Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Шуматов Валентин Борисович
Должность: Ректор
Дата подписания: 11.04.2025 09:46:49
Уникальный программный ключ:
1cef78fd73d75dc6ecf72fe1eb94fee387a2985d2657b784eec019bf8a794cb4

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

УТВЕРЖДЕНО
Директор института хирургии
_____/ Костив Е.П.
от «28» июня 2024 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДИСЦИПЛИНЫ
Б3.Б.02(Г) Сдача государственного экзамена

Направление подготовки (специальность)	**31.08.68 Урология**
Уровень подготовки	**ординатура**
Направленность подготовки	**02 Здравоохранение (в сфере урологии)**
Форма обучения	**очная**
Срок освоения ООП	**2 года**
Институт/кафедра	**Институт хирургии**

Владивосток – 2024

аттестации, критерии оценивания дифференцированно по каждому виду оценочных средств.

1.2. Фонд оценочных средств определяет уровень формирования у обучающихся установленных в ФГОС ВО и определенных в основной образовательной программе высшего образования по специальности 31.08.68 Урология, направленности Урология в сфере профессиональной деятельности «Врач-Уролог» **универсальных (УК) компетенций, общепрофессиональных (ОПК) и профессиональных (ПК) компетенций** https://tgmu.ru/sveden/files/31.08.68 Urologiya.pdf

2. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

2.1. Виды контроля и аттестации, формы оценочных средств

№ п/п	Виды контроля	Оценочные средства* Форма
1	Государственная итоговая аттестация	Тесты
		Вопросы для собеседования
		Ситуационные задачи
		Миникейсы
		Чек-листы

3. Содержание оценочных средств текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: Тесты с выбором вариантов ответа, Ситуационные задачи.

3.1Тестовый контроль по дисциплине Б3.Б.02 Сдача государственного экзамена

	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	31.08.68	Б3.Б.02 (Г) Сдача государственного экзамена

К	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12 ПК-13, ПК-14, ПК-15	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях мочеполовой системы с целью постановки диагноза Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях системы, мочеполовой контроль его эффективности и безопасности Проведение и контроль эффективности мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях мочеполовой системы, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов при заболеваниях и (или) состояниях мочеполовой системы Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению Проведение анализа медико статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала Оказание медицинской помощи в экстренной форме
Ф	А	Оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи взрослому населению по профилю "урология" в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара
Ф	В	Оказание специализированной медицинской помощи взрослому населению по профилю "урология" в стационарных условиях
И		**ДАЙТЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ 1 УРОВНЯ (ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ)**

Т		**1.Наиболее частой локализацией метастазов рака простатыявляются:** 1.Кости таза 2.Легкие 3.Печень **4.Регионарные лимфатические узлы** 5.Кости черепа **2.Методом подтверждения рака простатыявляется:** 1.Экстреторная урография **2.Биопсия простаты** 3.Уретроскопия 4.УЗИ 5.Урофлоуметрия **3.Для дифференциальной диагностики секреторной и экскреторной форм анурии применяются:** **1.УЗИмочевой системы** 2.Радиоизотопная ренография 3.Экскреторная урография 4.Почечная артериография 5.Лимфография **4.Приопухоли почки наиболее характерной является гематурия:** 1.Инициальная 2.Терминальная **3.Тотальная** 4.Микрогематургия **5.Почечную колику вызывают:** **1.Туберкулез почки** **2.Камень мочеточника** 3.Хронический пиелонефрит 4.Тазовая дистопия почки 5.Разрыв мочевого пузыря

		6.Для оценки функционального состояния почек не используется: 1.Хромоцистокопия **2.Ретроградная пиелография** 3.Экскреторная урография 4.Радиоизотопная ренография 5.Радиоизотопная нефросцинтиграфия **7.Остеобластические метастазы вкостях таза наиболее характерны для:** 1.Рака паренхимыпочки 2.Рака лоханки почки 3.Рака мочевого пузыря **4.Рака простаты** 5.Рака яичка **8.Прианализе обзорной урограммы невозможно итерпретировать:** 1.Состояние видимой части костной системы **2.Контурымочеточника** 3.Контурыпоясничных мышц 4.Форму, размеры, положение почек **9.Причиной гидронефроза может быть:** 1.Стриктурауретры 2.Склероз простаты **3.Коралловидный камень почки** **4.Стриктурамочеточника** **10.Причинами острой задержки мочеиспускания являются:** 1.Камень уретры 2.Киста почки 3.Гидронефроз 4.Хронический пиелонефрит **5.Доброкачественная гиперплазия простаты** **11.Фимоз это:** 1.Воспаление крайнейплоти 2.Воспаление головки полового члена 3.Ущемлениеголовки полового члена **4.Невозможность обнажения головки полового члена**

		12.Катетеризация мочевого пузыряиспользуется с целью: 1.Оказания помощи припочечной колике. 2.Оказания помощи прианурии. **3.Оказания помощи приострой задержки мочеиспускания.** 4.Диагностики разрывауретры. 5.Уточнения источника макрогематургии. **13.Обзорная урография выполняется с целью:** 1.Уточнения функциипочек. 2.Уточнения функциимочевого пузыря. 3.Оценки функциимочеточников. **4.Выявления теней подозрительных на конкременты в проекции почек и** **мочевых путей.** 5. Диагностики ракапочки. **Какое рентгеноконтрастное вещество не применяется для выполнения экстреторной урографии?** 1.Верографин 2.Уротраст **3.Иодолипол** 4.Ультравист 5.Омнипак **15.Цистография выполняется для диагностики:** 1.Разрыва почки 2.Камня мочеточника **3.Разрыва мочевого пузыря** 4.Разрыва уретры **5.Рака мочевого пузыря** **16.Эхоскопия почек позволяет выявить:** **1.Гидронефроз** 2.Хронический пиелонефрит 3.Хронический гломерулонефрит **4.Сморщивание почки** **5.Нефроптоз**

		17.Методы диагностики камня лоханки почки: 1.Лапароскопия **2.Экскреторная урография** 3.Цистоскопия 4.Ренорадиография 5.Динамическая сцинтиграфия почек **18.Методы диагностики камней мочеточников:** **1.Уретероскопия** 2.Цистоскопия 3.Ренорадиография 4.Лапароскопия 5.Урофлоуметрия **19.Медикаментозное лечение почечной колики:** 1.Спазмолитики 2.Аналгетики 3.Нейролептики 4.Антигистаминныепрепараты **5.Смазмолитик + аналгетик + нитролептик** **20.Показания для удаления камня измочеточника внижней трети:** **1.Гидроуретеронефроз** 2.Острыйпиелонефрит 3.Карбункулпочки 4.Доброкачественная гиперплазия простаты 5.Хронический цистит **21.Методы лечения камней мочеточников:** **1.Уретеролитотомия** **2.Экстракция камня экстрактором Дормиа** **3.Эндоскопическая контактная уретеролитотрипсия** **4.Дистанционная ударно-волновая литотрипсия** **5.Лапароскопическая уретеролитотомия**

		22. Симптомами рака почки являются: **1.Макрогематурия** 2.Рвота **3.Боли впоясничной области** **4.Пальпируемая опухоль вподреберье** 5.Водянка оболочек яичка **23.Методы диагностики рака почки.** **1.УЗИпочек** 2.Хромоцистоскопия 3.Рентгеновская компьютерная томография 4.Динамическая сцинтиграфия почек 5.Почечная артериография **24.Радикальным лечением рака почки является:** **1.Радикальная нефрэктомия** 2.Гормонотерапия 3.Иммунотерапия 4.Лучевая терапия 5.Эмболизация почечной артерии **25.Симптоматика рака мочевого пузыря.** 1.Тошнота и рвота **2.Макртематурия** 3.Уретрорагия 4.Полиурия **5.Боли над лоном** **26.Методы диагностики рака мочевого пузыря.** **1.УЗИмочевого пузыря** **2.Цистоскопия** **3.Рентгеновская компьютерная томография таза** 4.Уретроскопия **5.Цистография**

		27.Методы установления глубины прорастания опухоли в стенку мочевого пузыря. 1.Цистоскопия 2.Чрескожное УЗИ мочевого пузыря **3.Рентгеновская компьютерная томография** **4.Бимануальная пальпация мочевого пузыря под наркозом с миорелаксантами** **5.Биопсия опухоли методом ТУР** **28. Методы выявления метастазов рака мочевого пузыря в тазовых лимфатических узлах.** 1.Пальпация живота 2.Экскреторная урография **3.Магнитно-резонансная томография таза** **4.Тазовая лимфаденэктомия** 5.Цистостомия **29.Радикальное лечение инвазивного рака мочевого пузыря.** **1.Цистэктомия** 2.ТУР опухоли 3.Цистостомия 4.Лучевая терапия 5.Химиотерапия **30.Диспансерное наблюдение за лицами, перенесшими органосохраняющее лечение по поводу рака мочевого пузыря, должно обязательно включать:** 1.Регулярные анализыкрови 2.Экстреторную урографию **3.Цистоскопию** 4.Компьютерную томографию таза **5.Цитологическое исследование смывов из мочевого пузыря**

		31. Симптомами доброкачественной гиперплазии простаты 1 ст. являются: **1.Учащенное мочеиспускание по ночам** 2.Хроническая задержкамочеиспускания **3.Ослабление струимочи** 4.Макрогематурия 5.Почечная недостаточность **32. Признаком II стадии доброкачественной гиперплазии простаты является:** 1.Парадоксальная задержкамочеиспускания 2.Острая задержкамочеиспускания **3.Хроническая задержка мочеиспускания** 4.Острыйэпидидимит 5.Уремия **33. Методы радикального хирургического лечения доброкачественной гиперплазии простаты:** 1.Цистостомия **2.ТУР доброкачественной гиперплазии** 3.Простатэктомия **4.Аденомэктомия** 5.Вазорезекция **34. Медикаментозное лечение доброкачественной гиперплазии простаты.** 1.Антибиотики 2.Антиандрогены **3.Ингибиторы 5 α-редуктазы** **4.Альфа блокаторы** 5.Эстрогены **35. Диагноз «рак простаты» устанавливается по результатам:** 1.Пальцевого ректального исследования 2.Исследования содержания простатспецифического антигена в крови 3.Трансректального УЗИ простаты

		36.Радикальным лечением рака простатыТ1-2 является: **1. Радикальная простатэктомия** **2.Лучевая терапия** 3.Гормонотерапия 4.ТУР простаты 5.Химиотерапия **37. Симптомами закрытого травматического повреждения почки являются:** 1.Гипертермия 2.Макрогематурия 3.Дизурическиерасстройства **4.Боли впоясничной области** 5.Никтурия **38. Оценка степени травматического повреждения почки проводится по результатам:** 1.Обзорной урограммы **2.Экскреторной урограммы** **3.Рентгеновской компьютерной томографии** **4.УЗИпочек** 5.Цистоскопии **39. Показаниями для хирургического лечения закрытой травмы почки являются:** 1.Гематургия 2.Боли в поясничной области **3.Нарастающая паранефральная гематома** **4.Признаки продолжающегося внутреннего кровотечения** 5.Острая задержкамочеиспускания **40. Диагностика разрыва мочевого пузыряпроводится по данным:** 1.Цистоскопии 2.Цкстреторной урографии **3.УЗИмочевого пузыря** **4.Цистографии** 5.Ректального пальцевого исследования

Шкала оценивания
«Отлично» - более 90% правильных ответов на тестовые задания
«Хорошо» - 80-89% правильных ответов на тестовые задания
«Удовлетворительно» - 70-79% правильных ответов на тестовые задания
«Неудовлетворительно» - менее 70% правильных ответов на тестовые задания

3.2 . Вопросы для собеседования:

1. Моральная и урологическая ответственность врача - уролога.

2. Организация работы урологического отделения.
3. Асептика и антисептика. Методы обработки шовного материала.
4. Подготовка рук уролога. Методы стерилизации инструментария, операционного белья, перевязочного материала. Профилактика СПИДа.
5. Урологическая инфекция. Микрофлора ран. Лечение инфицированных ран.
6. Госпитальная инфекция: причины и профилактика.
7. Переливание крови и кровезаменителей. Показания и противопоказания к переливанию крови. Методы определения группы крови. Понятие о резус-факторе, его определение. Техника переливания крови. Консервирование крови. Осложнения при переливании крови.
8. Крове- и плазмозаменители: классификация, показания к применению различных препаратов. Парентеральное питание: принципы его проведения. Осложнения, связанные с переливанием крове- и плазмозаменителей, их профилактика и лечение.
9. Кровотечения: классификация, методы определения кровопотери, борьба с различными видами кровотечений, способы временной и окончательной остановки кровотечений.
10. Раны и их классификация. Течение раневого процесса. Первичная хирургическая обработка ран.
11. Особенности течения урологических заболеваний при сахарном диабете.
12. Антибиотики: классификация, принципы рациональной антибактериальной терапии, осложнения при их применении.
13. Урологический сепсис: этиология, патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения.
14. Гнойная инфекция: возбудители, пути проникновения и распространения, общая и местная реакция организма.
15. Инструментальные методы обследования в урологии. Цистоскопия. Хромоцистоскопия. Уретроцистоскопия. Уретеропиелоскопия. Методика их проведения и диагностическое значение.
16. Лечебное и диагностическое значение катетеризации мочевого пузыря. Особенности катетеризации мочевого пузыря у мужчин и женщин. Катетеризация мочеточника. Показания, ошибки, опасности, осложнения.
17. Ультразвуковое (УЗИ) исследование забрюшинного пространства, надпочечников, почек, верхних мочевых путей, мочевого пузыря, простаты, наружных половых органов.
18. Обзорная урография. Диагностическое значение. Подготовка больных к рентгенологическому исследованию.
19. Понятие об экскреторной урографии, ее диагностическое значение, техника выполнения, показания и противопоказания к методике.
20. Ретроградная и антеградная уретеропиелография. Понятие. Показание. Методика выполнения.
21. Сосудистые исследования в урологии: брюшная аортография, селективная почечная артерио- и венография.
22. Суммарная функция почек. Понятие. Методики определения.
23. Острый и хронический цистит. Этиология. Патогенез. Классификация. Симптоматология. Клиническое течение. Диагностика. Лечение.
24. Острый пиелонефрит, понятие, классификация. Пути проникновения инфекции в почку. Виды возбудителей. Роль рефлюксов (пузырно- мочеточниковых, лоханочно-почечных) в патогенезе пиелонефрита.
25. Патанатомия острого и хронического пиелонефрита.
26. Клиника острого пиелонефрита (первичного и вторичного). Общие и местные симптомы заболевания. Диагностика острого пиелонефрита.
27. Основы консервативного лечения острого пиелонефрита. Показания к оперативному лечению при остром пиелонефрите.
28. Острый обтурационный пиелонефрит. Понятие. Причины. Диагностика. Лечебная тактика.
29. Паранефрит. Понятие. Виды. Причины. Клиника, лечебная тактика.
30. Острый простатит, причины, формы, диагностика, клиника, лечебная тактика.

31. Острый уретрит, классификация, диагностика, клиника, лечебная тактика.
32. Пиелонефрит беременных и в послеродовом периоде. Причины. Особенности течения и диагностики пиелонефрита беременных, лечение, профилактика.
33. Бактериотоксический шок: причины, клиника, особенности клиники и лечения.
34. ОЗОМ (острые заболевания органов мошонки). Клиника. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения.
35. Баланит и баланопостит. Понятие. Причины. Клиника. Лечение. Осложнения.
36. Эпидидимит, орхит. Понятие. Причины. Клиника. Диагностика. Лечение. Осложнения.
37. Туберкулез почки и мочевых путей. Этиология и патогенез. Классификация. Симптоматика и клиническое течение. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение: консервативное, оперативное.
38. Мочекаменная болезнь. Этиология и патогенез заболевания. Роль тубулопатий в литогенезе. Роль анатомического фактора (врожденного и приобретенного генеза) в камнеобразовании, нарушений гемодинамики почки, уродинамики.
39. Мочекаменная болезнь. Виды камней по химическому составу, по отношению к рентгеновским лучам. Взаимосвязь этих свойств. Функционально-морфологические последствия наличия камня в почке и мочевых путях.
40. Камни почек, клиника. Диагностика. Профилактика рецидива камнеобразования.
41. Уратный нефролитиаз. Диагностика рентгенонегативных камней. Лечение уратного литиаза. Нормализация нарушений пуринового обмена. Литолиз.
42. Консервативное лечение камней почек и мочеточников. Показания к операции.
43. Открытые оперативные вмешательства при камнях почек, мочеточника, мочевого пузыря. Дистанционная нефро-, уретеро- и цистолитотрипсия. Показания, суть методов.
44. Камни мочевого пузыря, уретры, клиника, диагностика, лечебная тактика.
45. Камни мочеточников. Клиника, диагностика, лечебная тактика.
46. Виды опухолей почки (доброкачественные, злокачественные). Почечно-клеточный рак. Клинико-морфологические варианты почечно- клеточного рака. Стадии опухолевого процесса по международной классификации.
47. Ренальные и экстраренальные проявления рака почки. Патогенез метастазирования. Роль и последовательность диагностических этапов. Лечебная тактика.
48. Рак мочевого пузыря. Этиология, патогенез, метастазирование. Классификация. Симптоматика. Клиника. Диагностика. Лечение.
49. Опухоли яичка. Виды. Клиника, диагностика. Значение крипторхизма в раннем выявлении рака яичка. Лечебная тактика.
50. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Этиология. Патогенез. Патологическая анатомия. Механизм гормональной регуляции предстательной железы.
51. Стадии доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) и их симптоматика. Шкала IPSS. Диагностика. Роль PSA (общий, свободный, соотношение, плотность) в дифференциальной диагностике гиперплазии и рака простаты. Особенности результатов ректального
исследования. Значение трансректального ультразвукового исследования в диагностике ДГПЖ.
52. Лечебная тактика ДГПЖ по стадиям.
53. Рак простаты. Этиология. Патогенез. Пути метастазирования. Стадии рака.
54. Рак предстательной железы: клиника, диагностика, лечебная тактика.
55. Механизмы закрытой травмы почки. Классификация повреждений почки. Клиническая картина закрытой травмы почки.
56. Местные и общие симптомы при различных видах повреждений почки. Диагностика. Лечебная тактика.
57. Повреждения мочевого пузыря, классификация, клиника, лечебная тактика при внутри- и внебрюшинных разрывах.
58. Травма уретры. Механизм повреждения уретры.
Клиническая картина повреждений уретры. Тактика ведения больных с разрывом уретры.
59. Травма органов мошонки, лечебная тактика.

60. Почечная колика. Этиопатогенез
61. Методы диагностики скрытой пиурии
62. Оказание первой помощи при приступе почечной колики
63. Расстройства мочеиспускания
64. Виды анурии. Этиопатогенез
65. Качественные и количественные изменения мочи
66. Расстройства мочеиспускания
67. Разновидности недержания мочи
68. Ишурия. Этиопатогенез
69. Методы диагностики раздельной функции почек
70. Методы диагностики суммарной функции почек
71. Радиоизотопные методы исследования в урологии
72. Эндоскопические методы исследования в урологии
73. Современные методы исследования в урологии (УЗИ, рентгеновская компьютерная томография, ЯМР)
74. Рентгеновские методы исследования в урологии (рентгеноконтрастные вещества и методы их введения)
75.
76.
77.
78. Консервативные методы лечения почечнокаменной болезни
Камни мочевого пузыря
Оперативные и инструментальные методы лечения мочекаменной болезни
Камни мочеточника
79. Туберкулёз предстательной железы и придатков яичка
80. Туберкулёз мочевого пузыря
81. Нефротуберкулёз. Этиология. Классификация. Лечение
82. Повреждения уретры
83. Повреждения мочевого пузыря. Клиника. Диагностика. Лечение
84. Закрытые повреждения почек. Виды закрытых повреждений. Диагностика. Лечение
85. Фимоз. Парафимоз. Крипторхизм. Эктопия яичка
86. Водянка оболочек яичка и семенного канатика
87. Нефроптоз. Дифференциальная диагностика с дистопией почки
88. Гидронефроз. Этиология. Классификация. Клиника и лечение
89. Хронический пиелонефрит. Классификация. Диагностика. Лечение
90. Пионефроз. Клиника. Диагностика. Лечение
91. Острый и хронический циститы
92. Острый пиелонефрит. Этиопатогенез. Классификация. Клиника, диагностика и лечение
93. ОПН. Клинические стадии. Принципы лечения
94. ХПН. Этиопатогенез. Классификация. Лечение
95. ДГПЖ. Стадии, клиника, виды лечения
96. Рак предстательной железы. Классификация. Диагностика. Лечение
97. Опухоли почек. Особенности клиники, диагностики и лечения у детей
98. Опухоли яичка. Семинома

3.3 Ситуационные задачи

Ситуационная задача №_1

Больная 20 лет в течение года отмечает резкое снижение массы тела, приступообразные боли в правой поясничной области после физической нагрузки, купирующиеся в горизонтальном положении. При вертикальном положении в правой половине живота прощупывается опухолевидное образование. На обзорной рентгенограмме теней конкрементов нет, нижний полюс правой почки в вертикальном положении, определяется на уровне тела L5.

Вопросы:

1	Поставьте диагноз
2	Укажите генез заболевания
3	Нужны ли дополнительные методы обследования
4	Критерии выбора лечебной тактики.
5	Перечислите меры вторичной профилактики.

Ответы:

1	Нефроптоз II стадии
2	В фиксации почки в физиологическом положении принимают участие следующие анатомические образования: почечное ложе (поясничные ямки), фасциально-жировой аппарат почки, брюшина, почечная сосудистая ножка Как известно, в норме почки расположены забрюшинно в поясничных ямках (ложе), образованных диафрагмой, позвоночным столбом, большой поясничной мышцей, поперечной мышцей живота, квадратной мышцей поясницы и мышцами передней брюшной стенки. Известно, что у мужчин эти паравертебральные ниши более глубокие, равномерные, постепенно суживаются книзу. У женщин же, особенно справа, они мелки, узки вверху и широко открыты книзу, что является одной из причин более часто встречающегося нефроптоза у женщин и преобладания его справа . Фасциально-жировой аппарат почки представлен фиброзной капсулой, околопочечной жировой клетчаткой и околопочечной фасцией. Все эти анатомические образования также участвуют в фиксации почки. Часть фиброзных волокон собственной капсулы почки входит в состав фасции, покрывающей ножки диафрагмы, и носит название подвешивающие связки почки (lig. suspensorium renis). Немаловажное значение в сохранении физиологического положения почки имеет околопочечная жировая клетчатка (capsula adipose renis), уменьшение объема которой способствует возникновению нефроптоза. Почка с жировой клетчаткой заключена в околопочечную фасцию, которая прикрепляется к передней стороне тела поясничных позвонков и вверху к диафрагме. Кроме того, почка фиксируется соединительнотканными тяжами, проходящими через жировую ткань между фиброзной капсулой и фасцией почки. Сбоку почка поддерживается собственными сосудами. Почечная сосудистая ножка мешает смещению почки вниз и латерально, но сосуды могут растягиваться и удлиняться в 1,5-2 раза. В фиксации почки так же принимают участие брюшина, ее складки и брыжейка. Справа складки брюшины, переходя на переднюю поверхность почки с печени, двенадцатиперстной кишки, толстой кишки, образуют ряд связок: двенадцатиперстно-почечная (lig. duodenorenale) и печеночно- почечная (lig. hepatorenale), которые фиксируют почку. Левая почка фиксируется поджелудочно-поченой связкой (lig. pancreaticorenale) селезеночно-почечной связкой (lig. lienorenale). Некоторую роль в фиксации почки к задней брюшной стенке отводят корням брыжеек восходящей и нисходящей толстой кишки. Передняя брюшная стенка участвует в фиксации почки, как основное звено, обеспечивающее внутрибрюшное давление. Таким образом, все вышеперечисленные анатомические образования способны удержать почку в физиологическом положении. Главными причинами развития нефроптоза являются:

	1) врожденная неполноценность связочного аппарата почки; 2) предшествующие инфекционные заболевания, приводящие к тяжелым изменениям соединительнотканных образованиях; 3) повреждение связочного аппарата почки в результате травмы с полным или частичным разрывом или отрывом связок (падение с высоты, сильный удар, сильное сотрясение туловища), проведенных ранее операций на почках; 4) значительное и довольно резкое похудание с редуцированием паранефральной клетчатки; 5) ослабление тонуса или дряблость передней брюшной стенки со снижением внутрибрюшного давления после многократных беременностей затяжных родов; 6) бесконтрольное занятие спортом, силовые упражнения спортивные игры, связанные с резкими изменениями положения тела и «прыжками» внутрибрюшного давления (баскетбол, волейбол, футбол, легкая атлетика)
3	1) УЗИ с доплерографией в положении лежа (клитностаз) и стоя (ортостаз) 2) Экскреторная урография в положении лежа и стоя
4	В связи с малой эффективностью консервативной терапии нефроптоза (не более 13% успеха по данных Лопаткина Н.А.), для лечения используют хирургические методы- наиболее эффективный – использование полипропеленовых сеток (Type I) для фиксации почки.
5	К мерам вторичной профилактики нефроптоза относят: • Ограничение тяжелых физических нагрузок; • комплекс лечебной физкультуры; • высококалорийные диеты (с целью увеличение массы тела);

Ситуационная задача № 2

Больной М., 45 лет последние 3 месяца отмечает периодические подъемы температуры до 38.0 °С с ознобом. При пальпации определяется болезненность в области правого подреберья. Симптом XII ребра положительный справа. На обзорной урограмме в проекции правой почки визуализируется тень, подозрительная на конкремент 1,5 х 1,4 см в d. На экскреторной урограмме функция правой почки снижена, определяется правосторонний гидронефроз, мочеточник четко не виден. Выявленная тень наслаивается на проекцию лоханки. Изменений чашечно-лоханочной системы, мочеточника слева не обнаружено.

Вопросы:

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

Ответы:

1	Мочекаменная болезнь. Конкремент лоханки правой почки. Гидронефротическая трансформация правой почки. Хронический калькулёзный пиелонефрит, обострение.

2	Клинико-лабораторный минимум (ОАМ, КАК, БАК) УЗИ почек Компьютерная томография
3	Наиболее информативным и чувствительным методом при МКБ является нативная (без контрастного усиления) спиральная компьютерная томография (СКТ) - чувствительность метода составляет 96%, специфичность до 100%. Она дает возможность определить количество, размер, локализацию, структуру и плотность камня, тогда как знание последнего позволяет предсказать эффективность дистанционной литотрипсии. СКТ позволяет определить расстояние от кожи до камня и информацию об окружающей анатомии, что увеличивает эффективность активного удаления камней почки и снижает риск интраоперационных осложнений. Нативная СКТ может выявить ксантиновые и уратные камни, которые не видны при обзорной урографии, единственный тип камней, не определяющийся на СКТ, это индинавировые камни [53]. При диагностике конкрементов мочевыводящих путей бесконтрастная СКТ обладает более высокой чувствительностью и специфичностью по сравнению с внутривенной урографией (ВУ) и УЗИ.
4	Любая тень, имеющая ту или иную степень плотности и находящаяся в зоне расположения мочевых путей, должна трактоваться как тень, возможно имеющая отношение к мочевым путям или, как чаще всего принято говорить, “тень, подозрительная на конкремент”. Нельзя только по одному обзорному снимку ставить диагноз камня в мочевых путях; исключение в этом отношении составляют лишь так называемые коралловидные камни почек, являющиеся как бы слепками почечной лоханки и чашечек. При наличии на обзорном снимке теней, подозрительных на конкременты, необходимо предпринять дальнейшее рентгеноурологическое исследование (экскреторную урографию, ретроградную пиелографию), что позволит окончательно решить вопрос об отношении обнаруженных на обзорной рентгенограмме теней к мочевым путям. На обзорном рентгеновском снимке, помимо теней конкрементов, могут наблюдаться и тени, которые не имеют отношения к мочевым путям, но могут быть ошибочно приняты за мочевые камни. Решить вопрос об отношении обнаруженной на снимке тени к мочевым путям можно лишь после применения контрастных рентгеноурологических методов исследования. Однако имеются рентгенологические признаки, позволяющие дифференцировать обнаруживаемые тени на обзорной рентгенограмме (см. ниже). Это может оказаться необходимым в тех случаях, когда по каким-либо причинам невозможно произвести контрастное рентгеноурологическое исследование больного и в то же время необходимо в срочном порядке провести указанную дифференциацию. Известное подспорье в этом отношении могут оказать прицельные снимки.
5	-Употребление жидкости до 2.5 л в сутки - Контроль избыточного веса, поддержание активного образа жизни - Снижение употребления продуктов ,приводящих к закислению мочи (колбасы, пакетированные соки и т.д.)

Ситуационная задача № 3

В медпункт обратился больной 17 лет с жалобами на тошноту и рвоту, на резкие схваткообразные боли в левом боку, распространяющиеся в паховую область, в наружные половые органы, учащение мочеиспускания. Температура тела нормальная. Больной беспрерывно меняет положение тела, не

находя в этом облегчения. Месяц тому назад отмечает аналогичный приступ, который купировался спазмолитиками

Вопросы:

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

Ответы:

1	Почечная колика слева
2	Клинико-лабораторный минимум (ОАМ, КАК, БАК) УЗИ почек Компьютерная томография
3	Нестероидные противовоспалительные препараты (Диклофенак ,Кетонал и др.) Или метемезол натрия (ненаркотический анальгетик - Баралгин) По КлинРекам НЕ рекомендовано назначение: Спазмолитиков Мочегонных средств
4	Кишечная колика Острые заболевания женской репродуктивной системы Дивертикулит Люмбалгия
5	-Употребление жидкости до 2.5 л в сутки - Контроль избыточного веса, поддержание активного образа жизни - Снижение употребления продуктов ,приводящих к закислению мочи (колбасы, пакетированные соки и т.д.)

Ситуационная задача № 4

У больной 55 лет при обследовании в клинике выявлен коралловидный камень левой почки. При хромоцистоскопии поступление индигокармина из левого устья нет, при этом определяется выделение из него густого гноя в виде «пасты из тюбика». На обзорной урограмме тень конкремента в проекции левой почки 4х6 см, на экскреторных урограммах нет контрастного вещества в проекции левой почки. Справа функция почки сохранена. На радиоизотопной ренограмме: справа васкуляризация, секреция и экскреция не нарушены, слева - «немая» почка.

Вопросы:

1	Диагноз
2	Какие дополнительные обследования необходимо произвести
3	Обоснуйте метод лечения показанный больному
4	Какой фактор определяет объем оперативного вмешательства, если таковое показано.
5	Перечислите мероприятия по вторичной профилактике заболевания.

Ответы:

1	Мочекаменная болезнь. Коралловидный конкремент К4* левой почки.

	Пионефроз левой почки. *Классификация коралловидных камней. • К-1: неполный коралловидный камень, основная масса которого занимает лоханку, при этом имеются частичные отроги в чашечки почки; • К-2: неполные коралловидные камни, занимающие лоханку или ее часть и 1 чашечку почки - менее 60% объема чашечно - лоханочной системы; • К-3: неполные коралловидные камни, занимающие лоханку и не менее 2-х чашечек почки - 60 - 80% объема чашечно - лоханочной системы; • К-4: камни, занимающие всю чашечно - лоханочную систему или более 80% ее объема. В эту группу включили и больных с крупными камнями почек, диаметр которых превышает 3 см.
2	Клинико-лабораторный минимум (ОАМ, КАК, БАК, микробиологическое исследование мочи с определением чувствительности бактерий к антибиотикам) УЗИ почек с доплерографией
3	В данном случает пациенту показана нефрэктомия слева. Выбор метода лечения основан на данных инструментального обследования, которое подтверждает отсутствие функциональной активности левой почки, отсутствие васкуализации почечной паренхимы, что говорит о деструктивных процессах, произошедших в почечной паренхиме с её разрушением и образованием гнойно-некротических масс. Дальнейшее прогрессирование процесса может стать причиной септического состояния, флегмоны забрюшинного пространства.
4	Нефрэктомия слева
5	-Употребление жидкости до 2.5 л в сутки - Контроль избыточного веса, поддержание активного образа жизни - Снижение употребления продуктов, приводящих к закислению мочи (колбасы, пакетированные соки и т.д.) - ограничение потребления соли до 3-5 грамм в сутки - ограничение потребления белка до 0.8-1гр/кг массы тела в сутки - анализ крови биохимический общетерапевтический с определением уровня ионизированного кальция, фосфора, мочевой кислоты, витамина Д 25ОН; - биохимический анализ суточной мочи; - определение уровня паратиреоидного гормона в крови.

Ситуационная задача № 5

Больной пожилого возраста предъявляет жалобы на боли внизу живота, иррадиирущие в головку полового члена. Мочеиспускание резко учащено, затруднено, беспокоят рези при мочеиспускании. Периодически в последних порциях мочи отмечается примесь крови. Год назад оперирован по поводу аденомы предстательной железы. Амбулаторное лечение не проводилось. При осмотре: живот правильной формы, над лоном определяется старый окрепший послеоперационный рубец. Per rectum признаков рецидива аденомы нет. Катетеризация уретры свободно осуществляется катетером № 18.

Вопросы:

1	Предварительный диагноз
2	Какие дополнительные обследования необходимо произвести
3	Какой из методов обследования в данном случае даст наиболее достоверную информацию.
4	Чем обусловлено данное заболевание.

5	Перечислите возможные мероприятия по третичной профилактике заболевания.

Ответы:

1	Мочекаменная болезнь. Цистолитиаз
2	Клинико-лабораторный минимум (ОАМ, КАК, БАК) УЗИ мочевого пузыря, исследование объёма остаточной мочи Обзорная урография Компьютерная томография
3	Компьютерная томография
4	Возникновение конкрементов в мочевом пузыре в следствии хронической ретенции мочи и как следствие возникновения условий для литогенеза.
5	-Употребление жидкости до 2.5 л в сутки - Контроль избыточного веса, поддержание активного образа жизни - Снижение употребления продуктов, приводящих к закислению мочи (колбасы, пакетированные соки и т.д.) - ограничение потребления соли до 3-5 грамм в сутки - ограничение потребления белка до 0.8-1гр/кг массы тела в сутки - анализ крови биохимический общетерапевтический с определением уровня ионизированного кальция, фосфора, мочевой кислоты, витамина Д 25ОН; - биохимический анализ суточной мочи; - определение уровня паратиреоидного гормона в крови. - контроль за функцией мочеиспускания

Ситуационная задача № 6

Пациента 47 лет последние 2 месяца беспокоили ноющие боли в пояснице справа, примесь крови в моче после физической нагрузки. В течение последних суток отмечает подъем температуры до 38 °С, озноб.
Диагностирован камень ПУС справа. Тень камня наслаивается на пиелоуретеральный сегмент. На экскреторных урограммах функция правой почки снижена, определяется камень 2,0 × 2,5 см в ПУС, гидронефроз. Слева изменений чашечно-лоханочной системы и мочеточника не обнаружено.

Вопросы:

1	Предварительный диагноз
2	Какие дополнительные обследования необходимо произвести
3	Обоснуйте метод лечения показанный больному.
4	Какой фактор определяет объем оперативного вмешательства, если таковое показано.
5	Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике заболевания.

Ответы:

1	Мочекаменная болезнь. Конкремент пилороуретрального сегмента правой почки. Гидронефротическая трансформация правой почки. Хронический калькулёзный пиелонефрит, обострение.
2	Клинико-лабораторный минимум (ОАМ, КАК, БАК, микробиологическое исследование мочи с определением чувствительности бактерий к антибиотикам) УЗИ почек Компьютерная томография

3	У пациента есть признаки обострения мочевой инфекции, в соответствии с чем рекомендовано выполнить дренирование верхних мочевых путей справа внутренним стент-катетером или чрезкожным пункционным нефростомическим дренажем, произвести санацию мочевых путей, курс антибиотикотерапии.
4	Какой фактор определяет объем оперативного вмешательства, если таковое показано. На выбор метода оперативного вмешательства будет влиять размер конкремента, в данном случае он больше 2-х см, что является показанием для перкутанной хирургии.
5	-Употребление жидкости до 2.5 л в сутки - Контроль избыточного веса, поддержание активного образа жизни - Снижение употребления продуктов, приводящих к закислению мочи (колбасы, пакетированные соки и т.д.) - ограничение потребления соли до 3-5 грамм в сутки - ограничение потребления белка до 0.8-1гр/кг массы тела в сутки - анализ крови биохимический общетерапевтический с определением уровня ионизированного кальция, фосфора, мочевой кислоты, витамина Д 25ОН; - биохимический анализ суточной мочи; - определение уровня паратиреоидного гормона в крови.

Ситуационная задача № 7

Больной 65 лет поступил в клинику с жалобами на вялую струю мочи, учащенное мочеиспускание (ночью до 6 раз). Болен 3 года. При ректальном обследовании простата увеличена, эластична с четкими контурами, безболезненна. На обзорной, экскреторных урограммах функция почек и пассаж контрастного вещества не нарушен. На нисходящей цистограмме имеется дефект наполнения в области шейки мочевого пузыря. Мочевина крови - 4,2 ммоль/л, в анализе мочи - до 10 лейкоцитов в поле зрения. По данным УЗИ остаточной мочи более 100 мл.

Вопросы:

1	Предварительный диагноз
2	Какие дополнительные обследования необходимо произвести
3	Какой вид оперативного вмешательства показан при данном заболевании
4	Какой параметр определяет стадию заболевания.
5	Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике заболевания.

Ответы:

1	Аденома предстательной железы. Хроническая задержка мочеиспускания.
2	Клинико-лабораторный минимум (ОАМ, КАК, БАК, микробиологическое исследование мочи с определением чувствительности бактерий к антибиотикам) ПСА крови (общий, связанный, соотношение) Трансректальное УЗИ предстательной железы МРТ органов малого таза с контрастным усилением
3	Трансуретральная резекция\ энуклеация предстательной железы
4	Симптоматика и объём остаточной мочи, состояние верхних мочевых путей
5	-Употребление жидкости до 2.5 л в сутки - Контроль избыточного веса, поддержание активного образа жизни

	- Упражнения Кегеля - Приём витаминно-минеральных комплексов, препаратов с сосудистым, митохондриальным эффектом.

Ситуационная задача № 8

В клинику поступил больной с жалобами на боли в левой поясничной области, примесь крови в моче. Анамнез: около 2 часов назад упал, ударившись левым боком о край тротуара. При осмотре: состояние больного удовлетворительное, определяется припухлость и болезненность в левой поясничной области, в анализе мочи - эритроциты сплошь.

Вопросы:

1	О какой травме идет речь
2	Классификация данного вида травм по степени тяжести
3	Какие методы исследования нужно выполнить
4	Когда показано консервативное лечение
5	Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике заболевания.

Ответы:

1	Закрытая травма левой почки.
2	Повреждения почки подразделяют на 5 групп: 1 степень тяжести — ушиб почки (60% случаев); 2 степень тяжести — поверхностные разрывы фиброзной капсулы и коры почки (20% случаев); 3 степень тяжести — глубокие разрывы почечной паренхимы или повреждение чашечно-лоханочной системы (10% случаев); 4 степень тяжести — повреждение почечной ножки или отрыв почки от сосудов и мочеточника (5% случаев); 5 степень тяжести — размозжение почки (5% случаев).
3	Целесообразность традиционного подхода, заключающегося в одновременной оценке состояния верхних (экскреторная урография и компьютерная томография [КТ]) и нижних (цистоуретрография) отделов мочевой системы после травмы, ставится под сомнение исследованиями, в которых было выявлено, что сочетание серьезных повреждений почки и мочевого пузыря/мочеиспускательного канала встречается редко (< 0,5% случаев). Таким образом, основное внимание необходимо уделять области наибольшего повреждения. Несмотря па то что ЭУ позволяет получить данные, достаточные для раннего начала лечения, КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным контрастированием обеспечивает более четкую картину и в меньшей степени зависит от объема циркулирующей крови и кровоснабжения почек. Более того, экстренная КТ считается стандартным методом скрининговой диагностики повреждения почек, что делает выполнение экскреторной урографии (ЭУ) необязательным.
4	При повреждениях 1, 2 и 3 степеней тяжести возможно успешное консервативное лечение, в то время как повреждения 4 и 5 степеней тяжести требуют выполнения органосохраняющей операции или удаления органа. Для повреждений 4 степени тяжести (повреждение почечной ножки или отрыв почки от сосудов и мочеточника) характерны отсутствие выделения контрастного вещества пораженной почкой (при экскреторной урографии (ЭУ)) и незначительная гематурия. Повреждения 5 степени тяжести (размозжение почки) характеризуются отсутствием выделения контрастного вещества и стойкой макрогематурией.

	Эффективность консервативного лечения напрямую зависит от уменьшения интенсивности гематурии в первые несколько часов после травмы.
5	-Соблюдение режима труда и отдыха (ограничение подъёма тяжестей на 2 недели) Питьевой режим до 2.5 литров жидкости в сутки Антибактериальная профилактика.

Ситуационная задача № 9

В приемный покой ЦРБ поступил больной 40 лет с жалобами на боли в животе, отсутствие самостоятельного мочеиспускания в течение 10 часов. Анамнез: накануне, в состоянии алкогольного опьянения, получил удар в живот. При осмотре: общее состояние больного тяжелое, беспокоен, язык сухой, обложен бурым налетом, симптомы раздражения брюшины положительны, выражен симптом "ваньки-встаньки", тахикардия, гипотония. Перкуторно: мочевой пузырь над лоном не определяется, при притуплении перкуторного звука в отлогих местах.

Вопросы:

1	О какой травме идет речь
2	На какие виды подразделяется данная травма
3	С какими органами следует дифференцировать данную травму
4	Какие лабораторно-инструментальные методы исследования нужно выполнить
5	Дальнейшая тактика.

Ответы:

1	Простой закрытый внутрибрюшинный полный разрыв мочевого пузыря. Мочевой перитонит.
2	Степень такого повреждения может быть разной: ушиб, неполное (непроникающее) или полное (проникающее) повреждение стенки мочевого пузыря, отрыв мочевого пузыря от мочеиспускательного канала. Среди закрытых повреждений (разрывов) мочевого пузыря различают простые (вне- или внутрибрюшинные), смешанные (сочетание внутри- и внебрюшинного разрывов), сочетанные (сочетающиеся с переломами костей таза или с повреждениями других органов) и осложненные (шоком, перитонитом и др.) повреждения.
3	Отрывы мочеточников, полный отрыв мочевого пузыря от уретры.
4	Клинико-лабораторный минимум (ОАМ, КАК, БАК) УЗИ мочевого пузыря Восходящая цистография Экскреторная урография
5	Пациентов с полными закрытыми повреждениями мочевого пузыря лечат только хирургическими методами. При подозрении на разрыв мочевого пузыря пострадавшего срочно госпитализируют и после кратковременной подготовки оперируют. Объем оперативного вмешательства зависит от тяжести травмы, характера повреждения мочевого пузыря, индивидуальных особенностей и общего состояния пациента. При внутрибрюшинных разрывах выполняют лапаротомию, ревизию брюшной полости, определяют локализацию повреждения, ушивают мочевой пузырь двухрядным кетгутовым швом и дренируют мочевые затеки. После лапаротомии брюшную полость тщательно осушают и осматривают органы брюшной полости и малого таза. Операцию заканчивают дренированием

	мочевого пузыря (установкой системы орошения мочевого пузыря на 6-8 суток, реже - эпицистостомией). При внебрюшинном разрыве мочевого пузыря экстраперитонеально выделяют его переднюю стенку срединным разрезом между лоном и пупком, проводят ревизию мочевого пузыря, ушивание дефекта. Операцию заканчивают дренированием мочевого пузыря (эпицистостомией). При мочевых затеках также дренируют клетчатку малого таза по Буяльскому-Мак-Уортеру через запирательные отверстия. При отрыве шейки мочевого пузыря от мочеиспускательного канала после тщательной ревизии стенок мочевого пузыря и внутреннего отверстия уретры притягивают шейку мочевого пузыря к уретре при помощи катетера Фолея (с надувным баллоном) и пришивают уретру к шейке мочевого пузыря двухрядным кетгутовым швом. Операцию заканчивают эпицистостомией, дренированием предпузырной и тазовой клетчатки.

Ситуационная задача № 10

Больной 20 лет поступил в городскую больницу скорой медицинской помощи. Жалобы на боли в области промежности, надлобковой области, выделение крови из мочеиспускательного канала, многократные позывы к мочеиспусканию. Анамнез: 2 часа назад упал "верхом" на твердый предмет. При осмотре: из уретры выделяется свежая алая кровь. Над лоном пальпаторно определяется увеличенный мочевой пузырь. Имеется промежностная гематома.

Вопросы:

1	Диагноз.
2	Характер травмы
3	На какие виды подразделяется данная травма
4	Оперативное лечение
5	Вторичная профилактика данной травмы

Ответы:

1	Закрытая проникающая травма уретры (подозрение на отрыв задней уретры)
2	Тупая травма в следствии удара
3	• **Закрытые (тупая травма)** - без нарушения наружного кожного покрова. • **Открытые (пенетрирующая травма)** • **Непроникающие** (повреждения слизистой и фиброзной оболочек ***без экстравазации*** – вытекания мочи из уретры) * растяжение * ушиб

	• **Проникающие** * неполные (частичный разрыв уретры) * полные По типам: 1 Растяжение. Удлинение уретры без экстравазации при уретрографии 2 Ушиб. Наличие крови в меатусе без экстравазации при уретрографии 3 Частичный разрыв передней или задней уретры. Экстравазация контраста вместе повреждения при уретрографии, однако, контраст визуализируется также в проксимальной уретре или в мочевом пузыре. 4 Полный разрыв передней уретры. Экстравазация контраста вместе повреждения при уретрографии, однако, контраст не визуализируется ни проксимальной уретре, ни в мочевом пузыре. 5 Полный разрыв задней уретры. Экстравазация контраста вместе повреждения при уретрографии, однако, контраст не визуализируется в мочевом пузыре. 6 Полный или частичный разрыв задней уретры с повреждением шейки мочевого пузыря. ! Соответственно данной классификации: при I типе повреждения лечения не требуется, при II и III типе травмы показано консервативное лечение с цистостомией или катетеризацией уретры, при IV и V типе повреждения требуется срочное или отсроченное открытое или эндоскопическое вмешательство, при VI типе травмы требуется срочное открытое вмешательство.
4	**Повреждения передней уретры** ***Тупая травма.*** При неполных разрывах уретры в большинстве случаев достаточна цистостомия или катетеризация уретры. Надлонная цистостомия считается предпочтительной, так как позволяет избежать первичных уретральных манипуляций, а в дальнейшем напротив позволяет выполнить различные диагностические процедуры. Цистостомический дренаж устанавливается примерно на 4 недели, этого времени достаточно для полного заживления уретры. Далее выполняется микционная цистоуретрография и дренаж удаляется, если целостность уретры восстановлена. ***Открытая травма.*** Ранения, в том числе огнестрельные, укусы животных с повреждением передней уретры всегда ассоциированы с повреждением полового члена и часто с повреждением органов мошонки. Всегда выполняется первичная хирургическая обработка раны, целостность уретры по возможности восстанавливается. Первичный уретральный шов подразумевает восстановление целостности уретры под контролем зрения, герметичность и отсутствие натяжения. Если повреждение уретры более 1 см, то выполняется цистостомия. Реканализация уретры выполняется не ранее, чем через 3 месяца после травмы с использованием лоскутов или трансплантатов. **Повреждения задней уретры**

	Неполный разрыв уретры в большинстве случаев установкой уретрального катетера или надлонной цистостомы. Повторная ретроградная уретрография с 2-недельными интервалами позволяет проследить восстановление целостности уретры, после чего цистостома или уретральный катетер удаляются. В большинстве случаев происходит полное восстановление целостности уретры. ***При полном разрыве*** задней уретры возможны следующие хирургические подходы: первичное сопоставление, срочная открытая уретропластика, отсроченная первичная уретропластика, отсроченная уретропластика, отсроченная эндоскопическая инцизия. *Не существует единого стандартного метода лечения повреждений задней уретры, во всех случаях выбор лечебной тактики определяется строго индивидуально, в соответствии с обстоятельствами травмы и первичной клинической симптоматикой.* Чаще всего первую очередь производится репозиция костей таза, а далее выполняется отсроченная уретропластика. После травмы сразу же устанавливается цистостома, и при условии стабильного состояния пациента выполняется уретропластика на **10-14 сутки**. Реконструктивная промежностная анастомотическая уретропластика в 80% случаев обеспечивает безрецидивное восстановление целостности уретры.
5	Вторичная профилактика данной травмы: Сохранение лечебно-охранительного режима Использование препаратов для уменьшения отёка и предотвращения фиброза

Ситуационная задача № 11

Больная 55 лет оперирована по поводу миомы матки - произведена экстирпация матки. В раннем послеоперационном периоде отметила резкие боли в поясничной области, отсутствие позывов к мочеиспусканию. Мочевой пузырь пуст. Парентеральное введение диуретиков эффекта не дала. При цистоскопии с катетеризацией мочеточников встречены непреодолимые препятствия на 6 см с обеих сторон. При ретроградной уретерографии контрастное вещество выполняет тазовые отделы мочеточников и выше зоны препятствия не поступает.

Вопросы:

1	Клиническая картина
2	Какой инструментальный метод исследования нужно выполнить для уточнения диагноза
3	Дальнейшие осложнения
4	Какое лечение необходимо вероятнее всего. Что надо сделать, прежде всего. Укажите минимально возможный объем помощи
5	Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике

Ответы:

1	Двухсторонней перевязки мочеточников, постренальная анурия.
2	УЗИ почек с двух сторон на предмет уретерогидронефроза
3	Острая почечная недостаточность, уремия
4	Установка чрезкожных пункционных нефростомических дренажей с двух сторон, как минимально возможный объём помощи

	Ранняя или отсроченная восстановительно-пластическая операция по формированию уретероцистоанастамоза
5	Соблюдение лечебно-охранительного режима Питьевой режим до 2 литров жидкости в сутки

Ситуационная задача № 12

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

Вопросы:

1	Клиническая картина
2	Какие лабораторные методы исследования нужно выполнить для уточнения диагноза
3	Какой инструментальный метод исследования необходимо выполнить с целью верификации макрогематурии
4	Виды гематурий
5	Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике

Ответы:

1	Клиническая картина характерна для острого цистита.
2	Клинический анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, посев мочи на микроорганизмы.
3	Цистоскопию
4	Инициальная, терминальная, тотальная
5	Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, исследование и коррекция изменений иммунной системы, общая гигиена, гигиена половой жизни.

Ситуационная задача № 13

Пациент 50 лет в течение 10 лет страдает МКБ, камневыделитель. Госпитализирован в урологическое отделение с почечной коликой слева. На экскреторных урограммах диагностирован камень верхней трети левого мочеточника 1,0 × 2,0 см, камень ПУС 2,5 на 2,0 см и камень средней чашечки 0,6 × 0,5 см, уретерогидронефроз. Справа изменений чашечно-1лоханочной системы и мочеточника не обнаружено.

Вопросы:

1	Предварительный диагноз.
2	Какие дополнительные обследования необходимо провести.
3	Какие экстренные лечебные мероприятия необходимо провести в приемном отделении
4	Предпочтительный метод оперативного лечения.
5	Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике

Ответы:

1	Мочекаменная болезнь. Конкремент верхней трети левого мочеточника, конкременты левой почки. Почечная колика слева. Хронический калькулёзный пиелонефрит, вне обострения.
2	Клинико-лабораторный минимум (ОАМ, КАК, БАК) УЗИ почек Компьютерная томография.
3	Купирование почечной колики - НПВС
4	Ретроградная интраренальная литотрипсия, или перкутанная хирургия
5	-Употребление жидкости до 2.5 л в сутки - Контроль избыточного веса, поддержание активного образа жизни - Снижение употребления продуктов ,приводящих к закислению мочи (колбасы, пакетированные соки и т.д.)

Ситуационная задача № 14

Больной 56 лет сегодня утром внезапно, на фоне нормального самочувствия отметил выделение мочи ярко-красного цвета, с червеобразными сгустками. Окраска мочи равномерная на протяжении всего акта мочеиспускания. Такой же цвет мочи при двух последующих мочеиспусканиях. Гемоглобин 98 г/л , артериальное давление - в пределах нормы.

Вопросы:

1	Клиническая картина
2	Какие дополнительные обследования необходимо провести для уточнения диагноза.
3	Метод предварительной диагностики
4	Объем оперативного лечения
5	Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике

Ответы:

1	Клиническая картина соответствует опухоли почки
2	Для уточнения диагноза необходимо УЗИ почек, обзорная, экскреторная урография, КТ, МРТ, МСКТ.
3	УЗИ
4	Резекция опухоли при технической возможности или нефрэктомия(скорее всего это, потому что примесь крови в моче говорит о распространённости процесса)
5	Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек.

Ситуационная задача № 15

У больного 62 лет резко выраженная дизурия с периодами макрогематурии. При цистоскопии выявлены грубоворсинчатые образования, занимающие практически весь мочевой пузырь. На экскреторных урограммах - умеренно выраженный двусторонний уретерогидронефроз

Вопросы:

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

Ответы:

1	Рак мочевого пузыря с вовлечением устьев обоих мочеточников
2	Клинико-лабораторный минимум (ОАМ, КАК, БАК) УЗИ почек Биопсия опухолевых образований
3	Биопсия опухолевых образований
4	Цистэктомия с формированием необледдера из кондуита подвздошной кишки.
5	Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек.

Ситуационная задача № 16

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

Вопросы:

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

Ответы:

1	Острый цистит
2	Клинический анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, посев мочи на микроорганизмы ,УЗИ почек, мочевого пузыря
3	Цистоскопию
4	Инициальная, терминальная, тотальная
5	Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, исследование и коррекция изменений иммунной системы, общая гигиена, гигиена половой жизни.

Ситуационная задача № 17

У пациента пожилого возраста возникла острая задержка мочи (ОЗМ) после приема алкоголя. В течение 3 дней моча выводилась катетером. Самостоятельное мочеиспускание не восстановлено. Госпитализирован в стационар. При поступлении отмечается субфебрильная температура тела.

Вопросы:

1	Предварительный диагноз. Перечислите все возможные причины ОЗМ
2	Какие дополнительные обследования необходимо провести.
3	Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.
4	Тактика ведения больного.
5	Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике

Ответы:

1	Аденома, рак предстательной железы, склероз шейки мочевого пузыря, стриктура уретры.
2	Собрать анамнез, провести объективный осмотр, пальцевое ректальное исследование, общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови, уровень ПСА(не будет показателен – есть катетеризация и воспалительные изменения), ТРУЗИ, УЗИ мочевого пузыря и почек, МРТ малого таза с контрастированием
3	МРТ малого таза с контрастированием
4	Наложение цистостомического дренажа. Удаление причины инфравезикальной обструкции.
5	Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек

Ситуационная задача № 18

Пациент 55 лет поступил в урологическую клинику с жалобами на учащенное мочеиспускание, наличие крови в моче. При цистоскопии на левой боковой стенке мочевого пузыря обнаружена грубоворсинчатая опухоль на широком основании, входящая в 1 поле зрения цистоскопа. На экскреторных урограммах нарушения функции почек нет.

Вопросы:

1	Предварительный диагноз.
2	Какие дополнительные обследования необходимо провести.
3	Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.
4	План лечения.
5	Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике

Ответы:

1	Опухоль левой боковой стенки мочевого пузыря
2	Клинико-лабораторный минимум (ОАМ, КАК, БАК) УЗИ почек, мочевого пузыря Цистоскопию
3	Цистоскопия
4	Трансуретральная резекция мочевого пузыря с новообразованием
5	Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек

3.4 Мини-кейсы

1. У больного 56 лет диагностирован тотальный правосторонний пионефроз. При проведении экскреторной урографии также определяется тень конкремента левой почки, занимающего всю лоханку и верхнюю группу чашечек.

Вопрос: какой вид лечения будет наиболее оправдан?
Ответ: **нефрэктомия справа.**

2. У больного 63 лет верифицирован рак головки полового члена в стадии T3N0M1. При проведении обзорного снимка грудной клетки отмечаются тени метастазов.

Вопрос: какое лечение у данного больного будет наиболее эффективным?
Ответ: **ампутация полового члена + химиотерапия.**

3. При наличии урологической патологии у беременной женщины какой наиболее щадящий метод диагностики?

Ответ: **ультрасонографический.**

4. Больной 63 лет был диагностирован рак матки 4 стадии. Во время проведения операции по данному поводу, был поврежден левый мочеточник на уровне нижней трети.

Вопрос: что показано больной в данном случае?
Ответ: **уретерокутанеостомия.**

5. У больной 44 лет отмечается окрашивание мочи в темно-красный цвет, со сгустками, в сочетании с тянущими болями внизу живота. Данные жалобы отмечаются с периодичностью в один месяц.

Вопрос: каков наиболее вероятный диагноз?:
Ответ: **пузырно-маточный свищ.**

6. У женщины 46 лет в течение 2-х месяцев отмечается самопроизвольное подтекание мочи из влагалища, усиливающееся при физическом напряжении, безналичия болей.

Вопрос: какое из перечисленных условий является показанием к влагалищному доступу при проведении хирургического лечения?
Ответ: **свищ ниже устьев мочеточников.**

7. У женщины 46 лет в течение 2-х месяцев отмечается самопроизвольное подтекание мочи из влагалища, усиливающееся при физическом напряжении, безналичия болей.

Вопрос: какое из перечисленных условий является показанием к пузырномудоступу при оперативном лечении?
Ответ: **свищ в зоне устьев мочеточников.**

8. У женщины 46 лет в течение 2-х месяцев отмечается самопроизвольное подтекание мочи из влагалища, усиливающееся при физическом напряжении, безналичия болей.

Вопрос: какое из перечисленных условий является показанием к трансперитонеальному доступу при хирургическом вмешательстве?
Ответ: **свищ выше межмочеточниковой связки в сочетании с малой емкостью мочевого пузыря.**

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

Вопрос: к какому методу диагностики наиболее целесообразно прибегнуть вданном случае?
Ответ: **экскреторная урография и вагинография.**

10. У больного 66 лет верифицирован рак верхнего полюса правой почки в стадии T3N0M0.

Вопрос: какой оперативный доступ наиболее целесообразно выполнить припроведении нефрэктомии в данном случае:
Ответ: **по Нагамацу.**

11. У больной 54 лет с давним хроническим пиелонефритом при проведении УЗИ почек была обнаружена киста верхнего полюса правой почки размерами 6,2х7,0х7,8см. Последний раз обследовалась около 7 лет назад. Периодически отмечает повышение артериального давления до 160/100 мм.рт.ст. Общее самочувствие больной не страдает, температура тела в пределах нормы. При проведении экскреторной урографии уродинамических нарушений не отмечается.Лаб. данные: ОАК- эритроциты 3,9 млн, Hb-110, лейкоциты 7,2 тыс, палочкоядерных-3, сегменоядерных-68, эозинофилов-4, лимфоцитов-25, ОАМ- кол-во- 90, РН-7,8, белок-следы, лейкоциты-7-8 в п/зр, эритроциты-0-2 в п/зр, Б/Х крови: билирубин- 11,9, сахар-6,8, холестерин- 8,6, мочевина- 6,4, креатинин-0,9. Вопрос: какова дальнейшая тактика ведения данной больной?

Ответ: **пункцию кисты с введение склерозирующего раствора.**

12. Больная 38 лет поступила в экстренном порядке. Жалуется на сильные боли в правой поясничной области. Повышение температуры до 380 град, в течении 5-ти дней, продолжительные ознобы. Из анамнеза: дважды оперирована на правой почке по поводу нефролитиаза: 5 лет назад- дистанционная литотрипсия, 2 года назад пиело-, нефролитотомия. При обследовании: болезненность в правой поясничной области. Дефанс. Положительный симптом поколачивания. В ОАК- эр.-3.2х 1012/л,НЬ= 112 г/л, L= 11х109/л.(с-71%, палочкоядерные - 6%, нейтрофилы - 5%, эозинофилы - 2%, лимфоциты - 16%). На экскреторной урографии тени конкрементов лоханки правой почки, размерами 2,7х2,3, 2,0х1,8см.

Вопрос: какая лечебная тактика предпочтительна?
Ответ: **нефрэктомия.**

13. В приемный покой урологии поступила больная 42 лет. Жалуется на сильные боли в правой поясничной области. Повышение температуры до 38,2С0 град. За последние 2 дня присоединились ознобы. Из анамнеза: 2 года назад оперированапо поводу нефролитиаза При обследовании: болезненность в правой поясничнойобласти. Дефанс. Положительный симптом поколачивания. В ОАК- эр.- 3.2х 1012/л,НЬ= 112 г/л, L= 11х109/л.(с-71%, палочкоядерные - 6%, нейтрофилы - 5%, эозинофилы - 2%, лимфоциты - 16%).

Вопрос: какой метод диагностики НАИБОЛЕЕ информативен для постановки диагноза?
Ответ: **КТ почек.**

14. Больной 63 лет поступил в клинику с острой задержкой мочи.
Вопрос: какой метод необходимо применить с целью ранней диагностики?
Ответ: **УЗИ органов малого таза.**

15. Больной 63 лет поступил в клинику с острой задержкой мочи
Вопрос: какой метод необходимо применить с целью ранней диагностики?
Ответ: **ректальное обследование.**

16. У больного с задержкой мочеиспускания по данным УЗИ органов малого таза имеется дивертикул мочевого пузыря 9,0х8,0 см.
Вопрос: наиболее оптимальным методом лечения является:

Ответ: **дивертикулэктомию и цистостомию как 1 этап.**

17. У больного 30 лет отмечаются выраженные трудности при мочеиспускании. В анамнезе: несколько раз перенес острую гонорею, по поводу чего не получал квалифицированного лечения. На УЗИ органов малого таза - простата 22х28х23см,V-27см3., остаточная моча-130 мл. По данным восходящей уретроцистограммы- имеется сужение в проекции шейки мочевого пузыря.

Вопрос: какое лечение следует назначить данному больному?
Ответ: **выполнить ТУР шейки мочевого пузыря.**

18. У больного 38 лет злоупотребляющего алкоголем после очередного употребления, на следующий день, отмечаются выраженные боли внизу живота, при попытке мочеиспускания определяется скудное геморрагическое отделяемое. Никаких подробностей анамнеза больной не помнит.

Вопрос: какое обследование наиболее целесообразно провести для постановкиокончательного диагноза:
Ответ: **восходящую уретроцистографию.**

19. У мужчины 24 лет во время свадьбы при длительном воздержании от мочеиспускания произошел удар низом живота об стол, вследствие чего мужчина почувствовал резкую боль в вышеуказанной области, кровенистые выделения из уретры. По данным R-обследования имеется затек контрастного вещества в сторону брюшной полости.

Вопрос: каким образом необходимо закончить проведение оперативноговмешательства по данному поводу?
Ответ: **установить 2 резиновых дренажа.**

20. У женщины 27 лет отмечаются жалобы на наличие безболезненного образования в области наружного отверстия уретры, дискомфорт при мочеиспускании, периодически возникающее окрашивание мочи кровью. При осмотре: в области уретры визуализируется образование на тонкой ножкеразмером около 6см.

Вопрос: что необходимо сделать в данном случае?
Ответ: **трансвагинальное иссечение.**

21. У больного К 64 лет диагностирована семинома в стадии T2N0M0.
Вопрос: какое лечение показано?
Ответ: **орхиэктомия**

22. У больного 57 лет диагностирована фиброзная форма доброкачественной гиперплазии предстательной железы 2 стадии.

Вопрос: какое лечение предпочтительнее?
Ответ: **трансуретральная электрорезекция.**

23. У больной М. 54 лет верифицирован папиллярный рак мочевого пузыря встадии T3NoMo, с локализацией на правой боковой стенки

Вопрос: что показано в данном случае?
Ответ: **резекция мочевого пузыря.**

24. После проведения абдоминальной аортографии по Сельдингеру через 13 часов у больного отмечается похолодание, бледность, чувство онемения в нижнихконечностях.

Вопрос: что наиболее важное нужно сделать при оказании неотложной помощи?
Ответ: **паравазальная новокаиновая блокада 0.5% раствором в зоне пункциибедренной артерии, внутривенное введение папаверина.**

25. У больного Б. 46 лет диагностирован коралловидный камень левой почки при внутрипочечном расположении лоханки.

Вопрос: во время проведения секционной нефролитотомии с целью минимизациикровопотери что более целесообразнее сделать?
Ответ: **пережать почечную артерию на время секции.**

26. У больной М. 59 лет выявлен папиллярный рак средней трети левого мочеточника в стадии T3N0M0.

Вопрос: какова наиболее оправданная тактика лечения?
Ответ: **нефроуретероэктомию.**

27. У больного Ж. 47 лет на головке полового члена около полугода тому назад появилось образование, бородавчатой структуры. С течением времени образование умеренно выросло, на данный момент составляет около 1,5х1,0 см.При осмотре обнаружены увеличенные паховые лимфоузлы, при биопсии у одного из них был выявлен рак.

Вопрос: какова дальнейшая тактика?
Ответ: **биопсия новообразования.**

28. Во время диспансерного осмотра у мужчины 46 лет в ОАМ выявлено 30-35 лейкоцитов в поле зрения.

Вопрос: какой из методов обследования будет наиболее информативен дляопределения локализации патологических изменений?
Ответ: **двухстаканная или трехстаканная пробы.**

29. У больной 54 лет имеются подозрения на левосторонний паранефральный абсцесс.

Вопрос: какой из приведенных методов диагностики будет наиболееэффективным?
Ответ: **ультразвуковое исследование.**

30. У больной 42 лет диагностирована лейкоплакия мочевого пузыря. Вопрос: что послужило наиболее вероятной причиной возникновения этойпатологии?
Ответ: **хронический цистит.**

31. В урологическое отделение поступила больная с жалобами на боли над лоном, учащенное, болезненное мочеиспускание с резями, периодически окрашивание мочи кровью.

При проведении цистоскопии было обнаружено интерстициальное поражение.Вопрос: что вы ожидаете увидеть при данном поражении?
Ответ: **язвы мочевого пузыря.**

32. У женщины 28 лет спустя 6 месяцев после родов диагностирован острый цистит.

Вопрос: что явилось основной причиной развития такого состояния?Ответы:
Ответ: **инфекционные заболевания.**

33. Обратилась женщина 30 лет с жалобами на учащение мочеиспускания, без болевых ощущений. При обследовании: анализ мочи и крови нормальные.
Визуализирующие обследования не выявили патологии. О чем нужно думать в первую очередь:

Ответ: **Гиперрефлекторный мочевой пузырь**

4. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация не предусмотрена.

5. Критерии оценивания результатов обучения

Оценка «***отлично***» выставляется обучающемуся, если он владеет знаниями предмета в полном объеме учебной программы, достаточно глубоко осмысливает дисциплину; самостоятельно, в логической последовательности и исчерпывающе отвечает на все вопросы, подчеркивает при этом самое существенное, умеет анализировать, сравнивать, классифицировать, обобщать, конкретизировать и систематизировать изученный материал, выделять в нем главное: устанавливать причинно-следственные связи; четко формирует ответы.

Оценка «***хорошо***» выставляется обучающемуся, если он владеет знаниями дисциплины почти в полном объеме программы (имеются пробелы знаний только в некоторых, особенно сложных разделах); самостоятельно и отчасти при наводящих вопросах дает полноценные

ответы на вопросы; не всегда выделяет наиболее существенное, не допускает вместе с тем серьезных ошибок в ответах.

Оценка «***удовлетворительно***» выставляется обучающемуся, если он владеет основным объемом знаний по дисциплине; проявляет затруднения в самостоятельных ответах, оперирует неточными формулировками; в процессе ответов допускает ошибки по существу вопросов.

Оценка «***неудовлетворительно***» выставляется обучающемуся, если он не освоил обязательного минимума знаний предмета, не способен ответить на вопросы даже при дополнительных наводящих вопросах экзаменатора.

Приложение 1

Чек-лист оценки практических навыков

Название практического навыка Объективный осмотр урологического пациента

К	ПК 14	Способность и готовность к оказанию первой врачебной помощи при неотложных состояниях на догоспитальном этапе, а также в экстремальных условиях эпидемий, в очагах массового поражения.		
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов, установление диагноза		
ТД	Проведение обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов, установление диагноза			
	Действие		Проведено	Не проведено
1.	Убедился в собственной безопасности		1 балл	-1 балл
2.	Доступно объяснил пациенту цель дальнейшего обследования		1 балл	-1 балла
3.	Произвёл сбор жалоб, анамнеза заболевания и анамнеза жизни		1 балл	-1 балл
4.	Произвёл последовательный осмотр органов мочеполовой системы		1 балл	-1 балл
5.	Сформулировал предварительный клинический диагноз на основе жалоб, анамнеза заболевания и данных объективного осмотра.		1 балл	-1 балл
	Итого			

Общая оценка:

«Зачтено» не менее 75% выполнения
«Не зачтено» 74 и менее% выполнения