

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Наумова Наталия Александровна
Должность: Ректор
Дата подписания: 24.10.2024 14:21:41
Уникальный программный ключ:
6b5279da4e034bff679172803da5b7b5559fc69e2

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ
Государственное образовательное учреждение высшего образования Московской области
МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОБЛАСТНОЙ УНИВЕРСИТЕТ
(МГОУ)
Медицинский факультет

Одобрено учебно-методическим
советом

Протокол «15» июля 2021 г. № 4

Председатель 
/О.А. Шестакова/

Рекомендовано медицинским факультетом
«07» июля 2021 г.

И.о. декана медицинского факультета

/ Д.А. Куликов/

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
по дисциплине

Урология

Специальность
31.05.01 Лечебное дело

Мытищи
2021

Содержание

- 1.Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы
- 2.Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания
- 3.Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы
4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций.

1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

Код и наименование компетенции	Этапы формирования
УК-1. Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа
УК-2. Способен управлять проектом на всех этапах его жизненного цикла	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа
ОПК-4. Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа
ОПК-7. Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа

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

Оцениваемые компетенции	Уровень сформированности	Этап формирования	Описание показателей	Критерии оценивания	Шкала оценивания
УК-1	Пороговый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знает этиологию и патогенез урологических заболеваний, методологию их диагностики и лечения; основные принципы системного подхода при решении клинических задач. Умеет находить оптимальный алгоритм обследования и лечения пациентов с урологической патологией.	Тестирование, реферат	Шкала оценивания тестирования Шкала оценивания реферата
	Продвинутый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знает этиологию и патогенез урологических заболеваний, методологию их диагностики и лечения; основные принципы системного подхода при решении клинических задач. Умеет находить оптимальный алгоритм обследования и лечения пациентов с урологической патологией. Владеет методологией	Тестирование, реферат	Шкала оценивания тестирования Шкала оценивания реферата

			установления правильного диагноза на основе анализа данных обследования, а также назначения корректной схемы лечения на основе персонифицированного подхода к пациенту с учетом его индивидуальных и возрастных особенностей.		
УК-2	Пороговый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знает основные способы определения оптимальной тактики в рамках выполнения лечебно-диагностических мероприятий на основе правовых норм, имеющихся ресурсов и ограничений. Умеет определять оптимальный диагностический и лечебный алгоритм.	Тестирование, реферат	Шкала оценивания тестирования Шкала оценивания реферата
	Продвинутый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знает основные способы определения оптимальной тактики в рамках выполнения лечебно-диагностических мероприятий на основе правовых норм, имеющихся ресурсов и ограничений. Умеет определять оптимальный диагностический и лечебный алгоритм. Владеет навыками обследования больных урологического профиля и выполнения врачебных манипуляций.	Тестирование, реферат	Шкала оценивания тестирования Шкала оценивания реферата
ОПК-4	Пороговый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знает общехирургический и специальный урологический хирургический инструментарий. Умеет выполнять базовые хирургические манипуляции (завязывание хирургического узла, наложение швов, накладывание лигатуры под зажимом и т.д.).	Тестирование, реферат	Шкала оценивания тестирования Шкала оценивания реферата

	Продвинутый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знает общехирургический и специальный урологический хирургический инструментарий. Умеет выполнять базовые хирургические манипуляции (завязывание хирургического узла, наложение швов, накладывание лигатуры под зажимом и т.д.). Владеет навыками использования хирургического инструментария.	Тестирование, реферат	Шкала оценивания тестирования Шкала оценивания реферата
ОПК-7	Пороговый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знает алгоритмы выполнения основных урологических оперативных вмешательств. Умеет определять показания и противопоказания для выполнения урологических оперативных вмешательств.	Тестирование, реферат	Шкала оценивания тестирования Шкала оценивания реферата
	Продвинутый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знает алгоритмы выполнения основных урологических оперативных вмешательств. Умеет определять показания и противопоказания для выполнения урологических оперативных вмешательств. Владеет техникой выполнения основных урологических оперативных вмешательств.	Тестирование, реферат	Шкала оценивания тестирования Шкала оценивания реферата

Шкала оценивания реферата

Критерии оценивания	Баллы
Содержание соответствует поставленным цели и задачам, изложение материала отличается логичностью и смысловой завершенностью, студент показал владение материалом, умение четко, аргументировано и корректно отвечает на поставленные вопросы, отстаивать собственную точку зрения	30
Содержание недостаточно полно соответствует поставленным цели и	15

задачам исследования, работа выполнена на недостаточно широкой источниковой базе и не учитывает новейшие достижения науки, изложение материала носит преимущественно описательный характер, студент показал достаточно уверенное владение материалом, однако недостаточное умение четко, аргументировано и корректно отвечать на поставленные вопросы и отстаивать собственную точку зрения	
Содержание не отражает особенности проблематики избранной темы; содержание работы не полностью соответствует поставленным задачам, источниковая база является фрагментарной и не позволяет качественно решить все поставленные в работе задачи, работа не учитывает новейшие достижения историографии темы, студент показал неуверенное владение материалом, неумение отстаивать собственную позицию и отвечать на вопросы	5
Работа не имеет логичной структуры, содержание работы в основном не соответствует теме, источниковая база исследования является недостаточной для решения поставленных задач, студент показал неуверенное владение материалом, неумение формулировать собственную позицию.	0

Шкала оценивания тестирования

Критерий	Количество баллов
80-100% правильных ответов	15-20 баллов
70-79 % правильных ответов	10-14 баллов
50-69 % правильных ответов	4-9 баллов
менее 50 % правильных ответов	0-3 баллов

3. Типовые контрольные задания или иные необходимые для оценки материалы знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы

Тематика рефератов

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. Кавернит. Патогенез. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.
12. Эпидидимит. Орхит. Везикулит. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.
13. Простатит. Острый и хронический. Распространенность. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.
14. Синдром хронической тазовой боли. Определение. Причины. Механизм развития.
15. Понятия "мочекаменная болезнь" (МКБ) и "уролитиаз". Эпидемиология МКБ. Экзогенные и эндогенные факторы. Нарушение лимфатического дренажа почек. pH мочи и камнеобразование. Защитные факторы мочи.
16. Патогенез. Кристаллурия. Механизмы камнеобразования. Оксалатный, фосфатный, уратный тип камнеобразования. Редкие типы камней (цистиновые, ксантиновые и белковые). Патоморфологические и патофизиологические изменения в почках и мочевых путях при уролитиазе.
17. Мочекаменная болезнь. Особенности течения камней чашечек, лоханки и мочеточников. Почечная колика.
18. Осложнения: уретерогидронефроз, острый, хронический пиелонефрит, бактериемический шок, паранефрит. Острая и хроническая почечная недостаточность при уролитиазе. Исходы и прогноз.
19. Лабораторные исследования: клинический анализ, мочевины, креатинин, кальций, фосфор, мочевая кислота. Диагностика гиперпаратиреоза при кальциевых камнях. Исследование мочи: клинический и бактериологический анализ, кальций, оксалаты, мочевая кислота. Химический состав мочевых камней. Рентгенодиагностика: обзорная, экскреторная урография, антеградная, ретроградная уретеропиелография, КТ. Радионуклидная диагностика: нефросцинтиграфия, сканирование скелета, щитовидной и паращитовидных желез. Ультразвуковое сканирование. Особенности диагностики уролитиаза при беременности.
20. Оперативные и эндоскопические методы лечения. Контактная и дистанционная литотрипсия. Консервативное лечение уролитиаза. Санаторное лечение. Диспансеризация при МКБ. Прогноз при уролитиазе. Экспертиза нетрудоспособности при уролитиазе.
21. Распространенность. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.
22. Профилактика развития и осложнений ДГПЖ.
23. Современные принципы консервативного и оперативного лечения ДГПЖ.
24. Острая задержка мочеиспускания, причины, механизм развития заболевания, клиническая картина, диагностика.
25. Оказание неотложной помощи в зависимости от причин развития ОЗМ.
26. Технические особенности простатэктомии.
27. Недержание мочи у женщин. Симультанная хирургическая коррекция генитального пролапса и стрессового недержания мочи у женщин с использованием синтетических протезов: преимущества и недостатки.
28. Оценка качества жизни пациенток после оперативной коррекции пролапса тазовых органов.
29. Проблемы нейроурологии. Гипоактивный мочевой пузырь – новое клиническое понятие.
30. Проблемы развития онкоурологии.
31. Опухоли почек и мочевых путей.
32. Опухоли мужских половых органов.
33. Особенности фармакотерапии ИМП при беременности
34. Открытая радикальная простатэктомия при раке простаты высокого риска прогрессии. Роль лимфодиссекции в лечении больных раком предстательной

железы.

35. Травма мочевой системы.

36. Травма мужских половых органов.

37. Реконструктивно-пластические операции после травматических повреждений в урологии.

38. Туберкулез почек и мочевых путей.

39. Туберкулез мужских половых органов.

40. Восстановительная хирургия у больных туберкулезом почек и мочевого пузыря 4-ой стадии.

Вопросы к тестированию

1. В секрете предстательной железы в норме содержатся:

- а) лейкоциты (не более 10), единичные эритроциты
- б) макрофаги и амилоидные тельца
- в) лецитиновые зерна
- г) эпителиальные и гигантские клетки
- д) правильно а) и в)

2. Содержание фруктозы в эякуляте равно:

- а) 100 мг%
- б) 150 мг%
- в) 200 мг%
- г) 250 мг%
- д) 1000 мг%

3. Клубочковая фильтрация является:

- а) активным процессом
- б) пассивным процессом
- в) активным процессом в юкстамедуллярных нефронах
- г) пассивным процессом только в юкстамедуллярных нефронах
- д) сочетанием активных и пассивных процессов

4. Онкотическое давление плазмы:

- а) повышает клубочковую фильтрацию
- б) не повышает клубочковую фильтрацию
- в) понижает клубочковую фильтрацию
- г) повышает только в юкстамедуллярных нефронах
- д) понижает только в кортикальных нефронах

5. Фильтрационное давление в клубочке составляет:

- а) 10 мм рт. ст.
- б) 30 мм рт. ст.
- в) 50 мм рт. ст.
- г) 70 мм рт. ст.
- д) свыше 100 мм рт. ст.

6. Онкотическое давление плазмы в норме составляет:

- а) 10 мм рт. ст.
- б) 25 мм рт. ст.
- в) 40 мм рт. ст.

- г) 50 мм рт. ст.
- д) 60 мм рт. ст.

7. Внутривенное давление в норме равно:

- а) 5 мм рт. ст.
- б) 15 мм рт. ст.
- в) 25 мм рт. ст.
- г) 30 мм рт. ст.
- д) 50 мм рт. ст.

8. Фильтром для форменных элементов крови являются:

- а) поры эндотелиального слоя
- б) поры базальной мембраны
- в) щелевые мембраны
- г) ножки подоцитов
- д) щеточная кайма

9. Мочевина, креатинин, глюкоза фильтруются в клубочках:

- а) полностью
- б) частично
- в) не фильтруются
- г) полностью фильтруется только глюкоза
- д) полностью фильтруется только креатинин

10. Фосфаты в виде NaH_2PO_4 :

- а) фильтруются в клубочках
- б) не фильтруются в клубочках
- в) в зависимости от состояния клубочковой мембраны
- г) в зависимости от состояния эндотелия клубочков
- д) в зависимости от состояния и сохранности подоцитов

11. Реабсорбция бикарбонатов осуществляется в основном:

- а) в проксимальном канальце
- б) в петле Генле
- в) в дистальном канальце
- г) в собирательной трубке
- д) в канальце Белини

12. Действие осмотических диуретиков осуществляется:

- а) в проксимальном канальце
- б) в восходящем отделе петли Генле
- в) в дистальном канальце
- г) по ходу всего нефрона
- д) в собирательной трубке

13. Под действием производных ренина происходит:

- а) сужение приносящей артериолы клубочка
- б) расширение приносящей артериолы клубочка
- в) уменьшение размеров пор базальной мембраны
- г) гипертрофия сосудистых петлей клубочка
- д) уменьшение реабсорбции белка

14. Карбоксипептидаза способствует образованию:

- а) ангиотензиногена
- б) ангиотензина I
- в) ангиотензина II
- г) простагландинов
- д) карбоангидразы

15. Образование ангиотензина II происходит:

- а) в легких
- б) в сердце
- в) в почках
- г) в печени
- д) в легких и почках

16. Реабсорбция белка осуществляется в:

- а) проксимальных канальцах
- б) петлях Генле
- в) дистальных извитых канальцах
- г) собирательных трубочках
- д) канальцах Белини

17. Реабсорбция глюкозы осуществляется в:

- а) проксимальных канальцах
- б) петлях Генле
- в) дистальных канальцах
- г) собирательных трубочках
- д) на протяжении всего нефрона

18. Реабсорбция глюкозы осуществляется:

- а) активно
- б) пассивно
- в) вторично активно
- г) активно - в проксимальном канальце, пассивно - в дистальном
- д) пассивно - в проксимальном канальце, активно - в дистальном

19. Образование аммиака происходит в:

- а) печени
- б) стенке кишечника
- в) почках
- г) селезенке
- д) во всех перечисленных органах

20. В условиях метаболического ацидоза в здоровых почках:

- а) повышается аммонийный коэффициент
- б) понижается аммонийный коэффициент
- в) повышается клиренс мочевины
- г) повышается секреция калия
- д) указанные показатели не меняются

21. Никтурия - это

- а) увеличение количества мочи, выделяемое в ночной период времени
- б) учащение ночного мочеиспускания
- в) перемещение основного диуреза с дневных часов на ночные

- г) дневная олигурия
- д) правильно а) и г)

22. Никтурия встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме

- а) сердечной недостаточности
- б) сахарного диабета
- в) хронической почечной недостаточности
- г) хронического гломерулонефрита
- д) аденомы предстательной железы

23. Поллакиурия - это

- а) увеличение диуреза
- б) учащение мочеиспускания дневного и ночного
- в) учащение ночного мочеиспускания
- г) учащение дневного мочеиспускания
- д) увеличение ночного диуреза

24. Поллакиурия не встречается

- а) при цистоцеле
- б) при камне верхней трети мочеточника
- в) при неврастении
- г) при истерии

25. Поллакиурия встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме

- а) туберкулеза мочевого пузыря
- б) цисталгии
- в) камня мочевого пузыря
- г) опухоли почки

26. Задержка мочеиспускания - это

- а) отсутствие выделения мочи почками
- б) невозможность самостоятельного опорожнения мочевого пузыря
- в) отсутствие мочи в мочевом пузыре при его катетеризации
- г) отсутствие самостоятельного мочеиспускания в горизонтальном положении
- д) парадоксальная ишурия

27. Задержка мочеиспускания встречается при всем перечисленном, кроме

- а) атрезии наружного отверстия уретры
- б) нейрогенной дисфункции мочевого пузыря
- в) обтурации мочеточников
- г) аденомы предстательной железы

28. Задержка мочеиспускания встречается при всем перечисленном, кроме

- а) рака предстательной железы
- б) острой почечной недостаточности
- в) стриктуры уретры
- г) камня уретры
- д) фимоза

29. Парадоксальная ишурия - это

- а) невозможность самостоятельного мочеиспускания
- б) хроническая задержка мочеиспускания

- в) сочетание задержки мочеиспускания с недержанием мочи
- г) недержание мочи
- д) сочетание задержки мочеиспускания с неудержанием мочи

30. Диагностика ретрокавального мочеточника основывается на данных

- а) ретроградной уретерографии
- б) ультразвукового исследования
- в) сцинтиграфии
- г) правильно а) и б)
- д) правильно б) и в)

31. Стадиями нейромышечной дисплазии мочеточника являются все перечисленные, кроме

- а) ахалазии
- б) гидрокаликоза и пиелозктазии
- в) мегауретера
- г) гидроуретеронефроза
- д) правильно б) и г)

32. В диагностике нейромышечной дисплазии мочеточника наиболее информативными являются

- а) экскреторная урография
- б) ретроградная уретерография
- в) ультразвуковое исследование
- г) правильно а) и в)
- д) правильно а) и б)

33. В диагностике нейромышечной дисплазии мочеточника из перечисленных методов наиболее информативным является

- а) динамическая нефросцинтиграфия
- б) аортография
- в) венокавография
- г) цистография
- д) урокинематография

34. При нейромышечной дисплазии мочеточника в стадии субкомпенсации имеются следующие изменения

- а) частичная атрофия мышц
- б) отсутствие колебания давления
- в) сохраняются колебания внутримочеточникового давления
- г) правильно а) и б)
- д) правильно а) и в)

35. Для стадии декомпенсации нейромышечной дисплазии мочеточника характерны

- а) атрофия мышц мочеточника
- б) гипертрофия мышечного слоя мочеточника
- в) колебания давления в мочеточнике отсутствуют
- г) правильно а) и в)
- д) правильно б) и в)

36. Характерным клиническим симптомом эктопии устья мочеточника является

- а) недержание мочи

- б) недержание мочи
- в) сочетание нормального акта мочеиспускания с недержанием мочи
- г) задержка мочи
- д) содержание нормального акта мочеиспускания с недержанием мочи

37. Диагноз уретероцеле ставят на основании данных

- а) ультразвукового исследования
- б) экскреторной урографии
- в) нисходящей цистографии
- г) восходящей цистографии
- д) правильно а) и в)

38. Диагноз уретероцеле ставят на основании данных

- а) цистоскопии
- б) нефросцинтиграфии
- в) аортографии
- г) только а) и б)
- д) всего перечисленного

39. На экскреторных урограммах при уретероцеле может определяться

- а) дилатация мочеточника
- б) дилатация чашечно-лоханочной системы
- в) дефект наполнения контрастного вещества по нижнему контуру мочевого пузыря
- г) булабовидное расширение дистального отдела мочеточника, заполненное контрастным веществом и окруженное ободком просветления
- д) правильно а) и б)

40. Облитерирован мочеточник в нижней трети на протяжении 7 см, сделана нефростомия у больной 30 лет после кесарева сечения. В дальнейшем ей необходимы:

- а) уретероцистостомия
- б) нефрэктомия
- в) уретерокутанеостомия
- г) операция Боари
- д) уретеросигмостомия

41. При парауретральной кисте размером 5 см без нагноения Необходимо выполнить:

- а) пунктирование кисты
- б) иссечение кисты трансвагинально
- в) электрокоагуляцию кисты
- г) установка в кисту постоянного катетера-ирригатора
- д) выписка под наблюдение уролога, гинеколога

42. У больного развился уретроректальный свищ после абсцесса простаты, существующий в течение 10 месяцев. Ему целесообразно:

- а) произвести цистостомию как первый этап
- б) установить противоестественный анус
- в) проводить заживление свища на постоянном катетере
- г) произвести пластику уретроректального свища промежностным доступом с цистостомией
- д) произвести трансректальную электрокоагуляцию свища на постоянном катетере

43. У больного 35 лет хронический простатит (латентное течение), склероз шейки мочевого пузыря. Остаточная моча - 100 мл. Ему показана:

- а) цистостомия
- б) простатэктомия
- в) трансуретральная электрорезекция шейки пузыря
- г) пункционная цистостомия
- д) санаторно-курортное лечение, рассасывающая терапия

44. У больного 30 лет острый паренхиматозный простатит, выявленный трансректально, пальпаторно и методом УЗИ - абсцесс простаты. Ему показаны:

- а) трансвезикальное (во время цистостомии) вскрытие абсцесса
- б) промежностная пункция абсцесса
- в) трансректальное вскрытие абсцесса
- г) продолжение противовоспалительного лечения
- д) пункция абсцесса и постоянная ирригация

45. У больного нагноение поясничной раны после пиелолитотомии. Ему необходимо.

- а) увеличить дозу антибиотиков
- б) промывать рану раствором антибиотиков
- в) раскрыть рану с последующими перевязками 2 раза в сутки, тампоны с гипертоническим раствором хлористого натрия или сернокислой магнезии
- г) тампоны на рану с мазью Вишневского

46. У больного стриктура лоханочно-мочеточникового сегмента. Гидронефроз II стадии. Хронический пиелонефрит, активная фаза. Ему целесообразны:

- а) резекция лоханочно-мочеточникового сегмента и лоханки, уретропиелонеостомия; нефростомия
- б) пункционная нефростомия
- в) катетеризация лоханки постоянным катетером
- г) вмешательство не производить
- д) нефрэктомия

47. Неотложная помощь при острой травме уретры:

- а) Цистостомия
- б) Первичный шов уретры
- в) Бужирование
- г) Пластика уретры по Хольцову
- д) Пластика уретры по Соловому

48. Диагностика травмы почки:

- а) Динамическая нефросцинтиграфия
- б) Радиоизотопная ренография
- в) Хромоцистоскопия
- г) Экскреторная урография
- д) Пневморен

49. Для травмы почки характерна:

- а) Секреторная анурия
- б) Острая задержка мочеиспускания

- в) Экскреторная анурия
- г) Тотальная макрогематурия
- д) Клиническая картина перитонита

50. Поликистоз почек встречается

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

51. Показаниями к оперативному лечению являются

- а) длительная микрогематурия
- б) нагноение кист
- в) хронический пиелонефрит
- г) правильно а) и б)
- д) правильно а) и в)

52. Мультикистоз почки - это заболевание

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

53. Этиология мультикистоза почки связана

- а) с отсутствием закладки экскреторного аппарата
- б) с отсутствием соединения зачатков секреторного и экскреторного отделов почки в процессе эмбриогенеза
- в) с неправильной закладкой секреторного аппарата почки
- г) правильно а) и б)
- д) правильно б) и в)

54. Отличием мультикистоза от поликистоза почек является

- а) одностороннее поражение
- б) двустороннее поражение
- в) наследственный фактор значения не имеет
- г) наследственный фактор имеет значение
- д) правильно а) и в)

55. Возможны следующие варианты мультикистоза почек

- а) мочеточник не изменен
- б) мочеточник атрофичен и слепо заканчивается не доходя до мочевого пузыря
- в) мочеточник соединяется с мочевым пузырем, но слепо заканчивается в верхнем отделе
- г) мочеточник атрофичен
- д) правильно б) и в)

56. Мультилокулярная киста почки - это

- а) однокамерная киста
- б) многокамерная киста
- в) не сообщающаяся с лоханкой киста

- г) правильно а) и в)
- д) правильно б) и в)

57. Лечение мультилокулярной кисты

- а) консервативное
- б) чрескожная пункция кисты
- в) нефрэктомия или резекция почки
- г) вылущение всей кисты или иссечение наружных стенок с коагуляцией её внутрипаренхиматозных стенок и тампонадой их полостей паранефральной клетчаткой
- д) пункция кисты и введение склерозирующих растворов

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

- а) мультикистоз и поликистоз почки
- б) мультикистоз мозгового вещества
- в) медуллярная губчатая почка
- г) кистозное расширение почечных пирамид
- д) врожденная кистозная дилатация собирательных канальцев почки

59. Губчатая почка характеризуется наличием большого числа мелких кист

- а) в корковом веществе почки
- б) в корковом и мозговом веществе почки
- в) в почечных пирамидах
- г) в воротах почки
- д) в одном из полюсов почки

60. Для лечения синегной инфекции можно применить следующие препараты:

- а) Карбенициллин
- б) Тетрациклин
- в) Трихопол
- г) Гентамицин
- д) Амикацин

61. Активными в отношении бактероидов являются следующие препараты:

- а) Линкомицин
- б) Моксалактам
- в) Нистатин
- г) Гентамицин
- д) Трихопол

62. Бактериологический метод исследования является ведущим в диагностике следующих инфекций:

- а) Дизентерия
- б) Стафилококковые инфекции
- в) Эпидемический сыпной тиф
- г) Кишечная коли-инфекция
- д) Синегнойная инфекция

63. Основным механизмом молекулярного действия фторхинолоновых антибиотиков является:

- а) Ингибирование синтеза клеточной стенки
- б) Нарушение синтеза белка
- в) Нарушение синтеза ДНК

г) Нарушение функционирования цитоплазматической мембраны

64. Основным механизмом молекулярного действия аминогликозидов является:

- а) Ингибирование синтеза клеточной стенки
- б) Нарушение синтеза белка
- в) Нарушение синтеза ДНК
- г) Нарушение функционирования цитоплазматической мембраны

65. При остром паренхиматозном простатите боли

- а) постоянные ноющие
- б) приступообразные
- в) интенсивные вплоть до пульсирующих
- г) тупые
- д) острые

66. При остром паренхиматозном простатите боли локализуются

- а) над лоном
- б) в поясничной области
- в) в пояснично-крестцовом отделе позвоночника
- г) в промежности и крестце
- д) в промежности

67. Ложная протеинурия не характерна

- а) для туберкулеза почки
- б) для пиелонефрита
- в) для опухоли почки
- г) для гломерулонефрита
- д) правильно б) и г)

68. Сухая уретроскопия применяется для осмотра

- а) передней части уретры
- б) задней уретры
- в) семенного бугорка
- г) правильно а) и б)
- д) правильно все

69. Наличие клеток Штернгеймера-Мальбина и активных лейкоцитов в осадке мочи характерно для

- а) острого гломерулонефрита
- б) хронического гломерулонефрита
- в) острого пиелонефрита
- г) хронического пиелонефрита в стадии ремиссии
- д) туберкулеза почки

70. Наиболее частым источником инфицирования почек при туберкулезе является:

- а) лимфатические узлы
- б) кости
- в) легкие и кишечник
- г) плевра
- д) гортань

71. Пути проникновения туберкулезной инфекции в почки:

- а) лимфогенный
- б) гематогенный
- в) континуитатный
- г) уриногенный
- д) все перечисленные

72. Проявление мочевого туберкулеза:

- а) Болезненное мочеиспускание
- б) Частое мочеиспускание
- в) Стерильная пиурия
- г) Гематурия
- д) Сочетание этих признаков

73. Ранний симптом туберкулеза почки является:

- а) Почечная колика
- б) Гематурия
- в) Пиурия
- г) Частое мочеиспускание
- д) Гидронефроз

74. Абактериальная пиурия признак:

- а) Острого гломерулонефрита
- б) Острого пиелонефрита
- в) Хронического пиелонефрита
- г) Интерстициального нефрита
- д) Туберкулеза почки

75. Отличия туберкулеза почек от гематурической формы ХГН?

- а) Несоответственно низкая протеинурия при выраженных изменениях мочевого осадка (пиурия, гематурия)
- б) Дизурия
- в) Выраженные отеки
- г) Злокачественная гипертензия
- д) Стойкая щелочная реакция мочи

76. При лейкоцитурии, стерильной моче и выявленной при УЗИ деформации почек можно заподозрить:

- а) Рак почки
- б) Хронический пиелонефрит
- в) Аномалию почек
- г) Туберкулез почек
- д) Подагрическую нефропатию

77. С чего следует начать обследование пациента при наличии учащенного и болезненного мочеиспускания и макрогематурии?

- а) Цистоскопия
- б) Внутривенная урография
- в) Анализ мочи
- г) УЗИ почек, изотопная ренография

78. Ложная протеинурия не характерна
- а) для туберкулеза почки
 - б) для пиелонефрита
 - в) для опухоли почки
 - г) для гломерулонефрита
 - д) правильно б) и г)
79. Показаниями к ретроградной пиелоуретерографии являются
- а) уратный камень почки или мочеточника
 - б) папиллярная опухоль лоханки
 - в) туберкулез почки
 - г) все перечисленное
 - д) только а) и б)
80. Какой из препаратов тормозит синтез мочевой кислоты?
- а) Вольтарен
 - б) Ретаболил
 - в) Аллопуринол
 - г) Инсулин
 - д) Аспирин
81. Какой из симптомов наиболее информативен при приступе почечной колики?
- а) Наличие гематурии
 - б) Наличие солей в осадке мочи
 - в) Протеинурия
 - г) Лейкоцитурия
 - д) Четкая взаимосвязь болевого синдрома и гематурии
82. Наиболее частое осложнение дистанционной ударно-волновой литотрипсии:
- а) острый пиелонефрит
 - б) гематома
 - в) разрыв почки
 - г) почечная колика
 - д) макрогематурия
83. Противопоказанием к дистанционной ударно-волновой литотрипсии является:
- а) нефроптоз
 - б) микрогематурия
 - в) камень размерами 1.5 см
 - г) поясничная дистопия почки
 - д) острый пиелонефрит
84. Среди осложнений подковообразной почки первое место занимает:
- а) мочекаменная болезнь
 - б) гидронефроз
 - в) пиелонефрит
 - г) артериальная гипертензия
 - д) гематурия
85. Для губчатой почки характерно наличие мелких конкрементов:
- а) в чашечках
 - б) в лоханках

- в) в полостях кист
- г) в мочеточнике
- д) правильно а) и б)

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

- а) ноющих
- б) тупых
- в) острых
- г) приступообразных острых
- д) постоянных ноющих

87. При камне интрамурального отдела мочеточника, нарушающего уродинамику, характерной локализацией и иррадиацией боли является:

- а) поясничная область без иррадиации
- б) подреберье с иррадиацией под лопатку
- в) боковые отделы живота с иррадиацией в поясничную область
- г) паховая область с иррадиацией в бедро
- д) поясничная область с иррадиацией в паховую область, внутреннюю поверхность бедра и половые органы.

88. Ультразвуковое сканирование позволяет выявлять уратные камни чашечек диаметром 1.0 см

- а) не позволяет
- б) в 10-20% случаев
- в) в 20-50% случаев
- г) в 50-90% случаев
- д) в 100% случаев

89. Ультразвуковое сканирование позволяет выявлять оксалатные камни чашечек диаметром 1 см

- а) не позволяет
- б) в 10-20% случаев
- в) в 20-50% случаев
- г) в 50-90% случаев
- д) в 100% случаев

90. При стенозе лоханочно-мочеточникового сегмента и нижнеполярном добавочном сосуде показано:

- а) вазопликация
- б) пересечение сосудов и резекция нижнего сегмента почки
- в) антевазальный уретеропиелоанастомоз
- г) Операция Фоли
- д) операция Culp de Weerd

91. Показаниями к оперативному лечению гидронефроза является все перечисленное, кроме:

- а) нефрогенная гипертензия
- б) сморщивание почки
- в) пиурия
- г) боль лишаящей больного трудоспособности
- д) молодой возраст больного

92. Ультразвуковая визуализация мочеточника при гидронефрозе вызванном стенозом ЛМС возможна:
- а) во всех случаях
 - б) практически никогда
 - в) если смотреть пациента в вертикальном положении
 - г) если перед исследованием опорожнить мочевой пузырь
 - д) правильно в) и г)
93. Толщина почечной паренхимы при гидронефрозе зависит от:
- а) размеров лоханки
 - б) размеров чашечек
 - в) от длительности и выраженности процесса
 - г) от пола больного
 - д) от возраста больного
94. Установлено, что причиной гидронефроза является уретероцеле размерами 1х5 см. В данном случае целесообразно выполнить:
- а) иссечение уретероцеле на открытом пузыре
 - б) трансуретральную электроэксцизию на мочеточниковом катетере
 - в) балонную дилатацию устья мочеточника
 - г) возможны варианты б) и в)
 - д) вмешательство не показано
95. Все перечисленные методы позволят уточнить диагноз и установить причину гидронефроза кроме:
- а) УЗИ
 - б) экскреторной урографии
 - в) уретроцистоскопии
 - г) ретроградной уретеропиелогграфии
 - д) КТ
96. Определяющим фактором в выборе метода лечения при гидронефрозе является :
- а) размер лоханки
 - б) сторона поражения
 - в) степень стеноза ЛМС
 - г) пол больного
 - д) функциональное состояние почки
97. Показанием к нефрэктомии при гидронефрозе является:
- а) стойкая нефрогенная артериальная гипертензия
 - б) необратимая потеря функциональной активности почки
 - в) наличие горизонтальных уровней при уретеропиелогграфии
 - г) сочетание б) и в)
 - д) сочетание а) и б)
98. Методом дифференциальной диагностики нефроптоза и дистопии является:
- а) пальпация
 - б) УЗИ
 - в) ангиография
 - г) КТ
 - д) нефросцинтиграфия

99. Осложнениями нефроптоза являются все перечисленное кроме:

- а) Артериальная гипертензия
- б) гематурия
- в) боль
- г) пиелонефрит
- д) туберкулез почки

100. О чем можем свидетельствовать усиление боли в правой поясничной области во время менструации у больной с гидронефрозом?

- а) наличие у больной правостороннего аднексита
- б) нарушение гормонального обмена
- в) наличие у больной синдрома «правой яичниковой вены»
- г) о нефроптозе справа

Вопросы к зачету с оценкой

1. Количественные изменения мочи и их диагностическое значение.
2. Дизурия и ее диагностическое значение.
3. Инструментальные методы исследования в урологии. Катетеры, бужи. Стерилизация.
4. Методы рентгенодиагностики урологических заболеваний.
5. Рентгенологические методы исследования, применяемые при камнях почек и мочеточников.
6. Экскреторная урография. Показания. Противопоказания. Техника исполнения. Осложнения. Диагностическая значимость.
7. Ангиография почек. Показания. Противопоказания. Диагностическая значимость.
8. Радиоизотопные и ультразвуковые методы исследования, применяемые в урологии.
9. Цистоскопия, хромоцистоскопия, уретроскопия. Их диагностическое значение.
10. Катетеризация мочеточников, ее диагностическое и лечебное значение.
11. Почечная колика. Этиология, патогенез. Лечебные мероприятия.
12. Острая задержка мочеиспускания. Причины, диагностика, оказание первой помощи.
13. Гематурия. Виды, причины, топическая и дифференциальная диагностика.
14. Анурия. Дифференциальная диагностика между острой задержкой мочеиспускания и анурией.
15. Травма почки.
16. Травма уретры.
17. Внебрюшинные и внутрибрюшинные травмы мочевого пузыря. Клиника. Диагностика. Лечение.
18. Повреждение мошонки и ее органов.
19. Острый пиелонефрит. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
20. Дифференциальная диагностика острого серозного и острого гнойного пиелонефрита.
21. Абсцесс почки. Клиника. Диагностика. Лечение.
22. Острый паранефрит. Клиника. Диагностика. Лечение.
23. Хронический пиелонефрит. Клиника. Диагностика. Лечение.
24. Острый цистит. Клиника. Диагностика. Лечение.
25. Хронический цистит. Клиника. Диагностика. Лечение.
26. Острый простатит. Клиника. Диагностика. Лечение.
27. Хронический простатит. Клиника. Диагностика. Лечение.
28. Острый эпидидимоорхит. Клиника. Диагностика. Лечение.
29. Уретрит. Баланопостит. Диагностика. Лечение.

30. Почечнокаменная болезнь. Этиология, патогенез. Морфология и химический состав камней. Профилактика рецидивов камнеобразования.
31. Камни почечных лоханок. Симптоматология, диагностика, лечение. Ударно-волновая литотрипсия.
32. Камни мочеточников. Симптоматология, диагностика. Консервативное и оперативное лечение.
33. Камни мочевого пузыря. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
34. Гидронефроз.
35. Аномалии почек.
36. Аномалии мочеточников.
37. Аномалии мочевого пузыря.
38. Аномалии мочеиспускательного канала.
39. Аномалии органов мошонки.
40. Нефроптоз.
41. Рак почки. Этиология. Пути метастазирования. Клиника. Диагностика. Лечение.
42. Опухоли почечной лоханки. Этиология. Клиника. Особенности диагностики и лечения.
43. Опухоли мочевого пузыря. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
44. Опухоли яичка. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
45. Рак предстательной железы. Этиология. Патогенез. Диагностика. Лечение.
46. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
47. Осложнения доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Диагностика. Лечение.
48. Симптоматическое и идиопатическое варикоцеле. Причины. Клиника. Диагностика. Лечение.
49. Фимоз. Парафимоз. Клиника. Диагностика. Лечение.
50. Водянка оболочек яичка и семенного канатика. Клиника. Диагностика. Лечение.

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

В рамках освоения дисциплины предусмотрены: подготовка реферата, тестирование.

Реферат – продукт самостоятельной работы, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемого вопроса, приводит различные точки зрения, а также собственное понимание проблемы.

Реферат состоит из:

- ✓ введения;
- ✓ основной части – обобщенное и систематизированное изложение темы на основе литературных источников;
- ✓ заключения или выводов;
- ✓ перечня использованных литературных источников (отечественных и иностранных).

Объем реферата – 10-15 страниц машинописного текста или 18-20 страниц рукописи. Текст должен быть напечатан или написан только на одной стороне листа с полями: слева – 3 см, справа – 1 см, сверху и снизу – 2,5 см. Каждый лист, таблица и рисунок должны иметь сквозную нумерацию арабскими цифрами. Работа должна быть сброшюрована.

Указатель литературы должен содержать не менее 10 источников: пособия, справочники, монографии, периодические издания, страницы в Интернете и т.д.

Использованные источники располагаются в алфавитном порядке. В тексте обязательны ссылки на использованные источники, представляющие собой номер источника в списке литературы в квадратных скобках.

Максимальное количество баллов, которое может набрать обучающийся в течение семестра за различные виды работ – 70 баллов.

Формой промежуточной аттестации является зачет с оценкой. Зачет с оценкой проходят в форме устного собеседования по вопросам.

Шкала оценивания знаний на зачёте с оценкой

Критерии оценивания	Баллы
Полно раскрыто содержание материала в объеме программы; четко и правильно даны определения и раскрыто содержание понятий; установлены причинно-следственные связи; верно использованы научные термины; для доказательства использованы различные умения, выводы из наблюдений и опытов; ответ самостоятельный, использованы ранее приобретенные знания.	30
Раскрыто основное содержание материала; в основном правильно даны определения понятий и использованы научные термины; определения понятий неполные, допущены незначительные нарушения последовательности изложения, небольшие неточности при использовании научных терминов или в выводах и обобщениях из наблюдений и опытов, исправленные с помощью преподавателя.	20
Усвоено основное содержание учебного материала, но изложено фрагментарно, не всегда последовательно; определения понятий недостаточно четкие; не использованы в качестве доказательства выводы и обобщения из наблюдений и опытов или допущены ошибки при их изложении; допущены ошибки и неточности в использовании научной терминологии, определении понятий, исправленные с помощью преподавателя.	10
Основное содержание вопроса не раскрыто; допущены грубые ошибки в определении понятий, при использовании терминологии; дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа.	0

Итоговая шкала выставления оценки по дисциплине

Итоговая оценка по дисциплине выставляется по приведенной ниже шкале. При выставлении итоговой оценки преподавателем учитывается работа студента в течение всего срока освоения дисциплины, а также баллы, полученные на промежуточной аттестации.

Баллы, полученные обучающимся в течение освоения дисциплины	Оценка по дисциплине
81-100	Отлично
61-80	Хорошо
41-60	Удовлетворительно
0-40	Неудовлетворительно