

1-Этиология и патогенез.

2-Клиника и диагностика гидронефроза

3-Классификация по стадиям.

4-Оперативное лечение гидронефроза.

**Модуль 2. Нефроптоз.**

1-Этиология и патогенез нефроптоза.

2-Клиника и диагностика

3-Классификация нефроптоза по стадиям.

4-Консервативное и оперативное лечение нефроптоза.

 **Реферат ИД-3ОПК-6,ИД-2ПК-2**

1-Значение современных методов в диагностике гидронефроза

2-Реконструктивные и эндоскопические операции при гидронефрозе.

3-Значение ортостатической экскреторной урографии в диагностике нефроптоза.

4-Оперативное лечение нефроптоза.

**Ситуационные задачи**

**Задача 1.** Больная 32 лет жалуется на боль в поясничной области, повышение артериального давления до 180/120 мм РТ ст. Больная 3 года. Пульс 80 уд//мин ритмичный, удовлетворительного наполнения. Живот мягкий, почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого слабоположителен справа. В вертикальном положении тела пальпируется нижний сегмент правой почки. Дизурии нет. Временами макрогематурия. Ваш предварительный диагноз? План обследования?

Задача№2. Больной жалуется на периодические ноющие боли в правой поясничной области. При обследовании на УЗИ обнаружили гидронефротическую трансформацию правой почки, камень 1,0х0,8см в лоханке, на выделительной урограмме имеется стеноз пиелоуретрального сегмента, гидронефротическая трансформация правой почки, камень правой почки. Какую операцию необходимо выполнить?

**Ответ:**

**Задача1.** - нефроптоз справа, нефрогенная гипертензия. Для уточнении диагноза показана экскреторная урография, аортография в горизонтальном и вертикальном положении тела больной.

**Задача 2**. Необходимо произвести операцию-резекцию пиелоуретрального сегмента, пиелолитотомию с пиелопластикой

**Занятие 14. ОСТРАЯ И ХРОНИЧЕСКАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ**

 **Тесты.**

**Вариант 1.ИД-3ОПК-6,ИД-3ПК-1,ПК-2**

**Выберите один правильный вариант ответа**

**1. Для лечения ХПН в настоящее время используется**

а) глюкокортикоиды

б) гепарин

в) курантил+

г) индометацин

д) цитостатики.

**2.Какая проба позволяет выявить снижение клубочковой фильтрации при ХПН?**

а) проба по Нечипоренко

б) проба Зимницкого

в) проба Реберга-Тареева+

г) проба Аддиса-Каковского

д) проба Амбюрже.

**3. Какие из признаков несут информацию о функциональных способностях почки?**

а) содержание белка в моче+

б) изостенурия+

в) снижение клубочковой фильтрации

г) повышение мочевины

д) повышение креатинина в плазме.

**4. Причины анемии при ХПН**

а) гемолиз

б) дефицит фолиевой кислоты

в) дефицит железа+

г) недостаток эритропоэтина.

**5. Уровень клубочковой фильтрации, характерный для терминальной стадии ХПН**

а) 40 мл/мин

б) 30 мл/мин

в) 20 мл/мин+

г) 15 мл/мин

д) 5 мл/мин.

**6. Какие антибактериальные средства противопоказаны больным с ХПН?**

а) противотуберкулезные средства

б) нитрофураны+

в) гентамицин

г) полусинтетические пенициллины

д) цефалоспорины.

**7. Какие осложнения встречаются при гемодиализе?**

а) перикардит

б) невриты

в) артериальная гипертензия

г) остеодистрофии+

д) инфекции.

**8. Секреторная анурия – это:**

а) отсутствие мочи в мочевом пузыре

б) отсутствие выделения мочи почками+

в) отсутствие самостоятельного мочеиспускания

г) правильно а) и б)

Д) невозможность самостоятельного опорожнения мочевого пузыря.

**9. Полиурия встречается:**

а) в Ш стадии острой почечной недостаточности

б) при хронической почечной недостаточности

в) при сахарном диабете

г) при канальцевых нефропатиях

д) при всем перечисленном+.

**10. Какая группа антибиотиков чаще вызывает ОПН?**

а) пенициллипы+

б) цефалоспорины+

в) аминогликозиды

г) макролиды

д) тетрациклин.

**11. Какие исследования позволят подтвердить диагноз тромбоза?**

а) УЗИ

б) внутривенная урография+

в) ретроградная пиелография

г) проба Реберга

д) моча по Зимницкому.

**12. К стадиям острой почечной недостаточности относят:**

а) начальная

б) олигурическая

в) восстановления диуреза

г) полного восстановления

д) все перечисленное верно+.

**13. Основные признаки, указывающие на явления гипергидрации при ОПН**

а) повышение ионов натрия в плазме крови

б) снижение ионов натрия в плазме крови+

в) повышение ионов калия в плазме крови

г) снижение ионов калия в плазме крови

д) снижение ионов кальция в плазме крови.

**Вариант 2.ИД-3ПК-1,ИД-3ОПК-6,ПК-2**

**1. Длительность лечения при ХПН составляет**

а) несколько недель

б) 2-3 месяца

в) 6 месяцев+

г) 6 месяцев-2 года.

**2. Какие признаки позволяют отличить ХПН от хронического пиелонефрита?**

а) лихородка с ознобом.

б) асимметрия поражения почек

в) отсутствие асимметрии поражения почек+

г) высокая протеинурия в сочетании с гематурией и цилиндрурией

д) высокая лейкоцитурия, бактериурия.

**3. Изменение биохимических показателей при ХПН**

а) гиперальбуминемия+

б) дислипидемия+

в) гиперкреатининемия

г) уробилинурия+

д) гипербилирубинемия.

**4. Изменение костного аппарата при ХПН**

а) гиперостоз+

б) остеомаляция

в) остеопороз

г) остеосклероз

д) патологические переломы.

**5. Назовите группы лекарственных препаратов, применяемых при ХПН?**

а) гипотензивные средства

б) антибиотики+

в) стероидные гормоны+

г) калийсберегающие мочегонные

д) анаболические гормоны.

**6. Какой должна быть калорийность диеты, назначаемой больному с ХПН, чтобы предотвратить распад собственного белка?**

а) 1200-1800 ккал

б) 1800-2200 ккал+

в) 2200-2500 ккал+

г) 2500-3000 ккал

д) 3000-2500 ккал.

**7. Основные причины преренальной ОПН**

а) кардиогенный шок

б) системные васкулиты

в) внутрисосудистый гемолиз

г) ожоги+

д) перитонит.

**8. Ренальная анурия встречается:**

а) при хроническом пиелонефрите

б) при хроническом гломерулонефрите

в) при тромбозе или эмболии почечных сосудов

г) правильно а) и б)+

д) правильно б) и в).

**9. Полиурия встречается при всем перечисленном, кроме**

а) после аллотрансплантации почки

б) при туберкулезе почки+

в) после ликвидации препятствия в мочевых путях

г) поражения межуточной доли гипофиза.

**10. Причины ОПН при назначении нестероидных противовоспалительных препаратов**

а) потеря внутриклеточного Са

б) препятствие синтезу простагландинов+

в) массивная протеинурия

г) нарушение гемодинамики

д) снижение почечного кровотока.

**11. Длительность олигурической стадии ОПН**

а) 1 сутки

б) несколько часов

в) 5-11 суток

г) 10-20 суток

д) более 20 суток+.

**12. К стадиям острой почечной недостаточности относят:**

а) начальная

б) олигурическая

в) восстановления диуреза

г) полного восстановления

д) все перечисленное верно+.

**13. Уровень мочевины, при котором проводят гемодиализ**

а) 10 ммоль/л

б) 15 ммоль/л

в) 18 ммоль/л

г) 21 ммоль/л

д) 24 ммоль/л+.

**Вариант 3.ИД-3ОПК-6,ИД-3ПК-1,ПК-2**

**1. При лечении хронического гломерулонефрита**

а) из всех стероидных форм предпочтительнее метилпреднизолон

б) цитостатики применяются в любом случае

в) цитостатики часто ухудшают функцию почек+

г) экстракорпоральные методы очищения имеют вспомогательное значение.

**2. Какие признаки позволяют отличить рак почки от гематурического ХПН?**

а) тотальная безболевая гематурия в сочетании с лихорадкой

б) увеличение СОЭ и эритроцитоз+

в) гипотония

г) селективная протеинурия

д) низкий удельный вес мочи.

**3. Признаки, характерные для уремического перикардита**

а) повышение температуры тела

б) боли в области сердца

в) шум трения перикарда

г) тахикардия

д) накопление геморрагической жидкости в полости перикарда+.

**4. Уровень клубочковой фильтрации, характерный для консервативной стадии ХПН**

а) 60 мл/мин

б) 40 мл/мин

в) 30 мл/мин

г) 20 мл/мин

д) 15 мл/мин+.

**5. Какие антибиотики целесообразно назначать при ХПН?**

а) тетрациклин+

б) пенициллин

в) оксациллин

г) гентамицин

д) стрептомицин.

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

а) белков (мясо, рыба)

б) жиров (сливочное, растительное масло)

в) молочных продуктов

г) овощей, фруктов+.

**7. Преренальная анурия встречается**

а) при сердечной недостаточности

б) при отравлении ядами и лекарственными препаратами

в) при обильных кровопотерях

г) правильно а) и б)

Д) правильно а) и в) +.

**8. Субренальная анурия встречается**

а) при обтурации обоих мочеточников

б) при случайной перевязке мочеточников

в) при аденоме предстательной железы

г) правильно а) и в).

Д) правильно а) и б)+.

**9. Наиболее частая причина ОПН**

а) воспаление

б) ишемия

в) уменьшение объема внеклеточной жидкости

г) уменьшение сердечного выброса+

д) вазодилатация.

**10. Признаки острого тромбоза почечных вен**

а) повышение температуры

б) боли в пояснице

в) диспепсические расстройства

г) почка уменьшена в размерах

д) почка увеличена в размерах+.

**11. К стадиям острой почечной недостаточности относят:**

а) начальная

б) олигурическая

в) восстановления диуреза

г) полного восстановления

д) все перечисленное верно+.

**12. Признаки, характерные для олигурической стадии ОПН**

а) анорексия

б) вздутие кишечника

в) гиперкалиемия+

г) гипокалиемия

д) азотемия.

**13. Уровень клубочковой фильтрации, характерный для терминальной стадии хронической почечной недостаточности:**

а) 40 мл/мин

б) 30 мл/мин

в) 20 мл/мин

г) 15 мл/мин

д) 5 мл/мин+.

**Контрольная работа 1.ИД-3ОПК-5,ИД-3ПК-1**

1. Методы диагностики острой почечной недостаточности

2.Этиология острой почечной недостаточности

3.Патогенез острой почечной недостаточности

4.Виды анурии в зависимости от этиологии

5.Химические соединения и антибиотики, обладающие нефротоксическим действием

6.Симптоматика и клиническое течение острой почечной недостаточности

7. Методы диагностики хронической почечной недостаточности

8.Лечение олигоанурической стадии ОПН

9.Лечение в полиурической стадии ОПН

10. Этиология и патогенез хронической почечной недостаточности

11.Симптоматика и клиническое течение хронической почечной недостаточности

12.Принципы лечебной тактики при хронической почечной недостаточности

13Лечение ХПН в зависимости от стадии процесса

14. Перитонеальный диализ: методика выполнения, показания и противопоказания.

**Контрольная работа 2. ИД-3ПК-1,ИД-3ОПК-5**

1. Методы диагностики хронической почечной недостаточности

2.Этиология хронической почечной недостаточности

3.Патогенез острой почечной недостаточности

4. Какие стадии известны при хронической почечной недостаточности

5.Химические соединения и антибиотики, обладающие нефротоксическим действием

6. Роль обменных нарушений в развитии ХПН

7. Методы диагностики хронической почечной недостаточности

8. Гемодиализ: история, создания метода, значение для современной медицины

9. Гемодиализ: методика проведения, показания и противопоказани.

10. Этиология и патогенез хронической почечной недостаточности

11.Симптоматика и клиническое течение хронической почечной недостаточности

12.Принципы лечебной тактики при хронической почечной недостаточности

13. Трансплантация почки: этические, медицинские и юридические аспекты.

14. Трансплантация почки: методика выполнения, показания и противопоказания.

 **Собеседование ( перечень вопросов ) ИД-3ПК-1,ИД-3ОПК-5**

 **Модуль 1.**

1.Этиология и патогенез ОПН

2.Клиника и диагностика ОПН

3.Лечение ОПН по стадиям

4. Гемодиализ: методика проведения, показания

 **Модуль 2**

1.Этиология и патогенез ХПН

2.Клиника и диагностика ХПН

3.Влияние урологических заболевания на развитие ХПН

4.Консервативное лечение ХПН

5.Перитонеальный диализ: методика выполнения и показания.

 **Рефереты:ИД-1ОПК-7,ИД-3ПК-1**

1.Причины развития острой почечной недостаточности, клиника, диагностика, стадии.

2.Хроническая почечная недостаточность: причины развития, клиника, классификация.

3.Особенности терапии ХПН в зависимости от стадии процесса

4.Особенности лечения ОПН.

5.Гемодиализ: история создания метода, значение для современной медицины.

6.Перитонеальный диализ: история создания, методика, показания и противопоказания.

7.Трансплантация почки: этические, медицинские и юридические аспекты, значение достижений фармакологии в решении проблемы.

8.Особенности хирургической техники трансплантации почек

**Ситуационные задачи:**

**Задача №1.**

У больной 13 лет имеются признаки почечной недостаточности:

слабость, сухость во рту, жажда. При пальпации в подреберьях определяются безболезненные, бугристые образования. Проба Зимницкого - гипоизостенурия. Биохимический анализ крови выявил высокий уровень азотемических показателей. На обзорной урограмме – контуры почек неровные, размеры их увеличены.

Ваш диагноз? Необходимые диагностические мероприятия? Какова лечебная тактика? Перечислите меры вторичной профилактики.

**Задача №2.**

В приемное отделение доставлен пострадавший К., 45 лет. Левая нога пострадавшего в течение 4-х часов была сдавлена строительной балкой. Имеются множественные переломы голени, бедренной кости, пульсация периферических артерий на стопе отсутствует, конечность синюшно-багрового цвета. Произведена ампутация нижней конечности на уровне средней трети бедра. В послеоперационном периоде в течение 2-х суток – прогрессивное уменьшение суточного диуреза (800 мл, 200 мл), повышение мочевины крови до 28,5 ммоль/л, креатинина до 0,9 ммоль/л, калия до 6,8 ммоль/л, свободный миоглобин в крови, моча цвета мясных помоев. Ваш диагноз? Какова лечебная тактика? Механизм развития осложнения?

**Задача №3.**

В клинику поступила женщина, 25-ти лет, в тяжелом состоянии. Трое суток назад ей произведен аборт во внебольничных условиях. После аборта поднялась температура тела до 38, был озноб, выделения из влагалища с неприятным запахом. У больной нет мочи в течение 1,5 суток. Состояние тяжелое. Кожные покровы и видимые слизистые бледной окраски. Язык сухой. АД- 95 мм. РТ. ст. Пульс – 101 в минуту, ритмичный, слабого наполнения. Мочевой пузырь не пальпируется. Введен катетер в мочевой пузырь – мочи не получено. Мочевина сыворотки крови – 26 ммоль, креатинин – 0,65 ммоль/л.

Диагноз? Лечение?

**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 – 4,9Х10 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.** 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?

**Ответы на ситуационные задачи**

**Ответ на задачу №1:** Поликистоз почек - врожденное заболевание, наследуемое по доминантному типу. Пальпируемые образования являются почками. Наличие двустороннего увеличения почек с неровной поверхностью, признаки артериальной гипертензии, хронического пиелонефрита и почечной недостаточности позволяют предположить у больной поликистоза почек 3 стадии. Для уточнения диагноза показано: УЗИ, МСКТ, сцинтиграфия почек. Показано проведение антибактериальной, гипотензивной и дезинтоксикационной терапии, назначение средств улучшающих микроциркуляцию, молочно-растительная диета, слабительные. При нагноении кист - операция: игнипунктура. Диета, постоянный прием уроантисептиков, средств, улучшающих кровообращение, гипотензивных препаратов.

**Ответ на задачу №2:** Диагноз: Синдром длительного раздавливания, состояние после ампутации левого бедра, ОПН (фаза олигоанурии).

**Ответ на задачу №3:** Криминальный септический аборт, острая почечная недостаточность. Лечение в реанимационном отделении: гемодиализ, инфузионная и дезинтоксикационная терапия, лазикс, плазмаферез, антибактериальная терапия и др.

**Ответ на задачу №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.

**Ответ на задачу №5.** 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.

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

**ШАБЛОН БИЛЕТА ИЛИ ДРУГОГО ОЦЕНОЧНОГО СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

 ФГБОУ ВО ДГМУ Кафедра \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Минздрава России Специальность (направление)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Дисциплина

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № \_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Утвержден на заседании кафедры, протокол от «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. № \_\_\_

Заведующий кафедрой:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *ФИО, ученая степень, ученое звание, должность подпись*

Составители:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *ФИО, ученая степень, ученое звание, должность подпись*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *ФИО, ученая степень, ученое звание, должность подпись*

*«\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г*