

ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кафедра урології, променевої діагностики і терапії

**НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИЙ ПОСІБНИК
ДЛЯ КЕРІВНИКІВ БАЗ СТАЖУВАННЯ
ТА ЛІКАРІВ –ІНТЕРНІВ ЗА ФАХОМ «УРОЛОГІЯ»**

м. ЗАПОРІЖЖЯ

2015

УДК 616.6 (075.8)

ББК 56.9

Б 32

Рецензенти:

Люлько О. О. - доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри урології ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»;

Перцов В. І. - доктор медичних наук, професор; завідувач кафедри медицини катастроф, військової медицини, анестезіології та реаніматології ЗДМУ.

*Затверджено Центральною методичною Радою
Запорізького державного медичного університету
(Протокол № 6 від 20.05.2015 р.)*

Рекомендовано до використання в навчальному процесі.

Бачурін Г.В.

Б 32 Навчально-методичний посібник для керівників баз стажування та лікарів інтернів за фахом «Урологія» / Г. В. Бачурін. – Запоріжжя: ЗДМУ, 2015. – 133 с.

У навчально-методичному посібнику представлені матеріали з питань організаційної та методичної роботи: складання індивідуальних планів, ведення щоденників, складання плану роботи, звітів, критеріям оцінки практичної та теоретичної підготовки лікарів-інтернів під час атестації, методичні розробки проведення практичних занять.

УДК 616.6 (075.8)

ББК 56.9

© Г. В. Бачурін, 2015

© Запорізький державний

медичний університет, 2015

ЗМІСТ

Передмова.....	5
Загальні положення.....	6
Бази стажування лікарів-інтернів.....	6
Профільні кафедри вищого закладу освіти.....	9
Обов'язки керівництва базових лікувальних закладів.....	10
Права та обов'язки лікарів-інтернів	11
Контрольні заходи.....	12
Організація навчального процесу.....	13
Навчальний план підготовки лікарів-інтернів за фахом "Урологія"	17
Перелік практичних навичок.....	18
Перелік оперативних втручань.....	20
Освітньо - кваліфікаційна характеристика лікаря спеціаліста – уролога.....	23
Лікар - уролог повинен знати.....	23
Лікар - уролог повинен вміти	25
Лікар - уролог повинен володіти наступними маніпуляціями та технікою операцій	26
Назва рефератів	27
Паспорт бази стажування лікарів-інтернів.....	29
Методичні розробки практичних занять.....	30
Тема 1. «Медично –соціальні та епідеміологічні питання в урології».....	30
Тема 2. «Клінічна фізіологія сечостатевих органів».....	35
Тема 3. «Уросеміотика та діагностика захворювань сечостатевих органів»...40	40
Тема 4. «Загальні методи консервативного лікування в урології».....	47
Тема 5. «Лікування аномалій сечостатевих органів»	52
Тема 6. «Діагностика та лікування інфекційних неспецифічних захворювань органів сечостатевої системи».....	57
Тема 7. «Діагностика та лікування сечокам'яної хвороби».....	68
Тема 8. «Діагностика та лікування сечостатевого туберкульозу».....	76

Тема 9. «Діагностика та лікування ушкоджень сечостатевих органів».....	83
Тема 10. «Діагностика та лікування пухлин сечостатевих органів».....	89
Тема 11. «Діагностика та лікування ушкоджень сечостатевих органів в акушерстві та гінекології».....	103
Тема 12. «Діагностика та лікування статевих розладів у чоловіків».....	108
Тема 13. «Оперативна урологія».....	120
Тема 14 «Питання нефрології».....	125
Список літератури.....	131

ПЕРЕДМОВА

Основною метою інтернатури є підвищення рівня практичної підготовки лікарів-інтернів їх професійної готовності до самостійної лікарської роботи.

Урологія - область медицини, що вивчає причини, патогенез, діагностику захворювань органів сечової системи, чоловічої статеві системи, і розробляє методи їх лікування і профілактики.

Урологія - гілка хірургії. Тому на відміну від нефрології, урологія займається в основному питаннями хірургічного лікування захворювань сечостатевої систем.

Основним завданням інтернатури з урології є вдосконалення професійних навичок з основних розділів, вивчення клініки та діагностики урологічних захворювань, методів консервативного та оперативного лікування.

Навчально-методичний посібник розроблено згідно з типовою програмою з навчальної дисципліни «Урологія» для інтернів-лікарів випускників вищих медичних закладів освіти України III – IV рівнів акредитації, затвердженою МОЗ України 2006 р., та «Положення про спеціалізацію (інтернатуру) випускників вищих медичних і фармацевтичних закладів освіти III-IV рівня акредитації медичних факультетів університетів», затвердженого наказом МОЗ України №291 від 19.09.96 р.

Мета навчально-методичного посібника надати керівникам баз стажування та лікарям-інтернам допомогу з питань організаційної та методичної роботи: складання індивідуальних планів, ведення щоденників, складання плану роботи, звітів, оформлення чисельного звіту, критеріям оцінки практичної та теоретичної підготовки лікарів-інтернів під час атестації, методиці проведення практичних занять.

ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

Спеціалізація (інтернатура) є обов'язковою формою післядипломної підготовки випускників всіх факультетів медичних і фармацевтичних вищих закладів освіти III-IV рівнів акредитації медичних факультетів університетів незалежно від підпорядкування та форми власності, після закінчення якої їм присвоюється кваліфікація лікаря-спеціаліста певного фаху.

Інтернатура проводиться в очно-заочній формі навчання на кафедрах медичних вищих закладів освіти III-IV рівнів акредитації медичних факультетів університетів і закладів медичної післядипломної освіти (надалі — вищих закладів освіти) та стажування в базових установах і закладах охорони здоров'я.

Підставою для зарахування в інтернатуру є диплом лікаря з певної лікарської спеціальності, посвідчення про направлення на роботу за персональним розподілом або довідка про право самостійного працевлаштування.

Бази стажування лікарів-інтернів.

Бази стажування лікарів-інтернів — це базові установи та заклади охорони здоров'я, які використовуються з метою первинної спеціалізації випускників вищих медичних закладів освіти. Це можуть бути обласні, міські і центральні районні лікарні, міські та обласні дитячі лікарні, пологові будинки, диспансери, лікарні, підпорядковані іншим відомствам, клініки науково-дослідних інститутів, діагностичні центри, бюро судово-медичної експертизи, установи і заклади санітарно-епідеміологічної служби, тощо, що мають у своєму складі структурні підрозділи, підготовка в яких передбачена навчальним планом та програмою інтернатури з відповідної спеціальності.

Бази стажування лікарів-інтернів повинні відповідати таким вимогам:

- мати у своєму складі лікувально-діагностичні відділення, лабораторні та діагностичні кабінети, інші виробничі підрозділи, навчання інтернів в яких

передбачене навчальним планом і програмою інтернатури з певної спеціальності;

- бути забезпечені медичним обладнанням, апаратурою та інструментарієм, необхідними для здійснення діагностичної, лікувальної, санітарно-профілактичної (протиепідемічної) роботи на сучасному рівні і відповідно до завдань даного закладу чи установи (підприємства);

- мати можливість надати лікарям-інтернам робочі місця і обсяг роботи відповідно до вимог навчальних планів та програм інтернатури з певної спеціальності;

- мати навчальні приміщення для лікарів-інтернів, обладнані необхідними навчально-методичними посібниками, таблицями, макетами, стендами, сучасними технічними засобами навчання тощо;

- мати можливість забезпечення лікарів-інтернів гуртожитком.

Головний лікар базового закладу охорони здоров'я:

- вживає заходів до підвищення рівня діагностичної, лікувальної роботи у базовій установі охорони здоров'я, забезпечення їх всім необхідним;

- видає наказ про їх зарахування на посаду лікарів-інтернів з певної спеціальності;

- забезпечує знайомство лікарів-інтернів з правилами внутрішнього трудового розпорядку, правилами охорони праці і техніки безпеки, правами та обов'язками лікарів-інтернів тощо;

- разом із завідувачем профільної кафедри затверджує індивідуальні навчальні плани підготовки лікарів в інтернатурі, розроблені на основі типових навчальних планів і програм;

- щорічно на засіданні медичної ради проводить обговорення стану стажування лікарів-інтернів;

- на підставі наказу Обласного управління охорони здоров'я державної адміністрації та путівки вищого закладу освіти відряджає лікарів-інтернів у відповідний вищий заклад освіти на очну частину навчання.

Відповідальний за інтернатуру на базі стажування, згідно наказу головного лікаря закладу:

- організує стажування лікарів-інтернів у відповідності з типовими навчальними планами і програмами, працюючи в тісній взаємодії з деканатом інтернатури та профільними кафедрами ВЗО;
- складає графік роботи в спеціалізованих відділеннях бази стажування у відповідності з індивідуальними планами підготовки лікарів-інтернів;
- залучає лікарів-інтернів до активної участі в клінічних, паталогоанатомічних та науково-практичних конференціях, які проводяться на базовій установі;

Керівник лікарів-інтернів на базі стажування призначається Обласним управлінням охорони здоров'я державної адміністрації з числа спеціалістів вищої або першої кваліфікаційної категорії з розрахунку не більше 7 лікарів-інтернів на 1 керівника.

- На початку стажування він визначає рівень знань і умінь у лікарів-інтернів, результати якого враховуються при складанні індивідуальних навчальних планів їх підготовки.

- Разом з викладачем ВЗО на підставі типового навчального плану і програми складає індивідуальний навчальний план підготовки лікаря-інтерна і подає на затвердження керівнику бази стажування і завідувачу профільною кафедрою.

- Забезпечує умови для виконання лікарями-інтернами індивідуальних навчальних планів проходження стажування.

- Залучає лікарів-інтернів до систематичної активної участі в діагностичній, лікувальній (санітарно-профілактичній, протиепідемічній, провізорській) роботі, виконання всіх видів діяльності, передбачених вимогами кваліфікаційної характеристики та індивідуальними навчальними планами підготовки лікарів-інтернів.

- Створює належні умови для набуття лікарями-інтернами необхідних умінь, професійних знань та практичних навиків і здійснює контроль за виконанням індивідуальних навчальних планів підготовки лікарів-інтернів.

- Проводить з лікарями-інтернами планові й тематичні клінічні обходи, аналіз історій хвороб і інших облікових та звітних документів, співбесіди, семінари, практичні заняття для здобуття практичних навичок, передбачених індивідуальним навчальним планом.

- Контролює та несе відповідальність за самостійну лікарську діяльність лікарів-інтернів і якість оформлення ними службової документації, бере участь у проведенні підсумкового контролю.

- Проводить з лікарями-інтернами індивідуальну виховну роботу, прищеплює їм повагу до колег по роботі, принципи медичної етики і деонтології.

- Систематично підвищує свій професійний рівень, педагогічну майстерність, підтримує постійний зв'язок з професорсько-викладацьким складом профільної кафедри, бере участь у роботі навчально-методичних конференцій для керівників інтернатури, які проводяться вищим закладом освіти.

Профільні кафедри вищого закладу освіти:

- Забезпечують навчання інтернів на кафедрах згідно з Положенням про організацію навчального процесу у вищих закладах освіти, затвердженим наказом Міністерства освіти України від 2.06.93 р. N 161 (z0173-93), та даним Положенням.

- Залучають лікарів-інтернів до різних форм роботи в клініці (лабораторії) кафедри: обходів завідуючого кафедрою, професорів та доцентів, консилиумів, клінічних та тематичних розборів хворих, клінічних, клініко-патологоанатомічних та науково-практичних конференцій, санітарно-епідеміологічних рад, виробничих процесів тощо.

- Здійснюють регулярний контроль за роботою баз стажування лікарів-інтернів, які закріплені за даною кафедрою, систематично інформують

керівників баз стажування, головних спеціалістів Міністерства охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, управління охорони здоров'я обласної, Київської, Севастопольської міської держадміністрації, головного державного санітарного лікаря області, міст Києва та Севастополя, деканати (відділи) інтернатури про організацію та якість практичної підготовки лікарів-інтернів для вжиття відповідних заходів, спрямованих на покращання їх підготовки.

- Розробляють навчальні посібники для лікарів-інтернів і керівників інтернів на базах стажування.

- Проводять контроль рівня підготовки лікарів-інтернів у кінці циклу навчання на кафедрі та беруть участь у проведенні атестації лікарів-інтернів.

- Протягом 3-х днів після завершення навчання та атестації лікарів-інтернів подають в деканат (відділ) інтернатури звіт про навчальну роботу з лікарями-інтернами, методичну і консультативну допомогу на базах стажування, аналіз результатів атестації лікарів-інтернів.

Обов'язки керівництва базових лікувальних закладів

Для лікарів-інтернів, які одночасно навчаються в магістратурі, тривалість очної частини інтернатури на кафедрах вищих навчальних закладів продовжується на три місяці за рахунок відповідного скорочення тривалості стажування в базових закладах охорони здоров'я.

Добір баз стажування і персональний склад керівників лікарів-інтернів здійснює управління охорони здоров'я разом з деканатом (відділом) інтернатури вищого навчального закладу. Вони визначають допустиму кількість лікарів-інтернів, яка може навчатись на конкретній базі стажування з певної спеціальності.

Бази інтернатури і керівники лікарів-інтернів затверджуються спільним наказом управління охорони здоров'я та вищого навчального закладу терміном на три роки. Протягом цього часу при необхідності в перелік баз

стажування і керівників можуть вноситися часткові зміни та доповнення. Бази стажування –заклади охорони здоров'я інших міністерств і відомств затверджуються наказом МОЗ України.

Права та обов'язки лікарів-інтернів

Під час стажування в базовому закладі (установі) охорони здоров'я лікар-інтерн працює під керівництвом лікаря, призначеного його безпосереднім керівником, а під час очної частини навчання на кафедрі вищого закладу освіти - під керівництвом закріпленого за ним викладача.

На лікарів-інтернів під час очної частини навчання на кафедрах поширюються правила внутрішнього трудового розпорядку закладу освіти, під час стажування - правила внутрішнього трудового розпорядку, встановлені для працівників даного закладу (установи) охорони здоров'я.

Лікарі-інтерни мають право:

- користуватися лабораторіями, кабінетами, аудиторіями, читальними залами, бібліотеками та іншими навчальними і допоміжними підрозділами вищого закладу освіти;

- на забезпечення проживання в гуртожитку вищого закладу освіти під час навчання на кафедрі (з оплатою відповідно до існуючих тарифів) та в гуртожитку закладу (установи) охорони здоров'я під час стажування.

Лікарі-інтерни зобов'язані:

- набувати, поглиблювати і удосконалювати професійні знання, вміння і навички;

- у повному обсязі та своєчасно виконувати навчальний план і програму інтернатури;

- виконувати правила внутрішнього трудового розпорядку в установах і закладах охорони здоров'я, правила проживання в гуртожитках та правила внутрішнього трудового розпорядку в вищих закладах освіти.

Контрольні заходи

Метою перевірки засвоєння лікарями-інтернами розділів навчальної програми, оволодіння відповідними практичними навиками проводиться проміжний (піврічний) контроль на базі стажування.

Підсумковий контроль проводиться при завершенні циклу навчання на базі стажування перед направленням лікаря-інтерна на очну частину навчання на кафедру вищого закладу освіти. Склад і графік роботи комісії затверджуються наказом головного лікаря базової установи охорони здоров'я.

До складу комісії включаються відповідальний за інтернатуру на базі стажування (голова), безпосередні керівники лікарів-інтернів, головні спеціалісти управління охорони здоров'я обласної держадміністрації, по можливості - викладачі профільних кафедр вищих закладів освіти.

При 1,5-2-річному навчанні в інтернатурі підсумковий піврічний (річний) контроль проводиться і при завершенні першого циклу очної частини навчання на кафедрі вищого закладу освіти.

Підсумковий контроль включає в себе:

- перевірку професійної практичної підготовки лікаря-інтерна згідно з планом і програмою;
- тестовий контроль рівня знань та умінь;
- співбесіду.

Практична частина підсумкового контролю знань лікарями-інтернами окремих профілів може розпочинатись заздалегідь, шляхом участі лікарів-інтернів в операціях, прийнятті пологів, клінічних, інструментальних, санітарно-епідеміологічних обстеженнях, виробничих процесах тощо, у присутності викладача.

Організація і проведення атестації лікарів-інтернів на визначення знань та практичних навичок проводиться згідно НАКАЗУ МОЗ N 291 від 19.09.96.

Організація навчального процесу.

Підготовка лікарів в інтернатурі проводиться за індивідуальними навчальними планами, розробленими на підставі типових навчальних планів і програм післядипломної підготовки, у відповідності з кваліфікаційними характеристиками фахівців з лікарських спеціальностей.

Основним завданням інтернатури з урології є вдосконалення професійних навичок з основних розділів, вивчення клініки та діагностики урологічних захворювань, методів консервативного та оперативного лікування.

Початок навчання в інтернатурі з 1 серпня.

Обласне управління охорони здоров'я державної адміністрації :

- разом з деканатом інтернатури вищого закладу освіти здійснює добір і затверджує перелік баз стажування і персональний склад керівників лікарів-інтернів на базах стажування;
- планує заходи щодо удосконалення рівня підготовки спеціалістів в інтернатурі на навчальний рік і контролює їх виконання;
- тиражує і направляє на бази стажування навчальні плани і програми, навчально-методичні матеріали та необхідну документацію (бланки індивідуальних навчальних планів, щоденників тощо) для лікарів-інтернів і їх керівників на базі стажування, розроблену МОЗ України або вищим закладом освіти;
- проводить разом з ВЗО навчально-методичні і науково-практичні конференції для лікарів-інтернів на базах стажування;
- бере участь у проведенні підсумкового контролю та атестації лікарів-інтернів на визначення знань і практичних навичок з присвоєння звання лікаря-спеціаліста.

З метою перевірки засвоєння лікарями-інтернами розділів навчальної програми, оволодіння відповідними практичними навиками проводиться проміжний (піврічний) контроль на базі стажування. Згідно з наказом МОЗ

України №621 від 21.11.2005 р. “Про внесення змін до наказу МОЗ України від 23.02.2005 р. за №81”：“Про затвердження переліку спеціальностей та строки навчання в інтернатурі випускників медичних і фармацевтичних вищих навчальних закладів, медичних факультетів університетів.” типовим навчальним планом підготовки лікаря-інтерна за фахом “Урологія” протягом дворічного періоду (22 місяців) інтернатури передбачено: 10 місяців навчання на кафедрі урології та суміжних кафедрах (1560 год.) і 12 місяців стажування на базі стажування (1872 год.).

ГРАФІК НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ

Роки навчання	місяці											
	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7
перший	Б	К	К	К	К	К	К	Б	Б	Б	Б	В
другий	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	К	К	К	К	В

Примітка :

Б - стажування на базі

К - навчання на кафедрі

В – відпустка

Графіком навчального процесу в інтернатурі з урології передбачено:

- серпень (1 місяць) - навчання на базі стажування;
- вересень-лютий (6 місяців) - навчання на кафедрі;
- березень-лютий; (11 місяців) - навчання на базі стажування;
- березень-червень (4 місяці) - навчання на кафедрі.

Навчання на кафедрі передбачає надання лікарям-інтернам теоретичних знань з усіх розділів урології (курси 1-16) та суміжних (курси 17-22) і додаткових (курси 1-8) програм.

На етапах підготовки інтернів передбачається теоретична частина та робота в умовах клініки з хворими.

Практична підготовка на кафедрі спрямована на придбання практичних навиків в діагностиці урологічних захворювань, консервативному та оперативному лікуванні хворих, надання їм необхідної допомоги в невідкладних станах, що досягається систематичною роботою під керівництвом викладачів в цистоскопічному, рентгенологічному кабінетах, в перев'язочній, курацією хворих, участю в обходах, асистенцією на операціях, чергуванням в клініці.

На базі стажування лікар-інтерн виконує свої професійно-посадові обов'язки під керівництвом досвідченого спеціаліста в обсязі не менш 50% навантаження лікаря-уролога, веде в палатах інтенсивної терапії 2-3 хворих, несе на місяць два 12-годинних чергування в стаціонарі, бере участь в усіх формах діяльності у відділенні.

За весь період спеціалізації в інтернатурі лікар-інтерн повинен оволодіти певним переліком практичних навичок. В даному переліку передбачено три рівні засвоєння матеріалу: 1-й рівень (+) – ознайомлення з даним питанням; 2-й (++) – уміння застосовувати набуті знання і навички при курації хворих; 3-й (+++) – уміння самостійно застосовувати набуті знання та навички в обстеженні, діагностиці і лікуванні хворих.

Підготовка лікарів-інтернів на базах стажування досягається шляхом систематичної та активної участі молодих лікарів в діагностичній і лікувальній роботі, обходах, клінічних розборах, інших видах практичної діяльності відділення.

Лікар-інтерн повинен здійснювати діагностично-лікувальний процес у прикріплених за ним хворих (4-5 пацієнтів). У вказаних хворих лікар-інтерн виконує увесь обсяг діагностичних досліджень та лікувальних заходів на правах лікуючого лікаря. Він зобов'язаний приймати участь у додаткових дослідженнях, що проводяться цим хворим (рентгенологічних, ендоскопічних, лабораторних тощо) і лікувальних маніпуляціях.

Відповідальний за інтернатуру на базі стажування забезпечує умови для виконання інтернами індивідуальних навчальних планів проходження стажування; залучає інтернів до систематичної активної участі у діагностичній, лікувальній, санаторно-профілактичній роботі, виконання всіх видів діяльності, передбачених вимогами кваліфікаційної характеристики та індивідуальними навчальними планами підготовки інтернів; створює належні умови для набуття інтернами необхідних умінь, професійних знань та практичних навичок і здійснює контроль за виконанням індивідуальних навчальних планів підготовки інтернів; проводить з інтернами планові і тематичні клінічні обходи, аналіз історій хвороб, співбесіди, семінари, практичні заняття для оволодіння практичними навичками, передбаченими індивідуальним навчальним планом; контролює самостійну діяльність інтернів і якість оформлення ними необхідної документації, бере участь у проведенні піврічного та річного підсумкового контролю.

Керівник повинен приділяти особливу увагу підбору хворих, зокрема, з урахуванням ознайомлення інтерна з їх патологією, тематика якої підлягає вивченню в даний період проходження інтернатури, його можливості самостійно виконувати необхідні діагностичні та лікувальні маніпуляції. Однак, інтерну не слід обмежуватись роботою тільки з закріпленими за ним хворими. Він повинен знати всіх пацієнтів у відділенні, бути ознайомленим з динамікою захворювання та лікування важких хворих, з затрудненнями в діагностиці, незалежно від того, хто є їх лікуючим лікарем. Для підвищення активності інтерна у їх лікуванні необхідно доручати виконання різноманітних маніпуляцій, надавати допомогу в організації додаткових досліджень, стежити за виконанням відповідальних призначень. Особливо необхідно підкреслити, що обмеження діяльності інтерна до рамок прикріплених за ним хворих - груба помилка навчання в інтернатурі.

Навчальний план
підготовки лікарів-інтернів за спеціальністю "УРОЛОГІЯ"
на базі стажування. Тривалість - 12 місяців

№ п\п	Види роботи
1.	Курація хворих (4 - 5 щоденно)
2.	Участь в обходах хворих керуючого навчанням та самостійні обходи
3.	Ендоскопічні дослідження
4.	R - урологічні дослідження
5.	Робота в кабінеті УЗД
6.	Робота у перев'язочній
7.	Чергування по швидкій медичній допомозі поряд з відповідальним лікарем
8.	Участь в клінічних обговореннях хворих перед операціями, на ранкових конференціях, консилиумах
9.	Участь в патанатомічних конференціях
10.	Участь в операціях у ролі асистента. Самостійне виконання операцій, передбачених програмою навчання
11.	Робота в поліклініці, викликах до хворих додому, участь в консультаціях
12.	Самостійна робота з літературою за фахом
13.	Підготовка 9 рефератів за пропонованою керівником стажування тематикою
14.	Контроль і оцінка теоретичних знань - семінар або співбесіда з керівником стажування
15.	Контроль і оцінка керівником стажування практичних навиків лікаря - інтерна
	РАЗОМ

П Е Р Е Л І К

практичних навичок, якими повинен володіти лікар-уролог після закінчення інтернатури

№ п/п	Назва	Ступінь оволодіння
01	Анамнез урологічних хворих	+ + +
02	Фізикальні методи обстеження урологічних хворих	+ + +
03	Оцінка загальних аналізів сечі, крові секрету простати, еякуляту	+ + +
04	Оцінка результатів біохімічних досліджень крові, функціональних ниркових тестів	+ + +
05	Катетеризація сечового міхура у чоловіків та жінок еластичним катетером	+ + +
06	Фіксування постійного катетера у чоловіків та жінок	+ + +
07	Промивання та інстиляції сечового міхура	+ + +
08	Катетеризація сечового міхура у чоловіків та жінок металевим катетером	+ +
09	Збирання сечі для бактеріологічних досліджень	+ + +
10	Техніка масажу простати	+ + +
11	Одержування секрету простати для досліджень	+ + +
12	Бужування уретри	+ +
13	Користування евакуатором при гемотампонаді сечового міхура	+
14	Хромоскопія та оцінка її результатів	+ + +
15	Оглядова цистоскопія та оцінка її результатів	+ + +
16	Хромоцистоскопія та оцінка її результатів	+ + +

17	Передня уретроскопія та оцінка її результатів	+++
18	Тотальна уретроскопія та оцінка її результатів	++
19	Промивання та інстиляції уретри	+++
20	Катетеризація сечоводів	+++
21	Промивання ниркових мисочок через сечовідний катетер, введення контрастної речовини в ниркову мисочку для виконання ретроградної уретеропієлографії	++
22	Ендоуретральна біопсія	+
23	Припалення сім'яного горбика	+
24	Ендовезікальна біопсія	+
25	Ендовезікальна діатермокоагуляція малих папілом сечового міхура+	
26	Ендовезікальна електроінцизія сечовідного отвору	+
27	Виконання висхідної уретро- та уретроцистографії, трактовка результатів	++
28	Оцінка оглядової урографії	+++
29	Показання та протипоказання до екскреторної урографії та її модифікацій	+++
30	Розрахунок дози контрастної речовини для екскреторної урографії+	+++
31	Профілактика ускладнень та лікарська допомога при екскреторній урографії	+++
32	Оцінка даних екскреторної урографії	+++
33	Оцінка даних низхідної мікційної цистоуретрографії	+++
34	Оцінка даних висхідної уретеропієлографії	+++
35	Оцінка даних УЗД нирок, сечового міхура і простати	+++
36	Оцінка даних R- комп'ютерної томографії нирок	++

37	Оцінка даних магніто-резонансної томографії нирок	++
38	Оцінка даних термограм нирок	++
39	Оцінка даних RRG	+++
40	Оцінка даних нефроангіосцитіграм	++
41	Належне і в повному обсязі оформлення медичної документації в стаціонарі і поліклініці	+++
42	Реоренографія	+
43	Реотестикулографія	+
44	Блокада сім'яного канатика за Лорін-Епштейном	+++
45	Трансректальна пункційна біопсія простати	+
46	Низхідна везикулографія	++
47	Простатографія	+
48	Цистоманометрія	+
49	Урофлоуметрія	+++

Перелік

оперативних втручань, якими повинен володіти
лікар - уролог після закінчення інтернатури

№ п/п	Назва	Ступінь оволодіння
01	Операція Бергмана	+++
02	Операція Вінкельмана	+++
03	Циркумцизія	+++

04 Розширення крайньої плоті та звільнення голівки від сінехій	++
05 Резекція додатку яєчка або його видалення	++
06 Видалення кіст уретри у жінок	+
07 Видалення кіст голівки додатку яєчка	++
08 Видалення кіст сім'яного канатику	++
09 Вправлення голівки статевого пруття при парафімозі	++
10 Розтин парафімозного кільця	++
11 Оперативний достиг до нирки за Федоровим	++
12 Троакарна цистостомія	++
13 Звичайна епіцистостомія	+++
14 Дренування клітковини тазу за Буяльським-Мак-Уортером	+
15 Задня піелотомія	++
16 Задня піелостомія	++
17 Розтин та дренування гнійників та флегмон позачеревинного простору	++
18 Декапсуляція нирки	++
19 Операція Іванисевича	+++
20 Накладання первинних швів на свіжий розрив висячої частини уретри	++
21 Ушивання розриву яєчка	++
22 Орхоепідидимектомія	+
23 Асистенція під час нефректомії	+++
24 Асистенція під час простатектомії	+++

25	Уретеролітостомія в верхній ділянці сечоводу	++
26	Уретеролітостомія в середній ділянці сечоводу	++
27	Уретеролітостомія в нижній ділянці сечоводу	+
28	Уретеролітоекстракція	+
29	Нефропексія за методикою кафедри	+
30	Трансуретральна резекція простати	+
31	Уретро-везіко-цервіко-пубопексія за Александровим	+
32	Дивертикулектомія сечового міхура	+
33	Ушивання розривів нирки	++
34	Ушивання розривів сечового міхура	++
35	Парціальна резекція нирки	+
36	Циркулярна резекція шийки сечового міхура	+
37	Резекція сечового міхура	+
38	Пластика мисочково-сечоводного сегменту за Хайнес – Андерсеном	+
39	Уретеро-цистонеостомія	+
40	Видалення солітарних кіст нирок (ігніпунктура)	+
41	Вскриття та дренивання абцесів простати	++
42	Вскриття корбункулу нирки	+
43	Меатотомія	+++
44	Пластика вуздечки статевого трутня	+++
45	Екскохлеація яєчка	++
46	Пластика при норичях уретри	++

47 Орхопексія	+
48 Вазорезекція	+++
49 Пластика уретри при гіпоспадії за Дюплеєм	+
50 Уретерокутанеостомія	+
51 Нефростомія	+
52 Пластика міхурово-піхв'яних нориць	+
53 Пластика сечоводо-піхв'яних нориць	+

**Освітньо - кваліфікаційна характеристика
лікаря спеціаліста - уролога**

Лікар - уролог повинен знати:

- основи законодавства по охороні здоров'я та директивні документи, що визначають діяльність органів охорони здоров'я;
- загальні питання організації на Україні хірургічної та урологічної допомоги дорослим та дітям, організацію роботи швидкої допомоги дорослому та дитячому населенню; організацію медичної допомоги населенню за умов виникнення екстремальних ситуацій з масовими ушкодженнями;
- організація, обладнання та оснащення урологічного кабінету поліклініки, інструментарій та оснащення операційній для урологічних операцій, оснащення діалізаційного блоку;
- топографічну анатомію передньої черевної стінки та черевної порожнини, позаочеревинного простору, тазу, вікову анатомію в основних вікових групах;
- основні питання нормальної та патологічної фізіології при урологічній патології в основних вікових групах, взаємозв'язок функціональних систем організму та рівні їх регуляції;

- причини виникнення патологічних процесів в організмі, механізми їх розвинення та клінічні прояви;
- основи водно-електролітного обміну, кислотно-лужний стан, можливі типи їх порушення та принципи лікування в різних вікових групах;
- патофізіологію травматизму та крововтрати, профілактику та терапію шоку та крововтрати; патофізіологію раньового процесу і гнійного процесу;
- фізіологію та патофізіологію сечоутворення і сечовиділення, склад нормальної сечі та можливі її зміни;
- фізіологію та патофізіологію зсідаючої системи крові, показання та протипоказання до переливання крові та її компонентів;
- загальні та функціональні методи обстеження хворих в урології, питання асептики та антисептики в урології;
- принципи та методи знеболення і в урології в основних вікових групах; питання інтенсивної терапії і реанімації в урології;
- клінічну симптоматику основних урологічних захворювань в різних вікових групах, їх профілактику, діагностику та лікування;
- основи сексології;
- клінічну андрологію;
- клінічну симптоматику пограничних станів в урології і в захворювання, що сприяють вторинний вплив на функцію сечостатевих органів;
- показання та протипоказання до спеціальних методів дослідження (рентгенологічних, радіоізотопних, ультразвукових та ін.)
- принципи підготовки хворих до операції і принципи ведення післяопераційного періоду;
- принципи медикаментозної терапії урологічних захворювань, сучасні лікарські засоби, механізм дії, дози, протипоказання до застосування; ускладнення та їх профілактика;
- застосування фізіотерапії та лікувальної фізкультури у урологічних хворих, показання та протипоказання до санаторно-курортного лікування

- основи раціонального харчування , принципи дієтотерапії у урологічних хворих, в першу чергу при передопераційній підготовці та в післяопераційному періоду;
- обладнання операційних палат та палат інтенсивної терапії, техніка безпеки при роботі з апаратурою;
- питання організації та діяльності медичної служби цивільної оборони.

Лікар - уролог повинен вміти :

- отримати вичерпну інформацію про захворювання від хворого або оточуючих його родичів чи на основі аналізу медичної документації, що мається в розпорядженні;
- застосувати об'єктивні методи обстеження хворого, що визначають загальні та специфічні ознаки урологічного захворювання, особливо в тих випадках, коли потрібна невідкладна допомога або інтенсивна терапія;
- встановити попередній діагноз основного та супровідного захворювання, їх ускладнень;
- оцінити важкість стану хворого, причину цього стану, вжити необхідних засобів для виведення хворого з цього стану; визначити об'єм реанімаційних заходів;
- надати необхідну невідкладну допомогу (штучне дихання, масаж серця, іммобілізацію кінцівки при переломах, зупинку кровотечі, перев'язку та тампонаду рани, промивання шлунку при отруєнні, катетеризацію сечового міхура при гострій затримці сечі, невідкладну трахеостомію при асфіксії)
- визначити необхідність та послідовність спеціальних методів дослідження (лабораторних, інструментальних, рентгенологічних, радіоізотопних, функціональних та ін.), виконати їх і дати правильну їх тоцінку;
- визначити показання до госпіталізації, організувати її у відповідності зі станом хворого;
- провести диференційну діагностику основних урологічних захворювань в різних вікових групах, обґрунтувати клінічний діагноз;

- обґрунтувати схему, план і тактику ведення хворих, показання та протипоказання до операції;
- розробити план підготовки хворого до невідкладної та планової операції, визначити ступінь порушення гомеостазу, здійснити підготовку всіх функціональних систем організму хворого до операції;
- визначити групу крові та виконати внутрішньовенне переливання крові або внутрішньоартеріальне нагнітання крові, виявити можливі трансфузійні ускладнення і при їх виникненні провести боротьбу з ними;
- обґрунтувати найбільш доцільну техніку операції при даному хірургічному захворюванні та виконати її в необхідному обсязі;
- обґрунтувати методика знеболення і при необхідності виконати її (крім методів, що потребують участь лікаря-анестезіолога);
- розробити схему післяопераційного ведення хворого і профілактики післяопераційних ускладнень, призначити необхідну медикаментозну терапію;
- оформити всю необхідну документацію;
- проводити диспансеризацію та оцінювати її ефективність;
- вміти діагностувати та надати необхідну допомогу при наступних захворюваннях та станах: травматичний шок, гостра крововтрата, рани та раньова інфекція, гостра серцева та дихальна недостатність, гострий токсикоз, включаючи синдром тривалого розчалування;

Лікар - уролог повинен володіти наступними

маніпуляціями та технікою операцій :

- катетеризацією сечового міхура у чоловіків та жінок еластичним та металевим катетерами;
- катетеризацією сечоводів;
- ендовезикальною діатермією кровоточивих малих папілом сечового міхура
- накладення первинних швів на розрив висячої частини сечівника;

- невідкладної хірургічної ревізії органів калитки, а при необхідності методиками видалення додатку яєчка, накладення швів на розрив яєчка, або орхоепідидимектомії;
- епіцистостомія;
- ушивання розривів сечового міхура;
- пункційної капілярної пункції сечового міхура;
- вправлення голівки статевого прутня при парафімозі;
- розтину парафімозного кільця;
- вскриття та дронування абсцесів та флегмон позаочеревинної клітковини;
- декапсуляція нирки;
- нефростомії;
- вскриття та дронування абсцесів простати;
- ушивання розривів нирки;
- меатотомії;
- вправлення вивиху кавернозних тіл статевого прутня;
- новокаїнової блокади сім'яного канатику за Лорін-Епштейном;
- технікою проведення планових операцій при водянці оболонки яєчка, варікоцеле, видалення папілом зовнішнього отвору сечівника у жінок, циркулізації, френулопластики, епіцистостомії, резекції додатку яєчка, епідидимектомії.

Назва рефератів

для написання інтернами-лікарями працюючих на базах стажування

1. Стан урологічної захворюваності: рівень та структура урологічної захворюваності, рівень та структура урологічної смертності та інвалідності, номенклатура захворюваності та смертності.
2. Функціональна морфологія нирок, що забезпечує внутрішньониркові процеси, і функція нирок. Теорії сечоутворення.

3. Анамнез і фізикальні методи обстеження урологічних хворих. (Пальпація, перкусія, аускультация, діафаноскопія, урофлоуметрія)
4. Лабораторні методи дослідження.(Загально-клінічні, біохімічні, бактеріологічні; функціональні проби).
5. Аномалії нирок та верхніх сечових шляхів: класифікація, клінічні прояви, діагностика, лікування. Прогноз.
6. Хронічний пієлонефрит: етіологія, патогенез, клініка, діагностика, методи лікування. Ускладнення та наслідки хронічного пієлонефриту
7. Гострий та хронічний паранефрит: етіологія, патогенез, класифікація, клініка, діагностика, лікування.
8. Гострий та хронічний орхоепідиміт: етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування.
9. Гострий та хронічний простатит :етіологія, патогенез, клініка,діагностика, лікування. Ускладнення, наслідки.
10. Камені нирок та сечоводів: клінічні прояви, діагностика, лікування. Ускладнення, їх діагностика та лікування
11. Камені сечового міхура: клінічні прояви, діагностика, лікування.
12. Камені сечівника: клінічні прояви, діагностика, лікування.
13. Етіологія та патогенез туберкульозного ураження органів сечостатевої системи. Класифікація.
14. Ушкодження нирок: механізм, класифікація, клініка, діагностика, консервативне та хірургічне лікування. Ускладнення.
15. Ушкодження сечоводів: механізм, класифікація, клініка, діагностика, консервативне та хірургічне лікування.
16. Ушкодження сечового міхура: механізм, класифікація, клініка, діагностика, лікування. Оптимальне дронування тазової клітковини.
17. Ушкодження органів калитки: механізм, класифікація, клініка,діагностика, консервативне та хірургічне лікування.
18. Пухлини нирок: етіологія, патогенез, класифікація, клініка, діагностика, лікування.

Паспорт бази стажування лікарів-інтернів

1. Назва вищого медичного закладу _____

2. _____

назва відомства, якому підлягає лікувальна база

3. _____

повна назва бази стажування

4. _____

адреса

5. Прізвище, ім'я та по-батькові головного лікаря _____

6. Прізвище, ім'я та по-батькові відповідального за підготовку інтернів на базі стажування _____

7. Керівники інтернів: Прізвище, ім'я та по-батькові, спеціальність, загальний стаж роботи, стаж по спеціальності, вчена ступінь та звання, кваліфікаційна категорія _____

8. Загальна характеристика установи: перелік відділень із вказанням кількості ліжок в кожному, біохімічних, клінічних та інших лабораторій, наявність патолого-анатомічного відділення, поліклінічного, перелік дільниць та кабінетів _____

Ректор ЗДМУ

Головний лікар

проф. Колесник Ю.М.

М.П.

М.П.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

ТЕМА 1. «МЕДИЧНО-СОЦІАЛЬНІ ТА ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ПИТАННЯ В УРОЛОГІЇ»

Тривалість – 2 години

Місце – учбова кімната, палати.

АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ І МОТИВАЦІЯ ДЛЯ ЇЇ ВИВЧЕННЯ.

Урологічні захворювання залишаються однією із найчастіших причин звернення до лікаря, однією з найчастіших причин захворюваності і як наслідок втрати працездатності. Зважаючи, що з цим явищем зустрічаються всі лікарі, тому тему слід визначати актуальною.

МЕТА І ЗАВДАННЯ ЗАНЯТТЯ:

Навчити інтернів оцінювати епідеміологічні та медично-соціальні наслідки урологічних захворювань, та навчити різноманітними методами лікування зменшити негативні наслідки.

ВИХОВНА МЕТА:

Формувати професійну якість, прагнення до раціонального виконання трудових дій, отримування нових знань самостійно, виховувати почуття відповідальності, творчого мислення, чуйного ставлення до хворого.

Навчити оцінювати інформацію з точки зору творчості, логічного мислення, побудити пізнавальну, трудову діяльність, наполегливість у вдосконаленні професійних навичок та вмінь, виховувати почуття чуйного та відповідального ставлення до хворого.

ДИДАКТИЧНА МЕТА:

1. Вивчити епідеміологію урологічних захворювань
2. Навчити передбачати медично-соціальні наслідки.
3. Навчити запобігати таким негативним наслідкам, як інвалідизація та летальність.
4. Навчити принципам профілактичної допомоги.

Лікар-інтерн повинен вміти:

На практичному занятті (використати необхідні терміни): сформувати навички, навчити новому способу дії, оволодіти, відпрацювати навички, сформувати професійні вміння, засвоїти вміння самостійно використовувати знання, сформувати чітке уявлення про послідовність дій, закріпити відомі способи дій, залучити до творчої діяльності, оволодіти методикою інструментального дослідження, набути навички з трактування лабораторних та інструментальних досліджень.

Дидактичні засоби навчання: курація хворих, оформлення історій хвороб первинних хворих та щоденників, клінічний розбір хворих, трактування лабораторних та інструментальних методів дослідження, проведення інструментальних методів дослідження.

Основні теоретичні питання теми:

1. Основні питання медично-соціальних питань в урології.
2. Основні питання епідеміології урологічних захворювань.
3. Найчастіші причини виникнення урологічних захворювань.
4. Методи діагностики та лікування урологічних захворювань.
5. Методи прогнозування перебігу урологічних захворювань.

Структура заняття

№ з/п	Етап	Час. хв.	Навчальні матеріали Засоби навчання	Місце проведення заняття
1	Організаційна частина заняття	5		Навчальна кімната
2	Актуалізація опорних знань і контроль вихідного рівня	10	Задачі, тестові завдання	Навчальна кімната
3	Структурні елементи заняття, які забезпечують	90	Хворі, історії хвороби, алгоритми	Палата, навчальна кімната,

	досягнення дидактичної і виховної мет Клінічний розбір хворих Розбір теми в кабінетах		Таблиці, схеми, алгоритми, Рентгенограми, агіографія	радіологічне та рентгенологічне відділення
4	Підведення підсумків заняття (кінцевого рівня)	10	Задачі	Навчальна кімната
5	Домашнє завдання	5		

Інструктивно-методичні матеріали до заняття
(алгоритми діагностики та лікування за темою)

Вступне слово викладача про актуальність та мету заняття. Проводиться обстеження та забір анамнезу хворогою. Звертаючи увагу на умови праці, життя, шкідливі звички. Проводиться аналіз медико-соціальних та епідеміологічних причин виникнення та наслідків захворювання.

Форми та зміст поточного та підсумкового контролю.

Цілі вихідного рівня:

Лікарі-інтерни повинні уміти:

- збирати анамнез у хворих з урологічною патологією
- аналізувати причини виникнення захворювання
- передбачити перебіг захворювань у хворих з урологічною патологією
- вміти проводити фізикальне та клінічне дослідження хворих з даною патологією

Вирішить декілька завдань-моделей, використовуючи діагностичні і лікувальні алгоритми.

Контроль кінцевого рівня.

Завдання у вигляді задач.

Перелік навчального оснащення за розділом
«МЕДИЧНО-СОЦІАЛЬНІ ТА ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ПИТАННЯ В
УРОЛОГІЇ»

<i>Вид оснащення</i>	<i>Найменування</i>	<i>Кількість</i>
1. Засоби унаочнення	Історії хвороби	10
2. Засоби навчання	Тести, еталони, ситуаційні завдання, учбові аналізи. Ангіографія, реографія, рентгенограми.	100
3. Програмне забезпечення комп'ютерного навчання		
4. Технічні засоби навчання	комп'ютер, комплект обладнання для відтворення звуку та зображення для учбових аудиторний.	1
5. Навчальні презентації		

Засоби - обладнання, інвентар, приладдя, макети, моделі, вироби, зразки, апаратура, плакати, таблиці, дидактичні матеріали та інші.

Засоби навчання - підручники, нормативна, довідкова та спеціальна література.

Література

1. 1.Урологія. За редакцією О.Ф. Возіанова, о.В. Люлько. Дніпропетровськ, 2002.
2. Атлас-руководство по урологии. Под ред. А.Ф.Возианова, А.В. Люлько.-Днепрпетровск, 2002.-Т.1,2,3.
3. 3.Урология. Под ред. Н.А. Лопаткина.-М.: Медицина,2005.
4. 4.Руководство по урологии. Под ред. Н.А. Лопаткина.-М.: Медицина, 1998.-Т.1,2,3.

5. Knoll T. Epidemiology, Pathogenesis, and Pathophysiology of Urolithiasis // Eur Urol Suppl., 2010 Vol. 9. P. 802 - 806.
6. Indridason O.S., Birgisson S., Edvardsson V.O., Sigvaldason H., Sigfusson N., Palsson R. Epidemiology of kidney stones in Iceland: a population-based study. // Scand. J. Urol. Nephrol., 2009. Vol. 40, N 3. P. 215 - 220.
7. Romero V., Akpınar H., Assimos D.G. Kidney Stones: A Global Picture of Prevalence, Incidence, and Associated Risk Factors. // Rev Urol., 2010. Vol. 12, N 2 - 3. P. 86 - 96.
8. Zhang X., Bai J., Ma P., Ma J., Wan J., Jiang B. Melamine-induced infant urinary calculi: a report on 24 cases and a 1-year follow-up. // Urol Res., 2010. Vol. 38, N 5. P. 391 - 395.
9. Аполихин О.И., Калинин С.Ю. Мочекаменная болезнь как новый компонент метаболического синдрома. // Саратовский научно-медицинский журнал. Т. 7. - 2011. - № 2. - С. 117.
10. Борисов В.В., Дзеранов Н.К. Мочекаменная болезнь. Терапия больных камнями почек и мочеточников. М., 2011. - 88 с.
11. Аполихина И.А. Гиперактивный мочевой пузырь: актуальная проблема современной урогинекологии и возможные пути ее решения // Гинекология. — 2005. — Т. 7, № 2.
12. Аполихина И.А. Эпидемиологические аспекты недержания мочи // Журн. рос. общества акуш.-гинеколог. — 2005. — № 1. — С. 12.
13. Краснопольский В.И. Актуальные вопросы урогинекологии // Акушерство и гинекология. — 2000. — № 1. — С. 17-19.
14. Чайка В.К., Баркалов О.А., Трифонова Е.Ф. Актуальные медико-социальные вопросы урогинекологии // Медико-социальные проблемы семьи. — 2001. — Т. 6, № 4. — С. 74-80.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

ТЕМА 2. «КЛІНІЧНА ФІЗІОЛОГІЯ СЕЧОСТАТЕВИХ ОРГАНІВ»

Тривалість – 2 години

Місце – учбова кімната, палати.

АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ І МОТИВАЦІЯ ДЛЯ ЇЇ ВИВЧЕННЯ

Знання аномалії та фізіології сечостатевих органів дозволяє правильно оцінити стан хворого та призначити доцільне дослідження. Результати такого дослідження дозволяють призначити раціональне лікування хворих з різноманітними захворюваннями сечостатевої системи.

МЕТА І ЗАВДАННЯ ЗАНЯТТЯ

Відновити знання з анатомії та фізіології органів сечостатевої системи. Поєднати прояви захворювань органів сечостатевої системи з порушеннями фізіології даних органів.

ВИХОВНА МЕТА

1. Формувати професійну якість, прагнення до раціонального виконання трудових дій, отримування нових знань самостійно, виховувати почуття відповідальності, творчого мислення, чуйного ставлення до хворого.
2. Навчити оцінювати інформацію з точки зору творчості, логічного мислення, побудити пізнавальну, трудову діяльність, наполегливість у вдосконаленні професійних навичок та вмінь, виховувати почуття чуйного та відповідального ставлення до хворого.

ДИДАКТИЧНА МЕТА

1. Вивчити особливості фізіології органів сечостатевої системи.
2. Навчити студентів (інтернів) оцінювати порушення фізіології органів сечостатевої системи при захворюваннях.
3. Навчити методам відновлення фізіологічного стану при різноманітних захворюваннях сечостатевої системи.

Лікар-інтерн повинен вміти:

На практичному занятті (використати необхідні терміни):

- сформувати навички, навчити новому способу дії, оволодіти, відпрацювати навички, сформувати професійні вміння,
- засвоїти вміння самостійно використовувати знання, сформувати чітке уявлення про послідовність дій,
- закріпити відомі способи дій, залучити до творчої діяльності, оволодіти методикою інструментального дослідження, набути навички з трактування лабораторних та інструментальних досліджень.

Дидактичні засоби навчання: курація хворих, оформлення історій хвороб первинних хворих та щоденників, клінічний розбір хворих, трактування лабораторних та інструментальних методів дослідження, проведення інструментальних методів дослідження.

Основні теоретичні питання теми:

- 1) Основні положення фізіології сечостатевого органу.
- 2) Зв'язок фізіології сечостатевого органу з семіотикою урологічних захворювань.
- 3) Клінічні прояви змін фізіології сечостатевого органу.
- 4) Вплив патологічних станів на функціональний стан нирок.
- 5) Методи нормалізації фізіологічних змін сечостатевого органу при патологічних станах.

Структура заняття

№ з/п	Етап	Час. хв.	Навчальні матеріали Засоби навчання	Місце проведення заняття
1	Організаційна частина заняття	5		Навчальна кімната
2	Актуалізація опорних знань і контроль відповідного рівня	10	Задачі, тестові завдання	Навчальна кімната

3	Структурні елементи заняття, які забезпечують досягнення дидактичної і виховної мет Клінічний розбір хворих Розбір теми в кабінетах	90	Хворі, історії хвороби, алгоритми Таблиці, схеми, алгоритми, Рентгенограми, агіографія	Палата, навчальна кімната
4	Підведення підсумків заняття (кінцевого рівня)	10	Задачі	Навчальна кімната
5	Домашнє завдання	5		

Інструктивно-методичні матеріали до заняття
(алгоритми діагностики та лікування за темою)

Вступне слово викладача про актуальність та мету заняття. Проводиться фізикальне обстеження хворогою. Знання фізіології сечостатевої системи дозволяє правильно оцінити стан хворого та призначити доцільне дослідження. Результати такого дослідження дозволяють призначити раціональне лікування хворих з різноманітними захворюваннями сечостатевої системи.

Форми та зміст поточного та підсумкового контролю

Цілі вихідного рівня:

Лікарі-інтерни повинні уміти:

- збирати анамнез у хворих з урологічною патологією;
- проводити фізикальний огляд,
- інтерпретувати дані фізикального, інструментального обстеження хворих;
- виявляти показання до спеціальних методів дослідження (рентгенограми, рентгенографії, радіометрії, томографії, ангіографії, МРТ, біопсії, оцінювати показники лабораторних даних (ознаки запалення, онкомаркери).

Вивчення даної теми заняття базується на знаннях, отриманих на наступних кафедрах: нормальної та патфізіології, пропедевтики внутрішніх хвороб, радіології, факультетської, госпітальної терапії, ендокринології, патанатомії).

Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня умінь

1. Вивчення схеми історії хвороби урологічного хворого.
2. Курація хворих.
3. Вивчення даних історії хвороби.
4. Читання учбових аналізів крові, сечі.
5. Тестування.
6. Рішення ситуаційних завдань.

Відповіді на завдання: *Інформацію, необхідну для поповнення базисних знань-умінь, можна знайти в таких джерелах:*

1. Урологія. За редакцією О.Ф. Возіанова, о.В. Люлько. Дніпропетровськ, 2002.
2. Атлас-руководство по урологии. Под ред. А.Ф.Возианова, А.В. Люлько.- Днепропетровск, 2002.-Т.1,2,3.
3. Урология. Под ред. Н.А. Лопаткина.-М.: Медицина, 2005.

Вирішить декілька завдань-моделей, використовуючи діагностичні і лікувальні алгоритми.

Контроль кінцевого рівня.

Завдання у вигляді задач.

Перелік навчального оснащення за розділом

«КЛІНІЧНА ФІЗІОЛОГІЯ СЕЧОСТАТЕВИХ ОРГАНІВ»

<i>Вид оснащення</i>	<i>Найменування</i>	<i>Кількість</i>
1. Засоби унаочнення	Історії хвороби	10
	Результати лабораторних досліджень	15

	Рентгенограми	10
2. Засоби навчання	Тести, еталони, ситуаційні завдання, учбові аналізи.	100
3. Програмне забезпечення комп'ютерного навчання		
4. Технічні засоби навчання	комп'ютер, комплект обладнання для відтворення звуку та зображення для учбових аудиторний.	1
5. Навчальні презентації		

Засоби - обладнання, інвентар, приладдя, макети, моделі, вироби, зразки, апаратура, плакати, таблиці, дидактичні матеріали та інші.

Засоби навчання - підручники, нормативна, довідкова та спеціальна література.

ЛІТЕРАТУРА

1. Урологія. За редакцією О.Ф. Возіанова. Дніпропетровськ, 2002.
2. Атлас-руководство по урологии. А.Ф.Возианова, А.В. Люлько.- Днепропетровск, 2002.-Т.1,2,3.
3. Урология. Под ред. Н.А. Лопаткина.-М.: Медицина,2005.
4. Руководство по урологии. Под ред. Н.А. Лопаткина.-М.: Медицина, 1998.-Т.1,2,3.
5. Пак-Колоха Д.Л. Трудный диагноз в урологии. М., "Медицина"1997.
6. Гаспарян А. М. Очерки по истории отечественной урологии. М., 1997.
7. Голигорский С. Д. Очерки урологической семиотики и диагностики. Изд I V, Кишинев., 1971.
8. Лопаткин Н.А., Мартов А.Г. Избранные лекции по урологии.- Москва.- 2008.
9. Наточин Ю. В. Основы физиологии почек. Л.,1982.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ
ТЕМА 3. «УРОСЕМІОТИКА ТА ДІАГНОСТИКА ЗАХВОРЮВАНЬ
СЕЧОСТАТЕВИХ ОРГАНІВ»

Тривалість – 2 години

Місце – учбова кімната, палати.

АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ І МОТИВАЦІЯ ДЛЯ ЇЇ ВИВЧЕННЯ

Знання симптоматики урологічних захворювань, вміння правильно провести загальноклінічне обстеження органів сечостатевої системи дають лікареві ключ до правильної та своєчасної діагностики урологічних захворювань. А оскільки ці захворювання зустрічаються в практиці лікаря будь-якої спеціальності, дану тему слід визнати актуальною.

МЕТА І ЗАВДАННЯ ЗАНЯТТЯ

Навчити інтернів правильно оцінювати симптоми захворювання органів сечостатевої системи, дані лабораторних досліджень крові, сечі, простатичного секрету, що виділяється з уретри, еякуляту, проводити об'єктивне обстеження урологічних хворих.

ВИХОВНА МЕТА

Формувати професійну якість, прагнення до раціонального виконання трудових дій, отримування нових знань самостійно, виховувати почуття відповідальності, творчого мислення, чуйного ставлення до хворого.

Навчити оцінювати інформацію з точки зору творчості, логічного мислення, побудити пізнавальну, трудову діяльність, наполегливість у вдосконаленні професійних навичок та вмінь, виховувати почуття чуйного та відповідального ставлення до хворого.

ДИДАКТИЧНА МЕТА

1. Вивчити симптоматику урологічних захворювань.
2. Навчити інтернів правильно оцінювати такі симптоми урологічних захворювань, як розлад сечовиведення, біль, кількісні та якісні зміни сечі, виділення з уретри.

3. Навчити інтернів проводити об'єктивно обстеження нирок, сечовивідних шляхів, передміхурової залози, зовнішніх статевих органів у чоловіків.
4. Навчити інтернів правильно читати дані загального аналізу сечі, проби Зимницького, проби Реберга-Тареева, проб Каковського-Адїса, Амбюрже, Нечипоренка, аналізу простатичного соку, що виділяється з уретри.
5. Підвищити знання інтернів у правильній оцінці результатів загального аналізу та біохімічних досліджень крові при урологічних захворюваннях.

Лікар-інтерн повинен вміти:

На практичному занятті (використати необхідні терміни): сформувати навички, навчити новому способу дії, оволодіти, відпрацювати навички, сформувати професійні вміння, засвоїти вміння самостійно використовувати знання, сформувати чітке уявлення про послідовність дій, закріпити відомі способи дій, залучити до творчої діяльності, оволодіти методикою інструментального дослідження, набути навички з трактування лабораторних та інструментальних досліджень.

Дидактичні засоби навчання: курація хворих, оформлення історій хвороб первинних хворих та щоденників, клінічний розбір хворих, трактування лабораторних та інструментальних методів дослідження, проведення інструментальних методів дослідження.

Основні теоретичні питання теми:

1. Основні симптоми урологічних захворювань.
2. Біль, його характер, локалізація, іррадіація. Діагностичне значення.
3. Розлад сечовиділення. Діагностичне значення.
4. Методи пальпації й перкусії нирок, сечовика, сечового міхура, простати.
5. Больові симптоми. Їх діагностичне значення.
6. Методи дослідження сечі та їх діагностичне значення.
7. Види гематурії та її значення. Тактика лікаря.
8. Затримка сечі. Види, причини.
9. Нічне нетримання сечі, патогенез, лікування.
10. Функціональні ниркові проби.

Структура заняття

№ з/п	Етап	Час. хв.	Навчальні матеріали Засоби навчання	Місце проведення заняття
1	Організаційна частина заняття	5		Навчальна кімната
2	Актуалізація опорних знань і контроль вихідного рівня	10	Задачі, тестові завдання	Навчальна кімната
3	Структурні елементи заняття, які забезпечують досягнення дидактичної і виховної мет Клінічний розбір хворих Розбір теми в кабінетах	90	Хворі, історії хвороби, алгоритми Тести, еталони, ситуаційні завдання. Зразки нормальних аналізів крові, сечі, секрету простати при урологічних захворюваннях.	Палата, навчальна кімната, радіологічне та рентгенологічне відділення
4	Підведення підсумків заняття (кінцевого рівня)	10	Задачі	Навчальна кімната
5	Домашнє завдання	5		

Інструктивно-методичні матеріали до заняття
(алгоритми діагностики та лікування за темою)

Вступне слово викладача /про предмет урології, мету даного заняття/. У присутності всієї групи в палаті викладач проводить обстеження хворого /анамнез, об'єктивне дослідження, дані аналізів крові, сечі, простатичного секрету тощо /. Висувається обґрунтований діагноз.

Потім студенти по 2-3 особи розподіляються для курації хворих. Після закінчення курації за участю всієї групи в палаті та в учбовій кімнаті проводиться клінічний розбір обстежуваних хворих. У процесі клінічного розбору викладач звертає увагу студентів на роль анамнестичних даних у діагностиці.

Основні симптоми урологічних захворювань: біль, порушення сечовиведення, зміна сечі, виділення з уретри. Детальний розбір вказаних симптомів, їх діагностичне значення. Аналіз больових відчуттів при захворюваннях нирок, сечовника, сечового міхура, уретри, чоловічих статевих органів.

Розглядається фізіологія акту сечовиведення й сечовиділення. Причини їх порушення : захворювання нервової системи, сечового міхура, уретри, простати, рефлексний механізм. Види порушень сечовиділення й сечовиведення та захворювання, при яких вони можуть зустрічатися. Порушення струменя сечі при різних захворюваннях.

Відзначається діагностична роль змін сечі. Значення правильного розбору 3-х склянкової проби. Аналіз сечі здорової людини та його фізіологічні коливання. Діагностичне значення гематурії, уретрорагії, гемаглобулінурія й згустки крові в сечі. Необхідність цистоскопії при гематурії. Діагностичне значення піурії та бактеріурії, дослідження секрету передміхурової залози, висів сечі й секрету простати.

Кожний зі студентів під безпосереднім контролем викладача засвоює методику огляду хворого, визначення больових симптомів Пастер-нацького і Фронштейна, болючості у точці Гораша, пальпації нирок, сечовників, сечового міхура, передміхурової залози, зовнішніх статевих органів у чоловіків, перкуторного симптому і симптому балотування при пальпованій пухлині.

Проводиться аналіз даних анамнезу, об'єктивного і лабораторного обстежень. Симптоми розглядаються в їх взаємозв'язку. Формується клінічно

обґрунтований діагноз. У процесі клінічного розбору проводиться опитування з теми заняття.

Після закінчення клінічного розбору проводиться контроль знань. Використовується тестування, рішення ситуаційних завдань.

Після цього виставляється оцінка з урахуванням результатів опитування і контролю знань.

Форми та зміст поточного та підсумкового контролю

Цілі вихідного рівня: Лікарі-інтерни повинні уміти:

- збирати анамнез у хворих з урологічною патологією;
- проводити фізикальний огляд,
- інтерпретувати дані фізикального, інструментального обстеження хворих;
- виявляти показання до спеціальних методів дослідження (рентгенограми, рентгенографії, радіометрії, томографії, ангиографії, МРТ, біопсії, оцінювати показники лабораторних даних (ознаки запалення, онкомаркери).

Вивчення даної теми заняття базується на знаннях, отриманих на наступних кафедрах: нормальної та патфізіології, пропедевтики внутрішніх хвороб, радіології, факультетської, госпітальної терапії, ендокринології, патанатомії).

Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня умінь

1. Вивчення схеми історії хвороби урологічного хворого.
2. Курація хворих.
3. Вивчення даних історії хвороби.
4. Читання учбових аналізів крові, сечі.
5. Тестування.
6. Рішення ситуаційних завдань.

Відповіді на завдання:

Інформацію, необхідну для поповнення базисних знань-умінь, можна знайти в таких джерелах:

1. Урологія. За редакцією О.Ф. Возіанова, о.В. Люлько. Дніпропетровськ, 2002.
2. Атлас-руководство по урологии. А.Ф.Возианова, А.В. Люлько.- Днепропетровск, 2002.-Т.1,2,3.
3. Урология. Под ред. Н.А. Лопаткина.-М.: Медицина, 2005.
4. Жила В.В. с соавт. "Неотложные состояния в урологии." Скорая и неотложная медицинская

Після засвоєння необхідних базисних знань вивчіть наступний матеріал

1. Люлько А.В.(под ред) Неотложная урология и нефрология. К., "Здоров"я", 1998
2. Пак-Колоха Д.Л. Трудный диагноз в урологии. М., "Медицина" 1997.
3. Лопаткин Н.А., Мартов А.Г. Избранные лекции по урологии.- Москва.-2008
4. Филип М. Ханно, С. Брюс Малкович, Алан Дж. Вейн. Руководство по клинической урологии. –Москва.-2006 г.

Вирішить декілька завдань-моделей, використовуючи діагностичні і лікувальні алгоритми.

Контроль кінцевого рівня.

Завдань у вигляді задач.

Перелік навчального оснащення за розділом

**«УРОСЕМІОТИКА ТА ДІАГНОСТИКА ЗАХВОРЮВАНЬ
СЕЧОСТАТЕВИХ ОРГАНІВ»**

<i>Вид оснащення</i>	<i>Найменування</i>	<i>Кількість</i>
1. Засоби унаочнення	Історії хвороби	10
	Результати лабораторних досліджень. Рентгенограми	15
		10
2. Засоби навчання	Тести, еталони, ситуаційні завдання. Зразки нормальних аналізів крові, сечі, секрету	100

	простати при урологічних захворюваннях.	
3. Програмне забезпечення комп'ютерного навчання		
4. Технічні засоби навчання	комп'ютер, комплект обладнання для відтворення звуку та зображення для учбових аудіо торній.	1
5. Навчальні презентації		

Засоби - обладнання, інвентар, приладдя, макети, моделі, вироби, зразки, апаратура, плакати, таблиці, дидактичні матеріали та інші.

Засоби навчання - підручники, нормативна, довідкова та спеціальна література.

Література

1. Урологія. За редакцією О.Ф. Возіанова, о.В. Люлько. Дніпропетровськ, 2002.
2. Атлас-руководство по урологии. А.Ф.Возианова, А.В. Люлько.- Днепропетровск, 2002.-Т.1,2,3.
3. Урология. Под ред. Н.А. Лопаткина.-М.: Медицина,2005.
4. Люлько А.В.(под ред) Неотложная урология и нефрология. К., "Здоров"я", 1998
5. Пак-Колоха Д.Л. Трудный диагноз в урологии. М., "Медицина"1997.
6. Лопаткин Н.А., Мартов А.Г. Избранные лекции по урологии.- Москва.-2008
7. Филип М. Ханно, С. Брюс Малкович, Алан Дж. Вейн. Руководство по клинической урологии. –Москва.-2006 г.
8. Ищенко Б.И. Рентгенологическое исследование органов мочевой системы.- Санкт-Петербург.-2004 г.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

ТЕМА 4. «ЗАГАЛЬНІ МЕТОДИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ В УРОЛОГІЇ»

Тривалість – 2 години

Місце – учбова кімната, палати.

АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ І МОТИВАЦІЯ ДЛЯ ЇЇ ВИВЧЕННЯ

Консервативне лікування захворювань органів сечостатевої системи залишається найчастішим способом допомоги хворим на урологічні захворювання. Важаючи на те, що такі хворі зустрічаються в практиці лікаря будь-якого фаху, це є одна з найактуальніших тем.

МЕТА І ЗАВДАННЯ ЗАНЯТТЯ

Навчити інтернів правильно призначати різноманітні методи консервативного лікування. Навчити оцінювати вплив та при необхідності корегувати методи консервативного лікування.

ВИХОВНА МЕТА

Формувати професійну якість, прагнення до раціонального виконання трудових дій, отримування нових знань самостійно, виховувати почуття відповідальності, творчого мислення, чуйного ставлення до хворого.

Навчити оцінювати інформацію з точки зору творчості, логічного мислення, побудити пізнавальну, трудову діяльність, наполегливість у вдосконаленні професійних навичок та вмінь, виховувати почуття чуйного та відповідального ставлення до хворого.

ДИДАКТИЧНА МЕТА

1. Вивчити основні методи консервативного лікування.
2. Навчити основам призначення різних методів консервативного лікування при різних захворюваннях сечостатевої системи.
3. Навчити оцінювати вплив консервативних методів на перебіг захворювань сечостатевої системи.

4. Навчити корегувати застосування методів консервативного лікування в залежності від стадії захворювання.
5. Навчити правильній оцінці результатів консервативної терапії.

Лікар-інтерн повинен вміти:

На практичному занятті (використати необхідні терміни): сформувати навички, навчити новому способу дії, оволодіти, відпрацювати навички, сформувати професійні вміння, засвоїти вміння самостійно використовувати знання, сформувати чітке уявлення про послідовність дій, закріпити відомі способи дій, залучити до творчої діяльності, оволодіти методикою інструментального дослідження, набути навички з трактування лабораторних та інструментальних досліджень.

Дидактичні засоби навчання: курація хворих, оформлення історій хвороб первинних хворих та щоденників, клінічний розбір хворих, трактування лабораторних та інструментальних методів дослідження, проведення інструментальних методів дослідження.

Основні теоретичні питання теми:

1. Основні методи консервативної терапії
2. Антибактеріальна терапія.
3. Знеболююча терапія.
4. Дезінтоксикаційна терапія.
5. Імуностимулююча та імуномоделююча терапія.
6. Фітотерапія.
7. Фізіотерапія.
8. Показники клінічних та біохімічних показників крові та сечі.

Структура заняття

№ з/п	Етап	Час. хв.	Навчальні матеріали Засоби навчання	Місце проведення заняття
1	Організаційна частина заняття	5		Навчальна кімната

2	Актуалізація опорних знань і контроль вихідного рівня	10	Задачі, тестові завдання	Навчальна кімната
3	Структурні елементи заняття, які забезпечують досягнення дидактичної і виховної мет Клінічний розбір хворих Розбір теми в кабінетах	90	Хворі, історії хвороби, алгоритми Таблиці, схеми, алгоритми, Рентгенограми, агіографія	Палата, навчальна кімната, радіологічне та рентгенологічне відділення
4	Підведення підсумків заняття (кінцевого рівня)	10	Задачі	Навчальна кімната
5	Домашнє завдання	5		

Інструктивно-методичні матеріали до заняття
(алгоритми діагностики та лікування за темою)

Вступне слово викладача про актуальність теми. Потім, викладач показує як інтерпретувати дані фізикального, інструментального обстеження хворих; виявляти показання до спеціальних методів дослідження (рентгенограми, рентгенографії, радіометрії, томографії, ангіографії, МРТ, біопсії, оцінювати показники лабораторних даних (ознаки запалення, онкомаркери).

Форми та зміст поточного та підсумкового контролю

Цілі вихідного рівня: Лікарі-інтерни повинні уміти:

- збирати анамнез у хворих з урологічною патологією;
- проводити фізикальний огляд,
- інтерпретувати дані фізикального, інструментального обстеження хворих;
- виявляти показання до спеціальних методів дослідження (рентгенограми, рентгенографії, радіометрії, томографії, ангіографії, МРТ, біопсії,

оцінювати показники лабораторних даних (ознаки запалення, онкомаркери).

Вивчення даної теми заняття базується на знаннях, отриманих на наступних кафедрах: нормальної та патфізіології, пропедевтики внутрішніх хвороб, радіології, факультетської, госпітальної терапії, ендокринології, патанатомії).

Інформацію, необхідну для поповнення базисних знань-умінь, можна знайти в таких джерелах:

1. Урологія. За редакцією О.Ф. Возіанова, о.В. Люлько. Дніпропетровськ, 2002.
2. Атлас-руководство по урологии. А.Ф.Возианова, А.В. Люлько.- Днепрпетровск, 2002.-Т.1,2,3.
3. Урология. Под ред. Н.А. Лопаткина.-М.: Медицина,2005.

Після засвоєння необхідних базисних знань вивчіть наступний матеріал

3. Лопаткин Н.А., Мартов А.Г. Избранные лекции по урологии.- Москва.-2008
4. Филип М. Ханно, С. Брюс Малкович, Алан Дж. Вейн. Руководство по клинической урологии. –Москва.-2006 г.

Вирішить декілька завдань-моделей, використовуючи діагностичні і лікувальні алгоритми.

Контроль кінцевого рівня.

Завдання у вигляді задач

Перелік навчального оснащення за розділом

**«УРОСЕМІОТИКА ТА ДІАГНОСТИКА ЗАХВОРЮВАНЬ
СЕЧОСТАТЕВИХ ОРГАНІВ»**

<i>Вид оснащення</i>	<i>Найменування</i>	<i>Кількість</i>
1. Засоби унаочнення	Історії хвороби	10
	Результати лабораторних досліджень	15

	Рентгенограми	10
2. Засоби навчання	Тести, еталони, ситуаційні завдання. Зразки нормальних аналізів крові, сечі, секрету простати при урологічних захворюваннях.	100
3. Програмне забезпечення комп'ютерного навчання		
4. Технічні засоби навчання	комп'ютер, комплект обладнання для відтворення звуку та зображення для учбових аудиторій.	1
5. Навчальні презентації		

Засоби - обладнання, інвентар, приладдя, макети, моделі, вироби, зразки, апаратура, плакати, таблиці, дидактичні матеріали та інші.

Засоби навчання - підручники, нормативна, довідкова та спеціальна література.

Література

1. Урологія. За редакцією О.Ф. Возіанова, О.В. Люлько. Дніпропетровськ, 2002.
2. Атлас-руководство по урологии. А.Ф.Возианова, А.В. Люлько.- Днепропетровск, 2002.-Т.1,2,3.
3. Урология. Под ред. Н.А. Лопаткина.-М.: Медицина,2005.
4. Руководство по урологии. Под ред. Н.А. Лопаткина.-М.: Медицина, 1998.- Т.1,2,3.
5. Лопаткин Н.А., Мартов А.Г. Избранные лекции по урологии.- Москва.- 2008 г.
6. Филип М. Ханно, С. Брюс Малкович, Алан Дж. Вейн. Руководство по клинической урологии. –Москва.-2006 г.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ
ТЕМА 5. «ЛІКУВАННЯ АНОМАЛІЙ СЕЧОСТАТЕВИХ ОРГАНІВ»

Тривалість – 2 години

Місце – учбова кімната, палати.

АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ І МОТИВАЦІЯ ДЛЯ ЇЇ ВИВЧЕННЯ.

Вади розвитку сечостатевиx органів є однією з найчастіших причин інвалідизації та летальності урологічних хворих. Своєчасна діагностика та лікування дозволяє знизити ризик розвитку негативних наслідків.

МЕТА І ЗАВДАННЯ ЗАНЯТТЯ :

Навчити ранньому діагностуванню вад розвитку, проведенню діагностичних маніпуляцій, та оцінці клініко-біохімічних методів дослідження.

ВИХОВНА МЕТА:

1.Формувати професійну якість, прагнення до раціонального виконання трудових дій, отримування нових знань самостійно, виховувати почуття відповідальності, творчого мислення, чуйного ставлення до хворого.

2.Навчити оцінювати інформацію з точки зору творчості, логічного мислення, побудити пізнавальну, трудову діяльність, наполегливість у вдосконаленні професійних навичок та вмінь, виховувати почуття чуйного та відповідального ставлення до хворого.

ДИДАКТИЧНА МЕТА :

- 1.Вивчити класифікацію аномалій сечостатевої системи.
- 2.Вивчити основні прояви аномалій сечостатевої системи.
- 3.Навчити інтернів основним методам діагностики вад розвитку сечостатевої системи.
- 4.Навчити проводити клінічні біохімічні обстеження таких хворих.
5. Вивчити основні методи лікування вад розвитку.

Лікар-інтерн повинен вміти:

На практичному занятті (використати необхідні терміни): сформувати навички, навчити новому способу дії, оволодіти, відпрацювати навички, сформувати професійні вміння, засвоїти вміння самостійно використовувати знання, сформувати чітке уявлення про послідовність дій, закріпити відомі способи дій, залучити до творчої діяльності, оволодіти методикою інструментального дослідження, набути навички з трактування лабораторних та інструментальних досліджень.

Дидактичні засоби навчання: курація хворих, оформлення історій хвороб первинних хворих та щоденників, клінічний розбір хворих, трактування лабораторних та інструментальних методів дослідження, проведення інструментальних методів дослідження.

Основні теоретичні питання теми:

1. Основні різновиди аномалій сечостатевої системи.
2. Класифікація аномалій сечостатевої системи.
3. Методи діагностики аномалій сечостатевої системи.
4. Симптоми аномалій сечостатевої системи.
5. Зміни клінічних та біохімічних аналізів крові та чesі при аномаліях сечостатевої системи.
6. Методи лікування захворювань викликаних аномаліями сечостатевої системи.

Структура заняття

№ з/п	Етап	Час. хв.	Навчальні матеріали Засоби навчання	Місце проведення заняття
1	Організаційна частина заняття	5		Навчальна кімната
2	Актуалізація опорних знань і контроль вихідного рівня	10	Задачі, тестові завдання	Навчальна кімната

3	Структурні елементи заняття, які забезпечують досягнення дидактичної і виховної мет. Клінічний розбір хворих. Розбір теми в кабінетах.	90	Хворі, історії хвороби, алгоритми Таблиці, схеми, алгоритми	Палата, навчальна кімната,
4	Підведення підсумків заняття (кінцевого рівня)	10	Задачі	Навчальна кімната
5	Домашнє завдання	5		

Інструктивно-методичні матеріали до заняття
(алгоритми діагностики та лікування за темою)

Вступне слово викладача про актуальність теми. Своєчасна діагностика та лікування дозволяє знизити ризик розвитку негативних наслідків. Викладач навчає проведенню діагностичних маніпуляцій, та оцінці клініко-біохімічних методів дослідження.

Форми та зміст поточного та підсумкового контролю

Цілі вихідного рівня: Лікарі-інтерни повинні уміти:

- збирати анамнез у хворих з урологічною патологією;
- проводити фізикальний огляд,
- інтерпретувати дані фізикального, інструментального обстеження хворих;
- виявляти показання до спеціальних методів дослідження (томографії, МРТ, біопсії, оцінювати показники лабораторних даних (ознаки запалення, онкомаркери).

Вивчення даної теми заняття базується на знаннях, отриманих на наступних кафедрах: нормальної та патфізіології, пропедевтики внутрішніх хвороб, радіології, факультетської, госпітальної терапії, ендокринології, патанатомії).

Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня умінь

1. Курація хворих.
2. Вивчення й аналіз даних історій хвороби.
3. Формування попереднього та клінічного діагнозів.
4. Читання рентгенограм, скенограм, ренограм.

Відповіді на завдання:

Інформацію, необхідну для поповнення базисних знань-умінь, можна знайти в таких джерелах:

1. Урологія. За редакцією О.Ф. Возіанова, о.В. Люлько. Дніпропетровськ, 2002.
2. Урологія. Под ред. Н.А. Лопаткина.-М.: Медицина, 2005.
3. Руководство по урологии. Под ред. Н.А. Лопаткина.-М.: Медицина, 1998.-Т.1,2,3.

Після засвоєння необхідних базисних знань вивчіть наступний матеріал

1. Лопаткин Н.А., Мартов А.Г. Избранные лекции по урологии.- Москва.-2008
2. Ищенко Б.И. Рентгенологическое исследование органов мочевой системы.-СП-2004 г.

Вирішить декілька завдань-моделей, використовуючи діагностичні і лікувальні алгоритми.

Контроль кінцевого рівня.

Завдання у вигляді задач

Перелік навчального оснащення за розділом

«ЛІКУВАННЯ АНОМАЛІЙ СЕЧОСТАТЕВИХ ОРГАНІВ»

<i>Вид оснащення</i>	<i>Найменування</i>	<i>Кількість</i>
1. Засоби унаочнення	Історії хвороби	10
	Результати лабораторних досліджень. Рентгенограми	15
	Результати лабораторних досліджень. Рентгенограми	10
	Патологічні препарати.	10

2. Засоби навчання	Тести, еталони, ситуаційні завдання, учбові аналізи. Зразки нормальних аналізів крові, сечі, секрету простати при урологічних захворюваннях.	100
3. Програмне забезпечення комп'ютерного навчання		
4. Технічні засоби навчання	комп'ютер, комплект обладнання для відтворення звуку та зображення для учбових аудиторний, катетеризаційний цистоскоп, катетер, оглядовий цистоскоп. .	1 1 1
5. Навчальні презентації		

Засоби унаочнення - обладнання, інвентар, приладдя, макети, моделі, вироби, зразки, апаратура, плакати, таблиці, дидактичні матеріали та інші.

Засоби навчання - підручники, нормативна, довідкова та спеціальна література.

Література

1. Урологія. За редакцією О.Ф. Возіанова. Дніпропетровськ, 2002.
2. Атлас-руководство по урологии. А.Ф. Возіанова, А.В. Люлько.- Днепропетровск, 2002.- Т. 1, 2, 3.
3. Урология. Под ред. Н.А. Лопаткина.- М.: Медицина, 2005.
4. Руководство по урологии. Под ред. Н.А. Лопаткина.- М.: Медицина, 1998.- Т. 1, 2, 3.
5. Филип М. Ханно, С. Брюс Малкович, Алан Дж. Вейн. Руководство по клинической урологии. – Москва.- 2006 г.
6. Ищенко Б.И. Рентгенологическое исследование органов мочевой системы.- СП-2004 г.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ
ТЕМА 6. «ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ІНФЕКЦІЙНИХ
НЕСПЕЦИФІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ СЕЧОСТАТЕВОЇ
СИСТЕМИ»

Тривалість – 2 година

Місце – учбова кімната, палати.

АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ І МОТИВАЦІЯ ДЛЯ ЇЇ ВИВЧЕННЯ

Пієлонефрит є найпоширенішим захворюванням нирок, найбільш часто ускладнюється гіпертонією та хронічною нирковою недостатністю. Хронічний пієлонефрит нерідко має прихований характер, маскуючись іншими ненирковими хворобами. Нефрогенна гіпертонія, як правило, виникає в молодому, найбільш працездатному віці. Тільки своєчасне розпізнання пієлонефриту та нефрогенного генезису гіпертонії дозволяє сподіватися на одужання.

У зв'язку з вищезазначеним, знання основних положень з названих захворювань необхідно лікареві будь-якої спеціальності.

МЕТА І ЗАВДАННЯ ЗАНЯТТЯ

Навчити лікарів-інтернів правильній оцінці даних анамнезу, фізикального, лабораторного, інструментального й рентгенологічного обстеження при діагностиці пієлонефриту й нефрогенної гіпертонії, підкреслити особливості етіопатогенезу цих захворювань, звернути увагу на прихований перебіг хронічного пієлонефриту, особливості симптоматології нефрогенної гіпертонії; на виявлення приховної піурії, вказати на необхідність комбінованого лікування гнійно-запалювальних захворювань нирок і нефрогенної гіпертонії.

ВИХОВНА МЕТА

1. Формувати професійну якість, прагнення до раціонального виконання трудових дій, отримування нових знань самостійно, виховувати почуття відповідальності, творчого мислення, чуйного ставлення до хворого.

2. Навчити оцінювати інформацію з точки зору творчості, логічного мислення, побудити пізнавальну, трудову діяльність, наполегливість у вдосконаленні професійних навичок та вмінь, виховувати почуття чуйного та відповідального ставлення до хворого.

ДИДАКТИЧНА МЕТА

1. Розглянути питання етіології та патогенезу пієлонефриту, механізми виникнення і розвитку нефрогенної гіпертонії, класифікацію.
2. Засвоїти особливості патоморфології пієлонефриту та її взаємозв'язок з симптоматологією захворювання.
3. Вивчити симптоматологію хронічного пієлонефриту, методи діагностики й лікування.
4. Вивчити симптоматологію гострого пієлонефриту, методи діагностики, консервативного й оперативного лікування, показання до оперативного лікування.
5. Знати наслідки пієлонефриту, експертизу працездатності.
6. Засвоїти анамнестичні дані, що дають підстави для діагностики нефрогенної гіпертонії.
7. Засвоїти методи діагностики паренхіматозної та вазоренальної гіпертонії.
8. Вивчити методи лікування паренхіматозної форми гіпертонії.
9. Знати методи оперативного лікування вазоренальної гіпертонії.

Лікар-інтерн повинен вміти:

На практичному занятті (використати необхідні терміни): сформувати навички, навчити новому способу дії, оволодіти, відпрацювати навички, сформувати професійні вміння, засвоїти вміння самостійно використовувати знання, сформувати чітке уявлення про послідовність дій, закріпити відомі способи дій, залучити до творчої діяльності, оволодіти методикою інструментального дослідження, набути навички з трактування лабораторних та інструментальних досліджень.

Дидактичні засоби навчання: курація хворих, оформлення історій хвороб первинних хворих та щоденників, клінічний розбір хворих, трактування лабораторних та інструментальних методів дослідження, проведення інструментальних методів дослідження.

Основні теоретичні питання теми:

1. Етіологічні фактори пієлонефриту.
2. Шляхи проникнення інфекції у нирки.
3. Загальні і місцеві фактори, що сприяють виникненню й розвитку пієлонефриту.
4. Класифікацію пієлонефриту.
5. Клінічну картину і методи діагностики гострого пієлонефриту.
6. Особливості симптоматики і методи діагностики хронічного пієлонефриту.
7. Значення лабораторних методів дослідження сечі в діагностиці хронічного пієлонефриту
8. Місце рентгенологічних та радіоізотопних методів обстеження в діагностиці гострого й хронічного пієлонефриту.
9. Показання до оперативного й консервативного лікування гострого й хронічного пієлонефриту.
10. Принципи антибактеріальної терапії пієлонефриту.
- II. Санаторно-курортне лікування хронічного пієлонефриту.
12. Види нефрогенної гіпертонії.
13. Характерні для неї анамнестичні дані.
14. Методи обстеження, що дозволяють припустити й реально встановити нирковий генез гіпертонії.
15. Значення ниркової ангіографії в діагностиці вазоренальної гіпертонії.
16. Консервативні й хірургічні методи лікування парехіматозної гіпертонії.
17. Методи хірургічного лікування вазоренальної гіпертонії.
18. Прогноз при нефрогенній гіпертонії.

Структура заняття

№ з/п	Етап	Час. хв.	Навчальні матеріали	Місце проведення заняття
			Засоби навчання	
1	Організаційна частина заняття	5		Навчальна кімната
2	Актуалізація опорних знань і контроль вихідного рівня	10	Задачі, тестові завдання	Навчальна кімната
3	Структурні елементи заняття, які забезпечують досягнення дидактичної і виховної мет. Клінічний розбір хворих. Розбір теми в кабінетах.	30	Хворі, історії хвороби, алгоритми Таблиці, схеми, алгоритми	Палата, навчальна кімната,
4	Підведення підсумків заняття (кінцевого рівня)	10	Задачі	Навчальна кімната
5	Домашнє завдання	5		

Інструктивно-методичні матеріали до заняття
(алгоритми діагностики та лікування за темою)

Вступне слово викладача: мотивація для вивчення теми, мета заняття.

У палатах лікарі-інтерни проводять обстеження хворих: збирають анамнез, під контролем викладача проводять об'єктивне обстеження. На підставі одержаних даних лікарі-інтерни ставлять попередній діагноз. Потім вивчають і аналізують дані історій хвороби та рентгенограм. Під керівництвом викладача проводиться клінічний розбір біля ліжка хворого та

в учбовій кімнаті. Лікарі-інтерни доповідають основні дані анамнезу, об'єктивного, лабораторного, інструментального, рентгенрадіологічного обстеження. Ставиться клінічний діагноз. Призначається лікування. Визначаються показання до, оперативного лікування.

У процесі клінічного розбіру в учбовій кімнаті проводиться опитування лікарів-інтернів з усіх питань теми заняття.

При вивченні даної теми слід засвоїти:

Пієлонефрит. Під час опитування лікарів-інтернів звертається увага на те, що практично не буває ізольованого запалення ниркової лоханки, оскільки процес легко переходить з ниркової лоханки на тканину нирки внаслідок лоханочно-ниркових рефлексів. При пієлонефриті в першу чергу і в основному уражається проміжна тканина нирки, а потім ниркові каналці, розвивається поліурія, при цьому у випадку поліурії втрачається натрій. Фільтраційна функція нирки тривалий час зберігається, оскільки клубочки нирки уражаються меншою мірою.

Відзначити високу частоту в останні роки пієлонефриту, вказати на переважання вторинних пієлонефритів 84% порівняно з первинними 16%.

Фіксується увага на характер інфекції, шляхом проникнення її в нирку, на значенні міхурово-сечовикового та пієлоренального рефлюксів, на значення місцевих змін у сечоводі.

Лікарі-інтерни повинні чітко знати сучасну класифікацію пієлонефриту. Звертається увага лікарів-інтернів на поділ пієлонефриту за клінічним переходом з гострого в хронічний. Проводиться розбір хворих з гострим пієлонефритом, бажано з наслідком у апостематозний нефрит, з хронічним пієлонефритом з наслідком зморщення нирки. Звертається увага на симптоматику гострого пієлонефриту гострий початок, глибока інтоксикація, гектична температура до 40, лихоманка, інтенсивне потовиділення, спрага, відсутність апетиту. Розглядаючи апостематозний нефрит, підкреслити, що це одна з найбільш пізніх стадій розвитку гострого пієлонефриту.

Обстежуючи хворого з хронічним піелонефритом, необхідно звернути увагу на біль у попереку, головний біль, інколи гіпертонію.

Під час розбіру діагностики захворювання: фіксується увага на тому, що в початковій стадії гострого гематогенного піелонефриту слід базуватися на даних дослідження осаду сечі з метою виявлення піурії, на даних хромоцистоскопії та екскреторної урографії. Підкреслюється значення таких діагностичних ознак, як визначення під час лабораторного дослідження сечі ступеня бактеріурії, лейкоцитурії за даними проби Каковського-Аддіса, Амбурже, Нечипоренко, визначення активних лейкоцитів, клітин Штернгеймера-Мальбіна, порівняльно лейкоцитозу крові, і кількості мікробних тіл в I мл сечі.

У рентгенологічному кабінеті лікарів-інтернів практично знайомлять з різними видами екскреторної урографії як основного рентгенологічного методу в діагностиці гострого и хронічного піелонефриту. Демонструються екскреторні урограми / у початковій стадії процес в інтерстиції викликає спазми мисок і сечовика тривалістю в 20-30 сек., краще виявляється на серійних урограмах набряк та інфільтрація стінок призводить до невеликих дефектів наповнення. Далі настає гіпотонія лоханки, мисок і сечовника, що характеризується наявністю на знімку рантисоасимптому, з'являється деформація форніксів і мисок, ознака Ходсона. Надалі може розвиватися склероз - звужуються шийки мисок, миски зсуваються, нирка набуває вертикального положення - рентгенологічні ознаки зморщування нирки. Дається інтерпретація даних ниркової ангиографії - картина "обгорілого дерева" і т.д.

При обговоренні лікування піелонефриту звертається увага на необхідність відновлення пасажу сечі катетеризацією сечовика, усуненням перешкод, піело - та нефростомією. Показання до реваскуляризації нирок, трансплантації нирки. Відновлення венозного й лімфатичного відтоку з

нирки декапсуляцією. Підкреслюється необхідність оперативного втручання при апостематозному нефриті.

У процесі викладу медикаментозного лікування піелонефриту звертається увага на необхідність дотримання таких положень:

1. Антибактеріальна терапія хронічного піелонефриту повинна проводитися тривалий час, переривчастими курсами.
2. Підбір антибіотиків і хіміопрепаратів проводиться за даними антибіограм. Кращими з них вважати: ампіцилін, оксацилін, левоміцетин, сигмоміцин, 5-НОК, фуразалідон, фуранін, невіграмон, уросульфам, етазол, уротропін.
3. Внаслідок розвитку стійкості мікрофлори до застосовування антибактеріальних препаратів останні в процесі лікування повинні змінюватись.
4. До комплексу лікування хронічного піелонефриту входить санаторно-курортне лікування.

Звертається увага на важливість профілактики піелонефриту-диспансерний нагляд за особами, які перехворіли на гострий піелонефрит, профілактика загострення хронічного піелонефриту, дбайливий нагляд за вагітними, ліквідація джерел піелонефриту.

Нефрогенна гіпертонія. Під час опитування лікарів-інтернів звертається увага на етіопатогенез паренхіматозної та вазоренальної нефрогенної гіпертонії. При паренхіматозній формі нефрогенної гіпертонії первинно уражається ниркова паренхіма /нефрогенна гіпертонія піелонефритного генезу/. Вазоренальна гіпертонія найчастіше виникає внаслідок первинного стенозуючого ураження ниркової артерії та її сегментарних відгалужень.

Відзначається, що виникнення ниркової гіпертонії засноване не лише на гуморально діючому принципі ренін-ангіотензин, але й на складній схильній дії пресорних субстанцій, всередині й позаклітинних електролітних

зрушень і функцій кори надниркової залози /збільшення секреції альдостерону/.

Підкреслюється, що місцем утворення ренину в нирках є ЮГА, а масштаби й ступень грануляції цитоплазми клітин ЮГА в відповідають рівню секреції ренину, при цьому розглядаються гіпотези, які пояснюють це явище /зменшення перфузійного тиску в аферентній артеріолі, що має місце при ішемії ниркової тканини, призводить до напруження або розтягнення ЮГА, які, знаходячись у "стратегічній" позиції, виконують роль - рецепторів, реагуючих на напруження стінки привідної артеріоли. Розтягнення клітин ЮГА, веде до збільшення ступени грануляції їх та стимуляції ренину. Гіпотеза, відповідно до якої гістологічний компонент ЮГА - виконує роль сигналізатора змін концентрації натрію клубочковому фільтраті, переносячи повідомлення клітинам ЮГА, які вже відповідають на збільшення натрію виробленням ренину/.

У патогенезі паренхіматозної форми нефрогенної гіпертонії вказується на брак антипресорної субстанції, що виробляється нормальною ниркою; антигіпертензивну дію вироблюваною тканиною мозкового шару нирки "медуліну" і появу гіпертонії при ураженні мозкової речовини.

Проводиться розбір хворих на нефрогенну гіпертонію, при цьому звертається увага в анамнезі на молодий вік і стійку гіпертонію, що не піддається консервативній терапії.

Міряється артеріальний тиск на обох руках і в різних положеннях тіла. При розборі хворого з паренхіматозною формою гіпертонії фіксується увага лікарів-інтернів на таких лабораторних тестах діагностики паренхіматозно гіпертонії: а/бактеріологічний метод; б/ реакція ТТХ; в/ проби Амбурже, Каковського-Аддіса та Нечипоренка; г/ активні лейкоцити, а також дані екскретрної урографії, ренографії та скенірування нирок. При диференціальній діагностиці з вазоренальною гіпертонією підкреслити, що в багатьох хворих під час аускультатії живота виявляють шум у правому або лівому верхньому квадраті і по задній стінці грудної клітини, що вказує на

еклюзивну хворобу ниркової артерії /шум незначний, систолічний/. Розглядаються артографія та селективна артеріографія як основні методи діагностики вазоренальної гіпертонії. При обговоренні лікування паренхіматозної гіпертонії звертається увага на консервативне лікування /протизапальне, дезінтоксикаційне/, хірургічне при односторонньому хронічному піелонефриті і гіпертонічної форми /нефректомія/, органозберігаючі операції при калькульозному та інших видах піелонефритів. Звертається увага на можливі наслідки нефрогенних гіпертоній: вторинно-зморщена нирка, хронічна ниркова недостатність, піонефроз.

Форми та зміст поточного та підсумкового контролю

Цілі вихідного рівня:

Лікарі-інтерни повинні уміти:

- збирати анамнез у хворих з урологічною патологією;
- проводити фізикальний огляд,
- інтерпретувати дані фізикального, інструментального обстеження хворих;
- виявляти показання до спеціальних методів дослідження (томографії, МРТ, біопсії, оцінювати показники лабораторних даних (ознаки запалення, онкомаркери).

Вивчення даної теми заняття базується на знаннях, отриманих на наступних кафедрах: нормальної та патфізіології, пропедевтики внутрішніх хвороб, радіології, факультетської, госпітальної терапії, ендокринології, патанатомії).

Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня умінь

1. Курація хворих.
2. Вивчення й аналіз даних історій хвороби.
3. Формування попереднього та клінічного діагнозів.
4. Читання рентгенограм, скенограм, ренограм.

Відповіді на завдання:

Інформацію, необхідну для поповнення базисних знань-умінь, можна знайти в таких джерелах:

1. Урологія. За редакцією О.Ф. Возіанова, о.В. Люлько. Дніпропетровськ, 2002.
2. Урологія. Под ред. Н.А. Лопаткина.-М.: Медицина, 2005.
3. Руководство по урологии. Под ред. Н.А. Лопаткина.-М.: Медицина, 1998.-Т.1,2,3.

Після засвоєння необхідних базисних знань вивчіть наступний матеріал

1. Дзюрак В.С. Частота и особенности клинического течения острого гнойного пиелонефрита.- Збірник наук. праць спів-ків КМАПО ім. П.Шупика .-Вип.11,-кн.2.-Київ.-2002.-с. 606-609.
2. Жила В.В. с соавт. "Неотложные состояния в урологии." Скорая и неотложная медицинская помощь"., под ред. И.С.Зозули и И.С.Чекмана.К., "Здоров"я" 2002, с. 255-288.

Вирішить декілька завдань-моделей, використовуючи діагностичні і лікувальні алгоритми.

Контроль кінцевого рівня.

Завдання у вигляді задач

Перелік навчального оснащення за розділом

«Неспецифічні захворювання сечостатевої системи»

<i>Вид оснащення</i>	<i>Найменування</i>	<i>Кількість</i>
1. Засоби унаочнення	Історії хвороби	10
	Результати лабораторних досліджень. Рентгенограми	15
	Патологічні препарати.	10
		10
2. Засоби навчання	Тести, еталони, ситуаційні завдання, учбові аналізи. Зразки нормальних аналізів крові, сечі,	100

	секрету простати при урологічних захворюваннях.	
3. Програмне забезпечення комп'ютерного навчання		
4. Технічні засоби навчання	Магнітофон, комп'ютер, комплект обладнання для відтворення звуку та зображення для учбових аудиторний, негатоскоп, катетеризаційний цистоскоп, сечовивий катетер, оглядовий цистоскоп. .	1 1 1 1
5. Навчальні презентації		

Засоби - обладнання, інвентар, приладдя, макети, моделі, вироби, зразки, апаратура, плакати, таблиці, дидактичні матеріали та інші.

Засоби навчання - підручники, нормативна, довідкова та спеціальна література.

Література

1. Урологія. За редакцією О.Ф. Возіанова, о.В. Люлько. Дніпропетровськ, 2002.
2. Атлас-руководство по урологии. А.Ф.Возианова, А.В. Люлько.- Днепропетровск, 2002.-Т.1,2,3.
3. Урология. Под ред. Н.А. Лопаткина.-М.: Медицина, 2005.
4. Дзюрак В.С. с соавт. Частота и особенности клинического течения острого гнойного пиелонефрита.- Збірник наук. праць спів-ків КМАПО ім. П. Л. Шупика. Вип. 11, кн. 2, Київ, 2002, с. 606-609.

5 Жила В.В. с соавт. "Неотложные состояния в урологии." Скорая и неотложная медицинская помощь", под ред. И.С.Зозули и И.С.Чекмана. К., "Здоров"я" 2002, с.255-288.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ
ТЕМА 7. «ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ СЕЧОКАМ'ЯНОЇ
ХВОРОБИ»

Тривалість – 2 години

Місце – учбова кімната, палати.

АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ І МОТИВАЦІЯ ДЛЯ ЇЇ ВИВЧЕННЯ

Хворі на сечокам'яну хворобу складають 1/3 усіх урологічних хворих. Вона є найчастішою причиною виникнення ниркових кольок, Каміні нирок і сечовиків викликають глибокі зміни в нирках і сечоводі навіть до загибелі нирки, нерідко призводять до розвитку гострої та хронічної ниркової недостатності. У зв'язку з вищезазначеним своєчасно виявлення хворих на сечокам'яну хворобу, цілеспрямоване лікування, проведення профілактичних заходів дозволяє уникнути тяжких наслідків цього захворювання.

Оскільки клінічна картина сечокам'яної хвороби та її ускладнень нерідко нагадує симптоматологію і клініку хірургічних терапевтичних та інших захворювань, хворі досить часто звертаються не до уролога, а до лікаря іншої спеціальності.

У зв'язку з вищезазначеним знання основних відомостей про сечокам'яну хворобу необхідне для лікаря будь-якої спеціальності.

МЕТА І ЗАВДАННЯ ЗАНЯТТЯ

Вивчити причини виникнення сечокам'яної хвороби, теорії, що пояснюють механізм каменеутворення, симптоматологію, клінічний перебіг, методи діагностики і лікування сечокам'яної хвороби, її ускладнення, експертизу працездатності, прогноз

ВИХОВНА МЕТА

1.Формувати професійну якість, прагнення до раціонального виконання трудових дій, отримування нових знань самостійно, виховувати почуття відповідальності, творчого мислення, чуйного ставлення до хворого.

2. Навчити оцінювати інформацію з точки зору творчості, логічного мислення, побудити пізнавальну, трудову діяльність, наполегливість у вдосконаленні професійних навичок та вмінь, виховувати почуття чуйного та відповідального ставлення до хворого.

ДИДАКТИЧНА МЕТА

1. Розглянути теорії виникнення й розвитку сечокам'яної хвороби.
2. Теорія матриці й колоїдно-кристалоїдна.
3. Розглянути вплив сечокам'яної хвороби на нирки та сечовід і на весь організм.
4. На підставі перших двох пунктів обґрунтувати виникнення й вивчити симптоматику та клінічний перебіг сечокам'яної хвороби.
5. Оволодіти методами консервативної терапії, профілактики й метафілактики каменютворення в нирках і сечоводі
6. Навчити лікарів-інтернів визначати показання до хірургічного лікування, знати методи хірургічного лікування хворих з каменями нирок і сечоводу.
7. Вивчити методи діагностики сечокам'яної хвороби.
8. Вивчити прогноз та експертизу працездатності

Лікар-інтерн повинен вміти:

На практичному занятті (використати необхідні терміни): сформувати навички, навчити новому способу дії, оволодіти, відпрацювати навички, сформувати професійні вміння, засвоїти вміння самостійно використовувати знання, сформувати чітке уявлення про послідовність дій, закріпити відомі способи дій, залучити до творчої діяльності, оволодіти методикою інструментального дослідження, набути навички з трактування лабораторних та інструментальних досліджень.

Дидактичні засоби навчання: курація хворих, оформлення історій хвороб первинних хворих та щоденників, клінічний розбір хворих, трактування лабораторних та інструментальних методів дослідження, проведення інструментальних методів дослідження.

Основні теоретичні питання теми:

1. Теорії каменеутворення в нирках і сечоводі.
2. Різновиди конкрементів.
3. Ускладнення сечокам'яної хвороби.
4. Симптоми нирково-кам'яної хвороби.
5. Симптоми каменів сечового міхура.
6. Методи діагностики сечокам'яної хвороби.
7. Діагностичне значення рентгенологічних методів обстеження.
8. Методи консервативного лікування, спрямовані на самовиведення каменів
9. Показання до хірургічного лікування. Методи оперативного лікування.
10. Методи подрібнення каменів сечового міхура.
11. Методи профілактики і метафілактики каменеутворення.

Структура заняття

№ з/п	Етап	Час. хв.	Навчальні матеріали Засоби навчання	Місце проведення заняття
1	Організаційна частина заняття	5		Навчальна кімната
2	Актуалізація опорних знань і контроль вихідного рівня	10	Задачі, тестові завдання	Навчальна кімната
3	Структурні елементи заняття, які забезпечують досягнення дидактичної і виховної мет. Клінічний розбір хворих. Розбір	90	Хворі, історії хвороби Таблиці, схеми, алгоритми, рентгенограми . Набір конкрементів, патологічні препарати. Цистолітотриптор, оглядовий та катетери	Палата, навчальна кімната,

	теми в кабінетах.		заційний цистоскоп, сечовиковий катетер, петлі для вилучення каменів	
4	Підведення підсумків заняття (кінцевого рівня)	10	Задачі	Навчальна кімната
5	Домашнє завдання	5		

Інструктивно-методичні матеріали до заняття
(алгоритми діагностики та лікування за темою)

Лікарям-інтернам напередодні повідомляється тема розбору, рекомендується основна й додаткова література. На початку заняття проводиться опитування лікарів-інтернів. Далі аналізуються у палаті або учбовій кімнаті хворі з камнем нирки, сечовика і сечового міхура /камені уретри і простати студенти розглядають самостійно/.

Під час збирання анамнезу у хворих з каменями нирок і сечовиків слід рекомендувати таку схему: 1) місце, де мешкає хворий, умови роботи, харчування, перенесені захворювання, переломи кісток, остеомієліт з тривалою мобілізацією, рахіт і лікування вітаміном Д, запальовальні захворювання сечоводу, особливо пієлонефрит; 2) початок захворювання; 3) локалізація, інтенсивність і характер болю /гострий чи тупий/, його іррадіація; 4) супровідні явища під час приступів болю у вигляді частного, ніж звичайно, з різьми сечовиведення, крові у сечі, нудоти й блювоти; 5) поведінка та стан хворого під час гострого приступу; 6) чистота приступів болю, та тривалість і інтенсивність підвищення температури тіла і простуда; 7) вплив фізичної роботи на появу й посилення болю; 8) самостійний вихід або видалення каменів у минулому. Звертається увага на частоту помилкових апендектомій при каменях нирок і сечовика справа.

Під час об'єктивного обстеження хворого основна увага приділяється пальпації ділянки нирок, наявності напруження м'язів, больових точок, значення симптому Пастернацького. Підкреслюється, що вирішальна роль при встановленні діагнозу належить рентгенологічному обстеженню, УЗО, ренографії. Демонструється оглядова рентгенограма обстежуваного хворого. "Невидимі" камені нирок і сечовиків, методи їх виявлення. Показання о застосування внутрівньої урографії, пневмопієлоуретрографії, серійної томографії. Особливості рентгенівського дослідження каменів сечовиків /"дійсні" й "удалених" каменів/, рентгенологічні методи диференциальної діагностики дійсних і удалених каменів. Підкреслити діагностичне значення УЗО та ізотопної ренографії. Лікування нефролітіазу - консервативне і хірургічне. Консервативні методи "вигнання" конкрементів сечовика через застосування спазмолітиків /авісан, келотрин, келіверин, цистенал та ін.

Застосування петлі для вилучення каменів сечовиків ендовезикальним шляхом. Застосування вібротерапії та ультразвукового подрібнення каменів.

Необхідно зупинитися на наданні допомоги при гострих ниркових кольках /алколоїди, тепло, новокаїнова блокада сім'яного канатика або круглої зв'язки матки за Лорін-Епштейном, катетеризація сечовика/.

Даються показання до хірургічного лікування в залежності від даних оглядових рентгенограм та пієлографії/в тому числі антеградної/. Показання до хірургічного втручання при одно –або двосторонніх каменях нирок і сечовиків.

Пієлотомія задня, передня и нижня. Пієлотомія при внутрішньонирковій лоханці. Поліусні резекції нирки при калькульозному гідрокалюксі. Показання до нефректології. Фіксується увага студентів на можливості виникнення калькульозної анурії внаслідокобтурації в рентгенологічному висвітленні. Показання до хірургічного лікування при каменях сечовика. Курортне лікування сечокам'яної хвороби.

Форми та зміст поточного та підсумкового контролю

Цілі вихідного рівня:

Лікарі-інтерни повинні уміти:

- збирати анамнез у хворих з урологічною патологією;
- проводити фізикальний огляд,
- інтерпретувати дані фізикального, інструментального обстеження хворих;
- виявляти показання до спеціальних методів дослідження (томографії, МРТ, біопсії, оцінювати показники лабораторних даних (ознаки запалення, онкомаркери).

Вивчення даної теми заняття базується на знаннях, отриманих на наступних кафедрах: нормальної та патфізіології, пропедевтики внутрішніх хвороб, радіології, факультетської, госпітальної терапії, ендокринології, патанатомії).

Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня умінь

1. Вивчення даних історій хвороби.
2. Рентгенограми обстежуваних, хворих та учбові.
3. Клінічний розбір, обґрунтування діагнозу і методу лікування.

Відповіді на завдання:

Інформацію, необхідну для поповнення базисних знань-умінь, можна знайти в таких джерелах:

1. Урологія. За редакцією О.Ф. Возіанова, о.В. Люлько. Дніпропетровськ, 2002.
2. Урологія. Под ред. Н.А. Лопаткина.-М.: Медицина, 2005.
3. Руководство по урологии. Под ред. Н.А. Лопаткина.-М.: Медицина, 1998.-Т.1,2,3.

Після засвоєння необхідних базисних знань вивчіть наступний матеріал

1. Мазо Е.Б., Кривобоков Г.Г. Гиперактивный мочевого пузыря.-М.: РГМУ.- 2003.

2.Тиктинский О.Л., Александров В.П., Мочекаменная болезнь.-С.-Пб: Питер,2000.-384 с.

3. Демидов В.А с соав. Ультразвуковая диагностика в уронефрологии. М., 1998

Вирішить декілька завдань-моделей, використовуючи діагностичні і лікувальні алгоритми.

Контроль кінцевого рівня.

Завдання у вигляді задач

Перелік навчального оснащення за розділом

«Діагностика та лікування СКХ»

<i>Вид оснащення</i>	<i>Найменування</i>	<i>Кількість</i>
1. Засоби унаочнення	Історії хвороби	10
	Результати лабораторних досліджень. Рентгенограми	15
		10
2. Засоби навчання	Тести, еталони, ситуаційні завдання, учбові аналізи. Набір конкрементів, патологічні препарати. Цистолітотриптор, оглядовий та катетеризаційний цистоскоп, сечовиковий катетер, петлі для вилучення каменів.	100
3. Програмне забезпечення комп'ютерного навчання		
4. Технічні засоби навчання	комп'ютер, комплект обладнання для відтворення звуку та зображення для учбових аудиторний, Негатоскоп,	1
	катетеризаційний цистоскоп,	1
		1

	сечовивий катетер, оглядовий цистоскоп. .	1
5. Навчальні презентації		

Засоби - обладнання, інвентар, приладдя, макети, моделі, вироби, зразки, апаратура, плакати, таблиці, дидактичні матеріали та інші.

Засоби навчання - підручники, нормативна, довідкова та спеціальна література.

Література

1. Урологія. За редакцією О.Ф. Возіанова, о.В. Люлько. Дніпропетровськ, 2002.
2. Атлас-руководство по урологии. Под ред. А.Ф. Возіанова, А.В. Люлько.- Днепропетровск, 2002.-Т. 1, 2, 3.
3. Урология. Под ред. Н.А. Лопаткина. - М.: Медицина, 2005.
4. Аляев Ю.Г., Григорян В.А., Султанова Е.А. Гидронефроз.- М.: 2002.
5. Мазо Е.Б., Гиперактивный мочевой пузырь.-М.: РГМУ.-2003.
6. Тиктинский О.Л. Мочекаменная болезнь.-С.-Пб: Питер, 2000.-384 с.
7. Демидов В.А с соав. Ультразвуковая диагностика в уронефрологии. М., 1998
8. Дзюрак В.С.с соавт. Частота и особенности клинического течения ОГП.- Збірник наук. праць спів-ків КМАПО ім. П. Л. Шупика. Вип.11.- кн.2.- Київ.- 2002.- с. 606-609.
9. Жила В.В. с соавт. "Неотложные состояния в урологии." Скорая и неотложная медицинская помощь", под ред. И. С.Зозули и И.С.Чекмана.К., "Здоров"я" .- 2002.- с. 255-288.
10. Лопаткин Н.А. Избранные лекции по урологии.- Москва.-2008
11. Филип М. Ханно, С. Брюс Малкович, Алан Дж. Вейн. Руководство по клинической урологии. –Москва. - 2006 г.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ
ТЕМА 8. «ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ СЕЧОСТАТЕВОГО
ТУБЕРКУЛЬОЗУ»

Тривалість – 2 години

Місце – учбова кімната, палати.

АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ І МОТИВАЦІЯ ДЛЯ ЇЇ ВИВЧЕННЯ

Туберкульоз нирок, сечоводу і чоловічих статевих органів - одне з найтяжчих урологічних захворювань. Вражає в основному осіб у найбільш працездатному віці і надовго позбавляє людину працездатності. Нерозпізнаний своєчасно урогенітальний туберкульоз викликає тяжке ураження сечостатевих органів /полікавернозний процес у нирках, зморщування сечового міхура тощо/, що спричиняється до інвалідності. У зв'язку з вищезазначеним актуальність даної теми не викликає сумніву.

МЕТА І ЗАВДАННЯ ЗАНЯТТЯ

Навчити лікарів-інтернів правильно обстежувати хворих на урогенітальний туберкульоз, звернути особливу увагу на ранні прояви захворювання, на методи ранньої діагностики, особливості лікування, диспансеризації хворих та експертизу працездатності.

ВИХОВНА МЕТА

1.Формувати професійну якість, прагнення до раціонального виконання трудових дій, отримування нових знань самостійно, виховувати почуття відповідальності, творчого мислення, чуйного ставлення до хворого.

2.Навчити оцінювати інформацію з точки зору творчості, логічного мислення, побудити пізнавальну, трудову діяльність, наполегливість у вдосконаленні професійних навичок та вмінь, виховувати почуття чуйного та відповідального ставлення до хворого.

ДИДАКТИЧНА МЕТА

1 .Розглянути питання етіопатогенезу урогенітального туберкульозу.

2. Лікарі-інтерни повинні знати ранні симптоми туберкульозу нирок та сечоводу.
3. Вивчити методи діагностики туберкульозу нирок та сечоводу.
4. Засвоїти схеми консервативного лікування туберкульозу нирок та сечоводу.
5. Визначити показання до хірургічного лікування.
6. Вивчити симптоматику, методи діагностики і лікування туберкульозу статевої системи у чоловіків.
7. Вивчити особливості диспансеризації хворих на урогенітальний туберкульоз та експертизу працездатності

Лікар-інтерн повинен вміти:

На практичному занятті (використати необхідні терміни): сформувати навички, навчити новому способу дії, оволодіти, відпрацювати навички, сформувати професійні вміння, засвоїти вміння самостійно використовувати знання, сформувати чітке уявлення про послідовність дій, закріпити відомі способи дій, залучити до творчої діяльності, оволодіти методикою інструментального дослідження, набути навички з трактування лабораторних та інструментальних досліджень.

Дидактичні засоби навчання: курація хворих, оформлення історій хвороб первинних хворих та щоденників, клінічний розбір хворих, трактування лабораторних та інструментальних методів дослідження, проведення інструментальних методів дослідження.

Основні теоретичні питання теми:

1. Патогенез і патологічну анатомію туберкульозу сечової системи.
2. Симптоматику туберкульозу нирок.
3. Методи дослідження сечі та їх результати при туберкульозі нирок.
4. Цистоскопічну картину при туберкульозі сечової системи.
5. Рентгенодіагностику туберкульозу нирок.
6. Консервативне лікування.
7. Показання до оперативного лікування туберкульозу нирок. Види операцій.
8. Симптоматику й діагностику туберкульозного простатиту.

9.Симптоматику й діагностику туберкульозного епідидиміту.

10.Лікування туберкульозу чоловічої статеві системи.

11.Диспансеризацию, експертизу працездатності при сечостатевому туберкульозі.

Структура заняття

№ з/п	Етап	Час. хв.	Навчальні матеріали Засоби навчання	Місце проведення заняття
1	Організаційна частина заняття	5		Навчальна кімната
2	Актуалізація опорних знань і контроль вихідного рівня	10	Задачі, тестові завдання	Навчальна кімната
3	Структурні елементи заняття, які забезпечують досягнення дидактичної і виховної мет.Клінічний розбір хворих. Розбір теми в кабінетах.	90	Хворі, історії хвороби Таблиці, схеми, алгоритми, рентгенограми , оглядовий цистоскоп	Палата, навчальна кімната,
4	Підведення підсумків заняття (кінцевого рівня)	10	Задачі	Навчальна кімната
5	Домашнє завдання	5		

Інструктивно-методичні матеріали до заняття (алгоритми діагностики та лікування за темою)

У процесі співбесіди уточнюються й закріплюються знання лікарів-інтернів з питань етіології, сучасних уявлень про патогенез,патологічну анатомію сечостатевому туберкульозу, статистику, клінічні форми туберкульозу та їх прояв.

Класифікація туберкульозу нирок :

1. Горбково - інфільтративна форма,
2. Виразково - кавернозний туберкульоз ниркових сосочків.
3. Казеозно- кавернозний туберкульоз нирки:
 - а) обмежений
 - б) поширений.
4. Туберкульозний піонефроз.
5. Рубцево - зморщена нирка.
6. Туберкульоз сечоводу.

Під керівництвом викладача лікарі-інтерни зміцнюють практичні навички пальпації нирок, визначення и виявлення специфічних симптомів, пальпації біляміхурового відділу сечовика, придатків яєчок, сім'явивідних протоків, проводять ректальне обстеження передміхурової залози, сім'яних пузирків. Знайомляться з практичними питаннями збирання матеріалу у хворого /сечі, секрету простати, виділень з уретри тощо/ для лабораторної діагностики сечостатевого туберкульозу. Беруть участь у проведенні цистоскопії, хромоцистоскопії, рентгенологічного обстеження хворих.

Викладач з лікарями-інтернами проводить клінічний розбір обстежуваних хворих. Звертається увага на такі питання. Ранні симптоми ниркового туберкульозу: ніктурія, нічний енурезу рецидивуючий цистит, гематурія, що змінюється піурією. Діагностика: загальне обстеження /рентгеноскопія легень, огляд лімфатичних вузлів, скелету/, туберкульоні проби /Піркс, Манту/, пальпація нирок, обстеження збільшеного сечовика через піхву, пряму кишку, аналіз сечі /піурія, гематурія, безціліндрова альбумінурія/, методи виявлення мікобактерій туберкульозу в сечі. Значення цистоскопії та хромоцитоскопії. Сумарні й роздільні функціональні ниркові проби. Роль катетеризації сечовика з дослідженням окремо зібраної сечі. Екскреторна урографія. Ретроградна піелоуретрографія, демонстрація рентгенограм типовими для ниркового туберкульозу змінами, малюнків, муляжів, що відображують зміни слизової оболонки сечового міхура. Критична оцінка даних про безмікробну піурію.

Підкреслити таке: рання діагностика базується в основному на виявленні мікробактерій туберкульозу в сечі і даних ретроградної пієлоуретрографії.

Ставиться обґрунтований діагноз. Диференціальна діагностика з неспецифічним пієлонефритом, нефролітіазом, пухлиною нирки. Лікування тривале /2-3 роки/ і комбіноване. Диспансерний нагляд від 5 до 10 років, експертиза працездатності.

Під час клінічного розбору хворого на туберкульоз статевої системи відзначити, що це захворювання також вторинне, уражає кілька органів статевої системи. Найчастіше передміхурову залозу, придаток яєчка. Скарги на біль у проміжності, задньому проході, у мошонці, дизуричні явища.

Діагностика: огляд і пальпація органів мошонки, ректальне пальцеве обстеження простати, проба Манту, аналіз простатичного секрету, мікроскопія і бактеріоскопія сперми й сечі, висів сперми і простатичного секрету, цитологічне обстеження пунктату придатку, біопсія придатку, везикулографія, уретрографія. Демонстрація рентгенограм з типовою картиною туберкульозу статевої системи.

Ставиться обґрунтований діагноз. Диференціальна діагностика з неспецифічним простатитом, епідидимітом, раком простати, придатку, яєчка, сифілісом, гонорейним епідидимітом.

Лікування, диспансеризація, експертиза працездатності. Проводиться контроль знань шляхом тестування, рішення завдань. Виставляється оцінка знань з урахуванням даних опитування й контролю.

Форми та зміст поточного та підсумкового контролю

Цілі вихідного рівня:

Лікарі-інтерни повинні уміти:

- збирати анамнез у хворих з урологічною патологією;
- проводити фізикальний огляд,
- інтерпретувати дані фізикального, інструментального обстеження хворих;

- виявляти показання до спеціальних методів дослідження (томографії, МРТ, біопсії, оцінювати показники лабораторних даних (ознаки запалення, онкомаркери).

Вивчення даної теми заняття базується на знаннях, отриманих на наступних кафедрах: нормальної та патфізіології, пропедевтики внутрішніх хвороб, радіології, факультетської, госпітальної терапії, ендокринології, патанатомії).

Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня умінь

1. Курація хворих.
2. Клінічний розбір.
3. Читання рентгенограм.
4. Тестування.
5. Рішення завдань.

Відповіді на завдання:

Інформацію, необхідну для поповнення базисних знань-умінь, можна знайти в таких джерелах:

1. Урологія. За редакцією О.Ф. Возіанова, Дніпропетровськ, 2002.
2. Урологія. Под ред. Н.А. Лопаткина.-М.: Медицина, 2005.
3. Руководство по урологии. Под ред. Н.А. Лопаткина.-М.: Медицина, 1998.- Т.1,2,3.

Після засвоєння необхідних базисних знань вивчіть наступний матеріал

1. Люлько А.В.(под ред) Неотложная урология и нефрология. К., "Здоров"я", 1998
2. Лопаткин Н.А., Мартов А.Г. Избранные лекции по урологии.- Москва.-2008
3. Филип М. Ханно, С. Брюс Малкович, Алан Дж. Вейн. Руководство по клинической урологии. –Москва.-2006 г

Вирішить декілька завдань-моделей, використовуючи діагностичні і лікувальні алгоритми. Контроль кінцевого рівня.

Завдання у вигляді задач

Перелік навчального оснащення за розділом

«Діагностика та лікування сечостатевого туберкульозу»

<i>Вид оснащення</i>	<i>Найменування</i>	<i>Кількість</i>
1. Засоби унаочнення	Історії хвороби	10
	Результати лабораторних досліджень. Рентгенограми	15
		10
2. Засоби навчання	Тести, еталони, ситуаційні завдання, учбові аналізи. Фонтан сечового міхура.	100
3. Програмне забезпечення		
4. Технічні засоби навчання	комп'ютер, комплект обладнання для відтворення звуку та зображення для учбових аудиторій.	1
5. Навчальні презентації		

Засоби унаочнення - обладнання, інвентар, приладдя, макети, моделі, вироби, зразки, апаратура, плакати, таблиці, дидактичні матеріали та інші.

Засоби навчання - підручники, нормативна, довідкова та спеціальна література.

Література

1. Урологія. За редакцією О.Ф. Возіанова. Дніпропетровськ, 2002.
2. Урологія. Под ред. Н.А. Лопаткина.-М.: Медицина, 2005.
3. Руководство по урологии. Под ред. Н.А. Лопаткина.-М.: Медицина, 1998.-Т.1,2,3.
4. Жила В.В. с соавт. "Неотложные состояния в урологии." Скорая и неотложная медицинская помощь", под ред. И.С.Зозули и И.С.Чекмана.К., "Здоров"я" 2002, с.255-288.
5. Люлько А.В.(под ред) Неотложная урология и нефрология. К., "Здоров"я", 2008

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ
ТЕМА 9. «ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ УШКОДЖЕНЬ
СЕЧОСТАТЕВИХ ОРГАНІВ»

Тривалість – 2 година

Місце – учбова кімната, палати.

АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ І МОТИВАЦІЯ ЇЇ ВИВЧЕННЯ

Діагностувати, надавати першу медичну допомогу та проводити подальше лікування при травмах органів сечової системи доводиться не лише урологам, а й лікарям інших спеціальностей. Оскільки від правильної та своєчасної діагностики та лікування залежить життя та здоров'я потертілого, вивчення даної теми майбутніми лікарями слід вважати необхідним.

МЕТА І ЗАВДАННЯ ЗАНЯТТЯ

вивчити механізм, класифікацію симптоматологію, методи діагностики, надання прямої медичної допомоги, лікування, експертизу працездатності при травматичних ушкодженнях органів сечової системи.

ВИХОВНА МЕТА

1.Формувати професійну якість, прагнення до раціонального виконання трудових дій, отримування нових знань самостійно, виховувати почуття відповідальності, творчого мислення, чуйного ставлення до хворого.

2.Навчити оцінювати інформацію з точки зору творчості, логічного мислення, побудити пізнавальну, трудову діяльність, наполегливість у вдосконаленні професійних навичок та вмінь, виховувати почуття чуйного та відповідального ставлення до хворого.

ДИДАКТИЧНІ ЗАВДАННЯ

1. Вивчити класифікацію, симптоматологію, методи діагностики й лікування травм нирок і сечовиків.

2. Вивчити класифікацію, симптоматологію, методи діагностики й лікування травм сечового міхура.
3. Вивчити класифікацію, симптоматологію, методи діагностики й лікування травм уретри.
4. Навчити лікарів-інтернів правильно надавати першу медичну допомогу при травмах органів сечової системи.
5. Навчити лікарів-інтернів визначати показання до хірургічного лікування травм .

Лікар-інтерн повинен вміти:

На практичному занятті (використати необхідні терміни): сформувати навички, навчити новому способу дії, оволодіти, відпрацювати навички, сформувати професійні вміння, засвоїти вміння самостійно використовувати знання, сформувати чітке уявлення про послідовність дій, закріпити відомі способи дій, залучити до творчої діяльності, оволодіти методикою інструментального дослідження, набути навички з трактування лабораторних та інструментальних досліджень.

Дидактичні засоби навчання: курація хворих, оформлення історій хвороб первинних хворих та щоденників, клінічний розбір хворих, трактування лабораторних та інструментальних методів дослідження, проведення інструментальних методів дослідження.

Основні теоретичні питання теми:

1. Механізм ушкодження органів сечової системи.
2. Класифікацію травм нирок сечового міхура, уретри.
3. Симптоматику, методи діагностики травм нирок, сечового міхура, уретри.
4. Показання до консервативного и хірургічного лікування травм.
5. Методи консервативного лікування
6. Методи оперативного лікування.
7. Надання першої медичної допомоги.

Структура заняття

№ з/п	Етап	Час. хв.	Навчальні матеріали Засоби навчання	Місце проведення заняття
1	Організаційна частина заняття	5		Навчальна кімната
2	Актуалізація опорних знань і контроль вихідного рівня	10	Задачі, тестові завдання	Навчальна кімната
3	Структурні елементи заняття, які забезпечують досягнення дидактичної і виховної мет.Клінічний розбір хворих. Розбір теми в кабінетах.	90	Хворі, історії хвороби Таблиці, схеми, алгоритми, рентгенограми, оглядовий цистоскоп	Палата, навчальна кімната
4	Підведення підсумків заняття (кінцевого рівня)	10	Задачі	Навчальна кімната
5	Домашнє завдання	5		

Інструктивно-методичні матеріали до заняття
(алгоритми діагностики та лікування за темою)

Вступне слово викладача, актуальність теми. Проводиться клінічний розбір з одночасним опитуванням лікарів-інтернів. Розглядаються такі питання.

Механізм травм нирки, класифікація, /симптоматологія, біль у ділянках попереку й підреб'я, гематурія тотальна з хробакоподібним згустком крові, й набрякання в ділянці попереку, пальпаторне визначення гематоми або урогематоми, методи діагностики /анамнез, клінічні ознаки, дані цистоскопії, хромоцистоскопії, оглядової, екскреторної урографії, ретроградної

пієлографії, ізотопної ренографії/, диференціальна діагностика з ураженням органів черевинної порожнини. Розглядаються показання до консервативного і хірургічного лікування, методи консервативного лікування /перебування в ліжку протягом 10-15 днів, болетамуюча, гемостатична, антибактеріальна терапія/. Методи хірургічного лікування /зашивання рани, резекції нирки, нефректомія/.

Механізм і класифікація уражень сечового міхура /внутрішні та позачеревні/ симптоматика-і клінічний перебіг внутрішньо-черевного ураження /біль внизу живота, частое безплідні позиви до сечовиведення, гематурія, болючість і напруження м'язів живота при пальпації/ позачеревного ушкодження /біль внизу живота, в надлобковій ділянці/.

Симптоматика: уретрорагія, затримка сечовиведення, гематома проміжності /урогематома/.

Методи діагностики: анамнез, механізм травми, об'єктивне обстеження /пальпація сечового міхура, проміжності, ректальне обстеження/, уретрографія.

Лікування при поверхневих ураженнях, консервативне, при глибоких - оперативне /цистостомія, первинний шов уретри, дронування урогематоми/.

Особливу увагу слід звернути на надання-першої медичної допомоги - протишокові заходи, зупинка кровотечі, відведення сечі шляхом надлобкової пункції сечового міхура.

Лікарі-інтерни беруть активну участь у виконанні катетеризації сечового міхура, цистоскопії, хромоцистоскопії, цистографії, уретрографії.

Наприкінці заняття проводиться контроль знань шляхом тестування, рішення ситуаційних завдань

Форми та зміст поточного та підсумкового контролю

Цілі вихідного рівня:

Лікарі-інтерни повинні уміти:

- збирати анамнез у хворих з урологічною патологією;

- проводити фізикальний огляд,
- інтерпретувати дані фізикального, інструментального обстеження хворих;
- виявляти показання до спеціальних методів дослідження (томографії, МРТ, біопсії, оцінювати показники лабораторних даних (ознаки запалення, онкомаркери).

Вивчення даної теми заняття базується на знаннях, отриманих на наступних кафедрах: нормальної та патфізіології, пропедевтики внутрішніх хвороб, радіології, факультетської, госпітальної терапії, ендокринології, патанатомії).

Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня умінь

1. Курація хворих.
2. Клінічний розбір.
3. Читання рентгенограм.
4. Тестування.
5. Рішення завдань.

Відповіді на завдання:

Інформацію, необхідну для поповнення базисних знань-умінь, можна знайти в таких джерелах:

1. Урологія. За редакцією О.Ф. Возіанова, о.В. Люлько. Дніпропетровськ, 2002.
2. Урологія. Под ред. Н.А. Лопаткина.-М.: Медицина,2005.
3. Руководство по урологии. Под ред. Н.А. Лопаткина.-М.: Медицина, 1998.- Т.1,2,3.

Після засвоєння необхідних базисних знань вивчіть наступний матеріал

1. Люлько А.В.(под ред) Неотложная урология и нефрология. К., "Здоров"я", 1998
2. Лопаткин Н.А., Мартов А.Г. Избранные лекции по урологии.- Москва.-2008
3. Филип М. Ханно, С. Брюс Малкович, Алан Дж. Вейн. Руководство по клинической урологии. –Москва.-2006 г

Вирішить декілька завдань-моделей, використовуючи діагностичні і лікувальні алгоритми. Контроль кінцевого рівня. Завдання у вигляді задач

Перелік навчального оснащення за розділом

«Діагностика та лікування ушкоджень сечостатевої системи»

<i>Вид оснащення</i>	<i>Найменування</i>	<i>Кількість</i>
1. Засоби унаочнення	Історії хвороби	10
	Результати лабораторних досліджень. Рентгенограми	15
		10
2. Засоби навчання	Тести, еталони, ситуаційні завдання, учбові аналізи.	100
3. Програмне забезпечення		
4. Технічні засоби навчання	комп'ютер, комплект обладнання для відтворення звуку та зображення	1
5. Навчальні презентації		

Засоби - обладнання, інвентар, приладдя, макети, моделі, вироби, зразки, апаратура, плакати, таблиці, дидактичні матеріали та інші.

Засоби навчання - підручники, нормативна, довідкова та спеціальна література.

Література

1. Урологія. За редакцією О.Ф. Возіанова, о.В. Люлько. Дніпропетровськ, 2002.
2. Атлас-руководство по урологии. Под ред. А.Ф.Возианова, А.В. Люлько.- Д-вск, 2002. -Т. 1, 2, 3.
3. Урология. Под ред. Н.А. Лопаткина.- М.: Медицина, 2005.
4. Руководство по урологии. Под ред. Н.А. Лопаткина.-М.: Медицина, 1998.- Т.1, 2, 3.
5. Лопаткин Н.А., Мартов А.Г. Избранные лекции по урологии.- Москва.-2008

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ
ТЕМА 10. «ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ПУХЛИН
СЕЧОСТАТЕВИХ ОРГАНІВ»

Тривалість – 2 години

Місце – учбова кімната, палати.

АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ І МОТИВАЦІЯ ДЛЯ ЇЇ ВИВЧЕННЯ

Питання онкоурології залишаються актуальними з таких причин:

По-перше, більшість пухлин органів сечостатевої системи становлять пряму загрозу для життя хворого.

По-друге, лише своєчасне розпізнання цих захворювань дозволяє сподіватися на успішне лікування.

По-третє, у зв'язку з переважанням загальних симптомів пухлин в багатьох випадках хворі часто звертаються не до уролога, а до лікарів інших спеціальностей.

По-четверте, частота цих захворювань не зменшується, а результати лікування бажають бути кращими.

Аденома і рак передміхурової залози належать до найпоширеніших захворювань чоловіків похилого и старого віку, коли набувають розвитку вікові й патологічні зміни в життєво важливих органах. Оскільки лише своєчасно почате лікування цих захворювань дає хороші результати, то знання лікарем симптомів, своєчасна діагностика і диференціальна діагностика аденоми и раку простати є вирішальним в оздоровленні хворих цієї категорії.

МЕТА І ЗАВДАННЯ ЗАНЯТТЯ

- вивчити етіопатогенез пухлин нирок і сечового міхура, симптоматику, методи діагностики і лікування.

-вивчити етіопатогенез, симптоматологію, методи діагностики и лікування пухлин передміхурової залози.

ВИХОВНА МЕТА

1.Формувати професійну якість, прагнення до раціонального виконання трудових дій, отримування нових знань самостійно, виховувати почуття відповідальності, творчого мислення, чуйного ставлення до хворого.

2.Навчити оцінювати інформацію з точки зору творчості, логічного мислення, побудити пізнавальну, трудову діяльність, наполегливість у вдосконаленні професійних навичок та вмінь, виховувати почуття чуйного та відповідального ставлення до хворого.

ДИДАКТИЧНА МЕТА

1. Вивчити питання етіології пухлин нирок і сечового міхура. Значення соціальних факторів.
2. Вивчити симптоматологію пухлин нирок і сечового міхура.
Лікарі-інтерни повинні чітко засвоїти ранні симптоми пухлин нирок і сечового міхура.
3. Вказати значення симптому "гематурія".
4. На основі класифікації, патологічної анатомії, симптоматології оволодіти методами діагностики пухлин нирок і сечового міхура.
5. Вивчити диференціально-діагностичні ознаки захворювань, симптомом яких є гематурія.
6. Розглянути методи лікування пухлин нирок і сечового міхура..
7. Вивчити сутність патологічного процесу при розвитку аденоми і раку простати та роль гормональних порушень у походженні пухлин простати.
- 8.Вивчити патогенез патологічного процесу, що відбувається в сечоводі й нирках внаслідок збільшення аденоми і раку простати, з'ясувати, чому розвива'ється ниркова недостатність - основна небезпека аденоми простати.
9. Лікарі-інтерни повинні знати про те, що внаслідок метастазування раку простати у кістках хребта й таза виникають симптоми, характерні для радикулиту.
10. Вивчити симптоматологію аденоми і раку простати.
11. Оволодіти методами діагностики названих захворювань.

12. Продемонструвати значення ректального пальцевого обстеження простати в діагностиці аденоми і раку залози.

13. Детально розглянути методи консервативного й оперативного.

Лікар-інтерн повинен вміти:

На практичному занятті (використати необхідні терміни): сформувати навички, навчити новому способу дії, оволодіти, відпрацювати навички, сформувати професійні вміння, засвоїти вміння самостійно використовувати знання, сформувати чітке уявлення про послідовність дій, закріпити відомі способи дій, залучити до творчої діяльності, оволодіти методикою інструментального дослідження, набути навички з трактування лабораторних та інструментальних досліджень.

Дидактичні засоби навчання: курація хворих, оформлення історій хвороб первинних хворих та щоденників, клінічний розбір хворих, трактування лабораторних та інструментальних методів дослідження, проведення інструментальних методів дослідження.

Основні теоретичні питання теми:

1. Причини виникнення-пухлин нирок і сечового міхура.
2. Симптоми загальні, місцеві й метастазів при пухлинах зазначеної локалізації.
3. Методи діагностики пухлин нирок і сечового міхура.
4. Значення цистоскопії в діагностиці пухлин сечостатевої системи.
5. Значення цитологічних методів.
6. Значення рентгенологічних методів.
7. Лікування пухлин нирок. Лікування кожного різновиду пухлин сечового міхура /фіброепітеліоми, атипової фіброепітеліоми, раку I,II,III,IV стадій.
8. Етіологію, патогенез і патологічну анатомію аденоми і раку передміхурової залози
9. Патологічні процеси у сечоводі й нирках, що відбуваються внаслідок аденоми і раку простати.

10. Етіопатогенез ХПН при аденомі простати.
11. Симптоматологія аденоми простати.
12. Стадії клінічного перебігу аденоми простати.
13. Методи діагностики аденоми.
14. Методи консервативного лікування аденоми простати.
15. Методи оперативного лікування аденоми простати.
16. Симптоми, методи діагностики й лікування раку простати.
17. Принципи й методи консервативного лікування раку простати.

Структура заняття

№ з/п	Етап	Час. хв.	Навчальні матеріали Засоби навчання	Місце проведення заняття
1	Організаційна частина заняття	5		Навчальна кімната
2	Актуалізація опорних знань і контроль вихідного рівня	10	Задачі, тестові завдання	Навчальна кімната
3	Структурні елементи заняття, які забезпечують досягнення дидактичної і виховної мет. Клінічний розбір хворих. Розбір теми в кабінетах.	30	Хворі, історії хвороби Таблиці, схеми, алгоритми, рентгенограми, оглядовий цистоскоп. Рентгенограми, цистоскопічні таблиці. Макропрепарати різних варіантів пухлин нирок з музею клініки, фантом з цистоскопічними картинами пухлин сечового міхура, слайди.	Палата, навчальна кімната,

			Катетеризаційний та операційний цистоскопи. Набір цистограм. Схематичний малюнок аденомектомії. Макропрепарати аденоми передміхурової залози з музею клініки. Гумові дренажі сечового міхура, катетери, бужі, зонди, простатом.	
4	Підведення підсумків заняття (кінцевого рівня)	10	Задачі	Навчальна кімната
5	Домашнє завдання	5		

Інструктивно-методичні матеріали до заняття
(алгоритми діагностики та лікування за темою)

На початку заняття проводиться опитування лікарів-інтернів, причому викладач акцентує увагу на етіології та потогенезі пухлин нирок і сечового міхура. У виникненні пухлин зазначених органів певне значення мають травми, хронічні запалювальні процеси, подразнення сечоводу каменями й види розвитку. Підкреслюється професійність пухлини сечового міхура у робітників аніліно-фарбувальної промисловості внаслідок тривалого контакту з канцерогенними амідами. Існує думка, що пухлини мають інфекційно-вірусне походження. Певне значення в походженні пухлин нирок надається ендокринним розладам.

Під час опитування викладач домагається, щоб лікарі-інтерни усвідомили, що доброякісні пухлини нирки - аденоми, ліпоми, фіброми, ангіоми спостерігаються лише зрідка.

Урологу, як правило, доводиться зустрічатися із злужкисними пухлинами нирок. З них найчастіше /80-90%/ зустрічаються пухлини паронхіми нирки, названі в літературі різними термінами: гіпернефрома, гіпернефроїдний рак, аденокарцинома, пухлина із світлими клітинами. Зараз у клініці застосовується лише термін "гіпернефроїдний рак нирки", запропонований вітчизняним вченим А. І. Абрикосовим.

У перебігу злужкисних пухлин нирок розрізняють 4 стадії:

- 1 - пухлина обмежена фіброзою капсулою і не проростає її;
- 2 - пухлина проростає фіброзу капсулу і ниркову вену;
- 3 - має місце бластоматозне ураження регіональних лімфовузлів;
- 4-виявляються метастази у віддалені органи /легені, кістки скелету.

Далі проводиться розбір у палаті або учбовій кімнаті хворих з пухлиною нирки і сечового міхура, у процесі якого продовжується опитування лікарів-інтернів. При розборі хворого з пухлиною й нирки лікарів-інтернів звертають увагу на головні характеристики симптоми хвороби: гематурії, прощупувану пухлину і локальну болючість. Усі ці симптоми є пізними ознаками хвороби. Зазначена тріада спостерігається лише в 14% випадків. Звертається увага на діагностичне значення з'ясування характеру гематурії, на важливість проведення цистоскопії в момент гематурії.

У процесі об'єктивного обстеження хворого лікарі-інтерни пальпаторно визначають розмір, поверхню, рухомість і щільність ураженої нирки. Під час огляду обстежуваного хворого фіксується увага студентів на стан вен сім'яного канатика. У випадку виявлення розширення вен сім'яного канатика справа, що не зникає й тоді, коли хворий перебуває в лежачому стані дається оцінка даному симптому як інформації про давність пухлинного процесу. Підкреслюється провідне значення в діагностиці пухлини нирки екскреторної урографії, ізотопної ренографії, скенірування пневморетроперитонеуму і ниркової ангіографії. Фіксується увага лікарів-інтернів на небезпеці ретроградної пієлографії через лоханочно-нирковий рефлекс, що веде до метастазування пухлини.

Лікарям-інтернам демонструються рентгенівські знімки з різними варіантами змін: дефект наповнення миски і лоханки, сегментарне розширення лоханки й мисок, різні види деформації останніх, відхилення сечовика від хребта, ампутація лоханки й мисок; демонструються знімки, виконані після накладання пневморетроперитонеуму. Проводиться диференціальний діагноз пухлини нирки з гідронефрозом, солітарною кистою нирки, нефроптозом та полікістозною дегенерацією нирок.

Підкреслюється, що єдиним радикальним методом лікування хворих є нефректомія, а при папілярних пухлинах лоханки нефроуретеректомія з усіченням міхурової стінки відповідно до сечовикового гирла. В операційній демонструються основні етапи операцій - виділення й перев'язка судин і видалення нирки з оточуючою клітчаткою. Рентгенотерапія в післяопераційному періоді має показання лише при рентгеночутливих пухлинах Вільмса.

Лікарям-інтернам демонструються хворі з папіломою, папілярним і солідним раком сечового міхура. Торкаючись клінічних методів обстеження при розборі хворого з пухлинами сечового міхура, підкреслюється, що головною скаргою, з якою хворі звертаються до лікаря, є гематурія /80-90%/. Гематурія, як правило, буває макроскопічною, без больових відчуттів і має тотальний або термінальний характер. Якщо при неінфільтруючих пухлинах сечовиведення, як правило, лишається нормальним, то при інвазивних новоутвореннях дизурія залежить від локалізації пухлини і пов'язана з проростанням її у підлежачі тканини. Біль звичайно іррадірує у крижі, проміжність, сідниці, стегно і має постійний характер.

Викладач акцентує увагу учнів на тому, що папілома сечового міхура є облігатним раком, на що вказують рецидиви хвороби, обсіменіння і подальша малігнізація пухлини. Відповідно до схеми Христеллера розрізняють 4 групи пухлин: папілома доброякісна, папілома малігнізована, папілярний рак і солідний рак, тобто папілома і папілярний рак - це різні стадії одного и того ж захворювання.

Певне значення у визначенні розміру пухлини та її відношень з підлежачими тканинами має пальпація ділянки сечового міхура: через передню черевну стінку і пряму кишку у чоловіків або через піхву в жінок. Таким чином вдається визначити інфільтрацію дна міхура, виявляти проростання пухлини в біляміхуреву клітчатку та її відношення до прямої кишки, матки, передміхурової залози і кісток. Під час обговорення спеціалізованих методів діагностики підкреслюється, що перше місце серед діагностичних методів належить цистоскопії. При цистоскопії визначається розмір і кількість пухлин. Найоптимальнішим розміром для одержання стійких віддалених результатів треба вважати пухлину менше 2 см у діаметрі М.Ф.Паляничко /1972/ вказує, що після лікування хворих з пухлинами таких розмірів 30,3% знаходилися під наглядом понад 5 років. При пухлинах більших за 5см відсоток п'ятирічного виживання зменшується до 15,8%. Пухлини передньої стінки, бокових відділів міхура значно частіше метастазують /68,9 - 70,5%/, ніж новоутворення дна і шийки. Викладач показує цистоскопію хворих з різними пухлинами міхура.

Увага лікарів-інтернів фіксується на цінності цитологічного дослідження осаду сечі.

Цитологічні ознаки пухлини:

1/ наявність крупних та різноманітних клітин;

2/ збільшення розмірів ядер з гіперхромією і великою кількістю мітозів.

Окремі елементи ракової тканини дозволяють одержати и гістологічну структуру пухлини.

Встановлюється значення біожії, причому підкреслюється, що негативні результати трансуретральної біожії не виключають наявність злякисного процесу. Лікар-інтерн вказує, що одним з найважливіших методів діагностики й документації пухлин сечового міхура є рентгенівське дослідження, що проводиться в такій послідовності:

1) екскреторна урографія з видільною цистографією; 2/ ретроградна цистографія, поліцистографія, осадна цистографія; 3/парієтографія; 4/ газова флебографія; 5/ тазова артеріографія; 6/ лімфографія.

У ряді випадків інвазивного раку рекомендується поєднання трьох останніх методів.

Викладач демонструє цистограми, поліцистограми та флебограми при різних пухлинах і стадіях хвороби, підкреслюючи чіткість окреслення контурів стінок міхура при папілярних пухлинах та дефект контурів стінок при інвазивних новоутвореннях. На підставі комплексу проведених досліджень лікарі-інтерни виділяють ряд критеріїв, які дозволяють сформулювати онкосиндром як початкових, так і пізніх стадій раку сечового міхура. До таких критеріїв належать: 1) ємкість міхура; 2) макро- і мікроструктура пухлини; 3) локалізація пухлини; 4) візуальний цистографічний стан міхурової стінки; 5) функціональний стан верхнього сечоводу; 6) флебо-архітектоніка судин таза; 7) стан регіонарного лімфоапарату;

В основі цих синдромів лежить клінічна класифікація міжнародної протиракової спілки, в якій враховуються 3 компоненти: 1) ступінь пухлинної інфільтрації - T; 2) глибина бластоматозної інфільтрації – I, 3) наявність метастазів - M.

Основним місцем метастазування пухлин сечового міхура є регіонарні лімфовузли, печінка, легені. Підкреслюється, що на підставі поетапно зібраних даних можна досить чітко сформулювати онкосиндром як початкових, такі і більш пізніх стадій раку і у відповідності до цього обрати оптимальний варіант лікування /променева, хіміотерапія, ендовезикальна електрокоагуляція пухлини, надлобкова трансвезикальна ексцизія та електрокоагуляція пухлини, сегментарна резекція міхура з уретроцистонеоста мією або без неї, цистектомія з деривацією сечі у шкіру або в товсту кишку.

Встановлюють показання до кожного з перерахованих методів лікування. Демонструється лікарям-інтернам електрокоагуляція папіломи сечозого міхура.

Розвиток аденоми і раку простати - це процес, що виникає внаслідок порушення взаємовідношень внутрішніх органів, коли кількісні фактори /зменшення кількості одних і збільшення кількості інших гормонів/ переходять у новий стан - розвиток пухлинного процесу. Необхідно відзначити роль вітчизняних урологів у розвитку вчення про пухлини простати.

До розбору хворих з аденомою і раком простати готуються всі лікарі-інтерни Вони знайомляться зі скаргами и аналізом даних хворих. Звертається увага на похилий вік хворих, що страждають на аденому простати, й повільний розвиток симптомів захворювання: спочатку у хворого частіше від звичайного сечовиведення у нічний час, потім у денний, а струмінь сечі поступово стає млявим, може бути гостра затримка сечі /в I – II стадіях/. Під час об'єктивного обстеження хворого лікарі-інтерни роблять пальцеве обстеження передміхурової залози. Остання при аденомі збільшена, гладка, еластичної консистенції. В ендоскопічному кабінеті проводиться цистоскопія, при цьому викладач демонструє лікарям-інтернам трабекулярність міхура, збільшені бокові водділи передміхурової залози /симптом "фіранки"/ і аденому цервікальної групи залоз. Демонструються цистограми обстежуваних хворих.

Після одержання даних анамнезу й об'єктивного обстеження лікарі-інтерни встановлюють стадію хвороби за основними симптомами, що характеризують стадію: у I стадії залишкової сечі немає, II стадія характеризується гіпотонією сечового міхура наявністю залишкової сечі, III стадія - симптом парадоксальної ішурії.

Після встановлення познього діагнозу аденоми простати один із лікарів-інтернів проводить диференціальну діагностику, вказуючи -з якими захворюваннями слід диференціювати цю хворобу. Зокрема, проводиться

диференціальна діагностика з раком простати, структурою уретри, контактурою шийки сечового міхура, гострою затримкою сечі при гострих простатитах, дивертикулом сечового міхура, циститом, камінням і пухлиною сечового міхура. Під час проведення диференціальної діагностики з раком простати фіксується увага на загальних симптомах злоякісних захворювань і місцевих симптомах - щільність простати, згладженість серединної борозки, поширення інфільтрату на сім'яні пухирки, болючість при пальпації, можливість виявлення збільшених пахових залоз і метастазів у кістках таза, легень, головному мозку тощо. Підкреслюється роль тазової флебографії в діагностиці ступеня поширення пухлини передміхурової залози. Говориться про необхідність у сумнівних випадках проведення пункційної біопсії.

Далі лікарі-інтерни встановлюють показання до консервативного й оперативного методів лікування аденоми простати. Викладач підкреслює, якому методу лікування в даному конкретному випадку необхідно віддати перевагу. Якщо встановлюється хірургічний метод лікування, то з'ясовує, які існують хірургічні методи лікування, які показання до того чи іншого методу хірургічного лікування/одно - й двохмоментний спосіб операцій, одномоментна екстренна аденомектомія, трансуретральна електрорезекція аденоми/. Викладач звертає увагу на те, що характер оперативного втручання залежить від стану функціональних ниркових проб і серцево-судинної системи, вказує, що більшість урологів зараз виконують аденомектомію черезміхуровим методом, який дає найменше ускладнень.

В операційній лікарі-інтерни беруть участь як асистенти в операції з приводу зазначеного захворювання, а в перев'язочній виконують катетеризацію сечового міхура і перев'язки оперованих хворих. При розгляді питання, про після операційне ведення хворого аналізуються можливі, ускладнення в післяопераційний період і боротьба з ними, говориться про причини смерті при даному захворюванні.

Викладач у кінці розбору робить резюме, в якому відзначає особливості даного випадку, недоліки в збиранні анамнезу, проведенні об'єктивного

обстеження, постанови діагнозу,призначенні того чи іншого виду лікування і широко охоплює всі питання про дане захворювання з наведенням останніх даних наукової літератури.

Форми та зміст поточного та підсумкового контролю

Цілі вихідного рівня:

Лікарі-інтерни повинні уміти:

- збирати анамнез у хворих з урологічною патологією;
- проводити фізикальний огляд,
- інтерпретувати дані фізикального, інструментального обстеження хворих;
- виявляти показання до спеціальних методів дослідження (томографії, МРТ, біопсії, оцінювати показники лабораторних даних (ознаки запалення, онкомаркери).

Вивчення даної теми заняття базується на знаннях, отриманих на наступних кафедрах: нормальної та патфізіології, пропедевтики внутрішніх хвороб, радіології, факультетської, госпітальної терапії, ендокринології, патанатомії).

Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня умінь

1. Курація хворих.
2. Вивчення даних лабораторного дослідження крові, сечі, крові, цитологічних досліджень, читання рентгенограм.
3. Формування обґрунтованого діагнозу.

Відповіді на завдання:

Інформацію, необхідну для поповнення базисних знань-умінь, можна знайти в таких джерелах:

1. Урологія. За редакцією О.Ф. Возіанова, о.В. Люлько. Дніпропетровськ, 2002.
2. Урологія. Под ред. Н.А. Лопаткина.-М.: Медицина,2005.

3.Руководство по урологии. Под ред. Н.А. Лопаткина.-М.: Медицина, 1998.- Т.1,2,3.

Після засвоєння необхідних базисних знань вивчіть наступний матеріал

1. Люлько А.В.(под ред) Неотложная урология и нефрология. К., "Здоров'я", 1998.
2. Лопаткин Н.А., Мартов А.Г. Избранные лекции по урологии.- Москва.-2008.
3. Филип М. Ханно, С. Брюс Малкович, Алан Дж. Вейн. Руководство по клинической урологии. –Москва.-2006.

Вирішить декілька завдань-моделей, використовуючи діагностичні і лікувальні алгоритми.

Контроль кінцевого рівня.

Завдання у вигляді задач

Перелік навчального оснащення за розділом

«ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ПУХЛИН СЕЧОСТАТЕВИХ ОРГАНІВ»

<i>Вид оснащення</i>	<i>Найменування</i>	<i>Кількість</i>
1. Засоби унаочнення	Історії хвороби	10
	Результати лабораторних досліджень. Рентгенограми	15
		10
2. Засоби навчання	Тести, еталони, ситуаційні завдання, учбові аналізи. Рентгенограми, цистоскопічні таблиці.Макропрепарати різних варіантів пухлин нирок з музею клініки, фантом з цистоскопічними картинами пухлин сечового міхура, слайди.Катетеризаційний та операційний цистоскопи.Набір цистограм. Схематичний малюнок	100

	аденомектомії. Макропрепарати аденоми передміхурової залози.з музею клініки. Гумові дренажі сечового міхура, катетери, бужі, зонди, простатом.	
3. Програмне забезпечення		
4. Технічні засоби навчання	комп'ютер, комплект обладнання для відтворення звуку та зображення	1
5. Навчальні презентації		

Засоби - обладнання, інвентар, приладдя, макети, моделі, вироби, зразки, апаратура, плакати, таблиці, дидактичні матеріали та інші.

Засоби навчання - підручники, нормативна, довідкова та спеціальна література.

Література

1. Урологія. За редакцією О.Ф. Возіанова, О.В. Люлько. Дніпропетровськ, 2002.
2. Атлас-руководство по урологии. А.Ф.Возианова, А.В. Люлько.- Днепрпетровск, 2002.-Т.1,2,3.
3. Урология. Под ред. Н.А. Лопаткина.- М.: Медицина, 2005.
4. Жила В.В. с соавт. "Неотложные состояния в урологии." Скорая и неотложная медицинская помощь", под ред. И.С.Зозули и И.С.Чекмана.К., "Здоров"я" 2002, с.255-288.
5. Матвеев Б.М., Бухаркин Б.В., Матвеев В.Б. Рак предстательной железы.-М.: -1999.
6. Матвеев Б.М. Клиническая онкоурология.-М., 2003.
7. Лопаткин Н.А., Мартов А.Г. Избранные лекции по урологии.- Москва.-2008

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ
ТЕМА 11. «ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ УШКОДЖЕНЬ
СЕЧОСТАТЕВИХ ОРГАНІВ В АКУШЕРСТВІ ТА ГІНЕКОЛОГІЇ»

Тривалість – 2 години

Місце – учбова кімната, палати.

АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ І МОТИВАЦІЯ ЇЇ ВИВЧЕННЯ

Діагностувати, надавати першу медичну допомогу та проводити подальше лікування при травмах органів сечової системи після операцій в акушерсько-гінекологічній практиці доводиться урологам. Оскільки від правильної та своєчасної діагностики та лікування залежить життя та здоров'я потерпілого, вивчення даної теми майбутніми лікарями слід вважати необхідним.

МЕТА І ЗАВДАННЯ ЗАНЯТТЯ

Вивчити механізм, класифікацію симптоматологію, методи діагностики, надання прямої медичної допомоги, лікування, експертизу працездатності при травматичних ушкодженнях органів сечової системи після акушерсько-гінекологічних операцій.

ВИХОВНА МЕТА

1.Формувати професійну якість, прагнення до раціонального виконання трудових дій, отримування нових знань самостійно, виховувати почуття відповідальності, творчого мислення, чуйного ставлення до хворого.

2.Навчити оцінювати інформацію з точки зору творчості, логічного мислення, побудити пізнавальну, трудову діяльність, наполегливість у вдосконаленні професійних навичок та вмінь, виховувати почуття чуйного та відповідального ставлення до хворого.

ДИДАКТИЧНІ ЗАВДАННЯ

1. Вивчити класифікацію, симптоматологію, методи діагностики й лікування травм сечоводів.

2. Навчити лікарів-інтернів визначати показання до хірургічного лікування травм сечоводів.

Лікар-інтерн повинен вміти:

На практичному занятті (використати необхідні терміни): сформувати навички, навчити новому способу дії, оволодіти, відпрацювати навички, сформувати професійні вміння, засвоїти вміння самостійно використовувати знання, сформувати чітке уявлення про послідовність дій, закріпити відомі способи дій, залучити до творчої діяльності, оволодіти методикою інструментального дослідження, набути навички з трактування лабораторних та інструментальних досліджень.

Дидактичні засоби навчання: курація хворих, оформлення історій хвороб первинних хворих та щоденників, клінічний розбір хворих, трактування лабораторних та інструментальних методів дослідження, проведення інструментальних методів дослідження.

Основні теоретичні питання теми:

1. Механізм ушкодження сечоводів при акушерсько-гінекологічних операціях.
2. Симптоматику, методи діагностики травм сечоводів.
3. Показання до хірургічного лікування травм.
4. Методи оперативного лікування.

Структура заняття

з/п	Етап	Час. хв.	Навчальні матеріали Засоби навчання	Місце проведення заняття
	Організаційна частина заняття	5		Навчальна кімната
	Актуалізація опорних знань і контроль вихідного рівня	10	Задачі, тестові завдання	Навчальна кімната

Структурні елементи заняття, які забезпечують досягнення дидактичної і виховної мет. Клінічний розбір хворих. Розбір теми в кабінетах.	90	Хворі, історії хвороби Таблиці, схеми, алгоритми, рентгенограми	Палата, навчальна кімната,
Підведення підсумків заняття (кінцевого рівня)	10	Задачі	Навчальна кімната
Домашнє завдання	5		

Інструктивно-методичні матеріали до заняття
(алгоритми діагностики та лікування за темою)

Вступне слово викладача, актуальність теми. Проводиться клінічний розбір з одночасним опитуванням лікарів-інтернів. Розглядаються такі питання.

Механізм травм сечоводів /симптоматологія, /анамнез, клінічні ознаки, дані цистоскопії, хромоцистоскопії, оглядової, екскреторної урографії, ретроградної пієлографії, ізотопної ренографії/, диференціальна діагностика з ураженням органів черевинної порожнини. Розглядаються показання до хірургічного лікування/. Методи хірургічного лікування /зашивання рани, резекції нирки, нефректомія/.

Методи діагностики: анамнез, механізм травми, об'єктивне обстеження /пальпація сечового міхура, проміжності, ректальне обстеження/, уретрографія.

Лікарі-інтерни беруть активну участь у виконанні катетеризації сечового міхура, цистоскопії, хромоцистоскопії, цистографії, уретрографії.

Наприкінці заняття проводиться контроль знань шляхом тестування, рішення ситуаційних завдань.

Форми та зміст поточного та підсумкового контролю

Цілі вихідного рівня:

Лікарі-інтерни повинні уміти:

1. збирати анамнез у хворих з урологічною патологією;
2. проводити фізикальний огляд,
3. інтерпретувати дані фізикального, інструментального обстеження хворих;
4. виявляти показання до спеціальних методів дослідження (томографії, МРТ, біопсії, оцінювати показники лабораторних даних (ознаки запалення, онкомаркери).

Вивчення даної теми заняття базується на знаннях, отриманих на наступних кафедрах: нормальної та патфізіології, пропедевтики внутрішніх хвороб, радіології, факультетської, госпітальної терапії, ендокринології, патанатомії).

Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня умінь

1. Курація хворих.
2. Клінічний розбір.
3. Читання рентгенограм.
4. Тестування.
5. Рішення завдань.

Відповіді на завдання:

Інформацію, необхідну для поповнення базисних знань-умінь, можна знайти в таких джерелах:

1. Урологія. За редакцією О.Ф. Возіанова, о.В. Люлько. Дніпропетровськ, 2002.
2. Урологія. Под ред. Н.А. Лопаткина.-М.: Медицина, 2005.
3. Руководство по урологии. Под ред. Н.А. Лопаткина.-М.: Медицина, 1998.-Т.1,2,3.

Вирішить декілька завдань-моделей, використовуючи діагностичні і лікувальні алгоритми. Контроль кінцевого рівня. Завдання у вигляді задач

Перелік навчального оснащення за розділом
«Діагностика та лікування ушкоджень сечостатевої системи при
акушерсько-гінекологічних операціях»

<i>Вид оснащення</i>	<i>Найменування</i>	<i>Кількість</i>
1. Засоби унаочнення	Історії хвороби	10
	Результати лабораторних досліджень . Рентгенограми	15
		10
2. Засоби навчання	Тести, еталони, ситуаційні завдання, учбові аналізи.	100
3. Програмне забезпечення		
4. Технічні засоби навчання	комп'ютер, комплект обладнання для відтворення звуку та зображення	1
5. Навчальні презентації		

Засоби унаочнення - обладнання, інвентар, приладдя, макети, моделі, вироби, зразки, апаратура, плакати, таблиці, дидактичні матеріали та інші.

Засоби навчання - підручники, нормативна, довідкова та спеціальна література.

Література

1. Урологія. За редакцією О.Ф. Возіанова, о.В. Люлько. Дніпропетровськ, 2002.
2. Атлас-руководство по урологии. Под ред. А.Ф.Возианова, А.В. Люлько.- Д-вск,2002.-Т.1, 2, 3.
3. Урология. Под ред. Н.А. Лопаткина.- М.: Медицина,2005.
4. Руководство по урологии. Под ред. Н.А. Лопаткина.-М.: Медицина, 1998.- Т. 1, 2, 3.
5. Лопаткин Н.А., Мартов А.Г. Избранные лекции по урологии.- Москва.-2008
6. Филип М. Ханно, С. Брюс Малкович, Алан Дж. Вейн. Руководство по клинической урологии. –Москва.-2006 г.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

ТЕМА 12. «ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ СТАТЕВИХ РОЗЛАДІВ У ЧОЛОВІКІВ»

Тривалість – 2 години

Місце – учбова кімната, палати.

АКТУАЛЬНІСТЬ ТА МЕТА ЗАНЯТТЯ

Поглиблення теоретичних знань з питань етіології, патогенезу, клінічних проявів, лікування еректильної дисфункції, сексуальних порушень в шлюбі. Набуття сучасних знань з питань сучасної діагностики, диференціальної діагностики, обстеження, лікування проявів еректильної дисфункції та подружньої дисгармонії

ВИХОВНА МЕТА

1. Формувати професійну якість, прагнення до раціонального виконання трудових дій, отримувати нових знань самостійно, виховувати почуття відповідальності, творчого мислення, чуйного ставлення до хворого.
2. Навчити оцінювати інформацію з точки зору творчості, логічного мислення, побудити пізнавальну, трудову діяльність, наполегливість у вдосконаленні професійних навичок та вмінь, виховувати почуття чуйного та відповідального ставлення до хворого.

ДИДАКТИЧНА МЕТА

1. Вивчити види та діагностику еректильної дисфункції
2. З'ясувати скарги і анамнез
3. Дати психосоціальну оцінку
4. Лікування еректильної дисфункції
5. Оперативне лікування венозної недостатності статевого члена.

Лікар-інтерн повинен вміти:

На практичному занятті (використати необхідні терміни): сформувати навички, навчити новому способу дії, оволодіти, відпрацювати навички, сформувати професійні вміння, засвоїти вміння самостійно

використовувати знання, сформувані чітке уявлення про послідовність дій, закріпити відомі способи дій, залучити до творчої діяльності, оволодіти методикою інструментального дослідження, набути навички з трактування лабораторних та інструментальних досліджень.

Дидактичні засоби навчання: курація хворих, оформлення історій хвороб первинних хворих та щоденників, клінічний розбір хворих, трактування лабораторних та інструментальних методів дослідження, проведення інструментальних методів дослідження.

Основні теоретичні питання теми:

1. Визначення еректильної дисфункції, сексуальної дисгармонії подружньої пари.
2. Етіологія, патогенез еректильної дисфункції та сексуальних розладів у шлюбі.
3. Діагностика еректильної дисфункції та подружніх дисгамій.
4. Критерії фізикального огляду.
5. Лабораторна діагностика еректильної дисфункції.
6. Інструментальні методи діагностики порушень ерекції.
7. Принципи лікування еректильної дисфункції.
8. Етапи консультування подружньої пари з сексуальними дисгаміями.

Структура заняття

№ з/п	Етап	Час. хв.	Навчальні матеріали Засоби навчання	Місце проведення заняття
1	Організаційна частина заняття	5		Навчальна кімната
2	Актуалізація опорних знань і контроль вихідного рівня	10	Задачі, тестові завдання	Навчальна кімната
3	Структурні елементи	90	Хворі, історії	Палата,

	заняття, які забезпечують досягнення дидактичної і виховної мет. Клінічний розбір хворих. Розбір теми в кабінетах.		хвороби, алгоритми Таблиці, схеми, алгоритми	навчальна кімната,
4	Підведення підсумків заняття (кінцевого рівня)	10	Задачі	Навчальна кімната
5	Домашнє завдання	5		

Інструктивно-методичні матеріали до заняття
(алгоритми діагностики та лікування за темою)

Еректильна дисфункція - постійна або тимчасова нездатність розвивати і підтримувати ерекцію, достатню для здійснення сексуальної активності.

Еректильна дисфункція зустрічається у 7-10% чоловіків, частота цього захворювання збільшується з віком. Зустрічаються наступні види еректильної дисфункції:

- *Еректильна дисфункція органічної природи - 25%, з них:*
 - Обумовлена судинними порушеннями - 40%;
 - Є наслідком цукрового діабету - 30%;
 - Є наслідком прийому лікарських препаратів - 15%;
 - Обумовлена неврологічними порушеннями - 10%;
 - Обумовлена операціями на органах малого тазу - 6%;
 - Обумовлена ендокринними порушеннями - 3%;
 - Інші причини - 1%.
- *Психогенна еректильна дисфункція - 25%.*
- *Змішані форми еректильної дисфункції - 50%.*

Діагностика еректильної дисфункції

Основним завданням діагностики еректильної дисфункції є виявлення її причини, оскільки саме це дозволить вибрати спосіб лікування. Іншим

завданням діагностики є отримання додаткової інформації, необхідної для забезпечення дієвого лікувального підходу.

З'ясування скарг і анамнезу

Наявність еректильної дисфункції є психотравмуючим фактором для більшості пацієнтів, тому для лікаря під час бесіди важливо створити для пацієнта комфортні психологічні умови, викликати його приязнь і довіра. Це дозволить отримати найбільш повну інформацію про особливості прояву захворювання.

Оцінка сексуальної функції включає:

- оцінку еректильної недостатності: коли відзначені перші проявлення; як швидко прогресує; ступінь вираженості у справжній момент; наявність нічних / ранкових ерекцій; наявність еректильної відповіді на самостійну стимуляцію і візуальні еротичні образи;
- оцінку порушення статевого потягу;
- оцінку еякуляції, оргазму;
- інформацію про сексуальної функції партнера.

Для оцінки еректильної функції розроблено ряд опитувальників. Використання їх не є обов'язковим, однак вони можуть допомогти отримати необхідну інформацію про пацієнта. Якщо пацієнт напружений, має сенс попросити його заповнити анкету опитувальника до початку бесіди. Це дозволить лікарю встановити конструктивний діалог. До основних опросників відносяться: International Index of Erectile Function (IIEF), Sexual Health Inventory for Men (MUM), Brief Male Sexual Function Inventory (BMSFI), Center for Marital and Sexual Health (CMSH).

Психосоціальна оцінка .

Велике значення для діагностики еректильної дисфункції має оцінка психологічного стану пацієнта. Необхідно з'ясувати особливості взаємовідносин з статевим партнером і його реакцію на наявні порушення. При цьому наявність сексуальної дисфункції у постійного статевого партнера є обтяжуючою чинником і вимагає проведення комплексу лікувально-

діагностичних заходів. Участь статевого партнера в процесі лікування підвищує ефект проведеної терапії.

Особливу увагу слід приділити виявленню тривожних і депресивних станів пацієнта, оскільки це вимагає залучення психотерапевта до обстеження та визначенню лікувальної тактики.

З'ясування медичного анамнезу

Порядку 21% органічних форм еректильної дисфункції мають ятрогенну природу, тобто є наслідком оперативних втручань або постійного прийому лікарських препаратів. Крім того еректильна дисфункція судинного генезу практично завжди є наслідком системного захворювання. Тому з'ясування медичного анамнезу має виявити наступне:

- шкідливі звички: куріння, прийом алкоголю, наркотиків;
- наявність хронічних хвороб (артеріальна гіпертензія, цукровий діабеті, гіперліпідемія, захворювання нирок і печінки, неврологічні та ендокринні захворювання);
- постійний прийом лікарських / наркотичних препаратів;
- психічні захворювання;
- наявність травм органів таза, промежини, статевих органів;
- хірургічні втручання на тазових або статевих органах;
- променева терапія на органах тазу.

Враховуючи високу частоту серцево-судинних захворювань серед пацієнтів, охочих поліпшити або відновити сексуальну активність, виділені три групи ризику:

- Низький рівень ризику - пацієнти здатні виконувати помірну фізичний навантаження без погіршення стану.
- Середній рівень ризику - стан нестабільно і вимагає обстеження кардіологом перед початком статевої активності. В залежності від результатів обстеження пацієнти можуть бути віднесені як до групи низького, так і високого ризику.

- Високий рівень ризику - потрібне проведення коригуючого лікування, перш ніж буде прийнято рішення про можливість терапії еректильної дисфункції і можливості статевої активності.

Фізикальний огляд

Огляд повинен проводитися кожного пацієнта з еректильною дисфункцією.

- Загальний огляд - оцінюється статура і вираженість вторинних статевих ознак, також варто звернути увагу на ознаки порушення функції щитовидної залози: зміни частоти пульсу, випадання волосся, зміни шкіри, очні симптоми.

- Огляд зовнішніх статевих органів - дозволяє виявити наявність деформацій статевого члена (хвороба Пейроні, вроджена деформація), стану органів мошонки. Ректальний огляд дозволяє виявити хворобливість, збільшення простати, запідозрити рак.

- Вимірювання артеріального тиску і пульсу - показано при відсутності даних за останні 3-6 місяців.

Лабораторна діагностика

Призначення лабораторного обстеження ґрунтується на скаргах пацієнта і наявності в анамнезі факторів ризику. При еректильної дисфункції рекомендується визначення наступних показників:

Виявлення порушень гіпоталамо-гонадо-гіпофізарної системи виконується при підозрі на гіпогонадізм або вікової андрогенний дефіцит. Визначення рівня тестостерону проводиться в ранкові години (з 8 до 11-00). Найбільш достовірним показником є рівень вільного тестостерону. Його розрахунок заснований на визначенні рівня загального тестостерону і рівня глобуліну, що зв'язує статевий гормон - ГЗСС. Показники загального тестостерону, особливо в літньому віці, не в повній мірі відображають андрогенної насиченість. Однак визначення ГЗСС не доступно в більшості лабораторій.

При низьких значеннях тестостерону необхідно повторне дослідження крові з визначенням рівня пролактину, фолікулостимулюючого і лютеїнізуючого гормонів. У пацієнтів старше 50 років показано визначення рівня ПСА.

Визначення рівня глюкози і ліпідів - аналіз необхідний для виявлення цукрового діабету та гіперліпідемії, виконується в разі відсутності даних за останні 12 місяців.

Інструментальні методи обстеження

Оскільки інструментальні методи обстеження часто інвазивні, повинні бути чітко визначені показання до їх проведення. Пацієнт повинен бути повністю інформований про доцільність інструментальних методів і їх можливі наслідки.

Інтракавернозний тест та еходопплерографія судин статевого члена - дозволяє оцінити судинний апарат статевого члена. Тест вважається положительним при виникненні ерекції через 10 хвилин після інтракавернозного введення вазоактивного препарату. Іноді додатково використовується візуально-еротична стимуляція. Тест необхідно доповнювати еходопплерографією статевого члена з вимірюванням основних показників кровотоку: пікове значення систолічної швидкості більше 30 см / сек, і показники індексу резистентності більше 0,8 зазвичай розцінюються як нормальні значення. Наблюдення за пацієнтом продовжують протягом години з оцінкою ерекції через 10, 20, 30 і 60 хвилин, при цьому необхідно вимірювання артеріального тиску. При нормальних показниках доплерівського сканування немає необхідності в додаткових судинних дослідженнях. Препаратом вибору для інтракавернозного введення є простагландин E1 (альпростадил). Препарат випускається в ампулах 10 і 20 мкг, під торговими назвами Каверджект (Pharmacia) і Едекс (Schwarz Pharma). Основною перевагою альпростаділа є низька ймовірність (0,5-1% випадків) розвитку пріапізму. Дозування препарату залежить від анамнезу і супутніх захворювань:

- неврологічна патологія (розсіяний склероз, травми хребта з пошкодженням спинного мозку і тазу) - 5 мкг альпростаділа;

- стандартна доза - 10 мкг;

- за наявності тяжкого органічного ураження (наприклад, при цукровому діабеті) - вводять 20 мкг альпростаділа.

Селективна пенільна артеріографія - в даний час застосовуються тільки перед реконструктивною судинною операцією.

Кавернозографія - використовується для візуалізації шляхів патологічного венозного відтоку. Даний метод дослідження застосовується перед оперативним лікуванням венозної недостатності статевого члена.

Спеціальні інструментальні методи дослідження

В окремих випадках для точного встановлення причини еректильної дисфункції за суворими показаннями можливе застосування спеціальних методів обстеження.

Ультразвукове дослідження щитовидної залози - при підозрі на наявність ендокринного захворювання.

Комп'ютерна та магнітно-резонансна томографія - для досліджень турецького сідла при підозрі на пухлину гіпофізу.

Нейро-фізіологічні тести: Віброметри, дослідження бульбокавернозного рефлексу, кавернозна електроміографія - застосовуються вкрай рідко для точної діагностики нейрогенної еректильної дисфункції.

Контроль нічних тумесценцій за допомогою апарату "Rigiscan" - раніше був "золотим стандартом" у виявленні органічної еректильної дисфункції, але втратив значення після появи інтракавернозного тесту.

Лікування еректильної дисфункції

Вироблення лікувальної стратегії хворих еректильною дисфункцією вимагає виявлення і, при можливості, усунення етіологічного чинника. Однак тільки мала частина причин, що викликають порушення ерекції може бути усунена за допомогою сучасних методів. Необхідно розуміти, що більшість пацієнтів не зможуть отримувати етіотропну терапію. Лікарські препарати та

оперативні втручання частіше усувають не причину, а симптом - порушення ерекції. Це необхідно пояснити пацієнтові перед початком терапії. Обговорення побажань та очікувань пацієнта вимагає участі не тільки лікаря, але і, бажано, статевого партнера. Необхідно повністю розкрити суть проблеми, пояснити результати обстеження і запропонувати лікувальну тактику.

Види еректильної дисфункції, невіддатливі етіотропної терапії

- Еректильна дисфункція, зумовлена ендокринологічними порушеннями, може бути викликана дефіцитом тестостерону в результаті первинного ураження яєчок. У цьому випадку після виключення інших можливих ендокринних причин поразки яєчок призначається гормонозамісна терапія тестостероном. Перед початком такого лікування обов'язково виключення раку простати (докладніше про гормонозамісну терапії тестостероном див. в розділі «Гіпогонадізм»). Також еректильна дисфункція може бути обумовлена захворюваннями гіпоталамо-гіпофізарної системи, найчастіше це пухлини гіпофіза, визиваючі гіперпролактинемію. У цьому випадку лікування пацієнта проводиться спільно з ендокринологом.

- Артеріогенна еректильна дисфункція, що виникла в результаті травми. Показаннями до артеріальної реваскуляризації є:

- вік хворого менше 50 років;
- наявність в анамнезі травми промежини або статевих органів;
- артеріальна недостатність, підтверджена даними еходопплерографії і артеріографія;
- відсутність супутніх неврологічних порушень;
- відсутність інших причин розвитку еректильної дисфункції.

В даний час застосовуються три способи пенільної реваскуляризації:

1. Анастомоз а. epigastrica inferior з дорзальною пенільною артеріями (Кінець-в-кінець і кінець-в-бік) - операція Michal II.

2. Анастомоз а. epigastrica inferior з глибокої дорзальною веною і глибокою дорзальною артерією (артеріо-венозний шунт).

3. Анастомоз а. epigastrica inferior з глибокої дорзальної веною, що супроводжується проксимальним або дистальним лігування вени (техніка Virag1-VI).

Ефективність реваскуляризуючих втручань становить від 25 до 40%.

Оперативне лікування венозної недостатності статевого члена. Дисфункція вено-оклюзійних механізму може бути обумовлена структурними змінами кавернозної гладкої мускулатури, трабекулярної мережі і білкової оболонки. Основною клінічною ознакою цього виду еректильної дисфункції є неможливість підтримки ерекції при її нормальному виникненні, швидка детумесценція в процесі статевого акту. Після виконання ехоодопплерографії та кавернозографії і виявленні шляхів патологічного відтоку венозної крові може бути виконано оперативне втручання - лігування і резекція дорзальної вени статевого члена і перфорантних судин. Дана операція є дослідницькою, тобто наявні дані не дозволяють визначити показання до неї згідно з критеріями доказової медицини. Недостатній термін спостереження за хворими, мала кількість даних, великий відсоток рецидивів, різні дані, отримані різними авторами, змушують ставитися до даного виду оперативного лікування з великою обережністю. Перед її виконанням пацієнт повинен бути попереджений про особливості цієї методики, оскільки ефективність лігування і резекції дорзальної вени становить від 20 до 50%. Основною причиною невдач є недостатнє лігування колатералей.

Форми та зміст поточного та підсумкового контролю

Цілі вихідного рівня:

Лікарі-інтерни повинні уміти:

- збирати анамнез у хворих з урологічною патологією;
- проводити фізикальний огляд,
- інтерпретувати дані фізикального, інструментального обстеження хворих;

- виявляти показання до спеціальних методів дослідження (томографії, МРТ, біопсії, оцінювати показники лабораторних даних (ознаки запалення, онкомаркери).

Вивчення даної теми заняття базується на знаннях, отриманих на наступних кафедрах: нормальної та патфізіології, пропедевтики внутрішніх хвороб, радіології, факультетської, госпітальної терапії, ендокринології, патанатомії).

Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня умінь

1. Курація хворих.
2. Вивчення й аналіз даних історій хвороби.
3. Формування попереднього та клінічного діагнозів.
4. Інтерпретація клініко-лабораторного обстеження; визначення критеріїв діагностики еректильної дисфункції, та консультування подружніх пар з сексуальними розладами.
5. Складання плану обстеження чоловіків з еректильною дисфункцією та подружжя з сексуальними дисгармоніями.
6. Призначення лікування, профілактика та реабілітація.

Відповіді на завдання:

Інформацію, необхідну для поповнення базисних знань-умінь, можна знайти в таких джерелах:

1. Горпинченко И.И. Геронтологическая сексопатология. – К.: Здоров'я, 1991. – 166с.
2. Кемпер И. Практика сексуальной психотерапии. – М.: Яхтсмен, 1994. – 288с.
3. Клінічна сексологія і андрологія / За ред. О.Ф. Возіанова, І.І. Горпинченка. – К.: Здоров'я, 1966. – 536 с.
4. Бесплодие в супружестве / Под. ред. И.Ф. Юнды. – К.: Здоров'я, 1990. – 463

Вирішить декілька завдань-моделей, використовуючи діагностичні і лікувальні алгоритми. Контроль кінцевого рівня.

Завдання у вигляді задач

Перелік навчального оснащення за розділом
«Діагностика та лікування статевих розладів у чоловіків»

<i>Вид оснащення</i>	<i>Найменування</i>	<i>Кількість</i>
1. Засоби унаочнення	Історії хвороби	10
	Результати лабораторних досліджень	15
2. Засоби навчання	Тести, еталони, ситуаційні завдання, учбові аналізи. Зразки нормальних аналізів крові, сечі, секрету простати при урологічних захворюваннях.	100
3. Технічні засоби навчання	комп'ютер, комплект обладнання для відтворення звуку та зображення	1
5. Навчальні презентації		

Засоби унаочнення - обладнання, інвентар, приладдя, макети, моделі, вироби, зразки, апаратура, плакати, таблиці, дидактичні матеріали та інші.

Засоби навчання - підручники, нормативна, довідкова та спеціальна література.

Література

1. Бесплодие в супружестве / Под. ред. И.Ф. Юнды. – К.: Здоров'я, 1990. – 463 с.
2. Кемпер И. Практика сексуальной психотерапии. – М.: Яхтсмен, 1994. – 288с.
3. Кон И.С. Введение в сексологию. – М.: Медицина, 1990. – 336 с.
4. Кочарян Г.С., Кочарян А.С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. – М.: Медицина, 1994. – 224 с.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ
ТЕМА 13. «ОПЕРАТИВНА УРОЛОГІЯ»

Тривалість – 1 година

Місце – учбова кімната, палати.

АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ І МОТИВАЦІЯ ДЛЯ ЇЇ ВИВЧЕННЯ

Знання питань клінічної анатомії та оперативної урології для вибору оперативних доступів, показів та проти показів при хірургічних втручаннях є надзвичайно важливим етапом в підготовці фахівців з урології. Знання цих питань дозволить підвищити ефективність лікування хворих на урологічну патологію.

МЕТА І ЗАВДАННЯ ЗАНЯТТЯ

На основі знання поширеної будови заочеревинного простору вивчити хірургічну анатомію нирок, наднирників, сечоводів, а також особливостей будови судинно-нервових утворень. Широкий спектр показань для проведення паранефральної блокади при травмах і різноманітних захворюваннях органів черевної порожнини і заочеревинного кліткового простору. Пошкодження, урологічна і нефрологічна патологія нирок і сечовивідних шляхів нерідко вимагають хірургічних втручань, що вимагає детального знання топографічної анатомії і оперативної хірургії органів за очеревинного кліткового простору.

ВИХОВНА МЕТА

- 1.Формувати професійну якість, прагнення до раціонального виконання трудових дій, отримання нових знань самостійно, виховувати почуття відповідальності, творчого мислення, чуйного ставлення до хворого.
- 2.Навчити оцінювати інформацію з точки зору творчості, логічного мислення, побудити пізнавальну, трудову діяльність, наполегливість у вдосконаленні професійних навичок та вмінь, виховувати почуття чуйного та відповідального ставлення до хворого.

ДИДАКТИЧНА МЕТА

1. Вивчити топографію шарів заочеревинного простору.
2. Дати топографо-анатомічну характеристику шляхів поширення ексудату в заочеревинних клітковинних просторах.
3. Вивчити хірургічну анатомію нирок.
4. Дати характеристику та обґрунтувати доступи до органів заочеревинного клітковинного простору.
5. Пояснити техніку основних етапів резекції нирки, нефректомії.
6. Вивчити хірургічну анатомію наднирників, сечоводів..
7. Вивчити хірургічну анатомію сечового міхура та передміхурової залози.

Лікар-інтерн повинен вміти:

На семінарському занятті (використати необхідні терміни): систематизувати та поглибити знання за питаннями оперативної урології, поглибити уявлення про топографічну анатомію органів сечостатевої системи, залучити до аналітичної та творчої діяльності.

Дидактичні засоби навчання: курація хворих, оформлення історій хвороб первинних хворих та щоденників, клінічний розбір хворих, трактування лабораторних та інструментальних методів дослідження, проведення інструментальних методів дослідження.

Основні теоретичні питання теми:

1. Хірургічна анатомія заочеревинного простору. Шляхи поширення гнійних процесів в заочеревинному просторі.
2. Хірургічна анатомія нирок. Аномалія розвитку нирок.
3. Хірургічна анатомія сечоводів.
4. Хірургічна анатомія наднирників.
5. Анатомо-фізіологічне обґрунтування оперативних доступів до нирок і сечоводів.
6. Шов нирки, резекція, нефректомія, пієлотомія, видалення наднирника (показання, техніка операції).

7. Уретротомія і шов сечоводу (показання і техніка операції).
8. Поняття про трансплантацію нирки і реконструктивні операції на її судинах і сечоводах.
9. Основні способи оперативної корекції нефроптозу.

Структура заняття

№ з/п	Етап	Час. хв.	Навчальні матеріали	Місце проведення заняття
			Засоби навчання	
1	Організаційна частина заняття	5	Історії хвороби. Результати лабораторних досліджень. Рентгенограми. Патологічні препарати	Навчальна кімната
2	Актуалізація опорних знань і контроль вихідного рівня	10	Задачі, тестові завдання	Навчальна кімната
3	Структурні елементи заняття, які забезпечують досягнення дидактичної і виховної мет. Клінічний розбір хворих. Розбір теми в кабінетах.	30	Хворі, історії хвороби, алгоритми Таблиці, схеми, алгоритми	Палата, навчальна кімната,
4	Підведення підсумків заняття (кінцевого рівня)	10	Задачі	Навчальна кімната
5	Домашнє завдання	5		

Форми та зміст поточного та підсумкового контролю

Цілі вихідного рівня: лікарі-інтерни повинні уміти:

1. Визначити топографію фасціальних листів і клітковинних просторів заочеревинного простору.

Дати топографічне обґрунтування шляхів поширення гнійних процесів, гематом в заочеревинному просторі і розтинів для їх дренивання.

Знати хірургічну анатомію нирок, наднирників і сечоводів.

Виконати на труш оперативні доступи по Федорову, Бергману та Ізраелю з метою знаходження нирок і сечоводів.

Із проведених оперативних доступів виконати: резекцію нирки, пієлотомію, шов нирки, нефректомію і накладити шов сечоводу.

Вивчення даної теми заняття базується на знаннях, отриманих на наступних кафедрах: нормальної та патфізіології, пропедевтики внутрішніх хвороб, радіології, факультетської, госпітальної терапії, ендокринології, патанатомії).

Вирішить декілька завдань-моделей, використовуючи діагностичні і лікувальні алгоритми. Контроль кінцевого рівня.

Завдання у вигляді задач

Перелік навчального оснащення за розділом

«ОПЕРАТИВНА УРОЛОГІЯ»

<i>Вид оснащення</i>	<i>Найменування</i>	<i>Кількість</i>
1. Засоби унаочнення	Історії хвороби	10
	Результати лабораторних досліджень. Рентгенограми	15
		10
	Патологічні препарати.	10
2. Засоби навчання	Тести, еталони, ситуаційні завдання, учбові аналізи.	100
3. Програмне забезпечення комп'ютерного навчання		

4. Технічні засоби навчання	Магнітофон, комп'ютер, комплект обладнання для відтворення звуку та зображення. Негатоскоп	1 1
5. Навчальні презентації		

Засоби - обладнання, інвентар, приладдя, макети, моделі, вироби, зразки, апаратура, плакати, таблиці, дидактичні матеріали та інші.

Засоби навчання - підручники, нормативна, довідкова та спеціальна література.

Література

1. Урологія. За редакцією О.Ф. Возіанова, О. В. Люлько. Дніпропетровськ, 2002.
2. Атлас-руководство по урологии. А.Ф.Возианова, А.В. Люлько.- Днепропетровск, 2002.- Т. 1, 2, 3.
3. Урология. Под ред. Н.А. Лопаткина.- М.: Медицина, 2005.
4. Руководство по урологии. Под ред. Н.А. Лопаткина.-М.: Медицина, 1998.- Т. 1, 2, 3.
5. Демидов В.А с соав. Ультразвуковая диагностика в уронефрологии. М., 1998
6. Лопаткин Н.А., Мартов А.Г. Избранные лекции по урологии.- Москва.- 2008
7. Филип М. Ханно, С. Брюс Малкович, Алан Дж. Вейн. Руководство по клинической урологии. –Москва.- 2006 г.
8. Ищенко Б.И. Рентгенологическое исследование органов мочевой системы.- СП.- 2004 г.
9. Кульчицкий К. Л. Оперативна хірургія і топографічна анатомія.- Кит, 1989.- с., 273-279.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

ТЕМА 14. «ПИТАННЯ НЕФРОЛОГІЇ»

Тривалість – 2 години

Місце – учбова кімната, палати.

АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ І МОТИВАЦІЯ ДЛЯ ЇЇ ВИВЧЕННЯ

Ниркова недостатність є ускладненням цілого ряду патологічних процесів, адже зустрічається в практиці не лише лікарів урологів, але й цілого ряду спеціальностей. Звідси необхідність навчити інтернів основним питанням етіопатогенезу гострої та хронічної ниркової недостатності, їх симптоматології, принципам діагностики і лікування.

МЕТА І ЗАВДАННЯ ЗАНЯТТЯ

Навчити інтернів своєчасно діагностувати, надавати, первинну допомогу і лікувати гостру ниркову недостатність (ГНН), чітко визначати показання і протипоказання до екстракорпорального гемодіалізу при ГНН, діагностувати і лікувати хронічну ниркову недостатність (ХНН), визначати тактику лікаря при поєднанні ХНН з вагітністю та гінекологічними захворюваннями, діагностувати і лікувати нейрогенну гіпертонію.

ВИХОВНА МЕТА

1. Формувати професійну якість, прагнення до раціонального виконання трудових дій, отримання нових знань самостійно, виховувати почуття відповідальності, творчого мислення, чуйного ставлення до хворого.
2. Навчити оцінювати інформацію з точки зору творчості, логічного мислення, побудити пізнавальну, трудову діяльність, наполегливість у вдосконаленні професійних навичок та вмінь, виховувати почуття чуйного та відповідального ставлення до хворого.

ДИДАКТИЧНА МЕТА

-перенальні, реальні та постренальні фактори ГНН

- патогенез ГНН
- стадії ГНН, їх клінічний прояв
- стадії ХНН, їх клінічну характеристику
- методи лікування ГНН
- методи лікування ХНН.

Лікар-інтерн повинен вміти:

На практичному занятті (використати необхідні терміни): сформувати навички, навчити новому способу дії, оволодіти, відпрацювати навички, сформувати професійні вміння, засвоїти вміння самостійно використовувати знання, сформувати чітке уявлення про послідовність дій, закріпити відомі способи дій, залучити до творчої діяльності, оволодіти методикою інструментального дослідження, набути навички з трактування лабораторних та інструментальних досліджень.

Дидактичні засоби навчання: курація хворих, оформлення історій хвороб первинних хворих та щоденників, клінічний розбір хворих, трактування лабораторних та інструментальних методів дослідження, проведення інструментальних методів дослідження.

Основні теоретичні питання теми:

1. Симптоми нефрологічних захворювань.
2. Дослідження сечі: добова кількість, відносна щільність, наявність протеїну, елементи осаду сечі.
3. Загальний аналіз крові: кількість еритроцитів, гемоглобіну, лейкоцитів.
4. Біохімічне дослідження: залишковий азот, сечовина, креатинін, калій сироватки крові.
5. Методи пальпації й перкусії нирок, сечового міхура.
6. Больові симптоми, їх діагностичне значення.
7. Види гематурії, їх клінічне значення. Тактика лікаря.
8. Функціональні ниркові проби.

Структура заняття

№	Етап	Час, хв.	Навчальні матеріали Засоби навчання	Місце проведення заняття
1	Організаційна частина заняття	5		Навчальна кімната
2	Актуалізація опорних знань і контроль вихідного рівня	10	Задачі, тестові завдання	Навчальна кімната
3	Структурні елементи заняття, які забезпечують досягнення дидактичної і виховної цілей. Клінічний розбір хворих. Розбір теми в кабінетах.	90	Хворі, історії хвороби, алгоритми Таблиці, схемцалгоритми	Палата, навчальна кімната
4	Підведення підсумків заняття (кінцевого рівня)	10	Задачі	Навчальна кімната
5	Домашнє завдання	5		

Інструктивно-методичні матеріали до заняття
(алгоритми діагностики та лікування за темою)

Лікарі-інтерни по 2-3 особи розподіляються для курації хворих. Після закінчення курації за участю всієї групи в палаті та в учбовій кімнаті проводиться клінічний розбір обстежуваних хворих. У процесі клінічного розбору викладач звертає увагу студентів на роль анамнестичних даних у діагностиці.

Основні симптоми нефрологічних захворювань: біль, порушення сечовиведення, зміна сечі, виділення з уретри. Детальний розбір вказаних симптомів, їх діагностичне значення. Аналіз больових відчуттів при

захворюваннях нирок, сечівника, сечового міхура, уретри, чоловічих статевих органів.

Відзначається діагностична роль змін сечі. Значення правильного розбіру 3-х склянкової проби. Аналіз сечі здорової людини та його фізіологічні коливання. Діагностичне значення гематурії, уретрорагії, гемаглобулінурія й згустки крові в сечі. Необхідність цистоскопії при гематурії. Діагностичне значення піурії та бактеріурії, дослідження секрету передміхурової залози, висів сечі й секрету простати.

Кожний інтернів під безпосереднім контролем викладача засвоює методику огляду хворого, визначення больових симптомів Пастернацького і Фронштейна, болючості у точці Гораша, пальпації нирок, сечовників, сечового міхура, передміхурової залози, зовнішніх статевих органів у чоловіків, перкуторного симптому и симптому балотування при пальпованій пухлині.

Проводиться аналіз даних анамнезу, об'єктивного и лабораторного обстежень. Симптоми розглядаються в їх взаємозв'язку. Формується клінічно обгрунтований діагноз. У процесі клінічного розбору проводиться опитування з теми заняття.

Після закінчення клінічного розбіру проводиться контроль знань студентів. Використовується тестування, рішення ситуаційних завдань. Після цього виставляється оцінка з урахуванням результатів опитування і контролю знань.

Форми та зміст поточного та підсумкового контролю

Цілі вихідного рівня:

Лікарі-інтерни повинні уміти:

1. збирати анамнез у хворих з урологічною патологією;
2. проводити фізикальний огляд;
3. інтерпретувати дані фізикального, інструментального обстеження хворих; виявляти показання до спеціальних методів дослідження

(рентгенограми, рентгенографії, радіометріїдомографії, ангиографії, МРТ, біопсії, оцінювати показники лабораторних даних (ознаки запалення, онкомаркери).

Вивчення даної теми заняття базується на знаннях, отриманих на наступних кафедрах: нормальної та патфізіології, пропедевтики внутрішніх хвороб, радіології, факультетської, госпітальної терапії, ендокринології, патанатомії).

Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня умінь.

Вивчення схеми історії хвороби урологічного хворого.

1. Курація хворих.
2. Вивчення даних історії хвороби.
3. Інтерпрувати результати біохімічних досліджень крові (електролітний склад, КЛР, гіперазотемія) для визначення стадій ГНН і ХНН;
4. Визначити показання до консервативної терапії, гемодіалізу і трансплантуванню нирок.
5. Тестування.
6. Рішення ситуаційних завдань.

Відповіді на завдання.

Інформацію, необхідну для поповнення базисних знань-умінь, можна знайти в таких джерелах:

1. Урологія. За редакцією О.Ф. Возіанова, О.В. Люлько. Дніпропетровськ, 2002.
2. Атлас-руководство по урологии. А.Ф.Возианова, А.В. Люлько. Днепрпетровск, 2002.-Т. 1,2,3.
3. Урология. Под ред. Н.А. Лопаткина. - М.: Медицина,2005.

Після засвоєння необхідних базисних знань вивчіть наступний матеріал

1. Лопаткин Н.А., Мартов А.Г. Избранные лекции по урологии.- Москва.-2008
2. Филип М. Ханно, С. Брюс Малкович, Алан Дж. Вейн. Руководство по клинической урологии. –Москва.-2006 г.

3.Ищенко Б.И. Рентгенологическое исследование органов мочевой системы.- СП-2004 г.

Вирішить декілька завдань-моделей, використовуючи діагностичні і лікувальні алгоритми.

Контроль кінцевого рівня. Завдання у вигляді задач.

Перелік навчального оснащення за розділом
« Питання нефрології»

<i>Вид оснащення</i>	<i>Найменування</i>	<i>Кількість</i>
1. Засоби унаочнення	Історії хвороби	10
	Результати лабораторних досліджень. Рентгенограми	15
		10
	Патологічні препарати.	10
2. Засоби навчання	Тести, еталони, ситуаційні завдання, учбові аналізи. Зразки нормальних аналізів крові, сечі, секрету простати при урологічних захворюваннях.	100
3. Технічні засоби навчання	комп'ютер, комплект обладнання для відтворення звуку та зображення для учбових аудиторний, Негатоскоп,	1
	катетеризаційний цистоскоп,	1
	сечовиковий катетер, оглядовий цистоскоп. .	1
4. Навчальні презентації		

Засоби - обладнання, інвентар, приладдя, макети, моделі, вироби, зразки, апаратура, плакати, таблиці, дидактичні матеріали та інші.

Засоби навчання - підручники, нормативна, довідкова та спеціальна література.

Список літератури:

1. Аляев Ю. Г., Крапивин А.А. Резекция почки при раке. - М.: Медицина, 2001.
2. Аляев Ю. Г., Григорян В.А., Султанова Е.А. Гидронефроз.- М., 2002.
3. Атлас-руководство по урологии. / Под ред. А.Ф.Возианова, А.В. Люлько.-Днепропетровск, 2008.- Т.1, 2, 3.
4. Бабуния Р. И. Компьютерная томография в клинической диагностике. М., 1995.
5. Возіанов О. Ф. Урологія. Підручник. К., "Вища школа"., 1993.
6. Возіанов А. Ф. Герминативные опухоли яичка. К., 1991.
7. Возіанов А. Ф. Пузырно и урогенитальные свищи у женщин. К. 1991.
8. Возіанов О. Ф. Сексологія і андрологія. К., "Вища школа"., 1997.
9. Веденко Б. Г. Гостра кровотеча в урології. Вінниця, 1999.
10. Веденко Б. Г. Посібник з невідкладної урології для лікарів ШМД, Вінниця, 1999.
11. Гаспарян А. М. Очерки по истории отечественной урологии. М., 1997.
12. Демидов В. А Ультразвуковая диагностика в уронефрологии. М., 1998.
13. Дзюрак В. С. Статева функція у хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози до і після простатектомії. "Збірник наукових праць співробітників КМАПО ім. П.Л.Шупика"; Вип. 7, книга 2; К., 1998.- С. 39 – 42.
14. Дзюрак В. С. Оцінка копулятивної і репродуктивної функції хворих з гострим неспецифічним епідидиміто у видаленні терміни після оперативного лікування. "Збірник наукових праць співробітників КМАПО ім. П.Л. Шупика" ; Вип.7, книга 2; К., 1998. - С.43 – 47.
15. Дзюрак В. С. Застосування цитратної суміші "Блемарен" у комплексному лікуванні сечокам'яного нефролітазу. "Урологія"., 1999.- 1. - С.29.
16. Дзюрак В. С. Частота и особенности клинического течения острого гнойного пиелонефрита. Збірник наукових праць. Вип. 11, кн. 2, Київ,

- 2002, С. 606-609.
17. Есипенко Б. Е. Физиологическое действие минеральной воды "Нафтуся". К., 1998.
 18. Жила В. В. "Неотложные состояния в урологии." Скорая и неотложная медицинская помощь", под ред. И. С. Зозули и И. С. Чекмана. К., "Здоров'я" 2002. - С. 255.
 19. Ищенко Б. И. Рентгенологическое исследование органов мочевой системы. - Санкт-Петербург. - 2004 г.
 20. Камышан И. С. Руководство по туберкулезу урогенитальных органов. – К. – Нічлава. - 2003. - 496 с.
 21. Клара С. Почка и гемостаз в норме и при патологии. М., 1987.
 22. Краснопольский В. И. Генитальные свищи. М., "Медпресс", 2001.
 23. Крикун А. С. Этиологические и патогенетические основы нефролитиаза. Краснодар., 1997.
 24. Лопаткин Н. А. Руководство по клинической урологии. Т. 1-3 М., 1998.
 25. Лопаткин Н. А. Оперативная урология. Л., 1986.
 26. Лопаткин Н.А., Мартов А.Г. Избранные лекции по урологии.- Москва.- 2008 г.
 27. Лоран О.Б., Синякова Л.А. Воспалительные заболевания органов мочевой системы. - Москва. - 2008 г.
 28. Люлько А. В. Неотложная урология и нефрология. К."Здоров'я", 1998
 29. Люлько А. В. Атлас - руководство по урологии. К., "Вища школа", 1990.
 30. Люлько А. В. Атлас операций на органах мочеполовой системы. М., 1972.
 31. Мавров И. Половые болезни. "АСТ-Пресс", К-М., 1994.
 32. Мазаник Н. А. Искусство общения с больными. М., 1991.
 33. Мазо Е.Б. Гиперактивный мочевой пузырь.-М.: РГМУ.-2003.
 34. Матвеев Б.М., Бухаркин Б.В., Матвеев В.Б. Рак предстательной железы. - М.: -1999.

35. Матвеев Б.М. Клиническая онкоурология.-М., 2003.
36. Мартов А. Г. Руководство по трансуретральной эндоскопической электрорезекции доброкачественной гиперплазии простаты. М., "ПриродаХ", 1997.
37. Наточин Ю. В. Основы физиологии почек. Л., 1982.
38. Осипов С. Неотложная урология. С.-Петербург., 1999.
39. Пак-Колоха Д. Л. Трудный диагноз в урологии. М., "Медицина" 1997.
40. Переверзев А. С. Аденома предстательной железы. К., 1998.
41. Переверзев А. С. Клиническая урогинекология. Х., "Факт", 2000.
42. Перушков А. И. Варикоцеле и некоторые вопросы мужского бесплодия. К., 2002.
43. Пасичников С.П. Урологія. Київ.- 2013.
44. Руководство по урологии. Под ред. Н.А. Лопаткина.-М.: Медицина, 1998.- Т. 1, 2, 3.
45. Русаков В. И. Хирургия мочеиспускательного канала. М., 1991.
46. Савченко Н.Е. Нехирургические методы лечения ДГПЖ, Минск, 1998.
47. Стаховський Є.О. Оперативне лікування ортостатичного уретероцеле. "Клінічна хірургія", 1996.
48. Тиктинский О.Л. Мочекаменная болезнь.-С.-Пб: Питер, 2000.- 384 с.
49. Урологія. За редакцією О.Ф. Возіанова, О.В. Люлько. Дніпропетровськ, 2002.
50. Урологія. За ред. О.Ф. Возіанова, О.В. Люлько. Дніпропетровськ, 2010.
51. Урология. Под ред. Н.А. Лопаткина.-М.: Медицина, 2005.
52. Филип М. Ханно, С. Брюс Малкович. Руководство по клинической урологии. –Москва.-2006 г.
53. Фітотерапія в урології. Навчальний посібник / Колесник Ю.М., Бачурін Г.В., Сербін А.Г. та ін. / – Запоріжжя. - 2014.