



АВТОНОМНАЯ НЕКОММЕРЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ
«ТОМСКИЙ МЕЖДУНАРОДНЫЙ ЦЕНТР
ОБУЧЕНИЯ»

УТВЕРЖДЕНО:
Директор АНО ДПО «ТМЦО»
Г. В. Никита
«09» января 2019 г.

Дополнительная профессиональная образовательная
программа повышения квалификации
«Управление»

	Должность	Фамилия	Под- пись	Дата
Разработал	Преподаватель АНО ДПО «ТМЦО»			

Томск 2019

Содержание программы

- I. Пояснительная записка
- II. Учебно-тематический план
- III. Содержание программы
- IV. Календарный учебный график
- V. Организационно-педагогические условия реализации программы
- VI. Планируемые результаты
- VII. Оценочные и методические материалы

I. Пояснительная записка

Главной целью дисциплины «Урология» является подготовка врача – специалиста, владеющего глубокими теоретическими и практическими знаниями и навыками, клиническим мышлением, деонтологическими принципами и современными научными достижениями клинической урологии, а также диагностике наиболее распространенных заболеваний, изучение врачебной тактики при этих заболеваниях и умение оказать неотложную помощь.

Задачи дисциплины:

- четкое определение заболевания, знание этиологии и патогенеза, клиники, симптоматики, принципов построения диагноза, осложнений, дифференциальной диагностики и лечения, особенностей течения данного заболевания

- освоить методики физикального, лабораторного, функционального и инструментального методов исследования; практические навыки наиболее распространенных врачебных манипуляций и операций; ведение медицинской документации; методы диспансеризации; ВТЭ и санпросветработа.

Форма обучения: заочная (очная) с использованием дистанционных технологий

Срок обучения: 144 часа.

Режим занятий: по 6 часов

Категория обучающихся: врачи, имеющие высшее профессиональное образование по специальности «Урология».

Применение дистанционных образовательных технологий

Дистанционные образовательные технологии применяются частично.

В учебном процессе с применением используются следующие организационные формы учебной деятельности:

- обзорные (установочные) лекции;
- самостоятельная работа с материалами
- самостоятельная работа с программами контроля знаний (тестами);

№ п/п	Наименование разделов и дисциплин	Все-го	В том числе		Форма кон-троля
			Лек-ции	самостоя-тельная ра-бота	
1	2	3	4	5	6
1.	Организация и обеспечение урологической службы	4	4	0	зачет
2.	Клиническая анатомия и физиология мочеполо-вых органов	6	2	4	зачет
3.	Семиотика и методы диагностики урологиче-ских заболеваний	8	4	4	зачет
4.	Общие методы консервативного лечения в уро-логии.	8	4	4	зачет
5	Аномалии мочеполовых органов	6	2	4	зачет
6.	Воспалительные заболевания	17	2	15	зачет
7.	Мочекаменная болезнь	15	3	12	зачет
8.	Фтизиоурология	4	4	0	зачет
9.	Травма мочеполовых органов	12	5	7	зачет
10.	Онкоурология	18	4	14	зачет
11.	Урогинекология	12	6	6	зачет
12.	Андрология	4	4	0	зачет
13.	Практические аспекты медицины катастроф.	4	0	4	—
14.	Основы информатики и телемедицины	4	4	0	—
15.	Проблемы ВИЧ ассоциированных инфекций и СПИДа в регионе	4	4	0	—
16.	Актуальные вопросы радиационной медицины	4	4	0	—
17.	Общеклинические проблемы онкологии	8	8	0	—
	Итоговая аттестация	6	0	6	экза-мен
	Итого:	144	64	80	

Календарный учебный график разработан в соответствии с Правилами внутреннего учебного распорядка в автономной некоммерческой организации дополнительного профессионального образования «Тюменский Межрегиональный Центр Обучения» от 11.01.2018г №51.21;

- Федеральным законом от 29 декабря 2012 г. № 273 - ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»,

-приказом Минобрнауки России от 01.07.2013г. № 499 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам»,

- приказом Минобрнауки РФ от 18.04. 2013 г. № 292 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по основным программам профессионального обучения»,

- Уставом АНО ДПО «Тюменский межрегиональный центр обучения»

Календарный учебный график учитывает в полном объеме заявки организаций, заявления от физических лиц, возрастные особенности обучаемого контингента, и отвечает требованиям охраны их жизни и здоровья в процессе обучения.

Продолжительность обучения в АНО ДПО «Тюменский межрегиональный центр обучения»:

Учебным годом в АНО ДПО «Тюменский межрегиональный центр обучения» считается календарный год с 1 января по 31 декабря.

Режим работы АНО ДПО «Тюменский межрегиональный центр обучения»:

Продолжительность рабочего времени в день- 8 часов

Продолжительность рабочего времени в предпраздничные дни - сокращены на 1 час.

Начало работы в- 9час.00 мин.

Перерыв-с 12-00 до 13-00 час.

Окончание работы в 18-00 час.

Режим рабочего дня преподавателей определяется учебной нагрузкой.

Праздничные и выходные дни- с 1-по 8 января 2018г.,

23-25 февраля 2018г., 8-9 марта 2018 г., 1и 9 мая 2018г., 11-12 июня 2018г., с 3 по 5 ноября 2018 года, 31 декабря 2018г.

Регламент образовательного процесса:

Продолжительность учебной недели 36 часов - 6 дней (понедельник-суббота),

Регламентирование образовательной деятельности на день 6-8 часов.

Учебные занятия организуются в одну смену (при необходимости в 2 смены).

Начало учебных занятий в 9.00 , окончание в 16.15 (с часовым перерывом на обед).

Продолжительность уроков (академический час): 45 мин. Перерыв между уроками-10 мин

Наполняемость групп: не более 20 человек

График организации учебных групп

№	Направление обучения	Месяцы/даты											
		январь	февраль	март	апрель	май	июнь	июль	август	сентябрь	октябрь	ноябрь	декабрь
1	«Урология»	По мере комплектации групп											

IV. Организационно-педагогические условия реализации программы.

1. Выбор методов обучения для каждого занятия определяется преподавателем в соответствии с составом и уровнем подготовленности слушателей, степенью сложности излагаемого материала.

2. Лекционные занятия проводятся с целью теоретической подготовки слушателей.

Цель лекции - дать систематизированные основы знаний по учебной теме, акцентировав внимание на наиболее сложных вопросах темы занятия. Лекция должна стимулировать активную познавательную деятельность слушателей, способствовать формированию их творческого мышления.

3. Практические занятия включают в себя - работу с историями болезни пациентов. Подготовку к занятиям. Решение предложенных ситуационных задач. Доклад истории болезни больного.

4. Для реализации программы необходимо наличие видео-аудио оборудование (экран для проектора, видеопроектор Benq, системный блок Hp, монитор Benq, мышь Oklick, клавиатура SVEN, колонки SVEN, камера Logitech), доска меловая, информационные стенды, плакаты, учебный фильм «Оказание первой помощи при несчастных случаях».

V. Планируемые результаты

По окончании курса обучающийся должен знать:

- основные положения теоретической урологии;
- особенности организации урологической помощи населению России
- основные нозологические формы урологических заболеваний, возможности их профилактики и ранней диагностики
- современные принципы лечения урологических больных

По окончании курса обучающийся должен уметь:

- организовать на современном уровне и реализовать обеспечение ухода за урологическими больными в условиях соблюдения правил асептики, хирургическую деятельность в стационаре и в поликлинике (амбулатории), в операционных и перевязочных залах, палатах и других помещениях хирургической службы, палате реанимации и интенсивной терапии;
- лично осуществлять все необходимые мероприятия по уходу за урологическими больными, работать в качестве медицинской сестры под руководством врача в урологическом стационаре;
- диагностировать основные виды урологической патологии, предусмотренные программой курса урологии, оказывать первую медицинскую помощь на месте с обеспечением (по показаниям) направления и транспортировки больного по назначению

VI. Оценочные и методические материалы.

ФОРМА ПРОВЕРКИ ЗНАНИЙ.

Проверка знаний слушателей включает текущий контроль и итоговый контроль.

Текущий контроль осуществляется преподавателями в процессе проведения занятий.

Итоговый контроль проводится в форме экзамена (теста).

Проверка знаний проводится комиссией, созданной приказом директора обучающей организации.

К экзамену допускаются лица, выполнившие все требования, предусмотренные программой.

ДОКУМЕНТЫ ОБ ОБУЧЕНИИ.

Слушателям, усвоившим все требования программы «Урология» и успешно прошедшим проверку знаний, выдается сертификат/удостоверение о повышении квалификации утвержденного образца.

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

Перечень контрольных вопросов для проведения итоговой аттестации/сертификации по дополнительной профессиональной программе курса повышения квалификации «Урология» в объеме 144 учебных часа

1. Противопоказаниями к пневморетроперитонеуму являются

1. сердечно-сосудистая недостаточность
2. артериальная гипертензия
3. острые воспалительные процессы в анальной области, пресакральной и забрюшинной клетчатке
4. варикозное расширение вен прямой кишки

2. Показанием к везикулографии является все перечисленное, кроме

1. подозрения на опухоль семенных пузырьков
2. рака предстательной железы
3. туберкулеза семенных пузырьков и предстательной железы
4. опухоли дна и шейки мочевого пузыря
5. опухоли яичка

3. При интерпретации везикулограмм следует учитывать

1. строение семенных пузырьков
2. высоту расположения семенных пузырьков
3. угол между семенными пузырьками

4. Показаниями к эпидидимографии являются

1. бесплодие
2. туберкулез придатка яичка
3. опухоль яичка

5. К осложнениям чрезкожной катетеризации аорты по Сельдингеру относятся

1. кровотечение и гематомы
2. тромбоз и эмболия артерий
3. введение контрастного вещества под интиму сосуда
4. перфорация аорты или артерий проводником или катетером, развитие артерио-венозного свища

6. К осложнениям чрезкожной катетеризации аорты по Сельдингеру относятся

1. отрыв гибкого конца проводника
2. повреждение грудного лимфатического протока
3. ранение кишечника или почки
4. спазм бедренной артерии

7. Показаниями к венокавографии являются

1. оценка состояния нижней полой вены (смещение, компрессия, тромбоз, прорастание при опухолях почек)
2. диагностика ретрокавального мочеточника
3. диагностика рака мочевого пузыря и предстательной железы
4. выяснение характера изменений в надпочечниках (опухоль, гиперплазия, метастазы)

8. Оптимальная суммарная доза 75%-ного контрастного вещества, которое может быть использовано для брюшной аортографии, составляет

1. 0.5 мл на 1 кг массы тела больного
2. 1 мл на 1 кг массы тела больного
3. 2 мл на 1 кг массы тела больного
4. 3 мл на 1 кг массы тела больного
5. 4 мл на 1 кг массы тела больного

9. При тазовой флебографии контрастное вещество преимущественно вводят

1. в бедренную вену
2. в большую подкожную вену
3. в лобковые кости
4. в глубокую и поверхностную вены полового члена
5. в подвздошные кости

10. Для подготовки больного к радиоизотопному исследованию применяется

1. очистительная клизма
2. сухоедение
3. обычный питьевой и пищевой режим
4. введение пробной дозы препарата
5. голод накануне исследования

11. При проведении ренографии наиболее удобным положением больного является

1. сидя, с расположением датчиков (детекторов) со стороны спины
2. сидя, с расположением датчиков со стороны живота
3. лежа, с расположением датчиков со стороны спины
4. лежа, с расположением датчиков со стороны живота

5. лежа, с расположением датчиков на область мочевого пузыря

12. Транспорт применяемого для ренографии ^{131}I -гиппурана происходит в основном за счет

1. клубочковой фильтрации
2. канальцевой секреции
3. перехода в экстрацеллюлярное пространство

13. Противопоказаниями для проведения ренографии являются

1. индивидуальная непереносимость йодсодержащих контрастных веществ
2. практически нет противопоказаний
3. почечная недостаточность
4. печеночная недостаточность
5. гипертиреозидизм

14. Ошибки при ренографии в основном связаны

1. с неправильной установкой детектора (датчика)
2. с положением больного при исследовании
3. с недостаточной подготовкой пациента для обследования

15. На показатели ренограмм могут влиять все перечисленные экстраренальные факторы, кроме

1. сухоедения
2. высокой лабильности нервной системы
3. подкожного введения радиофармпрепарата
4. заболевания толстого кишечника, гипертиреозидизма
5. неправильного положения датчиков

16. Радиоизотопная ренография в диагностике заболеваний органов мочевой системы является

1. скрининг-тестом
2. основным методом диагностики
3. методом динамического контроля

17. Ультразвуковые признаки рака почки

1. объемное образование округлой формы
2. объемное образование овоидной формы
3. тонкостенное объемное образование гипозоногенной структуры
4. объемное образование округлой формы солидной эхоструктуры
5. гипозоногенное объемное образование с капсулой 2-3 мм

18. При ультразвуковом сканировании почки взрослого человека определяются в виде образования овоидной формы, продольный размер которого составляет

1. 2-4 см
2. 5-6 см
3. 7-9 см
4. 10-12 см
5. 20-30 см

19. При ультразвуковом сканировании почки взрослого человека определяются в виде образования овоидной формы, поперечный размер которого составляет

1. 3.5-4.0 см
2. 4.5-6.5 см
3. 6.5-7.5 см
4. 7.5-8.5 см

20. Визуализация мочеточников при ультразвуковом сканировании возможна

1. во всех случаях
2. никогда
3. если они не расширены
4. если они содержат мочу

21. Толщина почечной паренхимы при ультразвуковом сканировании равна

1. 0.8-1.0 см
2. 1.0-1.2 см
3. 1.0-1.6 см
4. 1.8-1.9 см
5. 1.5-3.2 см

22. Визуализация правой почечной вены возможна при ультразвуковом сканировании

1. в 50% случаев
2. в 70% случаев
3. в 90% случаев
4. в 100% случаев
5. невозможна

23. Визуализация почечной вены слева возможна

1. невозможна
2. в 10-30% случаев
3. в 40-50% случаев
4. в 50-70% случаев
5. в 75-80% случаев

24. Предстательная железа при ультразвуковом сканировании определяется в виде

1. эхонегативного образования
2. эхопозитивного образования
3. не определяется

25. Средний размер семенного пузырька при ультразвуковом сканировании составляет

1. 6г2 см
2. 3.5г1.0 см
3. 2г1.5 см
4. 4г2 см
5. 5г3 см

26. Разрешающая способность ультразвуковых сканограмм позволяет выявлять апостемы на почке

1. в 10-20% случаев
2. в 20-30% случаев
3. в 30-50% случаев
4. в 100% случаев
5. не позволяет

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

1. не позволяет
2. в 10-20% случаев
3. в 20-50% случаев
4. в 50-90% случаев
5. в 100% случаев

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

1. не позволяет
2. в 10-20% случаев
3. в 20-50% случаев
4. в 50-90% случаев
5. в 100% случаев

29. Визуализация при ультразвуковом сканировании "немой" почки

1. невозможна
2. возможна в 100% случаев
3. возможна в 70% случаев
4. возможна в 50% случаев
5. возможна в 20-40% случаев

30. При гипокалиемии для внутривенного введения следует применять

1. 1% раствор хлористого калия
2. 7.5% раствор хлористого калия
3. 7.5% р-р КСl, 40 мл, растворенные в 0.5-1 л 10% р-ра глюкозы с добавлением 12 Ед. инсулина
4. 10% раствор хлористого калия
5. процентное содержание хлористого калия значения не имеет

31. Наиболее опасным осложнением при лечении диабетической комы является

1. гипокалиемия
2. гипогликемия
3. отек мозга
4. расстройство дыхания

32. К фибринолитическим средствам относятся

1. тромбопластин и авелезин
2. плазмин
3. никотиновая кислота
4. авелезин, стрептаза

33. При лечении массивной кровопотери, составляющей более 30% объема циркулирующей крови, следует отдать предпочтение

1. эритроцитарной массе
2. тромбоцитарной массе
3. лейкоцитарной массе
4. цельной крови
5. прямому переливанию крови

34. Показаниями к применению замороженной плазмы являются

1. массивная кровопотеря
2. ДВС-синдром, геморрагическая стадия
3. коагулопатии (гемофилия-А, дефицит фибриногена)

35. Синергистами ристомицина являются

1. тетрациклин
2. левомицетин
3. тетрациклин
4. полимиксин, сульфаниламиды
5. левомицетин

36. Антагонистом неомицина является

1. пенициллин
2. стрептомицин, канамицин, полимиксин

3. тетрациклин
4. эритромицин
5. сульфаниламиды

37. Препаратами, усиливающими действие канамицина, являются

1. пенициллин, тетрациклин, левомецетин
2. неомицин
3. гентамицин
4. стрептомицин
5. полимиксин

38. К антибактериальным препаратам, действующим бактерицидно, относятся

1. пенициллины, цефалоспорины
2. тетрациклины
3. Аминогликозиды

39. Наибольший эффект в лечении острого гнойного пиелонефрита гентамицином можно получить при введении его

1. внутримышечно
2. внутривенно
3. эндолимфатически
4. внутриартериально
5. по мочеточниковому катетеру в почку

40. При остром пиелонефрите наиболее правильный метод введения ампициллина

1. эндолимфатически
2. внутривенно
3. внутриартериально
4. внутримышечно
5. подкожно

МЕТОДИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ:

1. Доступ к пользованию электронной-библиотечной системы IPR BOOKS.
2. Презентации по урологии

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Глухов, Ю. Д. На вопросы отвечает уролог / Ю.Д. Глухов. - М.: Знание, 1986. - 970 с.
2. Григорьев, Н. А. Эндоурология для "чайников", или Как я это делаю / Н.А. Григорьев. - М.: Практическая медицина, 2016. - 144 с.
3. Громов, А. И. Ультразвуковое исследование предстательной железы / А.И. Громов, В.В. Капустин. - М.: ШИКО, 2014. - 240 с.
4. Дзирне, И. Х. Оперативная урология / И.Х. Дзирне. - М.: Издание журнала "Практическая Медицина" (В. С. Эттингер), 1983. - 504 с.
5. Жуков, О. Б. Диагностика эректильной дисфункции / О.Б. Жуков. - М.: Бином, 2008. - 184 с.
6. Кадыров, З. А. Лапароскопические ретроперитонеальные операции в урологии / З.А. Кадыров. - М.: Бином, 2011. - 184 с.
7. Кашенко, Е. А. Преждевременное семяизвержение. 65 способов продления полового акта / Е.А. Кашенко. - М.: Либроком, 2012. - 162 с.
8. Комхаира, Ф. Клиническая андрология / Под редакцией В.-Б. Шилла, Ф. Комхаира, Т. Харгрива. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 800 с.
9. Коршунов, М. Ю. Стрессовое недержание мочи у женщин / М.Ю. Коршунов, И.В. Кузьмин, Е.И. Сазыкина. - М.: Н-Л, 2003. - 873 с.
10. Кузьмичева, Л. Н. Интрацитоплазматическая инъекция сперматозоида в ооцит / Под ре-

- дакцией В.И. Кулакова, Л.Н. Кузьмичева, Ю.Е. Мосесовой. - М.: Медицинское информационное агентство, 2007. - 344 с.
11. Ласков, Б. И. Энурез / Б.И. Ласков, А.Я. Креймер. - М.: Медицина, 1975. - 224 с.
 12. Либерман, Л. Л. Врожденные нарушения полового развития / Л.Л. Либерман. - М.: Медицина, 2014. - 232 с.
 13. Лопаткин, Н. А. Точка отсчета - нефрон: моногр. / Н.А. Лопаткин, Т.Е. Норкина. - М.: Советская Россия, 1983. - 521 с.
 14. Марина, Захарова und Александр Неймарк Синдром хронической тазовой боли у больных абактериальным простатитом / Марина Захарова und Александр Неймарк. - М.: Palmarium Academic Publishing, 2014. - 160 с.
 15. Практическая нефрология. - М.: Здоровь'я, 1983. - 344 с.
 16. Рациональная фармакотерапия в урологии. - М.: Литтерра, 2015. - 450 с.
 17. Регистр лекарственных средств России РЛС доктор. Выпуск 14. Урология. Нефрология. Мужское здоровье. - М.: РЛС-МЕДИА, 2010. - 560 с.
 18. Рэгг, М. Предстательная железа. Болезни и их лечение: моногр. / М. Рэгг. - М.: Норинт, 2003. - 572 с.
 19. Савченко, Н. Е. Гипоспадия и ее лечение / Н.Е. Савченко. - М.: Издательство Академии наук БССР, 1975. - 264 с.
 20. Сложные и комбинированные формы недержания мочи у женщин. Этиология, патогенез, принципы диагностики. - М.: Н-Л, 2012. - 405 с.
 21. Трудный диагноз в урологии. - М.: Медицина, 1997. - 440 с.
 22. Фрейдович, А. И. Клиническая фтизиоурология / А.И. Фрейдович. - М.: Медицина, 2002. - 308 с.
 23. Цулукидзе, А. П. Хирургические заболевания мочевых и половых органов: моногр. / А.П. Цулукидзе. - М.: Государственное издательство медицинской литературы, 1985. - 392 с.
 24. Э.Жозан Физический мир мужчины. Болезни половой сферы и мочевых путей, как следствие преждевременного истощения мужчины / Э.Жозан. - М.: Издание книгопродавца М. В. Попова, 2008. - 452 с.