

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«Национальный исследовательский ядерный университет «МИФИ»
Обнинский институт атомной энергетики –
филиал федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования
«Национальный исследовательский ядерный университет «МИФИ»
(ИАТЭ НИЯУ МИФИ)

Утверждено на заседании
УМС ИАТЭ НИЯУ МИФИ
протокол от 24.04.2023 № 4-4/2023

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
по дисциплине

Б1.Б.01 УРОЛОГИЯ

название дисциплины

для ординаторов специальности

31.08.68 Урология

Форма обучения: очная

г. Обнинск 2023 г.

Область применения

Фонд оценочных средств (ФОС) – является обязательным приложением к рабочей программе дисциплины и обеспечивает проверку освоения планируемых результатов обучения (компетенций и их индикаторов) посредством мероприятий текущей и промежуточной аттестации по дисциплине.

Цели и задачи фонда оценочных средств

Целью Фонда оценочных средств является установление соответствия уровня подготовки обучающихся требованиям федерального государственного образовательного стандарта.

Для достижения поставленной цели Фондом оценочных средств по дисциплине решаются следующие задачи:

- контроль и управление процессом приобретения обучающимися знаний, умений и навыков предусмотренных в рамках данной дисциплины;
- контроль и оценка степени освоения компетенций предусмотренных в рамках данной дисциплины;
- обеспечение соответствия результатов обучения задачам будущей профессиональной деятельности через совершенствование традиционных и внедрение инновационных методов обучения в образовательный процесс в рамках данной дисциплины.

1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине, соотнесенных с планируемыми результатами освоения образовательной программы

В результате освоения ОП специалитета обучающийся должен овладеть следующими результатами обучения по дисциплине:

<i>Коды компетенций</i>	<i>Наименование компетенции</i>	<i>Код и наименование индикатора достижения компетенции</i>
ОПК-4	Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза	<p>З-ОПК-4 Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - современные диагностические инструментальные методы обследования больного урологического профиля включая методы функциональной, лучевой, ультразвуковой, радионуклидной диагностики и эндоскопии; - диагностические возможности инструментальных методов обследования больного урологического профиля; - медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Урология»; - стандарт оснащения кабинета уролога и отделения урологии; - основные медицинские изделия, предусмотренные порядками оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Урология»; - показания для направления пациента урологического профиля на инструментальные исследования и функциональную диагностику; - приемы физикального обследования пациента урологического профиля с использованием медицинских изделий, предусмотренных порядками и с учетом стандартов оказания медицинской помощи. <p>У-ОПК-4 Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи пациентам урологического профиля; - определять необходимый объем и содержание инструментальной и функциональной диагностики пациентам урологического профиля, с целью установления диагноза; - интерпретировать результаты наиболее распространенных методов функциональной и инструментальной диагностики в сфере урологии; <p>В-ОПК-4 Владеть навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> - пользования простейшими медицинскими изделиями (стетофонендоскоп; измеритель

		артериального давления, сфигмоманометр, пульсоксиметр; весы-ростомер; сантиметровая лента; неврологический молоточек; скальпель; пинцет и другие изделия); - интерпретации результатов наиболее распространенных методов функциональной и инструментальной диагностики.
ОПК-6	Способен организовывать 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	З-ОПК-6 Знать: - совокупность мероприятий общего ухода за больными пациентам урологического профиля; - признаки клинической и биологической смерти; - показания для госпитализации пациента при наиболее распространенных травмах и заболеваниях мочевыделительной системы, протекающих в типичной форме; У-ОПК-6 Уметь: - организовать уход за больными урологического профиля при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях; - определить необходимость госпитализации пациента урологического профиля; - обеспечить организацию работы в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения; В-ОПК-6 Владеть навыками: - общего медицинского ухода за больными урологического профиля; - оказания первой помощи при травмах и заболеваниях мочевыделительной системы; - принятия врачебных решений при неотложных состояниях на догоспитальном этапе в т.ч. в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения.

1.2. Этапы формирования компетенций в процессе освоения ОП специалитета

Компоненты компетенций, как правило, формируются при изучении нескольких дисциплин, а также в немалой степени в процессе прохождения практик, НИР и во время самостоятельной работы обучающегося. Выполнение и защита ВКР являются видом учебной деятельности, который завершает процесс формирования компетенций.

Этапы формирования компетенции в процессе освоения дисциплины:

- **начальный** этап – на этом этапе формируются знаниевые и инструментальные основы компетенции, осваиваются основные категории, формируются базовые умения. Студент воспроизводит термины, факты, методы, понятия, принципы и правила; решает учебные задачи по образцу;
- **основной** этап – знания, умения, навыки, обеспечивающие формирование компетенции, значительно возрастают, но еще не достигают итоговых значений. На этом этапе студент осваивает аналитические действия с предметными знаниями по дисциплине, способен самостоятельно решать учебные задачи, внося коррективы в алгоритм действий, осуществляя коррекцию в ходе работы, переносит знания и умения на новые условия;
- **завершающий** этап – на этом этапе студент достигает итоговых показателей по заявленной компетенции, то есть осваивает весь необходимый объем знаний, овладевает всеми умениями и

навыками в сфере заявленной компетенции. Он способен использовать эти знания, умения, навыки при решении задач повышенной сложности и в нестандартных условиях.

Этапы формирования компетенций в ходе освоения дисциплины отражаются в тематическом плане (см. РПД).

1.3. Связь между формируемыми компетенциями и формами контроля их освоения

№ п/п	Контролируемые разделы дисциплины (результаты по разделам)	Код контролируемой компетенции (или её части) / и ее формулировка	Наименование оценочного средства
1.1.	Урология как медицинская наука.	<p>ОПК-4 - Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза</p> <p>ОПК-6 - Способен организовывать 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</p>	<ul style="list-style-type: none"> - доклад с презентацией - реферат - академическая история болезни
1.2	Симптоматика и семиотика урологических заболеваний. Методы диагностики в урологии. Лабораторные, рентгенологическое, радиоизотопные, ультразвуковые методы диагностики в урологии.	<p>ОПК-4 - Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза</p> <p>ОПК-6 - Способен организовывать 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</p>	<ul style="list-style-type: none"> - собеседование (устный опрос) - тестирование на компьютере - кейс-задача - доклад с презентацией - реферат - академическая история болезни
1.3	Аномалии развития мочеполовых органов.	<p>ОПК-4 - Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза</p> <p>ОПК-6 - Способен организовывать 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</p>	<ul style="list-style-type: none"> - собеседование (устный опрос) - тестирование на компьютере - кейс-задача - доклад с презентацией - реферат - академическая история болезни
1.4.	Воспалительные	ОПК-4 - Способен применять медицинские	- собеседование

	заболевания мочеполовой системы.	изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза ОПК-6 - Способен организовывать 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	(устный опрос) - тестирование на компьютере - кейс-задача - доклад с презентацией - реферат - академическая история болезни
1.5.	Мочекаменная болезнь	ОПК-4 - Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза ОПК-6 - Способен организовывать 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	- собеседование (устный опрос) - тестирование на компьютере - кейс-задача - доклад с презентацией - реферат - академическая история болезни
1.6.	Основы онкоурологии. Аденома и рак предстательной железы. Опухоли наружных половых органов.	ОПК-4 - Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза ОПК-6 - Способен организовывать 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	- собеседование (устный опрос) - тестирование на компьютере - кейс-задача - доклад с презентацией - реферат - академическая история болезни
1.7.	Опухоли почек, мочевого пузыря.	ОПК-4 - Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза ОПК-6 - Способен организовывать 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	- собеседование (устный опрос) - тестирование на компьютере - кейс-задача - доклад с презентацией - реферат - академическая история болезни
1.8.	Травма мочеполовой системы.	ОПК-4 - Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также	- собеседование (устный опрос) - тестирование на

		<p>проводить обследования пациента с целью установления диагноза</p> <p>ОПК-6 - Способен организовывать 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</p>	<p>компьютере</p> <ul style="list-style-type: none"> - кейс-задача - доклад с презентацией - реферат - академическая история болезни
1.9.	Вопросы неотложной урологии.	<p>ОПК-4 - Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза</p> <p>ОПК-6 - Способен организовывать 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</p>	<ul style="list-style-type: none"> - собеседование (устный опрос) - тестирование на компьютере - кейс-задача - доклад с презентацией - реферат - академическая история болезни
1.10.	Острая и хроническая почечная недостаточность. Эфферентные методы детоксикации в урологии. Гемодиализ. Пересадка почки.	<p>ОПК-4 - Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза</p> <p>ОПК-6 - Способен организовывать 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</p>	<ul style="list-style-type: none"> - собеседование (устный опрос) - тестирование на компьютере - кейс-задача - доклад с презентацией - реферат - академическая история болезни
Промежуточная аттестация, VIII семестр			
	Зачет	<p>ОПК-4 - Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза</p> <p>ОПК-6 - Способен организовывать 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</p>	<ul style="list-style-type: none"> - собеседование (устный опрос) - тестирование на компьютере - кейс-задача

2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания

Конечными результатами освоения программы дисциплины являются сформированные когнитивные дескрипторы «знать», «уметь», «владеть», расписанные по отдельным компетенциям, которые приведены в п.1.1. Формирование этих дескрипторов происходит в процессе изучения дисциплины по этапам в рамках различного вида учебных занятий и самостоятельной работы.

Выделяются три уровня сформированности компетенций на каждом этапе: пороговый, продвинутый и высокий.

Уровни	Содержательное описание уровня	Основные признаки выделения уровня	БРС, % освоения	ECTS/Пятибалльная шкала для оценки экзамена/зачета
<p>Высокий Все виды компетенций сформированы на высоком уровне в соответствии с целями и задачами дисциплины</p>	<p>Творческая деятельность</p>	<p><i>Включает нижестоящий уровень.</i> Студент демонстрирует свободное обладание компетенциями, способен применить их в нестандартных ситуациях: показывает умение самостоятельно принимать решение, решать проблему/задачу теоретического или прикладного характера на основе изученных методов, приемов, технологий</p>	<p>90-100</p>	<p>A/ Отлично/ Зачтено</p>
<p>Продвинутый Все виды компетенций сформированы на продвинутом уровне в соответствии с целями и задачами дисциплины</p>	<p>Применение знаний и умений в более широких контекстах учебной и профессиональной деятельности, нежели по образцу, большей долей самостоятельности и инициативы</p>	<p><i>Включает нижестоящий уровень.</i> Студент может доказать владение компетенциями: демонстрирует способность собирать, систематизировать, анализировать и грамотно использовать информацию из самостоятельно найденных теоретических источников и иллюстрировать ими теоретические положения или обосновывать практику</p>	<p>85-89</p>	<p>B/ Очень хорошо/ Зачтено</p>
			<p>75-84</p>	<p>C/ Хорошо/ Зачтено</p>

		применения.		
Пороговый <i>Все виды компетенций сформированы на пороговом уровне</i>	Репродуктивная деятельность	Студент демонстрирует владение компетенциями в стандартных ситуациях: излагает в пределах задач курса теоретически и практически контролируемый материал.	65-74	D/Удовлетворительно/ Зачтено
			60-64	E/Посредственно /Зачтено
Ниже порогового	Отсутствие признаков порогового уровня: компетенции не сформированы. Студент не в состоянии продемонстрировать обладание компетенциями в стандартных ситуациях.		0-59	Неудовлетворительно/ Зачтено

Оценивание результатов обучения студентов по дисциплине осуществляется по регламенту текущего контроля и промежуточной аттестации.

Критерии оценивания компетенций на каждом этапе изучения дисциплины для каждого вида оценочного средства и приводятся в п. 4 ФОС. Итоговый уровень сформированности компетенции при изучении дисциплины определяется по таблице. При этом следует понимать, что граница между уровнями для конкретных результатов освоения образовательной программы может смещаться.

Уровень сформированности компетенции	Текущий контроль	Промежуточная аттестация
высокий	высокий	высокий
	<i>продвинутый</i>	<i>высокий</i>
	<i>высокий</i>	<i>продвинутый</i>
продвинутый	<i>пороговый</i>	<i>высокий</i>
	<i>высокий</i>	<i>пороговый</i>
	продвинутый	продвинутый
	<i>продвинутый</i>	<i>пороговый</i>
пороговый	<i>пороговый</i>	<i>продвинутый</i>
	пороговый	пороговый
ниже порогового	пороговый	ниже порогового
	ниже порогового	-

3. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций

Вид контроля	Этап рейтинговой системы / Оценочное средство	Балл*	
		Минимум	Максимум
Текущий	Контрольная точка № 1 (КТ № 1)	0	30

	собеседование (устный опрос)	0	15
	тестирование на компьютере	0	5
	решение ситуационных задач (кейс-задача)	0	10
	Контрольная точка № 2 (КТ № 2)	0	30
	Написание академической истории болезни	0	15
	Доклад с мультимедиа презентацией	0	10
	Реферат	0	5
Промежуточный	зачет	0	40
Итоговый балл (при условии положительной аттестации освоения дисциплины)		60	100

*-примечание: абсолютная величина суммарного балла по результатам применения оценочного средства рассчитывается по формуле «балл» = средняя оценка примененного оценочного средства по 100-балльной шкале умноженное на максимальное значение в баллах для данного средства разделенное на 100, при условии округления результата до целочисленного.

Система и критерии оценки знаний обучающихся соответствует п. 3.4.2. СМК-ПЛ-7.5-06 «Положения о кредитно-модульной системе НИЯУ МИФИ».

Для контроля и оценивания качества знаний студентов применяются пятибалльная (русская), сто-балльная и европейская (ECTS) системы оценки качества обучения студентов. Связь между указанными системами приведена в таблице.

Сумма баллов	Оценка по 4-х балльной шкале	Зачет	Оценка (ECTS)	Градация
90 - 100	5(отлично)	зачтено	A	отлично
85 - 89	4 (хорошо)		B	очень хорошо
75 - 84			C	хорошо
70 - 74			D	удовлетворительно
65 - 69	3(удовлетворительно)		E	посредственно
60 - 64				
Ниже 60	2(неудовлетворительно)	не зачтено	F	неудовлетворительно

В итоговую сумму баллов входят результаты аттестации разделов дисциплины и итоговой формы аттестации (зачет/экзамен). Максимальный итоговый балл всегда равен 100.

Максимальный балл за экзамен (зачет) устанавливается в интервале от 0 до 40. Разделы дисциплины оцениваются по многобалльной шкале оценок в соответствии с утвержденной структурой дисциплины.

Студент считается аттестованным по разделу, зачету или экзамену, если он набрал не менее 60% от максимального балла, предусмотренного рабочей программой.

4. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков

4.1. Вопросы к собеседованию (устному опросу)

Тема 1. Симптоматика и семиотика урологических заболеваний. Лабораторные, рентгенологические, радиоизотопные, ультразвуковые методы диагностики в урологии. Аномалии развития мочеполовых органов.

1. Интерпретация боли при урологических заболеваниях.
2. Характеристика расстройств мочеиспускания в урологии.
3. Количественные изменения мочи.
4. Качественные характеристики мочи.
5. Патогенез почечной колики.
6. Виды анурии и причины ее возникновения. Понятие ишурии.
7. Острая задержка мочеиспускания: диагностика, первая помощь, лечение.
8. Гематурия: виды, диагностика.
9. Роль инструментальных методов исследования в диагностике урологически заболеваний.
10. Катетеризация мочевого пузыря при дифференциальной диагностике анурии и ишурии.
11. Клиническое значение цистоскопии и хромоцистоскопии.
12. Диагностическая и лечебная катетеризация мочеточников.
13. Значение обзорной рентгенографии мочевой системы при заболеваниях органов мочеполовой системы.
14. Рентгеноконтрастные вещества в урологии.
15. Экскреторная урография и ее модификации.
16. Методика выполнения ретроградной пиелографии.
17. Диагностическое значение обзорной аортографии.
18. Цистография в урологической практике.
19. Ультразвуковая диагностика в урологии.
20. Радиоизотопные методы исследования.
21. Компьютерная томография и ядерно-магнитный резонанс в современной урологической практике.

Тема 2. Почечная недостаточность. Эфферентные методы детоксикации в урологии. Гемодиализ. Пересадка почки

1. Клиническая характеристика боли при воспалительных заболеваниях мочеполовой системы.
2. Качественные характеристики мочи при воспалении почки.
3. Этиология и патогенез острого пиелонефрита.
4. Пути проникновения инфекции в почку при пиелонефрите.
5. Роль нарушений внутриорганного кровообращения и оттока мочи в развитии острого воспаления почки.
6. Клиника острого пиелонефрита.
7. Причины вторичного острого пиелонефрита.
8. Хромоцистоскопия и ее диагностическая ценность при пиелонефрите.
9. Катетеризация (диагностическая и лечебная) мочеточников при пиелонефрите.
10. Обзорная и экскреторная урография при заболеваниях органов мочеполовой системы.
11. Ультразвуковая характеристика почек в диагностике пиелонефрита.
12. Рентгенологические признаки хронического пиелонефрита.
13. Преднизолоновый тест и его диагностическое значение.
14. Лечение острого и хронического пиелонефрита.
15. Бактериемический шок: диагностика, лечение.

Тема 3. Мочекаменная болезнь. Травмы мочеполовых органов. Неотложные состояния в урологии.

1. Влияние климата и условий питания на камнеобразование.
2. Роль хронического пиелонефрита в камнеобразовании.
3. Классификация камней по химическому составу.
4. Этиология и патогенез уrolитиаза.
5. Характер гематурии при почечнокаменной болезни.
5. Хромоцистоскопия в диагностике нефролитиаза.
6. Методы распознавания рентгеноотрицательного конкремента.
7. Цель ангиографии при коралловидных камнях почек.
8. Дифференциальный диагноз почечной колики с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости.
9. Лабораторная диагностика камней мочеполовой системы.
10. Клиника почечной колики.
11. Катетеризация (диагностическая и лечебная) мочеточников при мочекаменной болезни различной локализации.
12. Обзорная, экскреторная и ретроградная урография при уrolитиазе.

13. Ультразвуковая характеристика почек в диагностике камней мочевой системы.
14. Лечение почечной колики.
15. Показания к инструментальному удалению камней мочеточников.
16. Консервативные методы воздействия на рН мочи.
17. Литолиз, литолитические препараты.
18. Дистанционная литотрипсия при уролитиазе.
19. оперативное лечение камней мочеполовой системы.
20. Профилактика мочекаменной болезни.

Тема 4. Основы онкоурологии. Опухоли почек, мочевого пузыря.

1. Этиология и морфогенез опухолей почек и простаты.
2. Метастазирование при раке почки и предстательной железы.
3. Классификация опухолей почек, мочевого пузыря.
4. Изменения в верхних и нижних мочевых путях при инфравезикальной обструкции.
5. Ренальные и экстраренальные симптомы рака почки.
6. Характер гематурии при опухолях почки и мочевого пузыря.
5. Хромоцистоскопия в диагностике рака почки.
6. Методы распознавания опухолей мочеполовых органов.
7. Диагностическая эффективность ангиографии при опухолеподобных образованиях почек.
8. Дифференциальная морфофункциональная характеристика доброкачественных и злокачественных опухолей почек и мочевого пузыря.
9. Лабораторная диагностика опухолей мочеполовой системы.
10. Катетеризация (диагностическая и лечебная) мочеточников при гематурии неясной этиологии.
11. Обзорная, экскреторная и ретроградная урография в диагностике опухолей почек, мочевого пузыря, простаты.
13. Ультразвуковые признаки объемных образований мочеполовых органов.
14. Ангиографические критерии опухолевого роста.
15. Консервативная терапия в онкоурологии.
16. Оперативное лечение опухолей почек (показания, противопоказания).

Тема 5. Опухоли предстательной железы и наружных половых органов. Воспалительные заболевания мочеполовых органов. Гидронефроз. Основы андрологии и амбулаторной урологии.

1. Этиология почечной недостаточности.
2. Патогенез почечной недостаточности в зависимости от этиологии.
3. Классификация острой и хронической почечной недостаточности.
4. Особенности клинической симптоматики острой и хронической почечной недостаточности.
5. Способы диагностики почечной недостаточности.
6. Динамика показателей эндогенной интоксикации при функционально-морфологических изменениях почек.
7. Методы диагностики почечной недостаточности, как осложнения хирургических, урологических и гинекологических заболеваний.
8. Дифференциальный диагноз хирургических заболеваний органов брюшной полости при синдроме эндогенной интоксикации.
9. Клиника острой и хронической почечной недостаточности.
10. Рентгенологическая, радиоизотопная диагностика почечной недостаточности.
11. Лечение острых экзогенных отравлений.
12. Инфузионная терапия эндогенной интоксикации у урологических и хирургических больных.
13. Показания к проведению острого и хронического гемодиализа.
14. Активная детоксикация в урологической практике.
15. Осложнения гемодиализа.

Критерии оценивания компетенций (результатов):

Оценка « **отлично** » выставляется студенту, который:

1. Свободно владеет материалом по всем разделам дисциплины, излагает его на высоком научнометодическом уровне, используя материалы обязательной и дополнительной литературы.
2. Четко представляет взаимосвязи патологических процессов, развивающихся на различных участках организма человека, способен произвести анализ патологического процесса на уровне целостного органа.
3. Умеет творчески иллюстрировать теоретические положения соответствующими примерами, демонстрирующими практическую значимость полученных знаний.
4. Умеет правильно решать типовые задачи, владеет практическими навыками (в пределах программы).

5. В ответе может допустить одну, две неточности при освещении второстепенных вопросов, которые легко исправляет после замечаний преподавателя.

Оценка « **хорошо** » – выставляется студенту, который:

1. Свободно владеет материалом по всем разделам дисциплины, при этом полностью раскрывает содержание материала в объеме предусмотренном программой, используя материалы обязательной литературы по предмету.
2. Излагает материал грамотным языком, владеет терминологией и символикой травматологии и ортопедии.
3. Четко представляет взаимосвязи патогенеза травмы или болезни с клиникой.
4. Умеет правильно решать типовые задачи, интерпретировать данные физикального и инструментального обследования.
5. В изложении материала допускаются небольшие пробелы, которые исправляет самостоятельно после дополнительных вопросов.

Оценка « **удовлетворительно** » выставляется студенту, который:

1. Владеет материалом в объеме учебной литературы, обладает достаточными для продолжения обучения и предстоящей практической деятельности знаниями.
2. Овладел методическими вопросами, рассматриваемыми по курсу дисциплины.
3. Умеет в целом правильно решать типовые задачи, интерпретировать результаты инструментального обследования больного.
4. Материал излагает логически непоследовательно, в ответе допускает ряд неточностей и ошибок, в исправлении которых испытывает затруднения после дополнительных наводящих вопросов.

Оценка « **неудовлетворительно** » – выставляется студенту, который:

1. Обнаруживает пробелы в знаниях основного учебного программного материала, допускает принципиальные ошибки в ответе и при выполнении предусмотренных программой заданий.
2. Не владеет методологическими вопросами, рассматриваемыми в рамках курса дисциплины.
3. Плохо знает специальную терминологию.
4. Не умеет правильно оценить результаты лабораторных исследований.

Описание шкалы оценивания: 4х балльная: отлично, хорошо, удовлетворительно, неудовлетворительно. Пересчет шкалы в 100 балльную осуществляется в соответствии соответствует п. 3.4.2. СМК-ПЛ-7.5-06 «Положения о кредитно-модульной системе НИЯУ МИФИ».

4.2. Вопросы к тестированию по дисциплине

001. Больная 37 лет в течение 2 лет страдает артериальной гипертензией: АД – 180/110 мм рт. ст. При обследовании заподозрен вазоренальный характер гипертензии с поражением артерии правой почки. Для уточнения диагноза предполагается выполнение почечной ангиографии. Ваша лечебная тактика в случае выявления стеноза почечной артерии:

- 1) срочная операция – пластика почечной артерии
- 2) баллонная дилатация стеноза почечной артерии
- 3) срочная операция – нефрэктомия со стороны стеноза
- 4) ничего не делать
- 5) консервативная гипотензивная терапия

002. 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. При физикальном обследовании в правой половине живота определяется гладкое, подвижное, смещаемое в подреберье, умеренно болезненное образование, нижний край которого располагается на уровне верхней передней ости подвздошной кости. Предположительный диагноз:

- 1) опухоль восходящего отдела толстой кишки
- 2) водянка желчного пузыря
- 3) нефроптоз справа
- 4) киста яичника

5) поясничная дистопия почки

003. У больной 38 лет артериальная гипертензия: АД – 180/110 мм рт. ст. Во время беременности в 22-летнем возрасте перенесла острый пиелонефрит справа, который в последующем неоднократно обострялся, по поводу чего лечилась стационарно. В последние 5 лет обострения прекратились, но оставалась хроническая инфекция мочевых путей. Наблюдается урологом по поводу хронического пиелонефрита справа. Два года назад появилась артериальная гипертензия с постепенно прогрессирующим возрастанием цифр артериального давления, которые к настоящему времени стабилизировались. При обследовании обнаружена нефункционирующая сморщенная правая почка. Функция левой почки удовлетворительная. Какой вид лечения Вы предложите больной?

- 1) симптоматическое
- 2) санаторно-курортное
- 3) нефрэктомия справа
- 4) баллонная дилатация почечной артерии справа
- 5) реваскуляризация правой почки

004. У больной с камнем нижней трети правого мочеточника в течение последнего года отмечаются 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 ballotирующее. По данным радиоизотопного и рентгенологического методов обследования, функция левой почки удовлетворительная, справа – отсутствует. Каков Ваш диагноз?

- 1) солитарная киста почки
- 2) туберкулез почки
- 3) гидронефроз справа
- 4) поликистоз почек
- 5) аденокарцинома почки

005. У больного имеется подозрение на гидронефротическую трансформацию единственной левой почки. При биохимическом исследовании крови уровень мочевины составляет 19,5 ммоль/л, уровень креатина – 0,467 ммоль/л. Какой из перечисленных методов позволит немедленно верифицировать диагноз?

- 1) радиоизотопная ренография
- 2) обзорная урография
- 3) ультразвуковое исследование
- 4) экскреторная урография
- 5) ретроградная уретеропиелогграфия

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

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

007. Какие из приведенных ниже заболеваний могут способствовать развитию гидронефротической трансформации: а) эпидиморхит; б) болезнь Ормонда; в) мочекаменная болезнь; г) опухоли матки и придатков; д) поликистоз почек? Выберите правильную комбинацию ответов:

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

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

- 1) аденокарцинома почки
- 2) поликистоз почек
- 3) пиелонефроз
- 4) гидронефротическая трансформация
- 5) сморщенная почка

009. В клинику в состоянии шока (АД – 70/40 мм рт. ст., тахикардия до 120 уд./мин, 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 справа тень почки и изображение контуров поясничной мышцы отсутствуют, визуализируется перелом XI и XII ребер. Какое исследование Вы выберете для уточнения диагноза?

- 1) цистоскопия
- 2) уретерография
- 3) УЗИ
- 4) биохимическое исследование крови
- 5) цистография

010. Какое сочетание признаков характерно для мочекаменного нефролитиаза: а) наличие рентгеногемативного камня почки; б) резко щелочная реакция мочи; в) кислая реакция мочи; г) гиперурикемия; д) фосфатурия? Выберите правильную комбинацию признаков:

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

011. При обследовании больной 40 лет, доставленной в приемное отделение больницы бригадой скорой помощи, диагностирован острый пиелонефрит слева, камень левого мочеточника. Какое из нижеперечисленных исследований позволит подтвердить или отвергнуть нарушение пассажа мочи из левой почки?

- 1) катетеризация мочевого пузыря
- 2) обзорная рентгенография
- 3) урофлоуметрия
- 4) хромоцистоскопия
- 5) радиоизотопная нефросцинтиграфия

012. У больного 60 лет, поступившего в экстренном порядке с тотальной безболевым макрогематурией, пальпируется объемное образование в подреберной области слева. Пациент также жалуется на субфебрильную гипертермию в течение 2 месяцев. В анализах крови повышение СОЭ до 50 мм/ч. Предварительный диагноз:

- 1) гепатолиенальный синдром
- 2) опухоль левой почки
- 3) аденома простаты
- 4) гидронефроз слева
- 5) поликистоз почек

013. Больной 60 лет поступил в клинику с тотальной безболевым макрогематурией и жалобами на похудание, периодическое повышение температуры до субфебрильных цифр, боли в левой поясничной области. При физикальном обследовании выявлено варикозное расширение вен левого семенного канатика и левой нижней конечности. Предварительный диагноз:

- 1) туберкулез почек
- 2) мочекаменная болезнь
- 3) портальный цирроз печени
- 4) опухоль почки с инвазией нижней полой вены
- 5) папиллярная опухоль мочеточника

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

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

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

- 1) отслоение нормально расположенной плаценты
- 2) острый холецистит
- 3) острый панкреатит
- 4) острый пиелонефрит беременных
- 5) внематочная беременность

016. У больной 28 лет при вертикальном положении тела около двух лет отмечаются боли в правой половине поясницы, преимущественно во второй половине дня, усиливающиеся при физической нагрузке и постепенно стихающие в положении лежа. В правой половине живота пальпируется гладкое, легко смещаемое в подреберье, умеренно болезненное образование, нижний край которого располагается на уровне верхнепередней ости подвздошной кости. Заподозрен правосторонний нефроптоз. Какой из приведенных методов исследования позволит установить правильный диагноз:

- 1) изотопная ренография
- 2) ультразвуковое исследование
- 3) компьютерная томография
- 4) экскреторная урография в клино- и ортостазе
- 5) обзорный рентгеновский снимок почек и мочевых путей

017. В приемное отделение обратился пациент 34 лет с жалобами на боли в поясничной области с обеих сторон, отсутствие самостоятельного мочеиспускания в течение 8 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 предположительный диагноз:

- 1) секреторная анурия
- 2) экскреторная анурия
- 3) острая задержка мочеиспускания
- 4) хронический пиелонефрит
- 5) хроническая почечная недостаточность

018. Пациент 60 лет поступил в клинику с тотальной безболевым макрогематурией со сгустками на фоне субфебрилитета в течение последних двух месяцев. Какие методы исследования необходимо выполнить в срочном порядке:

- 1) цистоскопию и экскреторную урографию
- 2) хромоцистоскопию и исследование мочи по Нечипоренко
- 3) урофлоуметрию и микроскопию осадка мочи
- 4) катетеризацию мочевого пузыря и микроскопию осадка мочи
- 5) ретроградную уроцистографию и исследование концентрации мочевины крови

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

- 1) радиоизотопную ренографию
- 2) урофлоуметрию
- 3) УЗИ
- 4) хромоцистоскопию
- 5) обзорную и экскреторную урографию

020. Больная 21 года жалуется на боли в левой половине живота при физической нагрузке. Пальпаторно на уровне пупка определяется гладкое, малоподвижное, безболезненное образование. По данным экскреторной урографии, пальпируемое образование – почка, мочеточник которой четко не визуализируется. Правая почка расположена нормально, функция ее удовлетворительная. Какой метод исследования позволит точно установить аномалию почки у больной:

- 1) цистография
- 2) радиоизотопная ренография
- 3) хромоцистоскопия
- 4) почечная ангиография
- 5) УЗИ

021. Какое сочетание методов обследования позволит провести дифференциальный диагноз между нефроптозом и дистопией почки:

а) экскреторная урография; б) ретроградная пиелоуретерография; в) радиоизотопная ренография; г) аортография; д) хромоцистоскопия?

Выберите правильную комбинацию от-ветов:

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

022. У больного 42 лет артериальная гипертензия с цифрами 220/120 мм рт. ст. Заболевание возникло внезапно, выявлено год назад при диспансерном осмотре. Родители больного не страдали артериальной гипертензией. Лечение у терапевта гипотензивными средствами оказалось неэффективным. При выслушивании живота в эпигастрии справа определяется систолический шум. Заподозрена вазоренальная артериальная гипертензия. Какой метод исследования позволит выявить характер поражения почечной артерии и уточнить диагноз:

- 1) радиоизотопная ренография
- 2) УЗИ почек
- 3) исследование глазного дна
- 4) почечная ангиография
- 5) экскреторная урография

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

- 1) опухоль почки
- 2) радикулит
- 3) почечная колика
- 4) паранефрит
- 5) остеохондроз

024. Какое сочетание симптомов характерно для почечной колики, обусловленной камнем мочеточника:

а) возникновение болей после макрогематурии; б) иррадиация болей в паховую область; в) эритроцитурия после стихания болей; г) симптом Ортнера; д) тошнота, рвота?

Выберите правильную комбинацию ответов: 1) а, г ;2) б, в;3) в, г; 4) б, д; 5) а, д

025. У больной 48 лет в течение нескольких месяцев отмечаются микрогематурия, тупые боли в поясничной области. На обзорной урограмме теней конкрементов в проекции верхних мочевых путей не выявлено. По данным серии экскреторных урограмм функция почек сохранена, отмечается некоторое расширение чашечно-лоханочной системы слева и эктазия левого мочеточника до средней трети, где отмечается дефект наполнения округлой формы. При ретроградной катетеризации левого мочеточника катетер встретил на 15 см легко преодолимое препятствие, при прохождении которого из дистального отверстия мочеточникового катетера выделялась кровь, затем выделение прекратилось. При дальнейшем продвижении катетера частыми каплями стала выделяться чистая моча. Ваш диагноз:

- 1) уратный камень мочеточника
- 2) рак паренхимы почки
- 3) папиллярная опухоль мочеточника
- 4) туберкулезное поражение почки и мочеточника
- 5) волчаночный нефрит

026. При осмотре родившегося ребенка врач обнаружил у него дефект передней брюшной стенки ниже пупка с отсутствием передней стенки мочевого пузыря и пролабированием задней его стенки: видны устья мочеточников, из них ритмично поступает моча, выливаясь на кожу лобка и внутреннюю поверхность бедер. Консультация уролога: экстрофия мочевого пузыря, показано оперативное лечение. В какие сроки показана операция:

- 1) в течение первого года жизни ребенка
- 2) в течение 3–5 лет
- 3) в юношеском возрасте
- 4) при появлении менструации или первых половых признаков
- 5) по достижении половой зрелости

027. У больного 58 лет диагностирована аденокарцинома предстательной железы в стадии T1N0M0. Что показано больному:

- 1) назначение курса тестостерона пропионата
- 2) трансуретральная термотерапия
- 3) радикальная простатэктомия с лимфаденэктомией
- 4) трансуретральная инцизия простаты
- 5) эпицистостомия

028. Из вырезителя доставлен больной 36 лет с жалобами на боли в животе и невозможность самостоятельного мочеиспускания. 6 часов назад больной был избит. При обследовании периодически садится. Живот умеренно вздут, болезненный при пальпации, особенно в нижних отделах. Перкуторно в отлогих местах притупление, создается впечатление о наличии жидкости в брюшной полости. Катетер Нелатона № 18 (Ch) свободно проведен в мочевого пузыря – выделилось 100 мл мочи с кро-вью. АД – 120/80 мм рт. ст, пульс – 88 уд./мин, хорошего наполнения, Нв – 140 г/л. Какое исследование Вы выберете для установления диагноза:

- 1) уретерографию
- 2) УЗИ почек и мочевого пузыря
- 3) цистографию в двух проекциях и снимок после опорожнения мочевого пузыря
- 4) биохимическое исследование крови
- 5) ренографию

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

- 1) вульвовагинит
- 2) аднексит
- 3) простая язва мочевого пузыря
- 4) острый цистит
- 5) парацистит

030. Больной 63 лет поступил в стационар с острой задержкой мочи в течение 5 суток. Мочу из мочевого пузыря эвакуировали катетером. В анамнезе в течение 2 лет дневная и ночная поллакиурия. В момент осмотра: температура тела – 38,3С, гнойные выделения из уретры, перкуторно верхняя граница мочевого пузыря на 4 см выше лонного сочленения; ректально: предстательная железа увеличена в размерах в 2,5 раза, тугоэластической консистенции, болезненная. Ваша лечебная тактика:

- 1) трансуретральная резекция предстательной железы
- 2) установка постоянного катетера в мочевого пузыря, двусторонняя вазорезекция
- 3) периодическая катетеризация мочевого пузыря
- 4) одномоментная чреспузырная аденомэктомия
- 5) эпицистостомия

031. У больного 55 лет диагностирована аденокарцинома предстательной железы в стадии T1N0M0. Больному рекомендовано оперативное лечение. Выберите оптимальное оперативное вмешательство:

- 1) билатеральная вазэктомия, эпицистостомия
- 2) одномоментная чреспузырная аденомэктомия
- 3) неотложная трансуретральная электрорезекция предстательной железы
- 4) лазерная комиссуротомия и абляция простаты
- 5) радикальная простатэктомия с лимфаденэктомией

032. Больной 72 лет отмечает интенсивную примесь крови в моче, периодически без болевых ощущений выделяются бесформенные сгустки крови темно-красного цвета. В течение 20 лет работал на химическом заводе, производившем анилиновые красители. Какое заболевание Вы предполагаете:

- 1) хронический интерстициальный цистит
- 2) хронический пиелонефрит, осложненный мочекаменной болезнью
- 3) форникальное кровотечение на фоне венной почечной гипертензии
- 4) опухоль мочевого пузыря
- 5) опухоль лоханки и мочеточника

033. У больного 57 лет гистологически верифицированный субтотальный рак мочевого пузыря в стадии T2N0M0. Какой объем оперативного вмешательства необходимо выполнить больному:

- 1) расширенную трансуретральную электрорезекцию мочевого пузыря
- 2) паллиативную трансуретральную электрорезекцию мочевого пузыря
- 3) цистэктомию с лимфаденэктомией и отведением мочи

- 4) резекцию мочевого пузыря с уретеросигмоанастомозом
- 5) цистэктомия с лимфоаденэктомией и уретероцистоанастомозом

034. У больного 60 лет выявлена доброкачественная гиперплазия предстательной железы III стадии. Жалобы на недержание мочи, жажду, слабость. При УЗИ объем предстательной железы 96 см³, при пальцевом ректальном исследовании предстательная железа значительно увеличена в объеме (в три раза). Остаточной мочи 610 мл. Имеется билатеральный уретеро-гидронефроз, анемия. Мочевина крови – 16 ммоль/л, креатинин – 0,200 ммоль/л. Какую лечебную тактику Вы выберете:

- 1) одномоментная чреспузырная аденомэктомия
- 2) срочная трансуретральная электрорезекция предстательной железы
- 3) лазерная комиссуротомия и абляция простаты
- 4) эпицистостомия
- 5) программный гемодиализ с предварительным созданием артерио-венозной фистулы

035. У больного 58 лет диагностирована аденома предстательной железы I стадии. Объем предстательной железы 29 см³, остаточной мочи нет. Ночная поллакиурия до 1–2 раз, днем мочеиспускание с интервалом в 3–4 часа. Укажите оптимальный вид необходимого лечения:

- 1) медикаментозная консервативная терапия
- 2) одномоментная чреспузырная аденомэктомия
- 3) трансуретральная электрорезекция предстательной железы
- 4) лазерная комиссуротомия и абляция простаты
- 5) позадилобковая аденомэктомия по Миллину

036. Какое сочетание симптомов характерно для перелома полового члена:

- а) подкожная гематома; б) гематурия; в) уретрорагия, г) пролонгированная эрекция; д) боли в половом члене; е) повышение бульбо-кавернозного и кремастерного рефлюксов; ж) деформация полового члена; з) отек крайней плоти?

Выберите правильную комбинацию ответов: 1) б, г, д; 2) а, е, ж; 3) г, д, з; 4) а, д, ж; 5) а, в, е

037. При осмотре наружных половых органов мальчика выявлено, что наружное отверстие уретры расположено в области пенисколотального угла. Какой вид аномалии у ребенка:

- 1) эписпадия
- 2) гипоспадия
- 3) экстрофия мочевого пузыря
- 4) фимоз
- 5) парафимоз

038. Больной 20 лет во время игры в футбол получил удар ногой в промежность. Появилась уретрорагия. 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. Ваш предварительный диагноз:

- 1) разрыв почки
- 2) разрыв мочевого пузыря
- 3) разрыв уретры
- 4) повреждение простаты
- 5) парапроктит

039. Больной 34 лет жалуется на отсутствие самостоятельного мочеиспускания в течение 12 часов, выраженные болезненные позывы к мочеиспусканию, нестерпимые боли в промежности и над лоном. Ранее нарушения мочеиспускания не отмечал. На протяжении 3 лет страдает мочекаменной болезнью, периодически отходят камни до 0,5 см в диаметре. Перкуторно мочевой пузырь на 8 см выше лона. Каков предположительный диагноз:

- 1) доброкачественная опухоль предстательной железы
- 2) острый простатит
- 3) опухоль мочевого пузыря
- 4) камни мочеточника
- 5) камень уретры

040. Больной поступил через 3 месяца после закрытой травмы уретры и перенесенной эпицистостомии для решения вопроса о восстановлении самостоятельного мочеиспускания. При бужировании уретры обнаружено непреодолимое препятствие в перепончатом отделе. При уретерографии в этом же отделе выявлена стриктура протяженностью 1 мм. Выберите оптимальную тактику лечения этого больного:

- 1) бужирование
- 2) катетеризация
- 3) операция по Соловову

- 4) операция по Хольцову
- 5) внутренняя оптическая уретротомия

041. Больной 62 лет в течение двух последних лет отмечает постепенное болезненное увеличение в объеме левой половины мошонки. При осмотре: левая половина мошонки увеличена в объеме в 3 раза, кожа не изменена, пальпаторно тугоэластической консистенции, однородная, безболезненная, яичко с придатком и элементами семенного канатика не дифференцируется. Симптом диафаноскопии положительный. Правая половина мошонки со структурными элементами не изменена. Ваш диагноз:

- 1) мошоночная грыжа слева
- 2) опухоль левого яичка
- 3) лимфедема мошонки
- 4) водянка оболочек левого яичка
- 5) киста придатка левого яичка

042. Больной обратился с жалобами на болезненное увеличение в объеме крайней плоти, невозможность закрытия головки полового члена, возникшие после полового акта. При осмотре: головка полового члена обнажена, отечная, цианотичная. Крайняя плоть багрово-цианотичной окраски, резко отечная, болезненная. Ваш диагноз:

- 1) приапизм
- 2) кавернит
- 3) перелом полового члена
- 4) лимфедема полового члена
- 5) парафимоз

043. Больной 18 лет обратился с жалобами на затрудненное мочеиспускание, раздувание препуциального мешка при мочеиспускании. При осмотре головка полового члена не обнажается вследствие резкого сужения наружного отверстия препуциального мешка. Ваш диагноз:

- 1) острый баланопостит
- 2) стриктура наружного отверстия уретры
- 3) фимоз
- 4) парафимоз
- 5) камень висячего отдела уретры

044. Больной 24 лет обратился с жалобами на эпизодические тупые боли в левой половине мошонки, возникающие после физической нагрузки. Пальпаторно по ходу левого семенного канатика определяется гроздьевидное, как клубок червей, безболезненное эластическое образование, исчезающее в лежачем положении. Ваш диагноз:

- 1) фунгикулит слева
- 2) варикоцеле слева
- 3) туберкулез придатка левого яичка
- 4) перекрут гидатиды Морганьи
- 5) киста левого семенного канатика

045. Из числа нижеперечисленных укажите лечебные манипуляции, не применяемые при купировании приапизма:

- 1) пункция кавернозных тел с аспирацией крови
- 2) перфузия кавернозных тел раствором гепарина
- 3) новокаиновая блокада семенного канатика по Лорин-Эпштейну
- 4) интракавернозное введение раствора адреналина
- 5) кавернозно-спонгиозное шунтирование

Эталонные ответы на тестовые задания

001 – 1	010 – 4	019 – 3	028 – 3	037 – 2
002 – 3	011 – 4	020 – 4	029 – 4	038 – 3
003 – 3	012 – 2	021 – 2	030 – 5	039 – 5
004 – 3	013 – 4	022 – 4	031 – 5	040 – 5
005 – 3	014 – 3	023 – 4	032 – 4	041 – 4
006 – 2	015 – 4	024 – 2	033 – 3	042 – 5
007 – 3	016 – 4	025 – 3	034 – 4	043 – 3
008 – 4	017 – 2	026 – 1	035 – 1	044 – 2
009 – 3	018 – 1	027 – 3	036 – 4	045 – 3

Критерии оценивания компетенций (результатов):

Оценка «отлично» выставляется студенту, ответившему правильно более чем на 90 %

тестовых заданий.

Оценка «хорошо» выставляется студенту, ответившему правильно более чем на 75 % тестовых заданий.

Оценка «удовлетворительно» выставляется студенту, ответившему правильно на 60 % тестовых заданий и более.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется студенту, ответившему правильно менее чем на 60 % тестовых заданий.

Описание шкалы оценивания: 4х балльная: отлично, хорошо, удовлетворительно, неудовлетворительно. Пересчет шкалы в 100 балльную осуществляется в соответствии соответствует п. 3.4.2. СМК-ПЛ-7.5-06 «Положения о кредитно-модульной системе НИЯУ МИФИ».

4.3. Кейс- задания (ситуационные задачи)

Задача 1.

У больного 51 года боли ноющего характера в правой поясничной области в течение трех лет. При обследовании органы грудной клетки и брюшной полости без патологии. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого положителен справа. Предстательная железа не изменена. Анализ мочи: желтая, относительная плотность - 1024, белок - 0,33 г/сут., эритроциты - до 50 в п/зр., лейкоциты - 5 - 6 в п/зр. Реакция мочи в динамике: 4,8, 5,2, 5,1. Постоянно большое количество солей мочевиной кислоты.

Ваше мнение по диагнозу?

Какие методы исследования могут подтвердить или исключить предполагаемый диагноз?

Задача 2.

Больная 42 лет, предъявляет жалобы на ноющую боль в поясничной области справа, повышение температуры до 37,8° С, частые болезненные позывы на мочеиспускание. Неделю назад перенесла лакунарную ангину. Объективно: кожные покровы чистые, тоны сердца ясные, ритм правильный - 86 в 1 мин, АД -125/80 мм рт. ст. Живот мягкий, чувствительный в проекции правой почки. Поко-лачивание по правой поясничной области болезненно. Анализ крови: Нb - 120 г/л, СОЭ - 32 мм/ч, лейкоциты - $10 \cdot 10^9$ /л, лейкоформула не изменена. Анализ мочи: прозрачная, темно-желтая, мутная, удельный вес 1018, эпителий плоский - 7 - 10 в п/зр., лейкоциты - 24 - 26 в п/зр., эритроциты - 1 - 2 в п/зр. Проба Нечипорен-ко: лейкоциты - 14000, эритроциты - 2000 в 1 мл мочи.

Ваше мнение по диагнозу?

Составьте план дообследования больной.

Задача 3.

У больного 25 лет прогрессирующие высокие цифры артериального давления (до 180/110 мм рт. ст.) в течение 5 лет. За год до появления давления перенес травму поясничной области. Гипотензивная терапия мало эффективна.

На обзорной урограмме мочевых путей контуры почек не видны, теней, подозрительных на конкремент нет. По экскреторным урограммам справа контрастное вещество заполняет неизмененную чашечно-лоханочную систему, слева контраст не прослеживается. При УЗИ правая почка нормальных размеров, левая -резко уменьшена.

Какие исследования необходимо провести для подтверждения или исключения нефрогенной гипертензии?

Задача 4.

Больная 30 лет доставлена в стационар с диагнозом "Острый пиелонефрит" через двое суток после начала заболевания. Отмечает боль в поясничной области справа, повышение температуры до 38,7° С. Был озноб. При осмотре состояние средней степени тяжести, кожные покровы гиперемированы. Язык сухой, обложен белесоватым налетом. Пульс 108 уд/мин. АД 125/80 мм рт. ст. Живот мягкий. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого положителен справа. Лейкоцитоз. Лейкоцитурия.

На обзорной урограмме теней рентгенпозитивных конкрементов не выявлено. Контур поясничной мышцы и правой почки не виден.

Какие диагностические методы исследования позволят подтвердить диагноз острого пиелонефрита?

Задача 5.

Больная 42 лет поступила в клинику с жалобами на боль в левой поясничной области, повышение температуры до 39° С, озноб, частые позывы к мочеиспусканию. В анамнезе отмечает два приступа левосторонней почечной колики, купированные работниками "скорой помощи" спазмолитиками и анальгетиками. Стационарно пациентка не обследовалась. Гинекологически здорова.

Объективно: больная правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы умеренно гиперемированы. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД - 18 в мин. Пульс 100 уд/мин АД - 130/85 мм рт. ст. Язык сухой, не обложен. Живот мягкий. Почки не пальпируются. Симптом Пастернац-кого положителен слева. Микрогематурия, лейкоцитурия.

На обзорной урограмме имеется тень, подозрительная на конкремент размерами 0,4 x 0,9 см, наслаивающаяся на поперечный отросток третьего поясничного позвонка. На экскреторных урограммах секреторно-выделительная функция правой почки не изменена. Слева умеренная пиелоэктазия, расширение мочеточника выше

предполагаемого камня, симптом указательного пальца. При полипозиционной урографии тень конкремента совпадает с тенью мочеточника, выполненного контрастным веществом.

Ваш диагноз? Какие лечебные мероприятия показаны в данном случае?

Задача 6.

Больная 22 лет поступила с жалобами на общую слабость, повышение артериального давления до высоких цифр. В 20-летнем возрасте перенесла удар в поясничную область с кратковременной потерей сознания. Через год при осмотре выявлено повышение артериального давления.

Пациентка правильного телосложения, повышенного питания. Пульс 82 уд/мин. АД - 200/120 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицателен. Мочеиспускание свободное, без резей.

Укажите генез артериальной гипертензии?

Какие методы исследования необходимы для уточнения диагноза?

Задача 7.

Больная 48 лет отмечает общую слабость, сухость во рту, повышение артериального давления, тупую боль в поясничной области, преходящие рези при мочеиспускании. Ранее неоднократно лечилась стационарно по поводу пиелонефрита. Две беременности из трех осложнялись пиелонефритом.

При осмотре телосложение правильное, питание повышенное. Кожные покровы сухие, бледные. Пульс 76 уд/мин. АД - 180/110 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Дизурических расстройств нет.

Ваше мнение по диагнозу?

Что необходимо для уточнения диагноза?

Задача 8.

У пациента 34 лет на обзорной урограмме в проекции средней трети правого мочеточника определяется тень размером 0,4 x 0,8 см, подозрительная на конкремент. Несколько дней назад перенес приступ почечной колики справа.

Ваш предположительный диагноз?

Какие исследования необходимы для уточнения диагноза?

Задача 9.

В приемный покой доставлен больной с жалобами на боль в правой половине живота с иррадиацией в правое бедро, тошноту, рвоту. Состояние удовлетворительное. Слабо выраженный симптом поколачивания по поясничной области и симптом раздражения брюшины. Поведение больного беспокойное, диагноз не ясен.

Какие урологические исследования позволят уточнить диагноз?

Задача 10.

У пациента 44 лет в результате рентгенологического исследования установлен рентгенонегативный камень лоханки правой почки.

Какие дополнительные методы диагностики необходимы для установления природы камня?

Ваша дальнейшая лечебная тактика?

Задача 11.

При обследовании больной К., 40 лет, доставленной в приемное отделение больницы бригадой скорой помощи, диагностирован острый левосторонний пиелонефрит, камень левого мочеточника.

Какое из ниже перечисленных исследований позволит подтвердить или отвергнуть нарушение пассажа мочи из левой почки:

- а) катетеризация мочевого пузыря,
- б) обзорная рентгенография,
- в) урофлоуметрия,
- г) хромоцистоскопия,
- д) радиоизотопная нефросцинтиграфия.

Ваши действия при неудавшейся попытке катетеризации мочеточника? Что вы предпримите при отказе больной от инструментальных методов обследования?

Задача 12.

У больного 40 лет в течение трех суток отмечаются боли в пояснице слева, сопровождающиеся повышением температуры тела до 39 - 40⁰ С. Из анамнеза: год назад диагностирован камень верхней трети левого мочеточника размером 3 x 1 см. От предложенного оперативного лечения больной отказался.

Что необходимо для уточнения диагноза? Выберите оптимальную лечебную тактику.

Задача 13.

Больной 62 лет поступил в стационар с жалобами на общую слабость, плохой аппетит, повышение температуры до 37,3⁰ С, выделение крови с мочой дважды на протяжении последних двух месяцев. Живот мягкий. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицателен. Наружные половые органы развиты правильно. Простата гладкая, эластической консистенции, не увеличена, безболезненная, срединная бороздка прослеживается. Мочеиспускание свободное. Анемия, эозинофилия, микрогематурия. За время пребывания в клинике была однократная макрогематурия.

Ваше мнение по диагнозу? Тактика ведения пациента?

Задача 14.

Дежурному урологу, только что закончившему экстренную операцию, в 2 ч 30 мин из приемного покоя сообщили о поступлении пациента с безболевым тотальной гематурией.

Какова тактика уролога?
Экстренность диагностических и лечебных процедур?

Задача 15.

У больного 54 лет в правом подреберье пальпируется баллотирующее опухолевидное образование размером 10 x 8 см, с плотной бугристой поверхностью. При перкуссии над образованием определяется тимпанит. Данные экскреторной урографии не позволяют с уверенностью исключить заболевание правой почки. Какие методы обследования позволяют подтвердить или исключить урологическое заболевание.

Задача 16.

Больной 44 лет отмечает учащенное, иногда болезненное мочеиспускание в течение трех месяцев. Последнюю неделю периодически возникают тупые боли внизу живота. Из анамнеза: работает на предприятии анилиновых красителей. Обращался в кожно-венерологический диспансер. Заболеваний, передающихся половым путем, не обнаружено. Объективно: область почек визуально не изменена. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицателен. В анализе крови обращает на себя внимание ускорение СОЭ до 30 мм/ч. Анализ мочи: удельный вес 1020, реакция кислая, лейкоциты до 3 - 5 в п/зрения, эритроциты свежие до 8 - 10 в п/зрения.

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

Задача 17.

Пациентка 29 лет жалуется на общую слабость, тошноту, жажду, сухость во рту, головную боль, тупые ноющие боли в поясничной области. Считает себя больной около 15 лет, когда впервые диагностирован поликистоз почек. Кожные покровы бледные, сухие. АД - 180/95 мм рт. ст. Пульс 76 уд/мин. С обеих сторон пальпируются увеличенные, бугристые, умеренно болезненные почки. Симптом

Пастернацкого отрицателен. Родственники по материнской линии страдали заболеваниями почек. Анализ мочи: желтая, прозрачная, удельный вес 1007, реакция кислая, лейкоциты - 12- 15 в п/зрения, эритроциты - 0 - 1 в п/зрения. Обоснуйте предварительный диагноз? Составьте план обследования для окончательного уточнения диагноза.

Задача 18.

Рабочему 23 лет на лесоповале бревном придавило нижние конечности. Под завалом находился в течение 12 часов. В момент освобождения из-под завала состояние больного расценено как средней степени тяжести, АД - 140/80 мм рт. ст., пульс 94 уд/мин. Какое осложнение может развиваться у больного? Мероприятия по оказанию первой помощи на месте происшествия? Каковы особенности транспортировки пострадавшего в лечебное учреждение?

Задача 19.

Больной 35 лет на протяжении 15 лет страдает мочекаменной болезнью. После приступов почечной колики справа и слева с мочой неоднократно отходили мелкие конкременты коричневатого цвета. Последний приступ почечной колики слева был год назад. В последующем пациента беспокоили незначительные тупые боли в левой поясничной области. 10 часов назад с целью купирования правосторонней почечной колики больному введены спазмолитики, анальгетики внутривенно.

В момент осмотра отмечается ноющая боль в правой поясничной области, жажда, головная боль, отсутствие позывов к мочеиспусканию, анурия, субфебрильная температура. Язык сухой, обложен коричневатым налетом. Левая почка не пальпируется, правая увеличена, слегка болезненна.

Ваш диагноз? Уточните вид анурии?

Задача 20.

Больной 48 лет накануне случайно выпил 70 мл уксусной эссенции. В поликлинике промыт желудок. От госпитализации категорически отказался. Первые 12 часов состояние больного оставалось удовлетворительным. На следующий день стал отмечать головную боль, тошноту, рвоту, отсутствие диуреза. При поступлении состояние средней степени тяжести. Жалуется на жажду, слабость, тошноту, разбитость, головную боль, отсутствие позывов к мочеиспусканию. Язык сухой, обложен коричневатым налетом. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Анализ крови: Нв - 140 г/л, эритроциты - $3,5 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты - $10,4 \cdot 10^9$ /л, СОЭ - 33 мм/ч, мочевины - 21,6 ммоль/л, калий - 7,2 ммоль/л, натрий - 127 ммоль/л. Поставьте диагноз и обоснуйте тактику ведения больного?

Критерии оценивания компетенций (результатов) :

Оценка **«отлично»** выставляется студенту, который: в полном объеме свободно излагает учебный и лекционный материал. Глубоко понимает этиопатогенез с учетом новых научных данных. Обладает клиническим мышлением. Способен к самостоятельному совершенствованию знаний в данной области и процессе дальнейшей учебной, профессиональной или научной работы.

Оценка **«хорошо»** выставляется студенту, который: Прочно знает материал в объеме учебной программы и системно, последовательно излагает ответ. Понимает этиопатогенез развития симптомов и синдромов. Обладает основами клинического мышления.

Оценка **«удовлетворительно»** выставляется студенту, который: Владеет теоретическим материалом в объеме, необходимом для предстоящей профессиональной деятельности. Показывает правильные, но нетвердые знания по внутренним болезням (многословие, неграмотное назначение лабораторно-инструментальных методов исследования, лечение

малоэффективными или устаревшими препаратами).

Оценка **«неудовлетворительно»** выставляется студенту, который: Обнаруживает пробелы в знаниях основного учебного материала, не знает эффективных лекарственных средств, допускает в ответе грубые ошибки.

Описание шкалы оценивания: 4х балльная: отлично, хорошо, удовлетворительно, неудовлетворительно. Пересчет шкалы в 100 балльную осуществляется в соответствии соответствует п. 3.4.2. СМК-ПЛ-7.5-06 «Положения о кредитно-модульной системе НИЯУ МИФИ».

4.4. Написание академической истории болезни курируемого больного.

Основной самостоятельной работой по дисциплине «Урология» является написание академической истории болезни курируемого больного.

Общие положения

Высшая медицинская школа ориентирует свое развитие на модель выпускника, который должен в современных условиях рыночной экономики быть подготовлен к самостоятельной профессиональной деятельности, требующей аналитического подхода, в том числе и в нестандартных ситуациях. Поэтому особое внимание уделяется организации самостоятельной творческой работы студентов, развитию навыков самостоятельного клинического. Важной формой развития навыков самостоятельной научной работы является написание академической истории болезни. Подготовка и защита академической истории болезни должны являться завершающим этапом изучения дисциплины «Урология».

Цель подготовки и защиты академической истории болезни – углубить и конкретизировать знания студента по изучаемой дисциплине, полученные им в ходе теоретических и практических занятий, привить ему навыки самостоятельного подбора, осмысления и обобщения клинической информации и специальной литературы. История болезни позволяет студенту расширить круг дополнительно привлекаемой информации по выбранной теме, а также изучить те разделы курса, которые в ходе занятий могут рассматриваться в ознакомительном порядке.

История болезни предусматривается учебным планом и программой изучения дисциплины «Травматология и ортопедия». Требования к структуре и содержанию академической истории болезни определяются кафедрой на основе типовой истории болезни и методических указаний по написанию истории болезни, утверждаемой центральным методическим советом факультета. Нозологические формы, отражаемые в истории болезни, определяются учебным и учебно-тематическим планом по дисциплине. Конкретная тематика академических историй болезни определяется преподавателем, ведущим практические занятия и под контролем которого проводится написание академической истории болезни.

Общие требования

Академическая история болезни должна быть написана на основе тщательно проработанного собранного и обработанного материала по результатам курации больного.

Академическая история болезни представляет собой самостоятельный труд по итогам курации больного по тематике, изучаемой на клинических занятиях. История болезни должна отличаться логическим изложением основных положений, базироваться на сведениях, полученных из литературных источников, посвященных изучаемым нозологическим единицам. Материал, используемый из литературных источников, должен быть переработан, органически увязан с избранной студентом темой; изложение темы должно быть конкретным, насыщенным фактическими данными, логически обоснованным. Академическая история болезни включает следующие разделы: паспортную часть, жалобы больного (при поступлении или на момент курации, анамнез развития заболевания и анамнез жизни больного, объективный статус с изложением по системам, предварительный диагноз, план обследования, клинический диагноз с обоснованием, план лечения с указанием лекарственных препаратов в форме рецептов и их обоснованием, предоперационным эпикризом (с обоснованием), рекомендациями, прогнозом заболевания и указанием списка использованных источников.

Выбор тематики академической истории болезни

Профиль тематики историй болезни по блоку изучаемых тем дисциплины обсуждается и утверждается на заседании кафедры в начале учебного года. Преподавателем, ведущим практические занятия, на первом занятии цикла предоставляется студентам перечень нозологических форм и список курируемых больных. Студенту предоставляется право выбора больного для курации по изучаемым нозологическим формам.

Написание академической истории болезни

1. Работа с научным руководителем начинается сразу же после выбора больного для курации по избранной теме. Научный руководитель рекомендует студенту основную базовую литературу, являющуюся

обязательной при разработке данной темы: монографии, учебные пособия, методические рекомендации, фундаментальные научные статьи.

2. Следующим этапом работы студента с научным руководителем является составление рабочего плана написания истории болезни.

3. После составления рабочего плана и получения задания от научного руководителя студент приступает к курации больного, а также к изучению основной и дополнительной литературы по тематике работы. Подбор литературы – это самостоятельная работа студента, успех которой зависит от его инициативности и умения пользоваться каталогами, библиографическими справочниками и т.п.

4. Одним из наиболее ответственных и трудных этапов при подготовке академической истории болезни является сбор и обработка фактического материала. Этот этап работы выполняется студентом самостоятельно в соответствии с индивидуальным заданием научного руководителя и отражает специфику разрабатываемой темы истории болезни.

Общие требования к содержанию академической истории болезни.

Клиническая история болезни включает следующие разделы: паспортные данные, жалобы, анамнез заболевания, анамнез жизни и состояние пациента по системам. Схема предполагает подробное описание местного травматологического статуса, а также предусматривает анализ результатов лабораторного и инструментального методов исследования, дифференциальный диагноз, обоснование клинического диагноза и лечебной тактики и дневники наблюдения за больным. История болезни заканчивается оформлением эпикриза и указанием использованной литературы.

Содержание работы должно быть конкретным и целиком опираться на данные, полученные при курации больного. Следует обратить внимание на стилистику, язык работы, её оформление. Все разделы работы должны быть связаны между собой. Поэтому особое внимание нужно обращать на логические переходы от одного параграфа к другому и связь между ними.

Все содержание истории болезни должно иметь как бы единый стержень, все ее части должны быть связаны между собой, должны дополнять и углублять одна другую. После заключения студент должен поставить дату окончания работы и свою подпись, а также привести список использованной литературы.

Оформление академической истории болезни проводится в соответствии с утвержденной схемой написания истории болезни.

Материал в работе располагается в следующей последовательности:

1. Титульный лист (заполняется по одной форме, его форма приведена ниже).
2. Текстовое изложение истории болезни (по разделам).
3. Список использованных источников.

Работа выполняется на одной стороне листа формата А4, в рукописном или машинописном варианте. Все листы академической истории болезни должны быть пронумерованы. Каждый раздел в тексте должен иметь заголовок в точном соответствии с наименованием в схеме. Новый раздел (подраздел) можно начинать на той же странице, на которой кончился предыдущий, если на этой странице кроме заголовка поместится несколько строк текста. В работе можно использовать только общепринятые сокращения и условные обозначения.

Студент несет ответственность за точность приносимых данных, а также за объективность изложения мыслей других авторов. Общий объем работы не может ограничиваться определенным числом страниц. Список использованной литературы и других источников составляется в следующей последовательности:

Последним этапом выполнения работы является ее внешнее оформление, она должна быть подписана студентом.

Критерии оценивания компетенций (результатов) :

Высшая оценка **«отлично»** ставится за всестороннее полное обследование больного, постановку точного диагноза, определения полной схемы лабораторного и инструментального обследования, правильного обоснования клинического диагноза, проведения полного дифференциального диагноза, определения и обоснования лечебной тактики, прогноза заболеваний, установления правильных и точных рекомендаций для последующего этапа лечения и объективного оформления (этапного или выписного) эпикриза. Работа хорошо оформлена в четком соответствии со схемой обследования больного.

Оценка **«хорошо»** ставится при нарушении одного из вышеизложенных требований, но при условии глубокой и самостоятельной проработки темы, а также соблюдении всех других требований.

Оценка **«удовлетворительно»** ставится за работу, содержание которой свидетельствуют о том, что студент добросовестно провел курацию больного, оформил историю болезни в соответствии с требованиями, однако допустил ошибки в различных разделах (диагнозе,

сопоставлении физикальных данных и данных инструментального (лабораторного) обследования, плане обследования или лечения и др.).

Работа, которую преподаватель признал неудовлетворительной, возвращается для переработки с учетом высказанных в отзыве замечаний. История болезни должна быть написана в сроки, устанавливаемые кафедрой (как правило, за три дня до окончания цикла занятий).

При несвоевременном представлении истории болезни на кафедру снижается оценка на 1 балл, а непредставление ее к началу сессии приравнивается к неявке на экзамен. Поэтому студент, *не сдавший без уважительных причин историю болезни, получает неудовлетворительную оценку по истории болезни, считается не прошедшим промежуточную аттестацию по дисциплине и не допускается к сдаче экзамена по данной дисциплине.*

По решению кафедры отлично написанные академической истории болезни могут быть защищены и в виде доклад с мультимедийной презентацией на заседании научного студенческого общества и представлены на внутривузовский и иные конкурсы студенческих научных работ.

Описание шкалы оценивания: 4х балльная: отлично, хорошо, удовлетворительно, неудовлетворительно. Пересчет шкалы в 100 балльную осуществляется в соответствии соответствует п. 3.4.2. СМК-ПЛ-7.5-06 «Положения о кредитно-модульной системе НИЯУ МИФИ».

4.5. Написание рефератов по дисциплине

Перечень тем рефератов и докладов с презентацией

1. Воспалительные заболевания почек. Острый и хронический пиелонефрит. Заболеваемость. Этиология. Клиника. Диагностика, Лечение.
2. Дифференциальная диагностика. Осложнения: некроз почечных сосочков, шок, сепсис, ОПН, паранефрит.
3. Методы дренирования гнойно-воспалительных заболеваний почек и забрюшинного пространства.
4. Особенности пиелонефрита у детей и лиц пожилого возраста. Острый пиелонефрит беременных: патогенез, клиника, особенности диагностики, осложнения, лечение.
5. Эмфизематозный пиелонефрит: этиология, диагностика, лечение. Ксантогранулематозный пиелонефрит: патогенез, клиника, диагностика, лечение
6. Воспалительные заболевания мочевого пузыря и уретры. Роль урогенитальных инфекций в этиологии рецидивирующих циститов.
7. Лейкоплакия мочевого пузыря.
8. Интерстициальный цистит/синдром болезненного мочевого пузыря. Этиология. Патогенез. Клиническое течение. Дифференциальная диагностика. Лечение оперативное и консервативное.
9. Уретриты неспецифические и специфические. Этиология клиника. Диагностика. Лечение.
10. Баланопостит. Фимоз. Парафимоз. Патогенез. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.
11. Простатит. Острый и хронический. Распространенность. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Принципы лечения. Синдром хронической тазовой боли. Определение. Причины. Механизм развития.
12. Понятия "мочекаменная болезнь" (МКБ) и "уролитиаз". Эпидемиология МКБ. Экзогенные и эндогенные
13. Мочекаменная болезнь. Особенности течения камней чашечек, лоханки и мочеточников. Почечная колика.
14. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы.
15. Распространенность. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.
16. Острая задержка мочеиспускания, причины, механизм развития заболевания, клиническая картина, диагностика. Оказание неотложной помощи в зависимости от причин развития ОЗМ.
17. Недержание мочи у женщин. Симультанная хирургическая коррекция генитального пролапса и стрессового недержания мочи у женщин с использованием синтетических протезов: преимущества и недостатки.
18. Опухоли мужских половых органов.
19. Открытая радикальная простатэктомия при раке простаты высокого риска прогрессии. Роль лимфодиссекции в лечении больных раком предстательной железы.
20. Травма мужских половых органов.
21. Реконструктивно-пластические операции после травматических повреждений в урологии.
22. Туберкулез почек и мочевых путей.
23. Туберкулез мужских половых органов.

Реферат по дисциплине «Урология» выполняется в соответствии с утвержденными на кафедре методическими рекомендациями и оценивается в соответствии с установленными критериями по 4-х бальной шкале:

5 баллов – содержание реферата соответствует заявленной в названии тематике; реферат оформлен в соответствии с общими требованиями написания и техническими требованиями оформления реферата; реферат имеет чёткую композицию и структуру; в тексте реферата отсутствуют логические нарушения в представлении материала; корректно оформлены и в полном объёме представлены список использованной литературы и ссылки на использованную литературу в тексте реферата; отсутствуют орфографические, пунктуационные, грамматические, лексические, стилистические и иные ошибки в авторском тексте; реферат представляет собой самостоятельное исследование, представлен качественный анализ найденного материала, отсутствуют факты плагиата;

4 балла – содержание реферата соответствует заявленной в названии тематике; в целом реферат оформлен в соответствии с общими требованиями написания реферата, но есть погрешности в техническом оформлении; в целом реферат имеет чёткую композицию и структуру, но в тексте реферата есть логические нарушения в представлении материала; в полном объёме представлен список использованной литературы, но есть ошибки в оформлении; некорректно оформлены или не в полном объёме представлены ссылки на использованную литературу в тексте реферата; есть единичные орфографические, пунктуационные, грамматические, лексические, стилистические и иные ошибки в авторском тексте; в целом реферат представляет собой самостоятельное исследование, представлен анализ найденного материала, отсутствуют факты плагиата;

3 балла – содержание реферата соответствует заявленной в названии тематике; в реферате отмечены нарушения общих требований написания реферата; есть погрешности в техническом оформлении; в целом реферат имеет чёткую композицию и структуру, но в тексте реферата есть логические нарушения в представлении материала; в полном объёме представлен список использованной литературы, но есть ошибки в оформлении; некорректно оформлены или не в полном объёме представлены ссылки на использованную литературу в тексте реферата; есть частые орфографические, пунктуационные, грамматические, лексические, стилистические и иные ошибки в авторском тексте; в целом реферат представляет собой достаточно самостоятельное исследование, представлен анализ найденного материала, присутствуют единичные случаи фактов плагиата;

2 балла – содержание реферата не соответствует заявленной в названии тематике или в реферате отмечены нарушения общих требований написания реферата; есть ошибки в техническом оформлении; есть нарушения композиции и структуры; в тексте реферата есть логические нарушения в представлении материала; не в полном объёме представлен список использованной литературы, есть ошибки в его оформлении; отсутствуют или некорректно оформлены и не в полном объёме представлены ссылки на использованную литературу в тексте реферата; есть многочисленные орфографические, пунктуационные, грамматические, лексические, стилистические и иные ошибки в авторском тексте; реферат не представляет собой самостоятельного исследования, отсутствует анализ найденного материала, текст реферата представляет собой непереработанный текст другого автора (других авторов).

Описание шкалы оценивания: 4х бальная: отлично, хорошо, удовлетворительно, неудовлетворительно. Пересчет шкалы в 100 бальную осуществляется в соответствии соответствует п. 3.4.2. СМК-ПЛ-7.5-06 «Положения о кредитно-модульной системе НИЯУ МИФИ».

4.5. Контрольные вопросы к промежуточной аттестации (зачет)

1. Краткий очерк истории отечественной урологии.
2. Планирование урологической службы в поликлинике и стационаре.
3. Врачебно-трудовая экспертиза урологических больных.

4. Клиническая и топографическая анатомия мочевыделительных органов.
5. Физиология мочевыделительной системы.
6. Анатомия, физиология мужских половых органов.
7. Семиотика урологических заболеваний.
8. Общеклинические методы исследования в урологии.
9. Лабораторная диагностика в урологии.
10. Инструментальные и эндоскопические методы исследования.
11. Рентгенологическая, радиоизотопная и ультразвуковая диагностика.
12. Биопсия в диагностике урологических заболеваний.
13. Общие методы консервативного лечения урологических больных.
14. Аномалии почек и верхних мочевых путей: классификация, диагностика.
15. Хирургическое лечение аномалий почек.
16. Аномалии мочевого пузыря и уретры: диагностика, лечение.
17. Аномалии половых органов: диагностика, лечение.
18. Варикоцеле: диагностика, лечение.
19. Нефроптоз: диагностика, хирургическое лечение, реабилитация.
20. Гидронефроз: этиопатогенез, диагностика, лечение.
21. Поликистоз почек: этиопатогенез, диагностика, лечение.
22. Нефрогенная артериальная гипертензия: этиопатогенез, классификация.
23. Паренхиматозная форма нефрогенной гипертензии: диагностика, лечение.
24. Вазоренальная нефрогенная гипертензия: диагностика, лечение.
25. Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря.
26. Ночное недержание мочи: этиопатогенез, диагностика, лечение.
27. Острый пиелонефрит: этиопатогенез, классификация, диагностика.
28. Острый пиелонефрит: дифференциальная диагностика.
29. Осложнения острого пиелонефрита.
30. Хронический пиелонефрит.
31. Лечение острого пиелонефрита.
32. Консервативная терапия пиелонефрита.
33. Оперативное лечение пиелонефрита.
34. Пиелонефрит беременных: особенности диагностики.
35. Методы восстановления уродинамики при пиелонефрите беременных.
36. Принципы консервативной терапии пиелонефрита беременных.
37. Пионефроз, паранефрит: этиопатогенез, диагностика, лечение.
38. Цистит, уретрит: диагностика, лечение.
39. Цисталгия: диагностика, консервативная терапия.
40. Простатит: этиопатогенез, диагностика, лечение.
41. Орхит, эпидидимит: диагностика, методы лечения.
42. Туберкулез почек и мочевых путей: диагностика, лечение.
43. Туберкулез мужских половых органов: дифдиагностика, лечение.
44. Паразитарные заболевания мочеполовых органов.
45. Этиопатогенез мочекаменной болезни.
46. Камни почек и мочеточников: клиника, диагностика.
47. Камни мочевого пузыря: клиника, диагностика.
48. Множественные камни: особенности лечения.
49. Коралловидный нефролитиаз: особенности ведения и лечения.
50. Общие принципы лечения нефролитиаза.
51. Методы консервативного лечения уролитиаза.
52. Литолиз, литоэкстракция: показания, осложнения.
53. Дистанционная литотрипсия: показания, противопоказания.
54. Оперативное лечение мочекаменной болезни.
55. Дието-, физио- и фитотерапия в урологии.
56. Повреждения почек и мочеточников: диагностика, лечение.
57. Методы дренирования верхних мочевых путей и забрюшинного пространства.
58. Повреждения мочевого пузыря: диагностика, лечение.
59. Методы дренирования мочевого пузыря.
60. Повреждения уретры, простаты: диагностика, лечение.
61. Травмы мошонки и ее органов: диагностика, лечение.
62. Повреждения полового члена: диагностика, лечение.
63. Синдром длительного сдавливания: диагностика, лечение.
64. Травмы спинного мозга: урологическая помощь.
65. Мочеполовые свищи: этиопатогенез, диагностика, лечение.
66. Недержание мочи при напряжении у женщин.
67. Мочекишечные свищи: этиопатогенез, диагностика, лечение.
68. Инородные тела мочевого пузыря и уретры: диагностика, лечение.

69. Доброкачественные опухоли почки.
70. Рак почки: диагностика, лечение.
71. Опухоль Вильмса: диагностика, лечение.
72. Опухоли почечной лоханки и мочеточника: диагностика, лечение.
73. Опухоли мочевого пузыря и уретры: диагностика, лечение.
74. Опухоли надпочечников: диагностика, лечение.
75. Неорганные забрюшинные опухоли: диагностика, лечение.
76. Опухоли органов мошонки: диагностика, лечение.
77. Опухоли полового члена: диагностика, лечение.
78. Опухоли предстательной железы: классификация, диагностика, лечение.
79. Склероз предстательной железы: этиопатогенез, лечение.
80. Острая почечная недостаточность: этиология, классификация, диагностика, методы лечения.
81. Хроническая почечная недостаточность: этиология, классификация, диагностика, методы лечения.
82. Программный гемодиализ: показания, виды, методика проведения.
83. Трансплантация почки: показания, противопоказания.
84. Эфферентные методы детоксикации в урологии.
85. Мужское бесплодие: этиопатогенез, диагностика.
86. Консервативное лечение бесплодия у мужчин.
87. Оперативная коррекция мужского бесплодия.
88. Диагностика эректильных дисфункций.
89. Консервативная терапия эректильных дисфункций.
90. Водянка оболочек яичка, кисты органов мошонки.
91. Болезнь Пейрони: этиотропная терапия.
92. Приапизм: этиопатогенез, первая помощь, методы лечения.
93. Олеогранулема полового члена: хирургическое лечение.
94. Хламидиоз: эпидемиология, клиника, диагностика, лечение.
95. Уреамикоплазмоз: эпидемиология, клиника, диагностика, лечение.
96. Гарднерелоз: эпидемиология, клиника, диагностика, лечение.
97. Трихомониаз: эпидемиология, клиника, диагностика, лечение.
98. Вирусные уrogenитальные инфекции: основы диагностики, лечения.
99. Критерии излеченности при уrogenитальных инфекциях.
100. Остроконечные кондиломы: диагностика, лечение.

Критерии оценки знаний по дисциплине

Оценка « **отлично** » выставляется студенту, который:

- Свободно владеет материалом по всем разделам дисциплины, излагает его на высоком научно-методическом уровне, используя материалы обязательной и дополнительной литературы.
- Четко представляет взаимосвязи патологических процессов, развивающихся на различных участках организма человека, способен произвести анализ патологического процесса на уровне целостного органа.
- Умеет творчески иллюстрировать теоретические положения соответствующими примерами, демонстрирующими практическую значимость полученных знаний.
- Умеет правильно решать типовые задачи, владеет практическими навыками (в пределах программы).
- В ответе может допустить одну, две неточности при освещении второстепенных вопросов, которые легко исправляет после замечаний преподавателя.

Оценка « **хорошо** » – выставляется студенту, который:

- Свободно владеет материалом по всем разделам дисциплины, при этом полностью раскрывает содержание материала в объеме предусмотренном программой, используя материалы обязательной литературы по предмету.
- Излагает материал грамотным языком, владеет терминологией и символикой травматологии и ортопедии.
- Четко представляет взаимосвязи патогенеза травмы или болезни с клиникой.
- Умеет правильно решать типовые задачи, интерпретировать данные физикального и инструментального обследования.
- В изложении материала допускаются небольшие пробелы, которые исправляет самостоятельно после дополнительных вопросов.

Оценка « **удовлетворительно** » выставляется студенту, который:

- Владеет материалом в объеме учебной литературы, обладает достаточными для продолжения обучения и предстоящей практической деятельности знаниями.
- Овладел методическими вопросами, рассматриваемыми по курсу дисциплины.
- Умеет в целом правильно решать типовые задачи, интерпретировать результаты инструментального обследования больного.
- Материал излагает логически непоследовательно, в ответе допускает ряд неточностей и ошибок, в исправлении которых испытывает затруднения после дополнительных наводящих вопросов.

Оценка «**неудовлетворительно**» – выставляется студенту, который:

- Обнаруживает пробелы в знаниях основного учебного программного материала, допускает принципиальные ошибки в ответе и при выполнении предусмотренных программой заданий.
- Не владеет методологическими вопросами, рассматриваемыми в рамках курса дисциплины.
- Плохо знает специальную терминологию.
- Не умеет правильно оценить результаты лабораторных исследований.

Описание шкалы оценивания: 4х балльная:

- отлично, хорошо, удовлетворительно – итоговое значение «зачтено»
- неудовлетворительно – итоговое значение «не зачтено»

Пересчет шкалы в 100 балльную осуществляется в соответствии соответствует п. 3.4.2. СМК-ПЛ-7.5-06 «Положения о кредитно-модульной системе НИЯУ МИФИ».