



Министерство здравоохранения Российской Федерации

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

"Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)

«УТВЕРЖДАЮ»

экз. № _____

И.о. проректора по учебной работе, науке и
инновационной деятельности

_____/ А.В. Силин/
«31» августа 2017

ПРОГРАММА ПРАКТИКИ

<i>Направление подготовки (код, название)</i>	31.08.68 урология
<i>Форма обучения</i>	очная

<i>Вид практики</i>	производственная (клиническая)
<i>Тип практики</i>	Обучающий симуляционный курс
<i>Способ проведения практики</i>	стационарная
<i>Объем практики (в зач.единицах)</i>	3
<i>Продолжительность производственной практики (в акад. часах)</i>	108

Санкт-Петербург – 2017

Программа практики составлена на основании Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.68 Урология утвержденного ФГОС ВО от «26» августа 2014 г. № 1111 и Положения о практике обучающихся, осваивающих основные профессиональные образовательные программы высшего образования, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 27 ноября 2015 г. № 1383

Составители программы практики:

Зав. кафедрой урологии проф. д.м.н. Комяков Борис Кириллович

Проф. д.м.н. Топузов Марлен Эскендерович

Рецензент: профессор кафедры урологии ФГБОУ ВО СПбГМУ им. И.П. Павлова МЗ России д.м.н. Амдий Р.Э.

Программа практики обсуждена на заседании кафедр(ы) Урологии
(наименование кафедры)

« 30 » августа 2017 г. протокол № 9

СОДЕРЖАНИЕ

1. Цели практики	4
2. Задачи практики	4
3. Место практики в структуре основной профессиональной образовательной программы..	4
4. Формы проведения практики.....	4
5. Время и место проведения практики	4
6. Планируемые результаты обучения при прохождении практики.....	5
7. Структура и содержание практики.....	8
8. Формы отчетности и аттестации по практике.....	9
9. Фонд оценочных средств	9
9.1. Критерии оценки	9
9.2. Оценочные средства.....	9
10. Учебно-методическое и информационное обеспечение	13
11. Материально-техническое обеспечение	14
12. Методические рекомендации по прохождению практики	14

1. Цели практики

Формирование и отработка профессиональных компетенций (умений и навыков), необходимых для оказания экстренной медицинской помощи в условиях догоспитального этапа (в объеме базового и расширенного реанимационного пособия) при жизнеугрожающих состояниях, и для выполнения диагностических и лечебных манипуляций врача-инфекциониста, в соответствии с разделом «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» приказа МЗ РФ № 541н от 23.07.2010 «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих».

2. Задачи практики

– **сформировать у обучающихся компетенции, включающие в себя способность/готовность**

– проводить диагностику и оказывать неотложную (экстренную) помощь, а также определять дальнейшую медицинскую тактику при угрожающих состояниях, определять показания и противопоказания к проведению реанимации;

– проводить обследование больного, в том числе иметь представления о правилах и методах постановки уретрального катетера, пальпации предстательной железы.

3. Место практики в структуре основной профессиональной образовательной программы

Практика относится к базовой части Блока 2 «Практики» учебного плана по специальности 31.08.68 урология.

Для прохождения практики необходимы знания, умения и навыки, формируемые дисциплинами:

- Урология

4. Формы проведения практики

Практика проводится в следующих формах:

Дискретно – путем чередования в календарном учебном графике периодов учебного времени для проведения практик с периодами учебного времени для проведения теоретических занятий.

5. Время и место проведения практики

В соответствии с учебным планом практика проводится в течение первого года обучения в ординатуре раздел «Расширенная сердечно-легочная реанимация» на базе кафедры скорой медицинской помощи по адресу пр.Солидарности, д. 4, Александровская больница, 4 этаж в манекенном классе кафедры, раздел «специальные профессиональные умения и навыки» на кафедре урологии по адресу Пискаревский пр. д.47, пав. 21, 3 этаж.

6. Планируемые результаты обучения при прохождении практики

Практика направлена на формирование у обучающихся следующих компетенций (в соответствии с ФГОС ВО)

№ п/п	Компетенции		Результаты практики		
	Код	Содержание	Знать	Уметь	Владеть
1	ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	1)основные мероприятия, направленные на укрепление здоровья, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	1)организовывать и проводить мероприятия, направленные на укрепление здоровья, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	1)основами формирования здорового образа жизни и мер первичной профилактики заболеваний человека
2	ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	1)основы организации и проведения различных методов скрининга социально значимых заболеваний 2)определять объём и последовательность исследований, обоснованно строить алгоритм обследования пациента	1)документировать диагностическую информацию, проводить описание результатов обследования с оформлением протокола исследования и заключения, квалифицированно оформлять медицинское заключение 2)давать рекомендации лечащему врачу о дальнейшем плане исследования больного	1)современными методиками проведения исследования органов и систем человеческого организма в различные возрастные периоды 2)современными методиками архивирования, передачи и хранения результатов
3	ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией	1)общие вопросы организации урологической помощи в РФ, организация работы скорой и неотложной помощи 2)анатомию, эмбриологию и топографическую анатомию мочевыделительной	1)получить информацию о заболевании 2)применить объективные методы исследования 3)выявить общие и специфические признаки урологического заболевания 4)оценивать динамику симптоматики при ведении больных с заболеваниями мочевыделительной системы 5)оценить тяжесть	1)комплексом методов стандартного урологического обследования 2)основными принципами диагностики и лечения мочекаменной болезни 3)основными принципами

		болезней и проблем, связанных со здоровьем	и мужской половой систем 3)основные вопросы нормальной и патологической физиологии мочевыделительной и мужской половой систем 4)причины возникновения патологических процессов в организме, механизмы их развития 5)клинические симптомы основных урологических заболеваний, критерии диагностики, принципы лечения и профилактики 6)основные методы параклинического обследования в урологической клинике, включая общие исследования, рентгенологические, магнитно-резонансные, радиоизотопные и ультразвуковые методы, уродинамические исследования 7)показания и противопоказания к проведению параклинического обследования урологического больного	состояния больного, в том числе определить необходимость реанимационных мероприятий 6) определить план реанимационных мероприятий 7)определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, функциональных), интерпретировать полученные данные, определить показания к госпитализации 8)провести дифференциальную диагностику основных урологических заболеваний 9)обосновать клинический диагноз, схему, план и тактику ведения больного 10)определить возможные показания/противопоказания к оперативному лечению, определить объем и метод хирургического вмешательства	диагностики и лечения эректильной дисфункции и мужского бесплодия 4)основными принципами диагностики и лечения инфекционно-воспалительных заболеваний мочевыделительной и мужской половой систем 5) основными принципами диагностики и лечения паразитарных заболеваний мочевыделительной и мужской половой систем 6) основными принципами диагностики и лечения туберкулеза мочевыделительной системы 7) основными принципами диагностики и лечения опухолей мочевыделительной и мужской половой систем 8) основными принципами диагностики и лечения аномалий развития мочевыделительной и мужской половой систем 9) основными принципами диагностики и лечения травматических поражений мочевыделительной и мужской половой систем 10)основными принципами диагностики и лечения неотложных состояний в урологии
--	--	---	--	--	---

4	ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании урологической медицинской помощи	1)общие вопросы организации урологической помощи в РФ, организация работы скорой и неотложной помощи 2)анатомию, эмбриологию и топографическую анатомию мочевого выделительной и мужской половой систем 3)основные вопросы нормальной и патологической физиологии мочевого выделительной и мужской половой систем 4)причины возникновения патологических процессов в организме, механизмы их развития 5)клинические симптомы основных урологических заболеваний, критерии диагностики, принципы лечения и профилактики 6)основные методы параклинического обследования в урологической клинике, включая общие исследования, рентгенологические, магнитно-резонансные, радиоизотопные и ультразвуковые методы, уродинамические исследования 7)показания и противопоказания к проведению параклинического обследования урологического больного	1)оценивать динамику состояния урологических больных 2)оценить тяжесть состояния больного, в том числе определить необходимость реанимационных мероприятий 3) определить план реанимационных мероприятий 4)определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, функциональных), интерпретировать полученные данные, определить показания к госпитализации 5)провести дифференциальную диагностику основных урологических заболеваний 6)обосновать клинический диагноз, схему, план и тактику ведения больного 7)дать оценку течения заболевания, предусмотреть возможные осложнения и осуществить их профилактику	1)комплексом методов стандартного урологического обследования 2)основными принципами диагностики и лечения мочекаменной болезни 3)основными принципами диагностики и лечения эректильной дисфункции и мужского бесплодия 4)основными принципами диагностики и лечения инфекционно-воспалительных заболеваний мочевого выделительной и мужской половой систем 5) основными принципами диагностики и лечения паразитарных заболеваний мочевого выделительной и мужской половой систем 6) основными принципами диагностики и лечения туберкулеза мочевого выделительной системы 7) основными принципами диагностики и лечения опухолей мочевого выделительной и мужской половой систем 8) основными принципами диагностики и лечения аномалий развития мочевого выделительной и мужской половой систем 9) основными принципами диагностики и
---	------	---	---	---	--

					лечения травматических поражений мочевыделительной и мужской половой систем 10)основными принципами диагностики и лечения неотложных состояний в урологии
5	ПК-7	готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	1)знать принципы оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	1)уметь организовать обеспечение медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	1)навыками оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации

7. Структура и содержание практики

Учебно-тематический план

№ п/п	Тема	Час.	Вид деятельности	Кол-во манипуляций
1	Расширенная сердечно-легочная реанимация	36		
1.1.	Базисная сердечно- легочная реанимация	18	Изучение современных принципов базисной сердечно-легочной реанимации. Отработка навыков базисной сердечно- легочной реанимации на манекенах. Отработка навыка использования автоматического наружного дефибриллятора	10 10
1.2.	Расширенная сердечно-легочная реанимация	18	Изучение современных принципов расширенной сердечно-легочной реанимации. Отработка навыков проведения ИВЛ с приспособлениями. Изучение принципов диагностики и лечения шока. Изучение принципов диагностики и лечения острого коронарного синдрома	10
2	Специальные профессиональные умения и навыки	72		
2.1.	Установка уретрального катетера	36	Методы установки уретрального катетера, отработка навыков установки уретрального катетера на манекене.	15

2.2.	Пальцевое ректальное исследование, пальпация предстательной железы	36	Методика пальцевого ректального исследования и пальпации предстательной железы. Отработка навыков пальпации предстательной железы на манекене.	15
------	--	----	--	----

8. Формы отчетности и аттестации по практике

Формы отчетности:

- дневник ординатора

Форма аттестации:

- промежуточная в форме зачета.

9. Фонд оценочных средств

9.1. Критерии оценки

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
1.	Тестовое задание	Система заданий, позволяющая стандартизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.	Тестовые задания	Критерии оценки вопросов теста в зависимости от типов формулируемых вопросов.
2.	Чек-лист	Средство контроля освоения профессиональных навыков, организованное как учебное занятие в виде отработки манипуляций на фантомах/манекенах.	Чек-лист	Критерии оценки в зависимости от освоения навыков

9.2. Оценочные средства

Чек-лист – смотри приложение 1

1. Ранними симптомами травматического шока является совокупность следующих признаков:

- Угнетение сознания, снижение АД до 90 мм ртст, брадикардия до 50 в 1 мин
- + Возбужденное состояние, бледные и влажные кожные покровы, положительный симптом белого пятна, тахикардия
- Снижение АД до 70 мм ртст, тахикардия, бледные и влажные кожные покровы
- Повышение АД до 130 мм ртст, акроцианоз, тахикардия

2. Шоковый индекс Альговера позволяет определить:

- Уровень угнетения сознания
- + Степень кровопотери
- Показания к применению вазопрессоров
- Показания к применению глюкокортикоидных гормонов

3. Какой препарат следует назначить пациенту с верифицированной асистолией?
- + Адреналин в дозе 1 мг внутривенно
 - Атропин в дозе 3 мг внутривенно
 - Бикарбонат натрия в дозе 2-4 мл/кг
 - Магния сульфат в дозе 1-2 г
4. Вы участвуете в проведении реанимации пострадавшего шестидесяти лет. С помощью автоматизированного дефибриллятора выполнена дефибрилляция, что необходимо делать далее?
- Провести анализ ритма
 - Оценить пульсацию на сонной артерии
 - Оценить состояние сознания
 - + Проводить непрямой массаж сердца и искусственную вентиляцию легких
5. У пациента сохраняется фибрилляция желудочков после проведения трех дефибрилляций, внутривенного введения одного мг адреналина, и четвертой дефибрилляции; установлена интубационная трубка. Какой препарат следует назначить?
- + Амiodарон внутривенно в дозе 300 мг, струйно быстро
 - Лидокаин в дозе 1 – 1,5 мг/кг внутривенно струйно быстро
 - Новокаиномид в дозе 50 мг/мин до общей дозы 17 мг/кг
 - Магния сульфат 1-2 г, 500 мл натрия хлорида 0,9% внутривенно капельно
6. Пациенту с персистирующей фибрилляцией желудочков выполнена четвертая дефибрилляция после введения 1 мг адреналина. Вы планируете вводить адреналин каждые три минуты, по какой схеме следует проводить лечение адреналином?
- Адреналин следует вводить с наращиванием дозы при каждом последующем введении: 1 мг, 3 мг, 5 мг, 7 мг
 - При неэффективности первого введения адреналина следует использовать высокие дозы препарата и вводить адреналин в дозе 0,2 мг/кг
 - + Препарат следует вводить только в дозе 1 мг
 - Препарат можно вводить только однократно
7. Вы прикрепили электроды автоматизированного дефибриллятора (ДА) 43-летнему пострадавшему, у которого отсутствует сознание, нет самостоятельного дыхания. Дефибриллятор "сообщает": "разряд не показан". Что Вы должны сделать?
- Незамедлительно выполнить еще раз анализ сердечного ритма
 - + Проводить в течение 2 мин базовую сердечно-легочную реанимацию (СЛР) и еще раз проанализировать ритм
 - Проводить только СЛР до прибытия специализированной бригады
 - Удалить электроды ДА ~ Оценить дыхание, при отсутствии нормального дыхания проводить СЛР
8. Главное в лечении электрической активности без пульса:
- Раннее проведение кардиоверсии
 - + Устранение ее причины
 - Назначение атропина
 - Прекардиальный удар
9. Какое рекомендуется соотношение непрямого массажа сердца и ИВЛ при проведении СЛР двумя спасателями. Пациент не интубирован.
- 3:1
 - 5:1

- 15:2
- + 30:2

10. После первого безуспешного дефибриллирующего разряда с использованием монофазного дефибриллятора у взрослого пациента, второй разряд должен быть:

- Проведен немедленно с энергией 300 Дж
- Проведен немедленно с энергией 360 Дж
- Проведен через 2 мин базовой сердечно-легочной реанимации(СЛР) с энергией 200 Дж
- + Проведен через 2 мин СЛР с энергией 360 Дж

11. С чего рекомендуется начинать базовую СЛР у детей?

- 2 вдоха, затем 15 компрессий непрямого массажа сердца
- + 5 вдохов, оценка пульса, затем 15 компрессий непрямого массажа сердца
- 5 вдохов, затем 30 компрессий непрямого массажа сердца
- 15 компрессий непрямого массажа сердца, затем 2 вдоха

12. Укажите препарат, назначение которого показано при лечении асистолии в качестве начальной терапии?

- Атропин
- Лидокаин
- + Адреналин
- Кордарон

13. Укажите соотношение компрессий грудной клетки и ИВЛ при проведении базовой сердечно-легочной реанимации у взрослых:

- 5:2
- 15:1
- 15:2
- + 30:2

14. Укажите, какой вид терапии в наибольшей степени увеличивает выживаемость пациентов с фибрилляцией желудочков?

- Адреналин
- + Дефибрилляция
- Кислород
- Кордарон

15. Временный гемостаз осуществляется:

- Лигированием сосуда в ране
- Наложением сосудистого шва
- + Давящей повязкой, жгутом, пальцевым прижатием
- Диатермокоагуляцией

16. У мужчины, пострадавшего в дорожно-транспортном происшествии, диагностирован закрытый перелом лодыжки и перелом пятого ребра слева. АД – 110/70 мм ртст, ЧСС – 92 в 1 мин. ЧД— 20 в 1 мин. Укажите необходимый объем инфузионной терапии

- 500 мл
- + Инфузионная терапия не требуется
- 250 мл
- 750 мл

17. Пациент с частотой ритма 30-40 импульсов в минуту предъявляет жалобы на головокружение и одышку при небольшой физической нагрузке. Какой препарат следует назначить?

- + Атропин 0,5 мг внутривенно
- Адреналин в дозе 1 мг внутривенно струйно быстро
- Аденозин в дозе 6 мг внутривенно
- Кордарон в дозе 300 мг

18. Какой из перечисленных препаратов необходимо применить в первую очередь для купирования болей в груди, связанных с острой ишемией миокарда?

- Лидокаин болюсом после продолжительной инфузии лидокаина
- + Нитроглицерин сублингвально
- Амиодарон болюсно после перорального применения ингибиторов АПФ
- Блокаторы кальциевых каналов в сочетании с внутривенным введением фуросемида

19. Пациент с жалобами на сжимающие боли за грудиной, длящиеся в течение 30 мин. В анамнезе длительное курение, диабет, контролируемый диетой. АД 110/70 мм рт.ст. пульс 90 ударов в минуту; по данным ЭКГ в 12 отведениях: ритм синусовый, 90 в мин. Назначен аспирин, подача кислорода в режиме 2 л/мин через назальную канюлю; нитроглицерин оказался неэффективен, боли сохраняются. Какой препарат вы назначите?

- Атропин 0,5 мг в/в
- Лидокаин 1-1,5 мг/кг
- + Морфина сульфат 3-5 мг в/в
- Аспирин в дозе 300 мг

20. Средство выбора в лечении полиморфной желудочковой тахикардии:

- Адреналин
- Атропин
- + Сульфат магния
- Лидокаин

21. Орофарингеальный воздуховод:

- Исключает необходимость контроля положения головы
- Имеет преимущества перед интубацией трахеи
- + Может вызвать рвоту и ларингоспазм у пациентов в сознании
- Исключает возможность обструкции верхних дыхательных путей

22. Основным критерием эффективности ИВЛ методом «рот-в-рот», «рот-в-маску» является:

- + Экскурсия грудной клетки
- Изменение цвета кожных покровов
- Восстановление сознания
- Появление самостоятельного дыхания

23. Основным критерием эффективности непрямого массажа сердца является:

- Диастолическое АД не менее 60 мм.рт.ст
- Ясные, звучные тоны при аускультации
- + Передаточная пульсация на сонных артериях
- Переломы ребер

10. Учебно-методическое и информационное обеспечение

1. Литература

Основная:

№ п/ п	Название	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	Базовая сердечно-лёгочная реанимация: учебное пособие	Моисеева, Ирина Евгеньевна	Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2013	125	
2	Алгоритмы расширенной реанимации: остановка кровообращения, острый коронарный синдром	Дубикайтис, Татьяна Александровна	Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2016	10	
3	Учебник «Урология»	Комяков Б.К.	ГЭОТАР-Медиа, 2011г.	299 + ЭБС	10
4	Урология. От симптомов к диагнозу и лечению.	Ю. Г. Аляев, Н. А. Григорьев	ГЭОТАР-Медиа, 2014	ЭБС	

Программное обеспечение:

- Справочная правовая система «Консультант Плюс»
- Пакет программ Microsoft Office Standart 2010
- ПО Statistica 10 for Windows Ru, базовая версия
- ПО Statistica 10 for Windows Ru, расширенная версия
- Система автоматизированной проверки текстов на наличие заимствований «Антиплагиат.ВУЗ»

moodle.szgmu.ru (свободное распространяющееся по лицензии *GNU GPL* веб-приложение)

Поисковые системы

<http://hippocrate.narod.ru/c> – популярная медицинская энциклопедия

<http://www.mednavigator.ru/> – поисковая система с каталогом медицинских ресурсов

<http://www.pubmedcentral.nih.gov/index.html> – архив биомедицинской литературы

<http://www.metabot.ru/> – российская метапоисковая система

<http://www.edu.ru/> – федеральный портал Российское образование

Электронные образовательные ресурсы, базы данных

<http://www.studmedlib.ru/>

<http://www.rosmedlib.ru/>

<http://www.freebooks4doctors.com/fb/english1.htm> – медицинские книги на английском языке

<http://www.freemedicaljournals.com/> – медицинские журналы

<http://rmj.ru/> – Русский медицинский журнал
<http://sci-lib.com/> – большая научная библиотека электронных книг
<http://www.euro.who.int/?language=Russian> – ВОЗ
<http://www.medliter.ru/> – медицинская литература
<http://www.cochrane.com/> – база данных по доказательной медицине

11. Материально-техническое обеспечение

Материально-техническое обеспечение дисциплины: Симуляционный класс кафедры скорой медицинской помощи по адресу пр.Солидарности, д. 4, Александровская больница, 4 этаж в манекенном классе кафедры, для отработки практических навыков по оказанию неотложной медицинской помощи в объеме первой врачебной помощи при неотложных состояниях .Манекен для проведения расширенной сердечно-легочной реанимации.

Учебная аудитория, Пискаревский пр. 47, пав.21, 3 этаж для отработки практических навыков по постановке уретрального катетера, проведения пальцевого ректального исследования, пальпации предстательной железы.

Лабораторные столы 4, стулья 25, муляж для пальпации предстательной железы - 7, муляж для катетеризации мочевого пузыря - 7.

12. Методические рекомендации по прохождению практики

Производственная (клиническая) практика в форме обучающего симуляционного курса является компонентом основной профессиональной образовательной программы ординатуры и направлена на формирование и отработку практических навыков, необходимых для самостоятельной работы врача-инфекциониста.

Проведение обучающего симуляционного курса обеспечивает приобретение и закрепление необходимых умений и навыков, формирование профессиональных компетенций, готовность к самостоятельной и индивидуальной работе, принятию ответственных решений в рамках профессиональной компетенции.

Итогом прохождения практики в форме обучающего симуляционного курса является дифференцированный зачет.

Приложение 1

Чек – лист выполнения манипуляций по программе Обучающего Симуляционного Курса (ОСК) по специальности 31.08.68 - урология (ординатура) Трудоемкость: 2/72 (ЗЕ/акад.час.).

ФИО ординатора

№ п/п	Вид деятел ьности	Тема	компе тенци и	Часы	манипуляция	Выполнено (+) / не выполнено (-)	Преподава тель
	диагностическая	Ректальное пальцевое исследование. Муляж для пальпации предстательной железы	ПК-1 ПК-2	36	Определение нормальной предстательной железы при пальпации		
					Определение гиперплазии предстательной железы при пальпации		
					Определение новообразования предстательной железы при пальпации		
	лечебная	Установка уретрального катетера. Муляж для отработки навыков установки уретрального катетера.	ПК-1 ПК-2	36	Проведение катетеризации мочевого пузыря		
		ИТОГО		72			



Министерство здравоохранения Российской Федерации

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования**

**"Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова"
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

(ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)

«УТВЕРЖДАЮ»

экз. № _____

И.о. проректора по учебной работе, науке и
инновационной деятельности

_____/ А.В. Силин/
«31» августа 2017

ПРОГРАММА ПРАКТИКИ

<i>Направление подготовки (код, название)</i>	31.08.68 урология
<i>Форма обучения</i>	очная

<i>Вид практики</i>	производственная (клиническая)
<i>Тип практики</i>	Базовая часть
<i>Способ проведения практики</i>	Стационарная, выездная
<i>Объем практики (в зач.единицах)</i>	57
<i>Продолжительность производственной практики (в акад. часах)</i>	2052

Санкт-Петербург – 2017

Программа практики составлена на основании Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.68 Урология утвержденного ФГОС ВО от «26» августа 2014 г. № 1111 и Положения о практике обучающихся, осваивающих основные профессиональные образовательные программы высшего образования, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 27 ноября 2015 г. № 1383

Составители программы практики:

Зав. кафедрой урологии проф. д.м.н. Комяков Борис Кириллович

Проф. д.м.н. Топузов Марлен Эскендерович

Рецензент: профессор кафедры урологии ФГБОУ ВО СПбГМУ им. И.П. Павлова МЗ России д.м.н. Амдий Р.Э.

Программа практики обсуждена на заседании кафедр(ы) Урологии
(наименование кафедры)

« 30 » августа 2017 г. протокол № 9

СОДЕРЖАНИЕ

<u>1. Цели практики</u>	4
<u>2. Задачи практики</u>	4
<u>3. Место практики в структуре основной профессиональной образовательной программы</u> ..	4
<u>4. Формы проведения практики</u>	4
<u>5. Время и место проведения практики</u>	4
<u>6. Планируемые результаты обучения при прохождении практики</u>	5
<u>7. Структура и содержание практики</u>	8
<u>8. Формы отчетности и аттестации по практике</u>	9
<u>9. Фонд оценочных средств</u>	9
<u>9.1. Критерии оценки</u>	9
<u>9.2. Оценочные средства</u>	9
<u>10. Учебно-методическое и информационное обеспечение</u>	13
<u>11. Материально-техническое обеспечение</u>	14
<u>12. Методические рекомендации по прохождению практики</u>	14

1. Цели практики

Формирование умений и навыков, необходимых для самостоятельной работы врача-уролога. Закрепление теоретических знаний по Урологии, развитие практических умений и навыков, полученных в процессе обучения в ординатуре, формирование профессиональных компетенций врача-уролога, приобретение опыта в решении реальных профессиональных задач.

2. Задачи практики

Задачи первого года обучения: сформировать у обучающихся компетенции, включающие в себя способность/готовность:

- Изучить организацию урологического стационара и поликлиники.
- Изучить все виды медицинской документации
- Изучить экономические вопросы урологической службы, возможности страховой медицины.
- Научиться квалифицированно собрать анамнез заболевания.
- Оценить современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных
- Научиться определять показания к госпитализации.
- Правильно поставить диагноз и определить тактику лечения больного.
- Освоить выполнение диагностических и лечебных процедур при оказании медицинской помощи в плановом и неотложном состоянии у больных с урологическими заболеваниями.
- Дежурство на урологическом отделении с отчетом на утренней конференции.

Задачи второго года обучения: сформировать у обучающихся компетенции, включающие в себя способность/готовность:

- Курация больных с различными заболеваниями мочеполовой системы.
- Участие в проведении различных видов исследования курируемого больного.
- Умение правильно собрать анамнез заболевания и поставить диагноз.
- Обоснование плана лечения больного.
- Выявления показаний и противопоказаний к операции.
- Правильно выбрать вид обезболивания.
- Активное участие в операции в качестве 1-2 ассистента.
- Освоить умение квалифицированно лечить больных в послеоперационном периоде.
- Знать основы организации здравоохранения, основы доказательной медицины.
- Участие в семинарских занятиях и заседаниях Санкт-Петербургского общества урологов им. С.П. Федорова
- Проведение отчетов по выполнению индивидуальных планов.

3. Место практики в структуре основной профессиональной образовательной программы

Практика относится к базовой части Блока 2 «Практики» учебного плана по специальности 31.08.68 урология

4. Формы проведения практики

Практика проводится дискретно – путем чередования в календарном учебном графике периодов учебного времени для проведения практик с периодами учебного времени для проведения теоретических занятий.

5. Время и место проведения практики

В соответствии с учебным планом практика проводится 1-2 курсах

СПБ ГУЗ «Александровская больница»

СПб ГБУЗ «Городская многопрофильная больница № 2»

СПб ГУЗ «Клинически больница святителя Луки», СПб, ул. Чугунная, д.46

Медико-санитарная часть № 70 – СПб ГУП «Пассажиравтотранс»

ФГБОУ ВПО СЗГМУ им. И. И. Мечникова (клиника имени Петра Великого)

6. Планируемые результаты обучения при прохождении практики

Практика направлена на формирование у обучающихся следующих компетенций (в соответствии с ФГОС ВО)

№ п/п	Компетенции		Результаты практики		
	Код	Содержание	Знать	Уметь	Владеть
1	ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	1)основные мероприятия, направленные на укрепление здоровья, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	1)организовывать и проводить мероприятия, направленные на укрепление здоровья, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	1)основами формирования здорового образа жизни и мер первичной профилактики заболеваний человека
2	ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров,	1)основы организации и проведения различных методов скрининга	1)документировать диагностическую информацию, проводить описание результатов обследования с	1)современными методиками проведения исследования органов и систем

		диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	социально значимых заболеваний 2)определять объём и последовательность исследований, обоснованно строить алгоритм обследования пациента	оформлением протокола исследования и заключения, квалифицированно оформлять медицинское заключение 2)давать рекомендации лечащему врачу о дальнейшем плане исследования больного	человеческого организма в различные возрастные периоды 2)современными методиками архивирования, передачи и хранения результатов
3	ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	1)общие вопросы организации урологической помощи в РФ, организация работы скорой и неотложной помощи 2)анатомию, эмбриологию и топографическую анатомию мочевого выделительной и мужской половой систем 3)основные вопросы нормальной и патологической физиологии мочевого выделительной и мужской половой систем 4)причины возникновения патологических процессов в организме, механизмы их развития 5)клинические симптомы основных урологических заболеваний, критерии диагностики, принципы лечения и профилактики 6)основные методы параклинического обследования в урологической клинике, включая общие исследования, рентгенологические, магнитно-	1)получить информацию о заболевании 2)применить объективные методы исследования 3)выявить общие и специфические признаки урологического заболевания 4)оценивать динамику симптоматики при ведении больных с заболеваниями мочевого выделительной системы 5)оценить тяжесть состояния больного, в том числе определить необходимость реанимационных мероприятий 6) определить план реанимационных мероприятий 7)определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, функциональных), интерпретировать полученные данные, определить показания к госпитализации 8)провести дифференциальную диагностику основных урологических заболеваний 9)обосновать клинический диагноз, схему, план и тактику ведения больного 10)определить возможные показания/противопоказания к оперативному лечению, определить объём и метод хирургического вмешательства	1)комплексом методов стандартного урологического обследования 2)основными принципами диагностики и лечения мочекаменной болезни 3)основными принципами диагностики и лечения эректильной дисфункции и мужского бесплодия 4)основными принципами диагностики и лечения инфекционно-воспалительных заболеваний мочевого выделительной и мужской половой систем 5) основными принципами диагностики и лечения паразитарных заболеваний мочевого выделительной и мужской половой систем 6) основными принципами диагностики и лечения туберкулеза мочевого выделительной системы 7) основными

			резонансные, радиоизотопные и ультразвуковые методы, уродинамические исследования 7)показания и противопоказания к проведению параклинического обследования урологического больного		принципами диагностики и лечения опухолей мочевого пузыря и мужской половой систем 8) основными принципами диагностики и лечения аномалий развития мочевого пузыря и мужской половой систем 9) основными принципами диагностики и лечения травматических поражений мочевого пузыря и мужской половой систем 10)основными принципами диагностики и лечения неотложных состояний в урологии
4	ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании урологической медицинской помощи	1)общие вопросы организации урологической помощи в РФ, организация работы скорой и неотложной помощи 2)анатомию, эмбриологию и топографическую анатомию мочевого пузыря и мужской половой систем 3)основные вопросы нормальной и патологической физиологии мочевого пузыря и мужской половой систем 4)причины возникновения патологических процессов в организме,	1)оценивать динамику состояния урологических больных 2)оценить тяжесть состояния больного, в том числе определить необходимость реанимационных мероприятий 3) определить план реанимационных мероприятий 4)определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, функциональных), интерпретировать полученные данные, определить показания к госпитализации 5)провести дифференциальную диагностику основных урологических заболеваний 6)обосновать клинический	1)комплексом методов стандартного урологического обследования 2)основными принципами диагностики и лечения мочекаменной болезни 3)основными принципами диагностики и лечения эректильной дисфункции и мужского бесплодия 4)основными принципами диагностики и лечения инфекционно-воспалительных заболеваний мочевого пузыря

			механизмы их развития 5)клинические симптомы основных урологических заболеваний, критерии диагностики, принципы лечения и профилактики 6)основные методы параклинического обследования в урологической клинике, включая общие исследования, рентгенологические, магнитно-резонансные, радиоизотопные и ультразвуковые методы, уродинамические исследования 7)показания и противопоказания к проведению параклинического обследования урологического больного	диагноз, схему, план и тактику ведения больного 7)дать оценку течения заболевания, предусмотреть возможные осложнения и осуществить их профилактику	и мужской половой систем 5) основными принципами диагностики и лечения паразитарных заболеваний мочевыделительной и мужской половой систем 6) основными принципами диагностики и лечения туберкулеза мочевыделительной системы 7) основными принципами диагностики и лечения опухолей мочевыделительной и мужской половой систем 8) основными принципами диагностики и лечения аномалий развития мочевыделительной и мужской половой систем 9) основными принципами диагностики и лечения травматических поражений мочевыделительной и мужской половой систем 10)основными принципами диагностики и лечения неотложных состояний в урологии
5	ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других	1)возможности физиотерапии и ЛФК, показания и противопоказания к физиотерапии и ЛФК, санаторно-курортному лечению	1)определить программу реабилитационных мероприятий 2)решить вопрос о трудоспособности больного 3)применять в повседневной работе достижения информационных	1)основными принципами реабилитации больных, перенесших оперативное лечение по поводу различных

		методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	2)основы рационального питания и принципы диетотерапии в урологической клинике	технологий и статистические методы	заболеваний органов мочевыделительной и мужской половой систем
6	ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	1)принципы формирования у населения пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	1)формировать у населения пациентов и членов их семей мотивацию, направленную на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	1)владеть принципами формирования у населения пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих
7	ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	1)законодательство РФ 2)Локальные номенклатурные акты учреждения 3)принципы организации урологической помощи населению РФ	1)организовать работу урологического отделения и смежных специалистов	1)применением законов и положений в сфере организации урологической помощи
8	ПК-11	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	1)законодательство РФ 2)Локальные номенклатурные акты учреждения 3)принципы организации урологической помощи населению РФ	1)оценивать качество медицинской помощи	1)применением законов и положений в сфере организации урологической помощи и медицинской статистики в отделениях урологического профиля

7. Структура и содержание практики

Учебно-тематический план

№ п/п	Тема	Час.	Вид деятельности	Кол-во манипуляций
1	Заболевание почек и мочевыводящих путей	438	Участие в клинических разборах, разбор историй болезни, самостоятельный анализ лабораторных и инструментальных исследований.	120
2	Заболевания предстательной	392	Участие в клинических разборах, разбор историй болезни, самостоятельный анализ	120

	железы		лабораторных и инструментальных исследований.	
3	Заболевания наружных половых органов	406	Участие в клинических разборах, разбор историй болезни, самостоятельный анализ лабораторных и инструментальных исследований.	120
4	Онкоурология	384	Участие в клинических разборах, разбор историй болезни, самостоятельный анализ лабораторных и инструментальных исследований.	100
5	Клинико-диагностическое поликлиническое отделение	432	Участие в клинических разборах, разбор историй болезни, самостоятельный анализ лабораторных и инструментальных исследований.	120

8. Формы отчетности и аттестации по практике

Формы отчетности:

- дневник ординатора

Форма аттестации:

- промежуточная в форме зачета

9. Фонд оценочных средств

9.1. Критерии оценки

п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
	Собеседование	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.	Вопросы по урологии	Полнота раскрытия темы; Знание основных понятий в рамках обсуждаемого вопроса, их взаимосвязей между собой и с другими вопросами дисциплины (модуля); Знание основных методов изучения определенного вопроса; Знание основных практических проблем и следствий в рамках обсуждаемого вопроса; Наличие представления о перспективных направлениях разработки рассматриваемого вопроса
	Ситуационные	Проблемная задача на	Набор	грамотность

п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
	задачи	основе реальной профессионально-ориентированной ситуации, имеющая варианты решений. Позволяет оценить умение применить знания и аргументированный выбор варианта решения	ситуационных задач по урологии	определения содержащейся в задаче проблемы; корректность оперирования профессиональной терминологией при анализе и решении задачи; адекватность применяемого способа решения ситуационной задачи
	Тестовое задание	Система заданий, позволяющая стандартизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.	Фонд тестовых заданий по урологии	Критерии оценки вопросов теста в зависимости от типов формулируемых вопросов.

9.2. Оценочные средства

Включаются все оценочные средства, используемые при текущем контроле и промежуточной аттестации

Контрольные вопросы:

Диагностика и клиника мочекаменной болезни.

1. Диагностика и клиника мочекаменной болезни.
2. Урофлоуметрия. Методика, расшифровка урофлоуограмм.
3. Хронический пиелонефрит. Лечение, исходы, прогноз, профилактика.
4. Рентгеновские методы диагностики мочекаменной болезни.
5. Динамическая кавернозография. Показания, методика, осложнения.
6. Хронические циститы. Классификация, клиника, дифференциальная диагностика.
7. Ультразвуковая доплерография сосудов полового члена. Показания, методика, оценка результатов.
8. Методы обследования больных с недержанием мочи.
9. Уретероскопия. Показания, методика выполнения, профилактика осложнений
10. Электромиография бульбокавернозного рефлекса. Методика, оценка результатов.
11. Клиника и диагностика эректильной дисфункции.
12. Аномалии яичка. Классификация, диагностика, лечение.
13. Аномалии почек. Классификация, диагностика, лечение.
14. Уретроскопия. Показания, методика выполнения, профилактика осложнений
15. Бесплодие у мужчин. Этиология, патогенез, классификация, методы диагностики.
16. Особенности урологической помощи в поликлиниках и стационарах.
17. Консервативное секреторного бесплодия у мужчин.
18. Цистоскопия. Показания, методика, оценка результатов..
19. Физиотерапия при лечении эректильной дисфункции. Показания, противопоказания.
20. Эфферентные методы бесплодия у мужчин.

21. Термотерапия при ДГПЖ. Показания, методика.
22. Динамическая кавернозография. Показания, методика, осложнения.
23. Динамическая кавернозография. Расшифровка результатов исследования.
24. Спермограмма. Расшифровка основных показателей.
25. Рентгенологические методы диагностики аномалий развития почек. Расшифровка рентгенограмм.
26. Компьютерная томография в дифференциальной диагностике гидронефроза.
27. Принципы диспансеризации урологических больных.
28. Рентгенодиагностика стриктур уретры. Расшифровка уретрограмм.
29. Туберкулёз придатка яичка. Патогенез, клиника, диагностика и лечение
30. Приапизм. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
31. Острый цистит. Клиника, диагностика, лечение.
32. Эписпадия. Клиника, диагностика, хирургическое лечение.
33. Варикоцеле. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
34. Острый пиелонефрит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
35. Гипоспадия. Клиника, диагностика, хирургическое лечение.
36. Экстрофия мочевого пузыря. Клиника, диагностика, хирургическое лечение.
37. Хронический пиелонефрит. Классификация, клиника, диагностика и осложнения.
38. ДГПЖ. Этиология, патогенез, клиника, диагностика.
39. Диагностика и лечение опухолей почек.
40. Травмы почек. Этиология, патогенез, классификация, клиника травм и их осложнений, диагностика.
41. Болезнь Пейрони. Этиология, диагностика, консервативное лечение.
42. Травмы мочеточников. Классификация, клиническая симптоматика травм и осложнений
43. Неспецифические уретриты. Этиология, патогенез, дифференциальная диагностика и лечение.
44. Травмы мочеточников. Лечение, прогноз и экспертиза нетрудоспособности.
45. Интерстициальный цистит. Особенности клиники. Диагностика, методы лечения.
46. Методы реконструктивной пластики полового члена при его утрате.
47. Аномалии полового члена. Диагностика, лечение.
48. Воспалительные заболевания яичка и придатка. Особенности клиники. Методы консервативного и оперативного лечения.
49. Баланопостит. Кавернит. Клиника, диагностика, лечение.
50. Гидронефроз. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
51. Нефроптоз. Клиника, диагностика, методы лечения
52. Рак предстательной железы. Этиология, патогенез, клиника, диагностика
53. Опухоли мочевого пузыря. Радикальные операции, доступы, виды цистэктомий.
54. Протяжённые стриктуры мочеточника. Причины, симптоматика, диагностика.
55. Опухоли полового члена. Этиология, патогенез, клиника, комбинированное и хирургическое лечение
56. Опухоли яичка. Этиопатогенез, клиника, хирургическое лечение.
57. Гидронефроз и беременность. Тактика ведения, методы лечения.
58. Стриктуры уретры. Классификация, клиника, методы уретропластики.
59. Хроническая почечная недостаточность урологических больных. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
60. Бактериотоксический шок. Этиопатогенез, клиника, лечение.
61. Ранние и поздние осложнения после аденомэктомии

62. Оперативные и эндоскопические методы лечения мочекаменной болезни
63. Контактная и дистанционная литотрипсия при мочекаменной болезни.
64. Особенности туберкулёза почек и мочевых путей.
65. Осложнения туберкулёза почек и мочевых путей.
66. Осложнения острого пиелонефрита. Консервативное и хирургическое лечение.
67. Лечение туберкулёза почек и мочевых путей.
68. Особенности клиники и диагностики туберкулёза мужских половых органов.
69. Бужирование уретры. Показания, методика, осложнения.
70. ДГПЖ. Методы консервативного лечения.
71. Травмы полового члена. Неотложная помощь.
72. ДГПЖ. Хирургическое лечение, осложнения и их профилактика.
73. Хирургическое лечение опухолей почек. Органосохраняющие и радикальные операции.
74. Клинические особенности течения пиелонефрита у беременных.
75. Травмы почек. Консервативное и оперативное лечение.
76. Консервативное лечение эректильной дисфункции.
77. Методы реконструктивной пластики полового члена при его утрате.
78. Травмы Трансуретральная резекция (ТУР) ДГПЖ. Показания, методика, профилактика осложнений мочевого пузыря. Этиология, классификация, клиника, диагностика
79. Хирургическое лечение травм мочевого пузыря.
80. Клинические особенности течения мочекаменной болезни у беременных.
81. Установка почечного стента. Показания, профилактика осложнений.
82. Методы хирургического лечения гидронефроза.
83. Цистоскопия. Показания, методика, оценка результатов.
84. Диагностика и лечение травм уретры.
85. Хирургическое лечение экскреторного бесплодия у мужчин
86. Ятрогенные повреждения мочеточников и мочевого пузыря в акушерско-гинекологической практике. Методы хирургического лечения.
87. Хирургическое лечение васкулогенной эректильной дисфункции.
88. Консервативное лечение рака предстательной железы.
89. Цистоскопия. Показания, методика, оценка результатов.
90. Имплантационная хирургия эректильной дисфункции. Показания, профилактика осложнений.
91. Хирургическое лечение рака предстательной железы. Виды осложнений и их лечение.
92. Цисталгия. Классификация, диагностика, лечение.
93. Методы хирургической коррекции девиации полового члена.
94. Мочеполовые свищи. Методы хирургического лечения.
95. Гиперактивный мочевой пузырь. Диагностика и лечение.
96. Опухоли мочевого пузыря. Этиология, патогенез, классификация.
97. Реконструктивная хирургия мочеточника различными отделами желудочно-кишечного тракта.
98. Опухоли мочевого пузыря. Клиника, диагностика, принципы лечения.
99. Восстановление протяженных дефектов мочеточника неизменёнными отделами мочевыводящих путей.
100. Хирургическое лечение рака мочевого пузыря. Методы деривации мочи после цистэктомий.
101. Фармакотерапия эректильной дисфункции.
102. Опухоли мочевого пузыря. Консервативное лечение (внутрипузырная иммунотерапия, фотодинамическая терапия).

103. Особенности эндовидеохирургических операций у уроандрологических больных.
104. Лечение мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря.
105. Эндоскопические методы лечения стриктур уретры.
106. Иммунологическое бесплодие. Эфферентные методы лечения.
107. Осложнения острого пиелонефрита. Консервативное и хирургическое лечение.
108. Тактика ведения беременных с гидронефрозом.
109. Лечение поверхностного рака мочевого пузыря.
110. Принципы антибактериальной терапии воспалительных заболеваний почек.
111. Эндоскопическая уретеролитотрипсия. Показания, методика, осложнения
112. Трансуретральная резекция при лечении рака мочевого пузыря.
113. Консервативное лечение и профилактика уролитиаза.
114. Диета при оксалатном, фосфатном, уратном и смешанном уролитиазе.
115. Особенности физиотерапии урологических больных.
116. Физиотерапия при лечении эректильной дисфункции. Показания, противопоказания.

Тестовые задания

Код	Текст названия трудовой функции/ вопроса задания/ вариантов ответа
001	ПОЧЕЧНАЯ КОЛИКА — СИМПТОМОКОМПЛЕКС, КОТОРЫЙ ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ
А	камнях почек и мочеточников
Б	кисте почки
В	ренальной гипертензии
Г	поликистозе почек
002	ПОВЕДЕНИЕ БОЛЬНОГО ПРИ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКЕ
А	беспрерывно меняет положение тела
Б	лежа на боку
В	вынужденное положение сидя на стуле
Г	вертикальное положение
003	ТИПИЧНАЯ ИРРАДИАЦИЯ БОЛЕЙ ПРИ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКЕ
А	в паховую область, бедро, половые органы
Б	в плечо, лопатку
В	в мечевидный отросток грудины
Г	в эпигастральную область
004	НАЗОВИТЕ РЕДКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ
А	бактериотоксический шок
Б	простатит
В	варикоцеле
Г	уретероцеле
005	ПРИ КАКОМ СИМПТОМОКОМПЛЕКСЕ ПУЛЬС НЕ БЫВАЕТ УЧАЩЕННЫМ, ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ВАЖНЫМ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ?
А	почечная колика
Б	перитонит
В	апостематозный пиелонефрит
Г	острый холецистит
006	КАКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОЖЕТ ПОДТВЕРДИТЬ ИЛИ ИСКЛЮЧИТЬ НАЛИЧИЕ

	ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ С ОСТРЫМИ ХИРУРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ
А	хромоцистоскопия
Б	урофлоуметрия
В	венотестикулография
Г	компьютерная томография почек
007	КАКОЙ ВИД НОВОКАИНОВОЙ БЛОКАДЫ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ С ОСТРЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ?
А	блокада семенного канатика или круглой связки матки
Б	пресакральная
В	хлорэтиловая
Г	пред пузырная
008	С ПОМОЩЬЮ КАКОЙ ПРОБЫ МОЖНО ПОЛУЧИТЬ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ЛОКАЛИЗАЦИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В МОЧЕВОЙ СИСТЕМЕ?
А	двухстаканная проба мочи
Б	проба Реберга
В	проба Каковского—Аддиса
Г	проба Нечипоренко
009	НАЗОВИТЕ САМЫЙ РАСПРОСТРАНЕННЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА
А	микционная цистография
Б	экскреторная урография
В	уретрография
Г	цистоскопия
010	С ПОМОЩЬЮ КАКОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ МОЖНО ПРОИЗВОДИТЬ ЭНДОУРЕТРАЛЬНО ЛЕЧЕБНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ?
А	уретроскопия
Б	цистоскопия
В	урофлоуметри
Г	уретероскопия
011	КАК НАЗЫВАЕТСЯ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ, С ПОМОЩЬЮ КОТОРОГО МОЖНО ПРОИЗВЕСТИ ВИЗУАЛЬНЫЙ ОСМОТР ЛОХАНКИ И ЧАШЕЧЕК?
А	пиелоскопия
Б	уретроскопия
В	цистоскопия
Г	эхография
012	Пиелонефрит является заболеванием
А	инфекционно-воспалительным
Б	наследственным
В	аллергическим
Г	сосудистым
013	ОСНОВНОЙ (ВЕДУЩИЙ) МИКРОБНЫЙ ВОЗБУДИТЕЛЬ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ
А	кишечная палочка

Б	клебсиелла
В	синегнойная палочка
Г	стафилококк
014	С КАКИХ ЦИФР СНИЖЕНИЯ УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ МОЖНО ДУМАТЬ О НАЧАЛЕ СЕПТИЧЕСКОГО ШОКА?
А	90-80 мм рт. ст.
Б	80 — 70 мм рт. ст.
В	70 — 60 мм рт. ст.
Г	100 — 90 мм рт. ст.
015	В КАКОМ ВОЗРАСТЕ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПИЕЛОНЕФРИТ У ЖЕНЩИН?
А	молодом
Б	пожилом
В	старческом
Г	в детском
016	ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЙ ФАКТОР ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕВОЧЕК
А	вульвовагиниты
Б	переохлаждение
В	гипо- и авитаминоз
Г	несоблюдение туалета наружных половых органов
017	ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЙ ФАКТОР ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА
А	снижение иммунореактивности организма
Б	травма
В	нарушение пассажа мочи
Г	нефропатии
018	ПУТЬ ИНФИЦИРОВАНИЯ ПОЧКИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ (НЕОБСТРУКТИВНОМ) ПИЕЛОНЕФРИТЕ
А	гематогенный
Б	лимфогенный
В	по стенке мочеточника
Г	по просвету мочеточника
019	ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЙ ФАКТОР ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВТОРИЧНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА
А	нарушение оттока мочи
Б	переохлаждение
В	инфекция
Г	нарушение лимфооттока
020	ЧАСТЫЙ ВОЗБУДИТЕЛЬ ГЕМАТОГЕННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА
А	стафилококк
Б	стрептококк
В	синегнойная палочка
Г	протей
021	РАННИЙ ЛАБОРАТОРНЫЙ СИМПТОМ, УКАЗЫВАЮЩИЙ НА СЕРОЗНУЮ ФАЗУ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В ПОЧКАХ

А	бактериурия
Б	цилиндрурия
В	альбуминурия
Г	лейкоцитурия
022	ЛАБОРАТОРНЫЙ ПРИЗНАК, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙ ГНОЙНУЮ ФАЗУ ВОСПАЛЕНИЯ В ПОЧКЕ
А	лейкоцитурия
Б	эритроцитурия
В	кристаллурия
Г	бактериурия
023	КАКОЕ МЕСТО ПО ЧАСТОТЕ ЗАНИМАЕТ ПИЕЛОНЕФРИТ СРЕДИ ПОЧЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
А	первое
Б	второе
В	третье
Г	четвертое
024	КАКАЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ОСОБЕННОСТЬ ПРЕДОПРЕДЕЛЯЕТ КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ВТОРИЧНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА?
А	лоханочно-почечные рефлюксы
Б	нарушение лимфооттока
В	венозный застой
Г	вирулентность микробной флоры
025	ПРОЯВЛЕНИЕМ КАКОГО ПРОЦЕССА ЯВЛЯЕТСЯ ОЗНОБ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ?
А	прорыва бактерий в кровеносное русло
Б	инфицирования мочевых путей
В	лихорадки
Г	нарушения оттока мочи
026	ЧТО ИГРАЕТ ОСНОВНУЮ РОЛЬ В РАСПРОСТРАНЕНИИ ИНФЕКЦИИ ПРИ УРИНОГЕННОМ (ВОСХОДЯЩЕМ) ПИЕЛОНЕФРИТЕ?
А	пузырно-мочеточниковый рефлюкс
Б	расстройство кровообращения
В	гипотония мочевых путей
Г	нарушение иннервации
027	ОСТРЫЙ ПЕРВИЧНЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОСЛОЖНЯЕТСЯ
А	апостематозным нефритом
Б	сморщенной почкой
В	артериальной гипертензией
Г	пионефрозом
028	ПИЕЛОНЕФРИТ БЕРЕМЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ ЧАСТО СЛЕДСТВИЕМ
А	латентно протекающей хронической инфекции
Б	впервые возникшего острого процесса
В	эндогенных очагов инфекции

Г	воспалительного процесса в гениталиях
029	МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АПОСТЕМАТОЗНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕНЫ
А	в корковом слое
Б	в мозговом слое
В	в чашках
Г	в лоханке
030	В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО СЕРОЗНОГО И ГНОЙНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ
А	экскурсионная внутривенная урография
Б	обзорный снимок мочевых путей
В	клиническая картина
Г	ультразвуковое исследование почек
031	КАКИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ
А	пенициллины
Б	тетрациклины
В	аминогликозиды
Г	цефалоспорины
032	ПИЕЛОНЕФРОСТОМИЧЕСКИЙ ДРЕНАЖ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У БЕРЕМЕННЫХ УДАЛЯЕТСЯ ПОСЛЕ РОДОВ ЧЕРЕЗ?
А	1 мес
Б	2 — 23 дня
В	1 нед
Г	2 нед
033	ПРИ НЕКРОЗЕ ПОЧЕЧНЫХ СОСОЧКОВ ЧАСТЫМ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ
А	макрогематурия
Б	лейкоцитурия
В	бактериурия
Г	цилиндрурия
034	КАКОЙ ПАРАНЕФРИТ ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ ВСТРЕЧАЕТСЯ ЧАЩЕ?
А	задний
Б	нижний
В	верхний
Г	боковой
035	ПРИ КАКОЙ ФОРМЕ ПИЕЛОНЕФРИТА МАССА ПОЧКИ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ?
А	при ксантогранулематозном
Б	при первичном
В	при вторичном
Г	при эмфизематозном
036	В КАКОЙ СТАДИИ ПИЕЛОНЕФРИТА МАССА ПОЧКИ УМЕНЬШАЕТСЯ?

А	при сморщенной почке
Б	при остром серозном воспалении
В	при карбункуле почки
Г	при жировом перерождении почки
037	В КАКИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫЙ РЕФЛЮКС?
А	дети
Б	подростки
В	молодые люди
Г	средний возраст
038	ЧЕРЕЗ КАКОЙ ТРЕУГОЛЬНИК ГНОЙ ИЗ ПАРАНЕФРАЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА МОЖЕТ ПРОРВАТЬСЯ В ПЛЕВРАЛЬНУЮ ПОЛОСТЬ?
А	Богдалека
Б	Льето
В	Пти
Г	Лесгафта—Грюнфельда
039	БАКТЕРИЕМИЧЕСКИЙ ШОК ЯВЛЯЕТСЯ
А	острой формой течения уросепсиса
Б	острой формой с 2—3 атаками
В	острой формой и последующим затяжным течением
Г	подострой формой
040	ОСОБУЮ ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ ЦЕННОСТЬ ПРИ НЕКРОЗЕ ПОЧЕЧНЫХ СОСОЧКОВ ИМЕЕТ
А	ретроградная пиелография
Б	обзорная рентгенография мочевых путей
В	экскреторная урография
Г	ультразвуковое исследование
041	С ПОМОЩЬЮ КАКОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ НАЛИЧИЕ ГАЗА В КИШЕЧНИКЕ МОЖНО ОТДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОТ ГАЗА В ОКОЛОПОЧЕЧНОЙ КЛЕТЧАТКЕ?
А	компьютерная томография
Б	экскреторная урография
В	обзорный снимок почек
Г	ультразвуковое исследование почек
042	ДЛЯ КАКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ПИЕЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРЕН СИМПТОМ ХОДСОНА
А	хронического
Б	ксантогранулематозного
В	острого
Г	гестационного
043	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ПУТЬ ПРОНИКНОВЕНИЯ ИНФЕКЦИИ ПРИ ВТОРИЧНОМ ПАРАНЕФРИТЕ
А	из гнойного очага в почке (карбункул, абсцесс почки)
Б	гематогенный
В	лимфогенный

Г	из соседних органов
044	КАКОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ПОСОБИЕ ЧАЩЕ ВЫПОЛНЯЕТСЯ ПРИ ОДИНОЧНОМ КАРБУНКУЛЕ ПОЧКИ?
А	иссечение карбункула, декапсуляция почки
Б	нефрэктомия
В	резекция почки
Г	уретеролиз
045	КАКАЯ ОПЕРАЦИЯ ПОКАЗАНА ПРИ АПОСТЕМАТОЗНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ?
А	декапсуляция почки
Б	нефрэктомия
В	резекция почки
Г	чрескожная пункционная нефростомия
046	ОСЛОЖНЕНИЕМ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ПОДДИАФРАГМАЛЬНЫЙ АБСЦЕСС?
А	карбункул почки
Б	холецистит
В	пиелонефрит
Г	пионефроз
047	НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ УРОЛОГИЧЕСКАЯ ПРИЧИНА ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
А	пиелонефрит
Б	пионефроз
В	паранефрит
Г	поликистоз почек
048	НАЗОВИТЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ, КОТОРЫЕ МОЖНО ПРИМЕНЯТЬ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ БЕРЕМЕННЫХ
А	хромоцистоскопия
Б	обзорный снимок мочевых путей
В	ретроградная пиелография
Г	экскреторная урография
049	КАКОВА ДОЛЖНА БЫТЬ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ?
А	2 мес
Б	3—4 мес
В	5-6мес
Г	2 нед
050	ЧТО СЧИТАЕТСЯ КРИТЕРИЕМ ПРОДОЛЖЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ?
А	бактериурия
Б	эритроцитурия
В	цилиндрурия
Г	клиническая картина
051	КАКИМ СПОСОБОМ НЕОБХОДИМО БРАТЬ МОЧУ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ БЕРЕМЕННЫХ?

А	забор средней порции струи мочи
Б	капиллярной пункцией
В	интраоперационно
Г	забор первой порции струи мочи
052	ДЛЯ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРНА ЛИХОРАДКА ГЕКТИЧЕСКОГО ТИПА С ПОТРЯСАЮЩИМИ ОЗНОБАМИ?
А	острый пиелонефрит
Б	острый уретрит
В	острый эпидидимит
Г	острый цистит
053	С КАКОГО МЕРОПРИЯТИЯ НАЧИНАЕТСЯ ЛЕЧЕНИЕ ВТОРИЧНОГО ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА?
А	устранение нарушений пассажа мочи
Б	антибактериальная терапия
В	иммунотерапия
Г	детоксикационное лечение
054	С ПОМОЩЬЮ КАКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МОЖНО ВЫЯВИТЬ УМЕНЬШЕНИЕ ПАРЕНХИМЫ ПОЧКИ НА РАННИХ СТАДИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА?
А	ренокортикальный индекс
Б	хромоцистоскопия
В	экскреторная урография
Г	статическая сцинтиграфия
055	САМОЕ ОПАСНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА
А	бактериотоксический шок
Б	гепаторенальный синдром
В	некроз почечных сосочков
Г	анурия
056	ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С УРОСЕПСИСОМ НУЖНО СОЗДАТЬ ВЫСОКИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ ПРЕПАРАТА
А	в крови
Б	в гнойном очаге
В	в других органах
Г	в почечной паренхиме
057	ИМЕЮТСЯ ЛИ ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ ПРИ БАКТЕРИОТОКСИЧЕСКОМ ШОКЕ, И ЕСЛИ ДА, ТО КОГДА НУЖНО ПРОИЗВОДИТЬ ОПЕРАЦИЮ?
А	после выведения из шока
Б	через 1—2 дня после шока
В	через 3—4 дня после шока
Г	через 5 — 6 дней после шока
058	ДО КАКОГО УРОВНЯ СНИЖАЕТСЯ ДИУРЕЗ В НАЧАЛЕ БАКТЕРИОТОКСИЧЕСКОГО ШОКА?
А	менее 30 — 25 мл/ч
Б	90-80 мл/ч
В	70-60 мл/ч
Г	50-40 мл/ч
059	С КАКОГО МЕРОПРИЯТИЯ ДОЛЖНО НАЧИНАТЬСЯ ВЫВЕДЕНИЕ БОЛЬНОГО ИЗ

	БАКТЕРИОТОКСИЧЕСКОГО ШОКА?
А	восстановление объема циркулирующей крови
Б	устранение ДВС-синдрома
В	коррекция электролитных нарушений
Г	уменьшение азотемии
060	КАКИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О ДВУСТОРОННЕМ ВОСПАЛИТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ В ПОЧКАХ?
А	азотемия
Б	бактериурия
В	пиурия
Г	альбуминурия
061	В КАКОМ ПЕРИОДЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ МОГУТ БЫТЬ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ?
А	начальный период
Б	период разгара
В	период осложнений
Г	период обратного развития
062	ПРИ КАКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА МОЖЕТ ОТСУТСТВОВАТЬ ПИУРИЯ?
А	в корковом веществе
Б	в собирательных трубках
В	в фиброзной капсуле
Г	в фиброзной капсуле и малых чашечках
063	НА КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ МОЖЕТ УКАЗЫВАТЬ ПОЯВЛЕНИЕ ИКТЕРИЧНОСТИ СКЛЕР И КОЖИ ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ?
А	гепаторенальный синдром
Б	хроническая почечная недостаточность
В	холецистит
Г	желчнокаменная болезнь
064	ПРИ ВОСХОДЯЩЕМ (УРИНОГЕННОМ) ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ОТДЕЛЬНЫЕ ОЧАГИ ИНФЕКЦИИ В ПОЧКЕ РАСПОЛАГАЮТСЯ
А	веерообразно в виде клиньев от лоханки до поверхности почки
Б	диффузно в паренхиме
В	вдоль внутридолевых сосудов
Г	вдоль собирательных трубочек
065	ПРИ КАКОМ ВИДЕ РЕФЛЮКСА НАБЛЮДАЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА?
А	при пиелофорникальном
Б	при пиелолимфатическом
В	при пиелосинусном
Г	при пиелотубулярном
066	В КАКОЙ СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАСТУПАЕТ НАРУШЕНИЕ АЗОТОВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПОЧЕК?
А	интермиттирующая
Б	терминальная
В	компенсированная
Г	латентная

067	В ДИАГНОСТИКЕ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРЕДНИЗОЛОНОВЫЙ ТЕСТ?
А	педункулит
Б	острый пиелонефрит
В	пионефроз
Г	ксантогранулематозный пиелонефрит
068	КАКОЙ ИЗ СИНОНИМОВ ТЕРМИНА НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ПРОСТАТИТ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ НАИБОЛЕЕ ПРАВИЛЬНЫМ?
А	бактериальный
Б	нетрихомонозный
В	инфекционный
Г	негонококковый
069	К КАКОЙ ГРУППЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСИТСЯ ХЛАМИДИЙНЫЙ ПРОСТАТИТ?
А	к воспалительным неспецифическим ЗППП
Б	к венерическим
В	к бактериальным грамотрицательным
Г	к заболеваниям, передающимся половым путем
070	КАКОЙ ВОЗРАСТ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ СТРАДАЮЩИХ ПРОСТАТИТОМ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ?
А	простатитом болеют теперь и юноши, и больные с аденомой ПЖ
Б	средний, 30—45 лет
В	старший возраст, 46—60 лет
Г	пожилой возраст
071	УКАЖИТЕ 2 ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПРОСТАТИТА?
А	рост урогенитальных инфекций, передающихся половым путем
Б	снижение воспитательной роли школы
В	уменьшение объема санитарной пропаганды
Г	уменьшение пропаганды классической литературы и искусства
072	КАКАЯ ИЗ ГРАМОТРИЦАТЕЛЬНЫХ БАКТЕРИЙ НЕ СОДЕРЖИТ ОБОЛОЧКИ?
А	уреаплазмы, микоплазмы
Б	кишечная палочка
В	протейные бактерии
Г	хламидии
073	ПРИ КАКОЙ ИЗ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ЖЕНЩИН НАСТУПАЮТ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ВО ВЛАГАЛИЩЕ С ГНИЛОСТНЫМ ЗАПАХОМ?
А	при гарднереллезе
Б	при инфицировании урогенитальным вирусом герпеса
В	при выявлении микоплазм
Г	при уреоплазмозе
074	КАКОВЫ ВРОЖДЕННЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРОСТАТИТА?
А	все перечисленные факторы
Б	обширные венозные анастомозы предстательной железы с венами таза
В	отсутствие мышечных жомов выводных протоков ацинусов в задней уретре, гипоандрогения
Г	анатомическая близость всех добавочных половых желез

	и затрудненный отток секрета предстательной железы; Д. все перечисленное выше
075	КАКИЕ АРТЕРИИ КРОВΟΣНАБЖАЮТ ПРЕДСТАТЕЛЬНУЮ ЖЕЛЕЗУ?
А	верхние и нижние правые и левые простатические артерии
Б	сигмовидная артерия
В	верхние геморроидальные
Г	нижние геморроидальные
076	НАЗОВИТЕ 2 ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ПРИОБРЕТЕННЫХ ФАКТОРА ПРОСТАТИТА
А	задний уретрит, стриктура уретры
Б	цистит
В	варикозное расширение геморроидальных вен, стриктура уретры
Г	колит
077	КАКИЕ ПРИНЦИПЫ, ПОЛОЖЕННЫЕ В ОСНОВУ КЛАССИФИКАЦИЙ ПРОСТАТИТОВ, СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ ПРАВИЛЬНЫМИ?
А	все перечисленные
Б	клинический
В	этиологический
Г	патогенетический
078	КАКОВЫ ПРИЧИНЫ ОСТРОГО ПРОСТАТИТА?
А	уретрит
Б	пиелонефрит
В	цистит
Г	колит
079	ПЕРЕЧИСЛИТЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРОСТАТИТА
А	конгестия вен таза и предстательной железы
Б	анатомические особенности строения выводных протоков ацинусов предстательной железы
В	артериальное кровоснабжение предстательной железы, его особенности
Г	иммунологический
080	НАЗОВИТЕ ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ ОСТРОГО КАТАРАЛЬНОГО ПРОСТАТИТА
А	умеренная, но острая боль в промежности
Б	терминальная гематурия
В	диарея
Г	поллакиурия
081	КАКОВЫ ПОКАЗАТЕЛИ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ОСТРОМ ФОЛЛИКУЛЯРНОМ ПРОСТАТИТЕ?
А	негомогенная по консистенции ПЖ, в которой пальпируются очажки-инфильтраты
Б	уменьшенная в размерах предстательная железа
В	асимметрия предстательной железы, флюктуация одной доли ее
Г	обычные размеры и консистенция ПЖ, выраженная болезненность
082	КАКОВЫ ВОЗМОЖНЫЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ МОЧИ И СЕКРЕТА ПЖ ПРИ ОСТРОМ ПРОСТАТИТЕ?
А	общий анализ мочи, выделенной во время акта дефекации
Б	анализ секрета ПЖ (нативного препарата)
В	двухстаканная проба
Г	трехстаканная проба

083	КАКОВЫ УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОГО ГНОЙНО-ПАРЕНХИМАТОЗНОГО ПРОСТАТИТА?
А	значительно увеличены размеры ПЖ, эхопозитивные (пестрые) образования
Б	слегка увеличенные размеры ПЖ, гомогенная консистенция ее
В	предстательная железа умеренно увеличена, видны эхонегативные образования
Г	предстательная железа увеличена, гомогенна, вдается в просвет мочевого пузыря, остаточная моча — 120 мл
084	ПРИЗНАКИ «СИМПТОМА ЗАКРЫТОЙ ДОЛИ» ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПРОСТАТИТЕ
А	ректально одна из долей увеличена, при пальпации отмечается баллотирование и флюктуация; вторая доля обычных размеров, консистенции
Б	обе доли слегка напряжены, болезненны
В	обе доли ПЖ не увеличены в размерах, обычной гомогенной консистенции; пальпация одной доли болезненна
Г	одна доля ПЖ утолщена, тестовидной консистенции, безболезненна; другая доля несколько увеличена, напряжена, гомогенна, болезненна
085	УКАЖИТЕ ВЕДУЩИЙ СИМПТОМ КОНГЕСТИВНОГО ПРОСТАТИТА
А	«тусклость» оргазма
Б	боль в промежности
В	снижение либидо
Г	уменьшение эректильной составляющей
086	КАК ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ УРЕТРОПРОСТАТИТА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ТРЕХСТАКАННОЙ ПРОБЫ?
А	лейкоцитурия в первой порции
Б	лейкоцитурия в третьей порции
В	лейкоцитурия в первой и третьей порции
Г	тотальная лейкоцитурия во всех трех порциях мочи
087	ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ АНАЛИЗА СЕКРЕТА ПЖ ПРИ ЕЕ АТОНИИ (ПРОСТАТОРЕЕ) СЛЕДУЮЩИЕ
А	лейкоциты 12 — 17 в поле зрения, лецитиновые зерна в уменьшенном количестве
Б	лейкоциты сплошь покрывают поле зрения, лецитиновые тельца в небольшом количестве
В	лейкоциты скоплениями в отдельных полях зрения, лецитиновые тельца в умеренном количестве
Г	лейкоциты 30 — 40 в поле зрения, лецитиновые зерна в уменьшенном количестве
088	КАКОЙ САМЫЙ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ АНАЛИЗОВ СЕКРЕТА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПИРОГЕНАЛОТЕРАПИИ?
А	лейкоциты сплошь покрывают поле зрения
Б	лейкоциты 20—30 в поле зрения, лецитиновые зерна в небольшом количестве
В	лейкоциты 10 — 12 в поле зрения, лецитиновые зерна в небольшом количестве
Г	лейкоциты до 100 в поле зрения
089	КАКОВА НАЧАЛЬНАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА ПИРОГЕНАЛА ДЛЯ ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ?
А	2,5мкг
Б	3 мкг
В	4 мкг
Г	1мкг

090	КОТОРЫЙ ДЕНЬ КУРСА ПИРОГЕНАЛОТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ ОПТИМАЛЬНЫМ ДЛЯ НАЧАЛА ЭТИОТРОПНОГО АНТИИНФЕКЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ?
А	четвертый
Б	первый
В	второй
Г	третий
091	ВРЕМЯ НАЧАЛА МАССАЖА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ДРЕНИРОВАНИЯ ПРИ ПИРОГЕНАЛОТЕРАПИИ ИЛИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИММУНОПРОТЕКТОРАМИ
А	спустя 1—2 дня от начала этиотропной антиинфекционной терапии
Б	через 4 дня от начала пирогеналотерапии
В	после окончания пирогеналотерапии
Г	на третий день ее проведения
092	КАКИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ЯВЛЯЮТСЯ НАИБОЛЕЕ ПРИЕМЛЕМЫМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ?
А	антибиотики фторхинолонового ряда
Б	тетрациклины и макролиды
В	аминогликозиды
Г	нитрофураны
093	ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ГЛАВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ПРИКРЫТИЯ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ХЛАМИДИЙНЫХ ПРОСТАТИТОВ?
А	антигрибковые препараты
Б	сердечные средства
В	витамины
Г	препараты, улучшающие функцию печени и трентал
094	КАКУЮ ИЗ НОВОКАИНОВЫХ БЛОКАД МОЖНО РЕКОМЕНДОВАТЬ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРОСТАТИТОВ?
А	парапростатическую
Б	паранефральную
В	пресакральную
Г	позадилонную
095	КАКОЙ ГОРМОНАЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ ЯВЛЯЕТСЯ ЛУЧШИМ В ЛЕЧЕНИИ ИНТЕРОРЕЦЕПТИВНОЙ ИМПОТЕНЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ПРОСТАТИТАХ?
А	андриол
Б	метилтестостерон
В	тестостерона пропионат
Г	омнадрен
096	КАКОВЫ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АТОНИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ?
А	мелипрамин
Б	массаж предстательной железы, восходящий душ
В	диатермия предстательной железы
Г	антибактериальная терапия
097	ЛУЧШАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ АППАРАТНАЯ ТЕРАПИЯ ПРОСТАТИТА
А	электролазерная на аппарате «Ярило»
Б	диатермия предстательной железы

В	ультразвуковая терапия
Г	лазерная
098	УКАЖИТЕ ОСНОВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СКЛЕРОЗА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ
А	гормональное
Б	антибактериальное
В	с применением фермента лидазы
Г	хирургическое
099	КАКОВА ЛОКАЛИЗАЦИЯ БОЛИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВЕЗИКУЛИТЕ?
А	глубоко в тазу, в паховой области
Б	в позадилобной области
В	в прямой кишке
Г	в крестце
100	ПРИ КАКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВОЗМОЖНА ГЕМОСПЕРМИЯ?
А	при везикулите
Б	при простатите
В	при цистите
Г	при тромбозе вен таза
101	КАКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ОБУСЛОВЛЕН СИМПТОМ ВЫДЕЛЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ГНОЙНОГО ЭКССУДАТА ИЗ УРЕТРЫ ВО ВРЕМЯ ДЕФЕКАЦИИ?
А	простатитом
Б	колликулитом
В	везикулитом
Г	гнойным циститом
102	КАКОВА ОПТИМАЛЬНАЯ И БЕЗВРЕДНАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ АЗОТНОКИСЛОГО СЕРЕБРА ДЛЯ ПРИЖИГАНИЯ СЕМЕННОГО БУТОРКА ПРИ КОЛЛИКУЛИТЕ
А	8%
Б	15%
В	20%
Г	1 %
103	ОПТИМАЛЬНЫЙ ДОСТУП ПРИ ВСКРЫТИИ ЭМПИЕМЫ СЕМЕННОГО ПУЗЫРЬКА
А	ишиоректальный
Б	чреспузырный
В	по Мак-Уортеру
Г	пироговский
104	ПОКАЗАНИЯМИ К УРЕТРОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ
А	хронический уретрит
Б	передний уретрит
В	задний уретрит
Г	острый уретрит
105	НЕСОМНЕННЫМ ПРИЗНАКОМ УРЕТРИТА ПРИ ТРЕХСТАКАННОЙ ПРОБЕ МОЖЕТ БЫТЬ
А	наличие лейкоцитов в первой порции мочи
Б	наличие лейкоцитов во второй порции мочи

В	наличие лейкоцитов в третьей порции мочи
Г	наличие лейкоцитов во всех порциях мочи
106	ПРИ КАКОМ УРЕТРИТЕ РАЗВИВАЕТСЯ БОЛЕЗНЬ РЕЙТЕРА?
А	хламидийном
Б	гонорейном
В	вирусном
Г	микоплазменном
107	Синдром Рейтера встречается при
А	во всех перечисленных случаях
Б	гонорейном уретрите
В	микоплазменном уретрите
Г	дизентерии
108	БОЛЕЗНЬ РЕЙТЕРА ОБУСЛОВЛЕНА
А	генетическими факторами
Б	наличием антител к возбудителю
В	аллергической реакцией
Г	снижением иммунитета
109	ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ ТРИХОМОНАДНОМ УРЕТРИТЕ ДЛИТСЯ
А	10 дней
Б	20 дней
В	15 дней
Г	5 дней
110	ДЛЯ ВЫРАЩИВАНИЯ ВИРУСОВ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
А	клеточные среды
Б	агар-агар
В	мясной бульон
Г	картофельно-глицериновая среда
111	КАКОВА ТАКТИКА ПРИ ПЕРЕКРУТЕ ЯИЧКА?
А	активно-оперативная
Б	блокада семенного канатика
В	физиотерапия (УВЧ)
Г	выжидательная
112	ТАКТИКА ПРИ ОСТРЫХ СЕРОЗНЫХ ЭПИДИДИМИТАХ
А	оперативное дренирование органов мошонки
Б	орхиэпидидимэктомия
В	эпидидимэктомия
Г	вскрытие придатка яичка
113	СКОЛЬКО ТИПОВ ГИДАТИД МОЖЕТ ИМЕТЬ ЯИЧКО И ЕГО ПРИДАТОК?
А	четыре
Б	один
В	пять
Г	три
114	Симптомы острого орхита
А	отек и боль в мошонке
Б	гемоспермия
В	гипертермия
Г	боли в промежности

115	Хирургическая тактика при обструктивной аспермии
А	эпидидимовазоанастомоз
Б	дренирование мошонки
В	тестикуловазоанастомоз
Г	искусственная инсеминация
116	ЧЕМ ОБРАЗОВАН ГЕМАТОТЕСТИКУЛЯРНЫЙ БАРЬЕР?
А	оболочкой канальца и цитоплазмой клеток Сертоли
Б	сперматидами
В	клетками Лейдига
Г	сперматогониями
117	КАКАЯ БАКТЕРИАЛЬНАЯ ФЛОРА ЧАЩЕ ПРИСУТСТВУЕТ В МОЧЕ ПРИ ОСТРОМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЭПИДИДИМИТЕ?
А	микрофлора отсутствует
Б	синегнойная палочка
В	протей
Г	клебсиелла
118	ЧЕМ ОСЛОЖНЯЕТСЯ ДВУСТОРОННИЙ ЭПИДИДИМИТ, ЛЕЧЕННЫЙ КОНСЕРВАТИВНО?
А	атрофией яичка
Б	обструктивной аспермией
В	олигоспермией
Г	перекрутом яичка
119	ЧЕМ ОБЪЯСНЯЕТСЯ ЧАСТОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЯИЧЕК ПРИ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ?
А	тропизмом вирусов к паренхиме яичек
Б	хорошим кровоснабжением тестикул
В	рефлюксом мочи
Г	низкой температурой
120	Яичко кровоснабжается за счет
А	внутренней семенной вены
Б	внутренней семенной артерии
В	ренальной вены
Г	нижней простатической артерии
121	СКОЛЬКО ОБОЛОЧЕК ИЛИ СЛОЕВ ЯИЧКА НУЖНО ВСКРЫТЬ ПРИ ПОДХОДЕ К НЕМУ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ?
А	семь
Б	пять
В	четыре
Г	шесть
122	ПРИ КАКОЙ ЭТИОЛОГИИ ПРОЦЕССА ВОЗНИКАЕТ ОРХОЭПИДИДИМИТ?
А	туберкулез
Б	гонорея
В	хламидиоз
Г	бруцеллез
123	В КАКОМ ВОЗРАСТЕ ВОЗМОЖНЫ ИСТИННЫЕ ОРХИТЫ?
А	до 13 лет
Б	до 25 лет
В	до 70 лет

Г	до 5 лет
124	Какой фермент вырабатывает придаток яичка?
А	корнитин
Б	фибриногеназу
В	дегидрогеназу
Г	везикулазу
125	НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО ДИАГНОЗ ТУБЕРКУЛЕЗА ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ МОЖНО ПОСТАВИТЬ ПРИ
А	биологической пробе
Б	микроскопии мочи
В	микроскопии эякулята
Г	посеве мочи и эякулята на специальные питательные среды
126	ДЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ХАРАКТЕРНО
А	все перечисленное выше
Б	рецидивирующий характер заболевания
В	наличие свищей
Г	вторичное поражение
127	ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПОРАЖЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ПОКАЗАНА
А	ничего из вышеперечисленного
Б	туберкулостатическая терапия
В	оперативное лечение
Г	пункция
128	Оперативное лечение при туберкулезе половых органов производится
А	после туберкулостатической терапии
Б	после назначения антибиотиков широкого спектра действия
В	в любом из перечисленных вариантов
Г	до туберкулостатической терапии
129	Для диуретической стадии острой почечной недостаточности характерно
А	развитие на 2—3-й сутки от начала заболевания
Б	развитие на 10 — 14-е сутки от начала заболевания
В	развитие через 3 — 6 мес от начала заболевания
Г	суточное количество мочи не превышает 200 — 300 мл
130	НЕЗАВИСИМО ОТ ЭТИОЛОГИИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАЗНАЧАЮТ
А	осмотические диуретики
Б	гемодиализ, не ранее 14 — 16-го дня от начала заболевания
В	препараты калия
Г	внутривенное введение подкисляющих растворов
131	К РАЗВИТИЮ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЧАЩЕ ПРИВОДИТ
А	гломерулонефрит
Б	септический аборт
В	массивное кровотечение
Г	отравление этиленгликолем
132	Для хронической почечной недостаточности характерно
А	уменьшение числа функционирующих нефронов
Б	алкалоз
В	гипокалиемия
Г	артериальная гипотензия

133	КОМПЕНСИРОВАННАЯ СТАДИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А	увеличением суточного диуреза
Б	снижением клу бочковой фильтрации до 60 — 70 мл/мин
В	снижением клубочковой фильтрации до 30 — 40 мл/мин
Г	повышением осмолярности мочи
134	ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАБЛЮДАЕТСЯ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ
А	тошнота, рвота
Б	гиперкоагуляция
В	повышенное потоотделение
Г	гиперплазия эритропоэтической ткани
135	Показания к гемодиализу
А	снижение уровня клубочковой фильтрации ниже 5 мл/мин
Б	повышение содержания мочевины в сыворотке крови до 15 ммоль/л
В	повышение содержания креатинина в сыворотке крови до 0,8 — 1 ммоль/л
Г	уровень клубочковой фильтрации 25 мл/мин
136	Какие инфекции относятся к урогенитальным?
А	хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, генитальный герпес, бактериальный вагиноз
Б	трихомоноз
В	СПИД
Г	сифилис
137	К КАКОМУ ВИДУ МИКРООРГАНИЗМОВ ОТНОСЯТСЯ ХЛАМИДИИ?
А	бактерии
Б	вирусы
В	грибы
Г	анаэробы
138	К КАКОМУ СЕРОТИПУ ОТНОСИТСЯ CHLAMYDIA TRACHOMATIS?
А	D —K
Б	L1-L3
В	T1-T2
Г	M1-M2
139	КАКАЯ ФОРМА ХЛАМИДИЙ СЧИТАЕТСЯ ИНФЕКЦИОННОЙ?
А	элементарное тельце
Б	ретикулярное
В	промежуточное
Г	элементарное и ретикулярное
140	КАКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ВЫЗЫВАЕТ УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ ХЛАМИДИОЗОВ?
А	болезнь Рейтера
Б	кавернит
В	баланопостит
Г	болезнь Пейрони
141	КАКОЙ ПУТЬ ЗАРАЖЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ ПРИ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЯХ?
А	половой
Б	гематогенный
В	пищевой

Г	лимфогенный
142	Инкубационный период при урогенитальном хламидиозе продолжается
А	10-15 дней
Б	40 — 60 дней
В	120-150 дней
Г	1 — 3 дня
143	САМЫЙ БЫСТРЫЙ И НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА
А	ПИ (прямая иммунофлюоресценция)
Б	ИФА (иммуноферментный анализ)
В	РСК (реакция связывания комплемента)
Г	ПЦР (полимеразноцепная реакция)
144	КАКИЕ ИЗ ПРЕПАРАТОВ ДАЮТ АНТИХЛАМИДИЙНЫЙ ЭФФЕКТ?
А	klaritromitsin
Б	amoksisitsin
В	polimiksin
Г	pefloxacin
145	КАКИМ МЕТОДОМ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ МИКОПЛАЗМЫ И УРЕАПЛАЗМЫ?
А	культуральный метод
Б	метод непрямой иммунофлюоресценции
В	метод молекулярной гибридизации
Г	уреазные тесты
146	КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ НАЗНАЧАЮТСЯ ПРИ МИКОПЛАЗМЕННО-УРЕАПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ?
А	doxycycline
Б	karbeditsin
В	gentamitsin
Г	klaforan
147	КАКОВА КЛИНИКА РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ФОРМЫ ГЕРПЕСА I И II ТИПА?
А	отсутствие интоксикации
Б	отсутствие высокой температуры тела
В	в виде ОРВИ
Г	афтозный стоматит
148	КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ В ЛЕЧЕНИИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА?
А	tinidazole
Б	makmiror
В	metiluratsil
Г	gossipol
149	КАКОВЫ ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОБСТРУКТИВНОЙ АСПЕРМИИ?
А	все стадии сперматогенеза
Б	клетки Сертоли
В	клетки Лейдига
Г	сперматогонии
150	Что означает термин «азооспермия»?
А	наличие клеток сперматогенеза при отсутствии спермиев
Б	наличие неподвижных форм спермиев

В	наличие дегенеративных форм спермиев
Г	отсутствие спермиев
151	ЧТО ОЗНАЧАЕТ ТЕРМИН «АСПЕРМИЯ»?
А	отсутствие спермиев и клеток сперматогенеза
Б	отсутствие клеток сперматогенеза
В	единичные спермии в полях зрения
Г	наличие клеток сперматогенеза
152	УКАЖИТЕ НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ PH ЭЯКУЛЯТА
А	7,2-7,8
Б	8,0-8,6
В	5,0-5,4
Г	4,5-4,8
153	КАКОВА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЦИКЛА СПЕРМАТОГЕНЕЗА?
А	72 дня
Б	50 ч
В	48 дней
Г	90 дней
154	КАКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СПЕРМАТОГРАММЫ ОЖИДАЮТСЯ ПОСЛЕ ХРОНИЧЕСКОГО ДВУСТОРОННЕГО ЭПИДИДИМИТА, ЛЕЧЕННОГО КОНСЕРВАТИВНО?
А	аспермия
Б	олигозооспермия
В	тератоспермия
Г	астенозооспермия
155	НАЗОВИТЕ НОРМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО СПЕРМАТОЗОИДОВ В 1 МЛ ЭЯКУЛЯТА
А	20 — 40 млн/мл
Б	5 — 10 млн/мл
В	100-200 тыс./мл
Г	180-200 млн/мл
156	КАКИМ МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЯЮТ КОЛИЧЕСТВО СПЕРМАТОЗОИДОВ?
А	в камере Горяева
Б	метод Курцрока—Миллера
В	метод Морозова
Г	метод Баскина
157	КАКИЕ НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВЯЗКОСТИ ЭЯКУЛЯТА?
А	0,3 — 0,5 см
Б	0,1-0,2 см
В	5-10 см
Г	3 — 5 см
158	КАКИЕ НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СОДЕРЖАНИЯ ЛЕЙКОЦИТОВ В СЕКРЕТЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ?
А	0 — 1 —6 в поле зрения
Б	10 — 15 в поле зрения
В	20 — 25 в поле зрения
Г	25 —100 в поле зрения
159	КАКИЕ ИЗ ГОРМОНОВ ОТНОСЯТСЯ К ГОНАДОТРОПНЫМ?
А	фолликулостимулирующий
Б	тироксин

В	прогестерон
Г	эстрадиол
160	КАКИЕ ГОРМОНЫ СЧИТАЮТСЯ ПОЛОВЫМИ?
А	эстрадиол
Б	лютеинизирующий
В	фолликулостимулирующий
Г	прогестерон
161	КАКИМ МЕТОДОМ ОКРАСКИ МОЖНО ПОДТВЕРДИТЬ НЕКРОСПЕРМИЮ?
А	по Морозову
Б	по Папаниколау
В	по Рубенкову
Г	по Романовскому—Гимзе
162	КАКИЕ НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРОЛАКТИНА?
А	60-380 МЕ/л
Б	400-500 МЕ/л
В	20-40 МЕ/л
Г	500-800 МЕ/л
163	КАКИМ СЧИТАЕТСЯ НОРМАЛЬНЫЙ ЦВЕТ ЭЯКУЛЯТА?
А	беловато-серый
Б	красный
В	красно-желтый
Г	желтый
164	КАКОЙ ОБЪЕМ ЭЯКУЛЯТА СЧИТАЕТСЯ НОРМАЛЬНЫМ?
А	3 -5 мл
Б	1-1,5 мл
В	7-8 мл
Г	10-15 мл
165	КАКОЙ ОБЪЕМ ЭЯКУЛЯТА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ СИНДРОМЕ СЕРТОЛИЕВЫХ КЛЕТОК?
А	3 — 5 мл
Б	8— 10 мл
В	0,5 — 1 мл
Г	10— -15 мл
166	ЧТО ОЗНАЧАЕТ ТЕРМИН «ТЕРАТОЗООСПЕРМИЯ»?
А	наличие дегенеративных форм сперматозоидов
Б	нормальные формы сперматозоидов
В	наличие молодых форм сперматозоидов
Г	уменьшение количества сперматозоидов
167	КАКОВА ДЫХАТЕЛЬНАЯ СПОСОБНОСТЬ СПЕРМАТОЗОИДОВ ПО МЕТОДУ ШЕРГИНА?
А	23 —75 мин
Б	20-90 мин
В	60-120 мин
Г	20 — 25 мин
168	КАКОВА ЧАСТОТА ОПРЕДЕЛЕНИЯ Х-ПОЛОВОГО ХРОМАТИНА У МУЖЧИН?
А	0-4%
Б	50-100%
В	300-400%
Г	10-15%

169	КАКОВА ЧАСТОТА ОПРЕДЕЛЕНИЯ Х-ПОЛОВОГО ХРОМАТИНА У ЖЕНЩИН?
А	10-50%
Б	100-200%
В	10-15%
Г	50-30%
170	КАКИЕ БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЫ ПРОВОДЯТСЯ ПРИ ОТНОСИТЕЛЬНОМ БЕСПЛОДИИ В БРАКЕ?
А	перекрестно-пенетрационная
Б	феномен кристаллизации
В	симптом зрачка
Г	посткоитальная
171	КАКОЙ СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМАХ МУЖСКОГО СЕКРЕТОРНОГО БЕСПЛОДИЯ?
А	ЭКО (экстракорпоральное оплодотворение) СД
Б	искусственная инсеминация СД
В	эпидидимовазоанастомоз
Г	эпидидимокутанеоностомия
172	КАКИЕ ИЗ ГОРМОНАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ВЛИЯЮТ НА ПОДВИЖНОСТЬ СПЕРМАТОЗОИДОВ?
А	андриол
Б	синэстрол
В	androcur
Г	диэтилстильбэстрол
173	К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ АМОКСИЛАВ?
А	пенициллины
Б	тетрациклины
В	цефалоспорины
Г	макролиды
174	К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ ЦЕДЕКС?
А	цефалоспорины
Б	иммуномодуляторы
В	тетрациклины
Г	ангиопротекторы
175	К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ НОЛИЦИН?
А	хинолоны
Б	макролиды
В	цефалоспорины
Г	пенициллины
176	КАКОЙ ИЗ ПРЕПАРАТОВ ВОЗДЕЙСТВУЕТ НА ХЛАМИДИЙНУЮ ИНФЕКЦИЮ?
А	ципринол
Б	амикоцин
В	леворин
Г	полимиксин
177	КАКОЙ ИЗ ПРЕПАРАТОВ ВОЗДЕЙСТВУЕТ НА ВСЮ УРОГЕНИТАЛЬНУЮ ИНФЕКЦИЮ?
А	квинтор
Б	кефзол
В	цефлор

Г	тиенам
178	КАКОЙ ИЗ ПРЕПАРАТОВ ДОСТИГАЕТ ВЫСОКОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ В ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЕ?
А	сумамед
Б	палин
В	фурагин
Г	канамицин
179	К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ СОЛКОУРОВАК?
А	иммуномодуляторы
Б	хинолоны
В	тетрациклины
Г	ангиопротекторы
180	КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ОКАЗЫВАЕТ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ?
А	левамизол
Б	спирамицин
В	нетромицин
Г	палин
181	К КАКОЙ ГРУППЕ ОТНОСИТСЯ ГЕНТАМИЦИН?
А	аминогликозиды
Б	нитрофураны
В	макролиды
Г	цефалоспорины
182	К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ СУЛЬФАТЕН?
А	сульфаниламиды
Б	пенициллины
В	аминогликозиды
Г	нитрофураны
183	К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ ЛЕВАНТИН?
А	фторхинолоны
Б	нитрофураны
В	тетрациклины
Г	аминогликозиды
184	К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ ПРЕПАРАТ ПЕНТОКСИФИЛЛИН?
А	ангиопротекторы
Б	аминогликозиды
В	пенициллины
Г	фторхинолоны
185	КАКОЙ ИЗ ПРЕПАРАТОВ СНИЖАЕТ УРОВЕНЬ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ В МОЧЕ И КРОВИ?
А	милурит
Б	пенициллин
В	рифампицин
Г	нитроксолин
186	К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ ПИМИДЕЛЬ?
А	хинолоны
Б	тетрациклины
В	пенициллины

Г	аминогликозид
187	К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ АЦИКЛОВИР?
А	антивирусные
Б	ангиопротекторы
В	иммуномодуляторы
Г	аминогликозиды
188	ПЕРЕЧИСЛИТЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ УРОДИНАМИКИ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ
А	урофлоуметрия
Б	цистография
В	хромоцистоскопия
Г	уретроцистоскопия
189	НАЗОВИТЕ УРОДИНАМИЧЕСКИЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ФАЗЫ НАКОПЛЕНИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ
А	ретроградная цистометрия
Б	сфинктерометрия
В	электромиография
Г	профилометрия уретры
190	НАЗОВИТЕ ФУНКЦИЮ ДЕТРУЗОРА В ФАЗЕ ЭВАКУАЦИИ
А	сокращение
Б	снижение сокращения
В	снижение расслабления
Г	расслабление
191	НАЗОВИТЕ ФУНКЦИИ СФИНКТЕРОВ В ФАЗЕ НАКОПЛЕНИЯ
А	сокращение
Б	снижение расслабления
В	нет функции
Г	снижение сокращения
192	ДАЙТЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТЕРМИНУ «СТРЕССОВОЕ НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ»
А	«потеря» мочи при физической нагрузке, кашле, смехе, изменении положения тела
Б	«потеря» мочи при пузырных, уретральных фистулах
В	ночное непроизвольное мочеиспускание
Г	«потеря» мочи при переполнении мочевого пузыря
193	НОРМАЛЬНОЕ ВНУТРИПУЗЫРНОЕ ДАВЛЕНИЕ РАВНО
А	12 —20 см вод. ст.
Б	25 — 40 см вод.ст.
В	45 — 60 см вод.
Г	65 — 80 см вод. ст.
194	ДАВЛЕНИЕ В УРЕТРЕ В ФАЗЕ НАКОПЛЕНИЯ ДОЛЖНО
А	превышать давление в мочевом пузыре
Б	быть меньше давления в мочевом пузыре
В	повышаться по мере наполнения мочевого пузыря
Г	оставаться постоянно низким по мере наполнения мочевого пузыря
195	НАЗОВИТЕ ПРИЧИНЫ ОБРАЗОВАНИЯ АКУШЕРСКИХ МОЧЕПОЛОВЫХ СВИЩЕЙ
А	хирургическая травма мочевого пузыря во время акушер- ско-гинекологических пособий
Б	нарушение трофики тканей пузырно-генитальной области
В	задержка мочеиспускания после акушерско-гинекологиче- ских пособий
Г	хроническая инфекция нижних мочевых путей

196	ВАША ТАКТИКА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ТАЗОВОГО ОТДЕЛА МОЧЕТОЧНИКА В ХОДЕ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ПОСОБИЙ СРОКОМ БОЛЕЕ 1 СУТ
А	пункционная или открытая нефростомия, дренирование зоны затека
Б	дренирование зоны мочевого затека
В	реконструктивные операции
Г	нефрэктомия (при одностороннем повреждении)
197	НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ ФОРМЫ НЕФРОГЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
А	атеросклеротический стеноз почечной артерии
Б	аневризма почечной артерии
В	сдавление почечной артерии извне
Г	аномалии развития аорты
198	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ПРИЧИНЫ ПАРЕНХИМАТОЗНОЙ ФОРМЫ НЕФРОГЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
А	гломерулонефрит
Б	опухоль или киста паренхимы почки
В	поликистоз почек
Г	губчатая почка
199	ПРИ НЕФРОГЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НАБЛЮДАЕТСЯ
А	повышение образования ренина
Б	уменьшение образования ангиотензина
В	повышение артериального давления в сосудах почки
Г	повышенное выведение натрия
200	КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ НЕФРОГЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А	неэффективностью гипотензивной терапии
Б	частыми гипертоническими кризами
В	высоким систолическим, нормальным диастолическим давлением
Г	относительно частыми жалобами на головную боль, слабость
201	ПРИ ЭКСКРЕТОРНОЙ УРОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗОМ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ СО СТОРОНЫ ПОРАЖЕНИЯ ВЫЯВЛЯЕТСЯ
А	замедление появления рентгеноконтрастного вещества в чашечно-лоханочной системе на стороне поражения
Б	увеличение почки
В	низкая концентрация рентгеноконтрастного вещества на поздних стадиях
Г	интенсивное контрастирование чашечно-лоханочной системы на ранних снимках
202	ПОКАЗАНИЕ К НЕФРЭКТОМИИ ПРИ НЕФРОГЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
А	инфаркт почки с отсутствием функции
Б	стеноз проксимальной трети почечной артерии
В	стеноз средней трети почечной артерии
Г	аневризма почечной артерии
203	ПРИ ПОЧЕЧНОЙ АНГИОГРАФИИ ДЛЯ АНЕВРИЗМЫ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ ХАРАКТЕРНО
А	мешкообразное расширение почечной артерии
Б	локализация в проксимальной трети почечной артерии, без распространения на внутриветви
В	локализация в дистальной трети почечной артерии с распространением на внутриветви
Г	стеноз выглядит в виде «нитки бус»

204	ПОКАЗАНИЯ К РЕНОВАСКУЛЯРНОЙ ДИЛАТАЦИИ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ
А	ангиографически четко выраженные стенозы почечной артерии
Б	множественные стенозы с поражением внутриорганных ветвей
В	выраженный атерокальциноз
Г	извилистые почечные артерии
205	НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕМЫЙ ВОЗБУДИТЕЛЬ ОСТРОГО ЦИСТИТА
А	кишечная палочка
Б	стафилококк
В	стрептококк
Г	клебсиелла
206	ПРИ КАКОМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ВОСПАЛЕНИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ МОГУТ БЫТЬ СТРИКТУРЫ МОЧЕТОЧНИКА?
А	бильгарциозном
Б	интерстициальном
В	химическом
Г	лучевом
207	СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПРИЧИНЕ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО ЦИСТИТА
А	аутоиммунный фактор
Б	аллергия
В	гормональный фактор
Г	инфекция
208	НАЗВАНИЕ СИНДРОМА УЧАЩЕННОГО МОЧЕИСПУСКАНИЯ
А	поллакиурия
Б	полиурия
В	дизурия
Г	никтурия
209	ХАРАКТЕР ГЕМАТУРИИ ПРИ ОСТРОМ ЦИСТИТЕ
А	терминальный
Б	инициальный
В	интермиттирующий
Г	тотальный и терминальный
210	ЧТО ТАКОЕ РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ЦИСТИТ?
А	3 обострения за год
Б	1 обострение в месяц
В	1 обострение за год
Г	2 обострения за год
211	ПРИ КАКОМ ЦИСТИТЕ НЕ НУЖНО ПРОИЗВОДИТЬ ЦИСТОСКОПИЮ?
А	при остром первичном цистите
Б	паразитарном
В	лучевом
Г	интерстициальном
212	ПРИ КАКОМ ЦИСТИТЕ НАБЛЮДАЕТСЯ УПОРНОЕ, РЕЦИДИВИРУЮЩЕЕ ТЕЧЕНИЕ, ВЕДУЩЕЕ К ИНВАЛИДНОСТИ БОЛЬНЫХ?
А	интерстициальном
Б	аллергическом
В	дисгормональном
Г	нейрогенном

213	ПРИ КАКОМ ЦИСТИТЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ ЯЗВА ЛИНЕЙНОЙ ФОРМЫ?
А	интерстициальном
Б	кандидомикозном
В	лучевом
Г	аллергическом
214	У КАКОЙ КАТЕГОРИИ БОЛЬНЫХ НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛЯТЬ НАЛИЧИЕ ОСТАТОЧНОЙ МОЧИ ПРИ ЦИСТИТЕ?
А	при сахарном диабете
Б	у больных пиелонефритом
В	у больных лучевым циститом
Г	при нейрогенном мочевом пузыре
215	БЕЗ КАКОГО СИМПТОМА НЕЛЬЗЯ ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ ЦИСТИТА?
А	лейкоцитурии
Б	боли
В	поллакиурии
Г	терминальной гематурии
216	САМОЕ ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ЦИСТИТА
А	пиелонефрит
Б	лейкоплакия мочевого пузыря
В	малакоплакия мочевого пузыря
Г	перитонит
217	ДЛЯ ЦИСТИТА ХАРАКТЕРНА СЛЕДУЮЩАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА
А	частое болезненное мочеиспускание, обычно в конце его
Б	схваткообразные острые боли внизу живота с частым мочеиспусканием, но без болей
В	рези в конце мочеиспускания
Г	гнойные выделения из уретры, рези в начале мочеиспускания
218	ПРИ КАКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ЦИСТИТА МОЖЕТ БЫТЬ ПЕРИТОНИТ?
А	при гангренозной
Б	при опухолевой
В	при лучевой
Г	при послеоперационной
219	НАЗОВИТЕ ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЙ ПРИЗНАК ЦИСТАЛГИИ ОТ ЦИСТИТА
А	отсутствие лейкоцитурии
Б	императивные позывы
В	неполное опорожнение мочевого пузыря
Г	генитально-пузырная дисфункция мочевого пузыря
220	КАКОЕ СОВРЕМЕННОЕ НАЗВАНИЕ НАИБОЛЕЕ ПОЛНО ОТРАЖАЕТ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКУЮ СУЩНОСТЬ ЦИСТАЛГИИ?
А	Какое современное название наиболее полно отражает патогенетическую сущность цисталгии?
Б	генитально-пузырная дисфункция мочевого пузыря
В	уретральный синдром у женщин
Г	нервная поллакиурия
221	КАКИЕ НЕРВЫ ОБЕСПЕЧИВАЮТ РЕЗЕРВУАРНУЮ ФУНКЦИЮ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ?
А	гипогастральные
Б	тазовые
В	половые
Г	простатические

222	Морфологическим субстратом какой формы цистита является эозинофильный инфильтрат?
А	аллергической
Б	интерстициальной
В	химической
Г	инфекционной
223	ГДЕ РАСПОЛАГАЕТСЯ ИСТОЧНИК ГЕМАТУРИИ ПРИ ТЕРМИНАЛЬНОМ ЕЕ ХАРАКТЕРЕ?
А	в шейке мочевого пузыря
Б	в уретре
В	в почке
Г	в дивертикуле уретры
224	КАКОЙ СИМПТОМ ПРИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ЦИСТИТА ИСЧЕЗАЕТ БЫСТРЕЕ?
А	дизурия
Б	бактериурия
В	лейкоцитурия
Г	гематурия
225	КАКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕ ПОКАЗАНЫ ПРИ ОСТРОМ ЦИСТИТЕ?
А	промывание мочевого пузыря, инсталляции лекарственных веществ
Б	тепловые процедуры
В	антигистаминные препараты
Г	спазмолитические препараты
226	КАКОМУ ФАКТОРУ ОТВОДИЛОСЬ ВЕДУЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ЦИСТИТОВ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ?
А	нервно-психическому фактору
Б	охлаждению
В	авитаминозу
Г	обменному фактору
227	ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЩАВЕЛЕВОКИСЛОГО УРОЛИТИАЗА ПОКАЗАНЫ
А	пиридоксин
Б	восходящий литолиз
В	нисходящий литолиз
Г	аскорбиновая кислота
228	ДЕЙСТВИЕ ПРЕПАРАТА МАРЕЛИНА НАПРАВЛЕНО НА СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ
А	фосфатурии
Б	гиперкальциемии
В	оксалатурии
Г	гиперурикемии
229	СОДЕРЖАНИЕ КАЛЬЦИЯ В КРОВИ ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА
А	2,24 ммоль/л
Б	1,76ммоль/л
В	1,94 ммоль/л
Г	5,74 ммоль/л
230	СОДЕРЖАНИЕ КАЛЬЦИЯ В МОЧЕ ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА
А	4,55 ммоль/сут
Б	5,74 ммоль/сут
В	0,98 ммоль/сут
Г	3,82 ммоль/сут

231	САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО ПРИ
А	коралловидном (одностороннем) камне почки
Б	пиелонефрите в активной фазе
В	двустороннем уролитиазе
Г	мигрирующем камне единственной почки
232	САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО ПРИ
А	калькулезном пиелонефрите в фазе ремиссии
Б	реакции мочи pH 8,2 (у больных уролитиазом)
В	терминальной стадии хронической почечной недостаточности
Г	острой почечной недостаточности
233	ПРИ УРАТАХ НЕ СЛЕДУЕТ УПОТРЕБЛЯТЬ
А	мясную пищу
Б	молочную пищу
В	овощи и фрукты не кислых сортов
Г	минеральную воду «Боржоми»
234	ПРИ ОКСАЛАТАХ НЕ СЛЕДУЕТ УПОТРЕБЛЯТЬ
А	молоко
Б	блюда из перловой крупы
В	блюда из гречневой крупы
Г	хлеб из пшеничной муки
235	ПРИ ФОСФАТАХ НЕ СЛЕДУЕТ УПОТРЕБЛЯТЬ
А	овощи и фрукты не кислых сортов
Б	минеральную воду «Арзни»
В	блюда из ячневой крупы
Г	овощи и фрукты кислых сортов
236	ПРИ УРАТАХ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ
А	блемарен
Б	марелин
В	жженая магнезия
Г	алмагель
237	ПРИ ОКСАЛАТАХ И ЩЕЛОЧНОЙ МОЧЕ ПОКАЗАНЫ
А	марена красильная
Б	лист ортосифона
В	бикарбонат натрия
Г	глюконат кальция
238	ПРИ ОКСАЛАТАХ И КИСЛОЙ МОЧЕ НЕ ПОКАЗАНЫ
А	аскорбиновая кислота
Б	солимок
В	пиридоксин
Г	лист ортосифона
239	ПРИ ФОСФАТАХ ПОКАЗАНЫ
А	солуран
Б	бикарбонат натрия
В	метионин
Г	уродан

240	ФЕРМЕНТ УРЕАЗА СПОСОБСТВУЕТ
А	подщелачиванию мочи
Б	образованию уратов
В	подкислению мочи
Г	улучшению реабсорбции
241	КАКИЕ ИЗ ПРИВЕДЕННЫХ ЛЕКАРСТВ СПОСОБСТВУЮТ КАМНЕОБРАЗОВАНИЮ?
А	тетрацилин
Б	левомецетин
В	пенициллин
Г	лидаза
242	КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЛЕКАРСТВ ДАЮТ ПОДКИСЛЯЮЩИЙ ЭФФЕКТ?
А	хлористый аммоний
Б	асевит
В	ацетат натрия
Г	алмагель
243	КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЛЕКАРСТВ ДАЮТ ПОДЩЕЛАЧИВАЮЩИЙ ЭФФЕКТ?
А	ацетат натрия
Б	витамин С
В	роватинекс
Г	пиридоксин
244	КАКИЕ ИЗ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСЯТСЯ К ЦИТРАТНЫМ СМЕСЯМ?
А	блемарен
Б	милурит
В	аллопуринол
Г	пиридоксин
245	КАКИЕ ИЗ ПРЕПАРАТОВ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ ПРИ ВОСХОДЯЩЕМ ЛИТОЛИЗЕ?
А	фермент террилитин
Б	бикарбонат натрия
В	физиологический раствор
Г	дистиллированная вода
246	КАКИЕ ВИДЫ КАМНЕЙ ПОДЛЕЖАТ ВОСХОДЯЩЕМУ ЛИТОЛИЗУ?
А	фосфаты кальция
Б	оксалаты магния
В	оксалаты кальция
Г	ураты
247	КАКИЕ ВИДЫ КАМНЕЙ И МОЧЕВЫХ ДИАТЕЗОВ ПОДЛЕЖАТ НИСХОДЯЩЕМУ ЛИТОЛИЗУ?
А	уратурия
Б	фосфаты
В	оксалурия
Г	оксалаты кальция
248	ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕКИСЛОГО УРОЛИТИАЗА ПОКАЗАНЫ
А	цитратные смеси
Б	фитин
В	ниерон
Г	сульфат магния

249	В РЕЗУЛЬТАТЕ НАРУШЕНИЯ ПУРИНОВОГО ОБМЕНА ОБРАЗУЮТСЯ
А	оксалаты
Б	фосфаты магния
В	карбонаты кальция
Г	фосфаты кальция
250	ЭМБРИОНАЛЬНАЯ ЗАКЛАДКА ПОЧЕК У ЧЕЛОВЕКА ПРОИСХОДИТ
А	на 3-й неделе
Б	на 4-м месяце развития эмбриона
В	на 4-й неделе
Г	на 2-м месяце
251	СРАЩЕНИЕ ПОЧЕК ОТНОСИТСЯ К АНОМАЛИЯМ
А	взаимоотношения
Б	количества
В	положения
Г	лоханок и мочеточников
252	Определяющим методом диагностики сращенных почек является
А	статическая сцинтиграфия
Б	эхография
В	обзорная рентгенография
Г	экскреторная урография
253	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ВИД СРАЩЕНИЯ ПОЧЕК
А	подковообразная почка
Б	галетообразная почка
В	сигмовидная почка
Г	углообразная почка
254	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ВИД ДИСТОПИИ ПОЧЕК
А	поясничная
Б	подвздошная
В	тазовая
Г	внутригрудная
255	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ АНОМАЛИЕЙ РАЗВИТИЯ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ
А	удвоение лоханок и мочеточников
Б	гипоплазия
В	аплазия
Г	дистопия
256	МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ДИСТОПИРОВАННОЙ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ
А	эхография
Б	обзорная рентгенография
В	анализ мочи
Г	хромоцистоскопия
257	МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ УПОРНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ДИСТОПИИ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ
А	нефрэктомия
Б	пластика лоханки
В	резекция нижнего полюса

Г	ношение бандажа
258	ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ АПЛАЗИИ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ
А	ангиография
Б	экскреторная урография
В	динамическая ренография
Г	статическая сцинтиграфия
259	ГИПОПЛАЗИЯ ПОЧКИ — ЭТО АНОМАЛИЯ
А	структуры
Б	количества
В	взаимоотношения
Г	положения
260	ПЕРЕКРЕСТНАЯ ДИСТОПИЯ ПОЧКИ — ЭТО АНОМАЛИЯ
А	положения
Б	взаимоотношения
В	структуры
Г	количества
261	СИМПТОМЫ, ТИПИЧНЫЕ ДЛЯ ГИПОПЛАЗИИ ПОЧКИ
А	артериальная гипертензия
Б	почечная колика
В	гематурия
Г	дизурия
262	МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ГИПОПЛАЗИИ ПОЧКИ
А	нефрэктомия
Б	нефропексия
В	резекция почки
Г	реваскуляризация почки
263	КАКОЕ МЕСТО ПО ЧАСТОТЕ СРЕДИ ДРУГИХ АНОМАЛИЙ ЗАНИМАЕТ УДВОЕНИЕ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ?
А	первое
Б	второе
В	третье
Г	четвертое
264	СИМПТОМАМИ НАДСФИНКТЕРНОЙ ЭКТОПИИ УСТЬЯ МОЧЕТОЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ
А	боли в поясничной области
Б	поллакиурия
В	отсутствие произвольного мочеиспускания
Г	артериальная гипертензия
265	КАКАЯ ОПЕРАЦИЯ НАИБОЛЕЕ РАДИКАЛЬНА ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ?
А	уретеропиелонеоанастомоз по Андерсону — Хайнсу
Б	уретеролиз
В	интубационная уретеротомия по Мариону
Г	уретеропиелопластика по Фолею
266	При инфицированном гидронефрозе II стадии показана
А	пиелостомия
Б	уретеролиз
В	пиелопликация

Г	уретеропиелонеоанастомоз
267	МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА
А	микционная цистография
Б	экскреторная урография
В	ретроградная цистография
Г	цистоскопия
268	МЕТОД ВЫБОРА ЛЕЧЕНИЯ ГИДРОНЕФРОЗА ПРИ УДВОЕНИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ
А	мочеточниково-лоханочный анастомоз
Б	нефрэктомия
В	геминефрэктомия
Г	пластика лоханки
269	При какой величине солитарной кисты почки показана операция
А	при сдавлении лоханки
Б	10-20 мм
В	20-30 мм
Г	40-50 мм
270	МЕТОД ДИАГНОСТИКИ СОЛИТАРНОЙ КИСТЫ ПОЧКИ
А	экскреторная урография
Б	ретроградная пиелография
В	люмботомия
Г	ангиосцинтиграфия
271	ПЛАСТИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ ПОКАЗАНА ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ
А	II стадии
Б	III стадии
В	IV стадии
Г	при инфицированном гидронефрозе
272	НЕФРЭКТОМИЯ ПОКАЗАНА ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ
А	III стадии
Б	I стадии
В	II стадии
Г	во всех случаях
273	ГИПОСПАДИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ
А	задержки или нарушения формирования уретры
Б	родовой травмы
В	неправильного расположения плода в матке
Г	преждевременных родов
274	ВСЕ СЛЕДУЮЩЕЕ НИЖЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ГИПОСПАДИИ, КРОМЕ
А	отсутствия на большем или меньшем протяжении верхней стенки мочеиспускательного канала
Б	искривления полового члена
В	недоразвития губчатой части уретры
Г	врожденных аномалий уретры
275	КОГДА НЕОБХОДИМО ОПЕРИРОВАТЬ БОЛЬНЫХ С ГИПОСПАДИЕЙ И ЭПИСПАДИЕЙ?
А	в первые годы жизни
Б	после 15 лет
В	после 20 лет
Г	в 25 лет

276	КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПОСПАДИИ?
А	по Сесилу—Калпу
Б	по Винкельману
В	по Иваниссевичу
Г	по Лопаткину
277	КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРИ ЭПИСПАДИИ?
А	по Державину
Б	по Андерсону —Хайнсу
В	по Лидскому
Г	по Иваниссевичу
278	В КАКИЕ СРОКИ ЭМБРИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА ПОЯВЛЯЕТСЯ ГИПОСПАДИЯ И ЭПИСПАДИЯ?
А	на 9-й неделе
Б	на 25-й неделе
В	на 30 —35-й неделе
Г	на 2 —3-м месяце
279	С КАКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ МОШОНОЧНУЮ И ПРОМЕЖНОСТНУЮ ГИПОСПАДИЮ?
А	с ложным женским гермафродитизмом
Б	с гипоплазией яичек
В	с эктопией полового члена
Г	с поликистозом почек
280	КАКИЕ ФОРМЫ ГИПОСПАДИИ НЕ ТРЕБУЮТ ОПЕРАТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ?
А	головчатая и гипоспадия дистальной стволовой трети мочеиспускательного канала
Б	все формы
В	промежностная
Г	мошоночная
281	ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРИЧИНЫ МОГУТ ПРИВЕСТИ К РАЗВИТИЮ ГИПОСПАДИИ И ЭПИСПАДИИ, КРОМЕ
А	переношенной беременности
Б	внутриутробной инфекции
В	экзогенных интоксикаций
Г	гиперэстрогении у беременной матери
282	КАК ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ГИПОСПАДИЯ?
А	1 случай на 150 — 300 новорожденных
Б	1 случай на 50000 новорожденных
В	1 случай на 100000 новорожденных
Г	1 случай на 50 новорожденных
283	КАК ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ЭПИСПАДИЯ?
А	1 случай на 50000 новорожденных
Б	1 случай на 100000 новорожденных
В	1 случай на 50 новорожденных
Г	1 случай на 500 000 новорожденных
284	ОСНОВНЫМИ СИМПТОМАМИ ВРОЖДЕННОГО ДИВЕРТИКУЛИТА МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА ЯВЛЯЮТСЯ

А	затрудненное и болезненное мочеиспускание
Б	острая задержка мочи
В	озноб
Г	никтурия
285	В КАКИХ СЛУЧАЯХ ВРОЖДЕННОЕ УДВОЕНИЕ УРЕТРЫ НЕ ТРЕБУЕТ ЛЕЧЕНИЯ?
А	если добавочная уретра не инфицирована
Б	при макрогематурии
В	если добавочная уретра инфицирована
Г	при затруднении мочеиспускания
286	ВРОЖДЕННЫЕ КЛАПАНООБРАЗНЫЕ СУЖЕНИЯ МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО
А	в мембранозном и предстательном отделах уретры
Б	в головчатом отделе уретры
В	в кавернозном отделе уретры
Г	вообще не встречаются
287	СКРЫТЫЙ ПОЛОВОЙ ЧЛЕН ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ
А	порока развития
Б	воспалительных заболеваний полового члена
В	травмы полового члена
Г	опухоли полового члена
288	КАКУЮ ОПЕРАЦИЮ ВЫПОЛНЯЮТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СКРЫТОГО ПОЛОВОГО ЧЛЕНА
А	по Баирову
Б	по Дюплею
В	по Тиршу
Г	по Савченко
289	ПЕРЕПОНЧАТЫЙ ПОЛОВОЙ ЧЛЕН ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ
А	порока развития
Б	воспаления кожи полового члена
В	опухоли полового члена
Г	травмы полового члена
290	К АНОМАЛИЯМ ПОЛОЖЕНИЯ ЯИЧКА ОТНОСЯТСЯ
А	паховая ретенция
Б	брюшная ретенция
В	эктопия
Г	все перечисленное выше
291	К структурным аномалиям яичка относятся
А	ничего из перечисленного ниже
Б	монорхизм
В	анорхизм
Г	полиорхизм
292	К КОЛИЧЕСТВЕННЫМ АНОМАЛИЯМ ЯИЧКА ОТНОСЯТСЯ
А	ничего из перечисленного выше
Б	синдром Клайнфелтера
В	синдром Шерешевского—Тернера
Г	синдром дель Кастильо
293	ИСТИННЫЙ ГЕРМАФРОДИТИЗМ — ЭТО

А	структурная аномалия яичка
Б	аномалия положения яичка
В	двойственное строение наружных половых органов
Г	аплазия гонад
294	ПОЛ ЭМБРИОНА ЗАВИСИТ ОТ
А	Сперматозоида
Б	состояния эндокринной системы родителей
В	овуляторного цикла
Г	все перечисленное выше имеет значение
295	Формирование наружных половых органов в мужском эмбрионе управляется
А	андрогенами
Б	фолликулостимулирующим гормоном
В	лютеинизирующим гормоном
Г	пролактином
296	СИНДРОМ ДЕЛЬ КАСТИЛЬО ПРОЯВЛЯЕТСЯ
А	терминальной аплазией
Б	наличием дополнительной Х-хромосомы
В	наличием дополнительной Y-хромосомы
Г	хромосомным набором 45 XO
297	ГОРМОНАЛЬНАЯ НАСЫЩЕННОСТЬ ОРГАНИЗМА — ЭТО
А	достаточный уровень андрогенов и эстрогенов в крови при хорошей чувствительности тканевых рецепторов к ним
Б	достаточный уровень эстрогенов в крови
В	достаточный уровень андрогенов в крови
Г	достаточный уровень андрогенов и эстрогенов в крови
298	РУДИМЕНТОМ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У МУЖЧИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ
А	все перечисленное выше
Б	гидатида Морганьи
В	половой бугорок (мужская маточка)
Г	ладьевидная ямка уретры
299	КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПРИ ТРАВМЕ ПОЧКИ?
А	гематурия
Б	почечная колика
В	гипертермия
Г	падение артериального давления
300	КАКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНА ПРИ СУБКАПСУЛЯРНОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ПОЧКИ?
А	динамическое наблюдение в стационаре, соблюдение постельного режима в течение 3 нед
Б	исключение физических нагрузок в течение 3 мес
В	массивная антибактериальная терапия
Г	наблюдение за пациентом в амбулаторных условиях
301	КАКОЙ ИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ТРАВМЫ ПОЧЕК?
А	обзорная рентгенография мочевых путей и экскреторная урография
Б	ультрасонография

В	ретроградная пиелография
Г	теплография
302	ЧТО ТАКОЕ СУБКАПСУЛЯРНЫЙ РАЗРЫВ ПОЧКИ?
А	повреждение почки с сохранением поверхностной капсулы
Б	надрыв или перфорация полостной системы почки
В	повреждение паренхимы почки с надрывом капсулы до 1 см
Г	повреждение магистральных сосудов в области ворот почки
303	ПРИ КАКОМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ НЕОБХОДИМО ЗАПОДОЗРИТЬ ТРАВМУ ПОЧКИ?
А	перелом ребер
Б	перелом конечностей
В	перелом ключицы
Г	перелом костей таза
304	ПРИ КАКОМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ РАЗВИВАЕТСЯ ПОЧЕЧНАЯ КОЛИКА?
А	субкапсулярное повреждение почки
Б	множественные разрывы почечной паренхимы и капсулы
В	гематома в области ворот почки
Г	отрыв почечной ножки
305	ОПТИМАЛЬНЫЕ СРОКИ ПОСТЕЛЬНОГО РЕЖИМА ПРИ ГЕМАТУРИИ
А	3 — 4 нед
Б	3 мес
В	до 1 года
Г	1-2 ч
306	ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ДЛЯ РЕШЕНИЯ ВОПРОСА О ВОЗМОЖНОСТИ НЕФРЭКТОМИИ ПРИ ТРАВМЕ?
А	функция контралатеральной почки
Б	степень повреждения почки
В	продолжающееся кровотечение
Г	наличие урогематомы
307	КРИТЕРИЙ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ПОЧЕК
А	без повреждения кожных покровов
Б	повреждения почек без нарушения целостности полостной системы
В	без повреждения сосудистой ножки
Г	без сочетанной травмы органов брюшной полости
308	ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ УСЛОВИЕМ ВНУТРИБРЮШИННОГО РАЗРЫВА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ?
А	переполненный мочевой пузырь
Б	перелом костей таза
В	опорожненный мочевой пузырь
Г	травма нижней части живота
309	КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЗНАКОВ НАЗЫВАЕТСЯ СИМПТОМОМ ЗЕЛЬДОВИЧА?
А	неадекватный отток жидкости при промывании полости мочевого пузыря
Б	поступление крови из уретры
В	острая задержка мочи
Г	мучительные позывы к мочеиспусканию
310	СРОЧНОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО ПРИ

А	диагностированном разрыве мочевого пузыря
Б	подозрении на внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря
В	подозрении на перитонит
Г	острой задержке мочи
311	ПРИ ВНУТРИБРЮШИННОМ РАЗРЫВЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПЕРИТОНИТ РАЗВИВАЕТСЯ ЧЕРЕЗ
А	10-12 ч
Б	1 сут
В	1-2 ч
Г	2 сут
312	ДРЕНИРОВАНИЕ ОКОЛОПУЗЫРНОГО ПРОСТРАНСТВА ПО БУАЛЬ-СКОМУ—МАК-УОРТЕРУ ВЫПОЛНЯЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ
А	опорожнения урогематомы и предупреждения развития тазовой флегмоны
Б	предупреждения возникновения мочевых свищей
В	ревизии области шейки мочевого пузыря
Г	остановки кровотечения
313	НАЛОЖЕНИЕ ЭПИЦИСТОСТОМЫ ПОКАЗАНО ПРИ
А	любой локализации разрыва мочевого пузыря
Б	внебрюшинном разрыве мочевого пузыря
В	обширной гематоме в околопузырной клетчатке
Г	профузной гематурии
314	Какое из перечисленных исследований является наиболее ценным в диагностике разрывов мочевого пузыря?
А	цистография в прямой и боковой проекциях
Б	осадочная цистография
В	обзорная и экскреторная урография
Г	полйцистография
315	В КАКИХ СЛУЧАЯХ ДОПУСТИМО ДРЕНИРОВАНИЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЧЕРЕЗ УРЕТРУ?
А	при ранениях мочевого пузыря во время операции (у женщин)
Б	при внебрюшинных разрывах мочевого пузыря
В	при сроке менее 24 ч после травмы
Г	при линейных разрывах мочевого пузыря не более 3 см длиной
316	ЧТО ЭТО ТАКОЕ — ЛОЖНАЯ (КРОВАВАЯ) АНУРИЯ?
А	выделение нескольких капель крови или мочи при попытке мочеиспускания
Б	отсутствие (невозможность) мочеиспускания при переполненном мочевом пузыре
В	постоянное выделение капель крови из уретры
Г	отсутствие позыва к мочеиспусканию более 12 ч
317	В каких случаях необходимо дренирование брюшной полости?
А	при всех внутрибрюшинных разрывах мочевого пузыря
Б	при сочетании разрыва мочевого пузыря с травмой кишечника
В	если внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря произошел более 24 ч назад
Г	при явлениях гнойного перитонита
318	СРЕДИ ОТКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЮТСЯ
А	разрывы и надрывы уздечки полового члена

Б	колото-резаные раны
В	колотые раны
Г	резаные раны
319	ПРИ ПОЛНОЙ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ АМПУТАЦИИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ОТСЕЧЕННЫЙ ОРГАН ЦЕЛЕСООБРАЗНО СОХРАНЯТЬ В ТЕЧЕНИЕ
А	24 ч
Б	48 ч
В	1 ч
Г	2 ч
320	КАКИЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПОКАЗАНЫ ДЛЯ ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТА КОЖИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА?
А	операция Диттеля или Рейха
Б	операция Иванисевича
В	операция Винкельмана
Г	операция Нечипоренко
321	ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПЕРЕСЕЧЕНИЯ ОДНОГО ИЗ КАВЕРНОЗНЫХ ТЕЛ ЯВЛЯЕТСЯ
А	искривление полового члена
Б	подъем температуры тела
В	озноб
Г	уретроррагия
322	ЭКСТРАВАГИНАЛЬНАЯ ГЕМАТОМА МОШОНКИ СВЯЗАНА С
А	повреждением общей влагалищной оболочки или сосудов семенного канатика
Б	разрывом белочной оболочки придатка яичка
В	повреждением межтканевых промежутков, не проникающим в общую влагалищную оболочку
Г	повреждением кожи мошонки
323	ОБРАЗОВАНИЕ ИНТРАВАГИНАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ОРГАНОВ МОШОНКИ СВЯЗАНО С
А	разрывом белочной оболочки придатка яичка
Б	повреждением подкожной жировой клетчатки
В	повреждением сосудов семенного канатика
Г	повреждением межтканевых промежутков, не проникающих в общую влагалищную оболочку
324	АУТОИММУННОЕ БЕСПЛОДИЕ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ЯИЧКА СВЯЗАНО С
А	нарушением гематотестикулярного барьера
Б	нарушением лимфооттока от яичка
В	выпадением яичка
Г	перенесенными операциями
325	КАКОВЫ 2 ОСНОВНЫХ СИМПТОМА РАЗРЫВА УРЕТРЫ?
А	уретроррагия
Б	боль в промежности
В	гематурия
Г	потекание мочи
326	КАКОЙ ОСНОВНОЙ ВНЕШНИЙ ПРИЗНАК ПЕРЕЛОМА КОСТЕЙ ТАЗА ПРИ СОЧЕТАНИИ С РАЗРЫВОМ УРЕТРЫ?
А	больной не может стоять на ногах
Б	бледность кожных покровов

В	слабость, адинамия
Г	уретроррагия
327	КАКОВЫ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ НАРУШЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У МУЖЧИН С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ СТРУКТУРАМИ УРЕТРЫ?
А	наличие спермы в моче
Б	азооспермия
В	аспермия
Г	асперматизм
328	УКАЖИТЕ ДВА ВЕДУЩИХ СИМПТОМА НАРУШЕНИЯ КОПУЛЯТИВНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ СО СТРИКТУРАМИ УРЕТРЫ?
А	снижение копулятивной функции в зависимости от обострения хронического простатита и колликулита
Б	преждевременная эякуляция
В	тусклость оргазма
Г	снижение либидо
329	КАКИМ СПОСОБОМ УРЕТРОГРАФИИ МОЖНО УСТАНОВИТЬ ДЛИНУ ЗАДНЕЙ ЧАСТИ УРЕТРЫ ПРИ БОЛЬШОЙ СТРИКТУРЕ УРЕТРЫ С МОЧЕПУЗЫРНЫМ СВИЩОМ?
А	восходящей уретрографией в сочетании с проведением булжа через мочепузырный свищ в шейку и заднюю уретру
Б	комбинированный восходящей и нисходящей уретрографией
В	антеградной уретрографией
Г	восходящей уретрографией
330	КАКАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ С ПРИСТЕНОЧНЫМ ЗАКРЫТЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ УРЕТРЫ?
А	выжидательная тактика с капиллярными пункциями мочевого пузыря
Б	попытка введения постоянного катетера
В	срочная операция — первичный шов уретры
Г	эпицистостомия
331	В ПРЕДЕЛАХ КАКОГО ПЕРИОДА ВРЕМЕНИ МОЖНО ПРИ РАЗРЫВЕ УРЕТРЫ ПРОИЗВЕСТИ ПЕРВИЧНЫЙ ШОВ (ПЕРВИЧНУЮ ПЛАСТИКУ)?
А	первые 24 ч
Б	2 дня
В	3—4 дня
Г	1 нед
332	КАКОЕ КОЛИЧЕСТВО ЭТАПОВ ВКЛЮЧАЕТ ОПЕРАЦИЯ УРЕТРОПЛАСТИКИ КОЖЕЙ МОШОНКИ ПО РУСАКОВУ ПРИ СТРИКТУРАХ ДЛИНОЙ 3,5 — 7 см?
А	4 этапа
Б	6 этапов
В	5этапов
Г	2этапа
333	КАКОВЫ ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ ТОННЕЛИЗАЦИИ ПО ФРОНШТЕЙНУ?
А	постгонорейные стриктуры большой протяженности, но с ограниченным участком сужения
Б	относительные стриктуры
В	длиной до 3 см
Г	посттравматические стриктуры уретры длиной 2 см; Б. длиной 3 см
334	УКАЖИТЕ ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ СТРИКТУР УРЕТРЫ?

А	фермент лидаза (гиалуронидаза)
Б	стекловидное тело
В	алоэ
Г	антибактериальные препараты
335	ДЛЯ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ СИМПТОМАТИЧЕСКОГО ВАРИКОЦЕЛЕ?
А	опухоль почки
Б	нефроптоз
В	гидронефроз
Г	поликистоз
336	КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ СЛЕДУЕТ ИСКЛЮЧИТЬ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПРИ МАКРОГЕМАТУРИИ?
А	опухоль почки
Б	пиелонефрит
В	цистит
Г	нефроптоз
337	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ОПУХОЛИ ПОЧКИ
А	дефект наполнения лоханки, ампутация одной или нескольких чашечек
Б	контрастные тени в проекции почки
В	увеличение размеров почки
Г	расширение полостной системы
338	КАКАЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ У ДЕТЕЙ?
А	эмбриональная аденомиосаркома
Б	гипернефроидный рак
В	семинома
Г	аденокарцинома
339	НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ТИП ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ ОПУХОЛИ ПОЧКИ
А	темноклеточный
Б	аденоматозной
В	саркомоподобный
Г	железистый
340	КАКОЕ НАЗВАНИЕ ОПУХОЛИ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРАВИЛЬНЫМ, И ОНО ПОЛУЧИЛО ШИРОКОЕ РАСПРОСТРАНЕНИЕ?
А	светлоклеточный рак почки
Б	темноклеточный
В	опухоль Гравитца
Г	аденокарцинома
341	КАКАЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ ЛОХАНКИ ВСТРЕЧАЕТСЯ ЧАЩЕ?
А	папиллярный рак
Б	саркома
В	слизисто-железистый рак
Г	ангиома
342	НАЗОВИТЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННУЮ ОПУХОЛЬ ПОЧКИ, КОТОРАЯ ДЛИТЕЛЬНОЕ ВРЕМЯ ИМЕЕТ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ
А	саркома
Б	аденокарцинома

В	полиморфно-клеточный рак
Г	эмбриональный рак
343	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ НЕИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛИ ПОЧЕК
А	ультразвуковое сканирование
Б	компьютерная томография
В	почечная ангиография
Г	экскреторная урография
344	ПЕРВОЕ МЕСТО ПО ЧАСТОТЕ РАЗВИТИЯ РАКА ПОЧКИ ЗАНИМАЕТ
А	эпителий проксимальных канальцев
Б	фибробластоподобные клетки мозгового слоя почки
В	эпителий почечных сосудов
Г	эпителий капсулы клубочков
345	ПЕРВОЕ МЕСТО ПО ЧАСТОТЕ РАЗВИТИЯ РАКА ПОЧКИ ЗАНИМАЕТ
А	светлоклеточный рак
Б	опухоль Гравитца
В	аденокарцинома
Г	почечный рак
346	СКОЛЬКО ЛЕТ ПРОХОДИТ ОТ МОМЕНТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОПУХОЛЕВОЙ КЛЕТКИ ДО КЛИНИЧЕСКОГО ПРОЯВЛЕНИЯ?
А	2 —7 лет
Б	4 года
В	5лет
Г	1 год
347	КАКОВА СКОРОСТЬ РОСТА РАКА ПОЧЕЧНОЙ ПАРЕНХИМЫ У МОЛОДЫХ?
А	2 см в год
Б	3см в год
В	4 см в год
Г	5 см в год
348	КАКОВА СКОРОСТЬ РОСТА РАКА ПОЧЕЧНОЙ ПАРЕНХИМЫ У ПОЖИЛЫХ?
А	1 см в год
Б	2 см в год
В	3см в год
Г	4 см в год
349	С ПОМОЩЬЮ КАКОГО МЕТОДА МОЖНО ВЫЯВИТЬ ОПУХОЛИ ПОЧЕЧНОЙ ПАРЕНХИМЫ МЕНЕЕ 1,5 —2 СМ В ДИАМЕТРЕ?
А	фармакоангиография
Б	экскреторная урография
В	УЗИ
Г	ретроградная пиелография
350	КАКОЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ПОЧКИ ПРИМЕНЯЕТСЯ В ВИДЕ СКРИНИНГ-ТЕСТА?
А	ультразвуковое сканирование
Б	компьютерная томография
В	почечная ангиография
Г	нефросцинтиграфия

351	РАК ПОЧКИ ЧАЩЕ МЕТАСТАЗИРУЕТ В
А	легкие
Б	печень
В	головной мозг
Г	позвоночник
352	КАКОЙ ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ ПРИ ОПУХОЛИ ПОЧКИ У ДЕТЕЙ?
А	чрезбрюшинный
Б	торакоабдоминальный
В	торакальный
Г	по Нагамацу
353	КАКАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ РАКЕ ЛОХАНКИ
А	нефроуретерэктомия
Б	расширенная нефрэктомия
В	резекция лоханки
Г	радикальная лимфаденэктомия
354	В КАКОЙ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЙ ПРОЦЕСС ВЫХОДИТ ЗА ПРЕДЕЛЫ ФИБРОЗНОЙ КАПСУЛЫ ПОЧКИ?
А	T3
Б	T4
В	T5
Г	T1
355	РАК МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ У
А	пациентов в возрасте от 50 до 70 лет
Б	молодых людей
В	деревенских жителей
Г	женщин
356	СРЕДИ ОПУХОЛЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРЕВАЛИРУЮТ
А	эпителиальные опухоли
Б	саркомы
В	феохромоцитомы
Г	эндометриозные опухоли
357	ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ
А	фибромиома
Б	аденокарциома
В	первичный гипернефроидный рак
Г	саркома
358	ДЛЯ ПАПИЛЛЯРНОГО РАКА ХАРАКТЕРНО
А	ворсинки имеют тупые концы и склонны к некрозу
Б	инфильтрирующий рост, опухоль как бы стелется по стенкам пузыря
В	эмбриональное происхождение из остатков урахуса
Г	тонкая ножка
359	Чаще всего метастазы рака мочевого пузыря наблюдаются в
А	регионарных лимфатических узлах таза, в области подвздошных и запирательных сосудов
Б	миокарде
В	кавернозных телах полового члена
Г	коже
360	ПОКАЗАТЕЛИ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ РАКА

А	клетки едва дифференцируются, как переходный эпителий
Б	некоторая вариабельность размеров и формы клеток, их ядер
В	соединительнотканый центр покрыт правильными рядами клеток эпителия
Г	базальные клетки правильной формы
361	ДЛЯ СТАДИИ Т1 ХАРАКТЕРНО
А	поражение слизистой оболочки, инфильтрация субэпителиальной соединительной ткани
Б	опухоль инфильтрирует внутреннюю половину толщины мышечной оболочки
В	прорастание всей толщины стенки пузыря и инфильтрация паравезикальной клетчатки
Г	опухоль прорастает в глубокие слои мышечной оболочки
362	ДЛЯ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ХАРАКТЕРНО
А	сравнительно позднее метастазирование
Б	отсутствие боли длительное время
В	боль в костях таза
Г	раннее метастазирование
363	ДЛЯ САРКОМЫ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ХАРАКТЕРНО
А	высокая злокачественность
Б	чаще встречается у пожилых людей
В	раннее метастазирование
Г	медленный рост
364	ПРИ ЦИТОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОСАДКА МОЧИ
А	частота положительных цитологических заключений у больных раком мочевого пузыря достигает 70 %
Б	частота положительных цитологических исследований не превышает 5 —10 %
В	флюоресцентная микроскопия мало информативна
Г	раковые клетки имеют одинаковую форму и размеры с клетками эпителия
365	ОСНОВНОЙ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ СИМПТОМ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ
А	имеется дефект наполнения, но контуры мочевого пузыря остаются неизменными, симметричными
Б	тень опухоли имеет широкое основание и узловатую поверхность
В	тени кальцификатов на поверхности опухоли
Г	на полицистограмме определяется асимметрия пузыря с ригидностью одной из его стенок в зоне опухоли
366	ДАННЫЕ ТАЗОВОЙ ВНУТРИКОСТНОЙ ФЛЕБОГРАФИИ И ЛИМФОАДЕНОГРАФИИ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИЕ О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА
А	краевой дефект наполнения или распределения контрастного вещества по периферии лимфатических узлов
Б	состояние венозного сплетения
В	венозный отток по магистральным сосудам таза
Г	гомогенность тени лимфатических узлов
367	ЭНДОВЕЗИКАЛЬНАЯ ЭЛЕКТРОКОАГУЛЯЦИЯ
А	показана при папилломе мочевого пузыря
Б	является радикальным методом лечения при диффузном папилломатозе
В	показана при папиллярном раке мочевого пузыря

Г	показана при папилломе устье мочеточников
368	РЕЗЕКЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ
А	в случае расположения опухоли у верхушки должна дополняться иссечением всего урахуса
Б	не предполагает удаление пораженных бластоматозным процессом лимфатических узлов таза
В	дает лучшие результаты при локализации опухоли в области шейки пузыря и вблизи обоих мочеточниковых устьев
Г	осуществляется в пределах здоровых тканей на расстоянии не менее 1 см от края опухоли
369	ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ЦИСТЭКТОМИИ
А	выраженная кахексия с метастазами
Б	множественные опухоли
В	диффузный папилломатоз
Г	рецидивные опухоли
370	ПРОВЕДЕНИЕ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ДОПУСТИМО ПРИ
А	локализации опухоли в области шейки мочевого пузыря
Б	резко выраженной раковой кахексии
В	при двух опухолевых образованиях
Г	острой и хронической почечной, выраженной печеночной недостаточности
371	ХИМИОТЕРАПИЯ ПРИ РАКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ
А	проводимая в послеоперационном периоде, способствует подавлению или уничтожению остатков опухолевой ткани
Б	в сочетании с хирургическим и лучевым лечением применяется редко
В	наиболее эффективна, как самостоятельный метод лечения
Г	применяемая регионарно методом внутриартериальных инфузий, не отличается высокой эффективностью
372	ПРОФИЛАКТИКА РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРЕДПОЛАГАЕТ
А	своевременное лечение воспалительных, трофических и паразитарных заболеваний мочевого пузыря
Б	уменьшение приема жидкости пациентами «группы риска»
В	обследование пациентов с дивертикулами мочевого пузыря проводится в случае возникновения макрогематурии
Г	проведение цистоскопии не реже 1 раза в 2 года пациентам, лечившимся по поводу опухолей мочевого пузыря
373	АДЕНОМА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ — ЭТО ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ, КОТОРАЯ РАЗВИВАЕТСЯ ИЗ
А	краниальной (центральной) области предстательной железы
Б	шейки мочевого пузыря
В	куперовых желез
Г	семенных пузырьков
374	В ПРОЦЕССЕ РОСТА ДГПЖ ПРЕДСТАТЕЛЬНАЯ ЖЕЛЕЗА
А	оттесняется к периферии, превращаясь в хирургическую капсулу
Б	гипертрофируется
В	остается без изменений
Г	прорастает аденоматозной тканью
375	КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА ДГПЖ НАИМЕНЕЕ ВЫРАЖЕНА ПРИ
А	ректальной форме
Б	смешанной форме
В	асимметрии боковых долей по величине

Г	сочетании ДГПЖ и хронического простатита
376	МЕХАНИЗМ ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКИ МОЧИ ПРИ ДГПЖ ОБУСЛОВЛЕН
А	нарушением координированной работы детрузора и замыкательного аппарата мочевого пузыря
Б	сопутствующим баланопоститом
В	наличием дивертикулов мочевого пузыря
Г	хроническим пиелонефритом
377	РАЗВИТИЕ ДГПЖ ОБУСЛОВЛЕНО
А	повышенной активностью 5-а-редуктазы
Б	снижением образования эстрогенов
В	половыми дизритмиями
Г	преобладанием в рационе растительной пищи
378	ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА НИКТУРИИ ПРИ ДГПЖ
А	прилив крови в вены таза, веностаз в подслизистом слое предстательной части уретры
Б	развитие хронического пиелонефрита
В	атрофия предстательной железы
Г	ректальная форма ДГПЖ
379	Для первой стадии ДГПЖ характерно
А	при мочеиспускании мочевого пузырь полностью опорожняется, остаточной мочи нет
Б	количество остаточной мочи 50 — 400 мл
В	пузырно-мочеточниковые рефлюксы
Г	мочеиспускание в несколько этапов, сопровождающееся чувством неполного опорожнения мочевого пузыря
380	ОСЛОЖНЕНИЯ ДГПЖ
А	цистит
Б	рак полового члена
В	рак предстательной железы
Г	рак почки
381	ПРИ РЕКТАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ ДЛЯ ДГПЖ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ
А	консистенция узлов эластическая или плотно-эластическая
Б	плотные узлы хрящевидной консистенции
В	асимметрия предстательной железы
Г	инфильтраты, нарушающие целостность капсулы, идущие к окружающим тканям
382	ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ СКАНИРОВАНИИ ДЛЯ ДГПЖ ХАРАКТЕРНО
А	овальная форма, симметричность, однородная мелкогранулярная эхоструктура
Б	симметричные гиперэхогенные очаги
В	интенсивные, ограниченные, эхологически плотные участки с акустической тенью
Г	неоднородная эхоструктура, деформация предстательной железы, увеличение ее в ширину
384	Экстренная аденомэктомия предполагает
А	полное исключение катетеризации мочевого пузыря на предыдущих этапах и в стационаре
Б	временное отведение мочи посредством эпицистостомии
В	обязательное обследование пациента с использованием радиоизотопных методов
Г	проведение операции в первые 6 — 36 ч после задержки мочи

385	ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ЭКСТРЕННОЙ АДЕНОМЭКТОМИИ
А	острый пиелонефрит
Б	сдавление аденомой интрамуральной части мочеточников
В	большие размеры аденомы
Г	камень мочевого пузыря
386	ПОКАЗАНИЯ К ПЛАНОВОЙ АДЕНОМЭКТОМИИ
А	вторая стадия ДГПЖ
Б	ХПН
В	острый пиелонефрит, уросепсис
Г	подозрение на рак в аденоме
387	ПОКАЗАНИЯ К ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ
А	плотная консистенция, пузырная форма ДГПЖ
Б	опухоль мочевого пузыря
В	осложнения, вызванные ушиванием ложа предстательной железы при аденомэктомии
Г	большой размер аденомы (масса больше 70 г)
388	ОСЛОЖНЕНИЯ, ВЫЗВАННЫЕ УШИВАНИЕМ ЛОЖА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ АДЕНОМЭКТОМИИ
А	рубцовый стеноз шейки мочевого пузыря
Б	кровотечение
В	рак почки
Г	рецидив ДГПЖ
389	ПРЕИМУЩЕСТВА БЕСШОВНОГО ВЕДЕНИЯ ЛОЖА ПРИ АДЕНОМЭКТОМИИ
А	меньшая травматичность и эффект вымывания из ложа ДГПЖ фибринолитических веществ
Б	радикальное удаление ДГПЖ
В	удаление конкрементов мочевого пузыря во время операции
Г	возможность тщательной ревизии мочевого пузыря для исключения опухоли и дивертикулов
390	ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ АДЕНОМЭКТОМИИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ У ПАЦИЕНТОВ С
А	варикозным расширением вен нижних конечностей
Б	ректальной формой ДГПЖ
В	дивертикулами мочевого пузыря
Г	малыми размерами ДГПЖ
391	ОСТРЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ ПОСЛЕ АДЕНОМЭКТОМИИ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ У БОЛЬНЫХ
А	после неоднократных катетеризаций мочевого пузыря в предоперационном периоде
Б	при небольших размерах ДГПЖ
В	с нарушением функций почек
Г	которым проводилась вазорезекция
392	ЧТО ОЗНАЧАЕТ ПОНЯТИЕ «ГИПЕРТЕРМИЯ»?
А	42-45°C
Б	37-39°C
В	70—100°C
Г	50-70 °C
393	ЧТО ОЗНАЧАЕТ ПОНЯТИЕ «ТЕРМОТЕРАПИЯ»?
А	55-80 °C
Б	40-45 °C

В	80-100 °С
Г	температурный режим 37—38 °С
394	КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРОИСХОДЯТ В ТКАНИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ МИКРОВОЛНОВОЙ ТЕРМОТЕРАПИИ?
А	геморрагический эффект
Б	коагуляционный некроз
В	макроскопический некроз
Г	химический ожог
395	КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРОИСХОДЯТ В ТКАНИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ РАДИОЧАСТОТНОЙ ТЕРМОТЕРАПИИ?
А	макроскопический некроз
Б	антипролиферативный эффект
В	геморрагическая болезнь
Г	коагуляционный некроз
396	КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ НАСТУПАЮТ В ТКАНИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ТЕРМОАБЛАЦИИ?
А	коагуляционный некроз
Б	точечный некроз
В	геморрагический эффект
Г	фиброз ткани
397	КАКИЕ НОВЫЕ ТЕРМАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ В ЛЕЧЕНИИ ДГПЖ?
А	радиочастотная термоабляция
Б	микроволновая гипертермия
В	радиочастотная термотерапия
Г	микроволновая термотерапия
398	КАКОВА МЕДИЦИНСКАЯ ГЕОГРАФИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (РПЖ)?
А	наибольшее распространение в США
Б	наибольшее распространение РПЖ в Юго-Восточной Азии
В	наименьшее распространение в Западной Европе
Г	наибольшее распространение в РФ
399	КАКОЙ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР РПЖ БОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН?
А	генетический
Б	воспалительный
В	гормональный
Г	микробный
400	УКАЖИТЕ ОСНОВНОЕ ЗВЕНО ПАТОГЕНЕЗА РПЖ?
А	гиперандрогения
Б	первичное поражение гонад
В	снижение функции печени
Г	гиперэстерогения

Ситуационные задачи:

ид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
	-	001
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

	-	У пациента 55 лет при обследовании выявлен коралловидный камень левой почки. При цистоскопии из левого устья выделился густой гной в виде «пасты из тюбика». На обзорной урограмме тень конкремента в проекции левой почки 4 на 6 см, на экскреторных урограммах контрастного вещества в проекции левой почки нет. Справа функция почки не изменена. На радиоизотопной ренограмме: справа васкуляризация, секреция и экскреция не нарушены, слева - «немая» почка.
	1	Предварительный диагноз?
	-	МКБ. Коралловидный камень левой почки. Калькулезный пионефроз слева.
2	-	Диагноз поставлен верно.
1	-	Диагноз поставлен неполностью - часть нозологий упущена.
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Какие дополнительные обследования необходимо провести?
	-	Для уточнения диагноза необходимо УЗИ почек с цветовым доплеровским картированием (ЦДК). МСКТ органов мочеполовой системы с контрастированием. Оценить биохимические показатели (креатинин, мочевины).
2	-	Указаны все методы исследования. Ответ обоснован.
1	-	Указаны не все исследования либо перечислены не все методики исследования не обоснована цель их назначения.
0	-	Указаны неверные методы исследования.
	3	Какой из методов лечения показан больному. Обоснуйте.
	-	Оперативное вмешательство в объеме нефруретерэктомия слева. Т.к. левая почка не функционирует, из мочеточника поступает гной.
2	-	Правильно выбран метод лечения. Правильно обоснован метод лечения.
1	-	Правильно указан способ лечения, но не обоснованы показания.
0	-	Ответ неверен полностью.
	4	Какое обстоятельство позволяет выполнить оперативное вмешательство в запланированном объеме, если таковое показано.
	-	Т.к. левая почка не функционирует, а у правой почки полностью сохранена функция и отсутствуют конкременты и новообразования.
2	-	Перечислены все обстоятельства правильно.
1	-	Ответ верен только частично.
0	-	Ответ полностью неверен.
	5	Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике заболевания.
	-	Профилактическое обследование (УЗИ почек 1 раз в год). Избегать переохлаждения. Исключить из рациона острую пищу, алкоголь. Лечение воспалительных осложнений, своевременное оперативное лечение.
2	-	Ответ верен
1	-	Указана только часть мероприятий
0	-	Ответ неверен.
	-	002
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	При поступлении в урологическую клинику больная 34 лет предъявляет жалобы на тупые боли в поясничных областях, жажду, субфебрильную температуру, повышение

		артериального давления до 180/110 мм.рт.ст. Анамнез: считает себя больной в течение 5 лет, длительное время лечится амбулаторно у нефролога по поводу хронического пиелонефрита; ранее никогда не обследовалась. При осмотре: в подреберьях, симметрично пальпируются больших размеров малоподвижные образования с бугристыми поверхностями. Анализ мочи: удельный вес -1006,лейкоциты - до 100 в п/зр. Мочевина крови - 9,0 ммоль/л, креатинин 198 мкмоль/л.
	1	Предварительный диагноз?
	-	Поликистоз почек - врожденное заболевание, наследуемое по доминантному типу.
2	-	Диагноз поставлен верно.
1	-	Диагноз поставлен неполностью - часть нозологий упущена.
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Укажите признаки, симптомы данного заболевания.
	-	альпируемые образования являются почками. Наличие двустороннего увеличения почек с неровной поверхностью, признаки артериальной гипертензии, хронического пиелонефрита и почечной недостаточности позволяют предположить у больной это заболевание.
2	-	Указаны все признаки, симптомы. Ответ обоснован.
1	-	Указаны не все признаки и симптомы.
0	-	Ответ неверен.
	3	Какие дополнительные исследования необходимы для его уточнения
	-	Для уточнения диагноза показано: УЗИ, мультиспиральная компьютерная томография, сцинтиграфия почек, экскреторная урография, ренография.
2	-	Перечислены все методы исследования
1	-	Указано только часть методов исследования
0	-	Ответ неверен полностью.
	4	какова лечебная тактика. Какие осложнение является абсолютным показанием для оперативного вмешательства. Укажите название операции.
	-	оказано проведение гипотензивной и дезинтоксикационной терапии, назначение средств, улучшающих микроциркуляцию, молочно-растительная диета. Осложнения: нагноение кист. Операция: игнипунктура.
2	-	Перечислены все обстоятельства правильно.
1	-	Ответ верен только частично.
0	-	Ответ полностью неверен.
	5	5.Перечислите меры вторичной профилактики.
	-	Прием уроантисептиков, гипотензивных препаратов, средств улучшающих кровообращение.
2	-	Ответ верен
1	-	Указана только часть мероприятий
0	-	Ответ неверен.
	-	003

	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Больной, 72 года, обратился с жалобами на присутствие крови в моче в течение последних 4 месяцев. Моча окрашена кровью во время всего акта мочеиспускания. Периодически отмечает отхождение сгустков крови червеобразной формы. Неделю назад после очередного эпизода гематурии появились сильные боли в правой поясничной области, которые прошли самостоятельно после от-хождения с мочой сгустков крови.
	1	Какое заболевание следует заподозрить?
	-	Макрогематурия. Новообразование правой почки (?), правого мочеточника (?)
2	-	Диагноз поставлен верно.
1	-	Диагноз поставлен неполностью - часть нозологий не указана.
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Каков план обследования больного?
	-	Для установления диагноза последовательность обследования больного следующая: пальпация области почек, особенно тщательная справа, исследование органов мошонки на предмет вторичного варикоцеле, цитологическое исследование мочи на атипичные клетки, УЗИ почек и мочевого пузыря, экскреторная урография, мультиспиральная КТ и МРТ почек и забрюшинного пространства.
2	-	Указаны все методы исследования
1	-	Методы исследования указаны частично
0	-	Ответ неверен.
	3	Ваш выбор лечения?
	-	При выявлении новообразование почки показана радикальная хирургическая тактика. При новообразование паренхимы почки до 3 см – резекция почки, если более 3-х см с прорастанием в лоханку – нефроэктомию. При Сг лоханки – нефроуретерэктомию справа с трансуретральной резекцией устья мочеточника правой почки. В послеоперационном периоде комбинированная химиотерапия и лучевая терапия.
2	-	Ответ полный. Указаны все виды лечения.
1	-	Указана только часть
0	-	Ответ неверен полностью.
	-	004
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	У мальчика 4 лет затрудненное мочеиспускание тонкой нитевидной струей; при каждом мочеиспускании отмечается растягивание в виде шара препунциального мешка.
	1	Предварительный диагноз? Определение заболевания?
	-	Фимоз - заболевание, при котором происходит сужение крайней плоти (складки кожи, прикрывающей головку полового члена): либо головка полового члена открывается, вызывая болезненные ощущения, либо не открывается вовсе.
2	-	Диагноз поставлен верно.
1	-	Диагноз поставлен верно, но без объяснения патологии
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Классификация заболевания.

	-	Заболевание имеет 4 степени. Фимоз первой стадии характеризуется затруднением обнажения головки полового члена в эрегированном состоянии, тогда как в спокойном состоянии таких проблем не возникает. Второй стадии заболевания головку полового члена можно с усилием открыть только в спокойном состоянии, а при эрекции сделать это невозможно. Третьей стадии головка не открывается вовсе, но проблемы с мочеиспусканием ещё не проявляются. Четвертой стадии заболевания, когда моча выделяется наружу только слабой струйкой или каплями.
2	-	Указаны все стадии правильно.
1	-	Указаны не все стадии заболевания, либо указаны неправильно.
0	-	Ответ полностью не верен.
	3	Какова лечебная тактика?
	-	Ирикумизия - это процедура иссечения крайней плоти полового члена. Инструментальное расширение препунциального отверстия
2	-	Правильно выбран метод лечения. Правильно обоснован метод лечения.
1	-	Правильно указан способ лечения, но не обоснованы показания. Либо перечислены не все методы
0	-	Ответ неверен полностью.
	4	Перечислите меры первичной профилактики.
	-	Информирование матери о необходимости выполнения постоянных попыток открыть головку полового члена с момента рождения мальчика. Профилактика баланопостита (избегать воспалительного процесса) – гигиена наружных половых органов.
2	-	Ответ верен.
1	-	Ответ верен только частично.
0	-	Ответ полностью неверен.
	-	005
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	У мальчика 8 лет отсутствует правое яичко в мошонке. При рождении в мошонке отсутствовали оба яичка, в возрасте 6 лет левое яичко заняло нормальное положение. В правой паховой области нечетко пальпируется округлое образование размером 3х2 см.
	1	Диагноз? Определение?
	-	Паховый крипторхизм. Крипторхизм — неопущение яичка в мошонку: расположение яичек вне мошонки (в брюшной полости или в паховом канале), либо неправильное опускание, при котором яичко, выйдя из пахового канала, меняет направление и располагается под кожей в паху, на бедре, в лобке или промежности.
2	-	Диагноз поставлен верно. Определение указано верно.
1	-	Только часть ответа указано правильно.
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Каков генез заболевания?
	-	Врожденное заболевание – результат нарушения процесса миграции яичка в мошонку.
2	-	Полностью правильный ответ

1	-	Ответ частично правильный
0	-	Ответ неверен.
	3	Нужны ли дополнительные методы исследования?
	-	УЗИ пахового канала справа, УЗИ органов мошонки с ЦДК.
2	-	Ответ правильный
1	-	В ответе есть ошибки.
0	-	Ответ неверен полностью.
	4	Какова лечебная тактика?
	-	Необходимо оперативное лечение: орхипексия справа. Орхипексия — прикрепление яичка к соседним тканям с помощью швов.
2	-	Все ответы правильные
1	-	Ответ верен только частично.
0	-	Ответ полностью неверен.
	5	Перечислите меры профилактики: а) для матери с учетом последующих беременностей; б) для ребенка.
	-	а) исключение тератогенных воздействий во время 2-го триместра беременности; б) ежегодный проф. осмотр для исключения онкопатологии.
2	-	Ответ верен
1	-	Ответ частично верен.
0	-	Ответ неверен.
	-	006
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Больной 18 лет поступил в клинику с жалобами на тупую боль в правой поясничной области, которую ощущает около 10 лет. В правой половине живота пальпаторно определяется опухолевидное образование. Клинические анализы мочи и крови не изменены. На обзорной рентгенограмме теней конкрементов не определяются, отмечается расширение чашечно-лоханочной системы, замедление пассажа контрастного вещества. Слева изменений рентгенологической картины нет. На ангиограмме почек справа определяется добавочный сосуд, идущий к нижнему полюсу правой почки.
	1	Диагноз?
	-	Врожденный гидронефроз на почве уретеровазального конфликта справа.
2	-	Диагноз поставлен верно.
1	-	Только часть ответа указано правильно.
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Каков генез заболевания?
	-	Врожденное заболевание – результат нарушения оттока мочи из полостной системы правой почки в результате сдавления пиелoureтерального сегмента мочеточника аберрантным сосудом.

2	-	Полностью правильный ответ
1	-	Ответ частично правильный
0	-	Ответ неверен.
	3	Нужны ли дополнительные методы исследования?
	-	МСКТ мочеполовой системы с контрастированием.
2	-	Ответ правильный
1	-	В ответе есть ошибки.
0	-	Ответ неверен полностью.
	4	Какова лечебная тактика?
	-	необходимо оперативное лечение: пластика пиелоуретерального сегмента справа по Хайнесу-Андерсену.
2	-	Все ответы правильные
1	-	Ответ верен только частично.
0	-	Ответ полностью неверен.
	5	Перечислите меры вторичной профилактики.
	-	Диспансерное наблюдение. Профилактика воспалительных заболеваний почек. Избегать переохлаждения. Контрольное УЗИ 1 раз в 6 месяцев.
2	-	Ответ верен
1	-	Ответ частично верен.
0	-	Ответ неверен.
	-	007
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Больная 22 лет обратилась к врачу-урологу с жалобами на тупую боль в левой поясничной области, учащенное мочеиспускание. При цистоскопии в области левого устья определяется выпячивание с точечным устьем. На экскреторной урограмме справа чашечно-лоханочная система и мочеточник не изменены, слева - расширение тазового отдела мочеточника в виде «головы кобры».
	1	Диагноз?
	-	Уретероцеле слева. Уретероцеле — сужение устья мочеточника, приводящее к образованию шаровидного и кистовидного выпячивания внутривульварного отдела мочеточника, состоящего из двух слоёв слизистой оболочки — внутри мочеточника и снаружи мочевого пузыря, ввиду чего происходит нарушение оттока мочи и возникновение уретерогидронефротической трансформации и хронического пиелонефрита.
2	-	Диагноз поставлен верно. Определение указано верно.
1	-	Только часть ответа указано правильно.
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Каков генез заболевания?
	-	Врожденное заболевание; результат неправильного развития (значительного

		сужения) устья мочеточника и нарушения оттока мочи.
2	-	Полностью правильный ответ
1	-	Ответ частично правильный
0	-	Ответ неверен.
	3	Нужны ли дополнительные методы исследования?
	-	МСКТ мочеполовой системы с контрастированием. УЗИ мочевого пузыря, УЗИ почек.
2	-	Ответ правильный
1	-	В ответе есть ошибки.
0	-	Ответ неверен полностью.
	4	Какова лечебная тактика?
	-	еобходимо оперативное лечение: эндоскопическое рассечение устья левого мочеточника.
2	-	Все ответы правильные
1	-	Ответ верен только частично.
0	-	Ответ полностью неверен.
	5	Перечислите меры вторичной профилактики.
	-	Диспансерное наблюдение с детского возраста.
2	-	Ответ верен
1	-	Ответ частично верен.
0	-	Ответ неверен.
	-	008
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Больная 20 лет в течение года отмечает резкое снижение массы тела, приступообразные боли в правой поясничной области после физической нагрузки, купирующиеся в горизонтальном положении. При вертикальном положении в правой половине живота прощупывается опухолевидное образование. На обзорной рентгенограмме теней конкрементов нет, нижний полюс правой почки в вертикальном положении, определяется на уровне тела L5.
	1	Диагноз?
	-	Правосторонний нефроптоз 2ст. Нефроптоз (опущение почки) — патологическое состояние, характеризующееся избыточной подвижностью почки и нарушением нормальных анатомических взаимоотношений органов мочеполовой системы
2	-	Диагноз поставлен верно. Определение указано верно.
1	-	Только часть ответа указано правильно.
0	-	Диагноз поставлен неверно.

	2	Каков генез заболевания?
	-	врожденное заболевание, развившееся в результате неправильного развития фиксирующего аппарата почек.
2	-	Полностью правильный ответ
1	-	Ответ частично правильный
0	-	Ответ неверен.
	3	Нужны ли дополнительные методы исследования?
	-	МСКТ мочеполовой системы с контрастированием. Необходимы дополнительные методы обследования: экскреторная урография с ортостатической пробой.
2	-	Ответ правильный
1	-	В ответе есть ошибки.
0	-	Ответ неверен полностью.
	4	Какова лечебная тактика?
	-	Выбор лечебной тактики в зависимости от состояния уродинамики: при отсутствии нарушения – консервативная терапия, при наличии нарушения уродинамики, сохраняющегося болевого синдрома, частые обострения пелонефрита – нефропексия.
2	-	Все ответы правильные
1	-	Ответ верен только частично.
0	-	Ответ полностью неверен.
	5	Перечислите меры вторичной профилактики.
	-	Диспансерное наблюдение у уролога с детского возраста. Ограничение физических нагрузок, ношение почечного бандажа, лечебная физкультура.
2	-	Ответ верен
1	-	Ответ частично верен.
0	-	Ответ неверен.
	-	009
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Больной 20 лет предъявляет жалобы на боли в левой половине мошонки. В вертикальном положении тела в области левого семенного канатика определяется гроздевидное образование тестоватой консистенции, которое спускается ниже яичка, а в горизонтальном положении тела значительно уменьшается в размерах. При пальпации яичко дрябловатое, слегка уменьшено в размерах.
	1	Диагноз?
	-	Варикоцеле слева 3 ст. Варикоцеле — расширение вен гроздьевидного сплетения семенного канатика.
2	-	Диагноз поставлен верно. Определение указано верно.

1	-	Только часть ответа указано правильно.
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Каков генез заболевания?
	-	врожденное заболевание; результат неправильного развития несостоятельность клапанного механизма вен или положения левой почечной вены (анатомическая особенность).
2	-	Полностью правильный ответ
1	-	Ответ частично правильный
0	-	Ответ неверен.
	3	Нужны ли дополнительные методы исследования?
	-	Флебография. УЗИ органов мошонки с ЦДК. Спермограмма (оценить нарушение сперматогенеза)
2	-	Ответ правильный
1	-	В ответе есть ошибки.
0	-	Ответ неверен полностью.
	4	Какова лечебная тактика?
	-	выбор лечебной тактики зависимости от градиента давления в левой почечной вене и нижней полой; при наличии выраженной флебогипертензии показан тестикуло-гипогастральный вентный анастомоз; при незначительной флебогипертензии (менее 70 см вод. ст.) – эндоваскулярная эмболизация внутренней семенной (тестикулярной) вены или операция Иванисевича, операция Мар-мар, лапароскопическое клипирование яичковой вены..
2	-	Все ответы правильные
1	-	Ответ верен только частично.
0	-	Ответ полностью неверен.
	5	Перечислите меры вторичной профилактики.
	-	диспансерное наблюдение уролога с детского возраста. Ограничение физических нагрузок в вертикальном положении, ношение тугих плавок.
2	-	Ответ верен
1	-	Ответ частично верен.
0	-	Ответ неверен.
	-	010
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Больная 36 лет жалуется на быструю утомляемость, слабость, сухость во рту, тошноту. Страдает гипертонической болезнью, которая плохо корректируется терапией. При пальпации области живота определяются увеличенные бугристые почки, больше справа. В клиническом анализе мочи – лейкоцитурия, микрогематурия, гипоизостенурия. В анализе крови - анемия, азотемия.
	1	Каков Ваш предварительный диагноз.

	-	ятно пальпируемые образования являются почками. Наличие двустороннего увеличения почек с неровной поверхностью, признаки артериальной гипертензии, хронического пиелонефрита и почечной недостаточности позволяют предположить у больной поликистоза почек.
2	-	Диагноз поставлен верно.
1	-	Только часть ответа указано правильно.
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Каков генез заболевания?
	-	Поликистоз - врожденное заболевание, наследуемое по доминантному типу.
2	-	Полностью правильный ответ
1	-	Ответ частично правильный
0	-	Ответ неверен.
	3	Нужны ли дополнительные методы исследования?
	-	Для уточнения диагноза показано: УЗИ, МСКТ, сцинтиграфия почек.
2	-	Ответ правильный
1	-	В ответе есть ошибки.
0	-	Ответ неверен полностью.
	4	Какая лечебная тактика. Какое осложнение является абсолютным показанием для оперативного вмешательства, название операции?
	-	Показано проведение антибактериальной, гипотензивной и дезинтоксикационной терапии, назначение средств, улучшающих микроциркуляцию, молочно-растительная диета, слабительные. Нагноение кист. Операция: иглопункция
2	-	Все ответы правильные
1	-	Ответ верен только частично.
0	-	Ответ полностью неверен.
	5	Перечислите меры вторичной профилактики.
	-	Диета, постоянный прием уроантисептиков, средств, улучшающих кровообращение, гипотензивных препаратов.
2	-	Ответ верен
1	-	Ответ частично верен.
0	-	Ответ неверен.
	-	011
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Пациент 55 лет поступил в урологическую клинику с DS: «Киста правой почки». По результатам обследования выявлена парапеллвикальная киста правой почки 4,5 × 3,0 см. На экскреторных урограммах лоханка справа не выполняется, гидрокаликоз всех групп чашечек.

	1	Каков Ваш предварительный диагноз.
	-	Парапельвикальная киста правой почки.
2	-	Диагноз поставлен верно.
1	-	Только часть ответа указано правильно.
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Почему не выполняется лоханка
	-	Лоханка правой почки сдавлена парапельвикальной кистой.
2	-	Полностью правильный ответ
1	-	Ответ частично правильный
0	-	Ответ неверен.
	3	Какое дополнительное обследование необходимо провести
	-	Для уточнения диагноза необходимо провести УЗ почек и мочевого пузыря. МСКТ почек.
2	-	Ответ правильный
1	-	В ответе есть ошибки.
0	-	Ответ неверен полностью.
	4	Какой из методов оперативного лечения предпочтителен.
	-	Предпочтителен метод оперативного лечения: минилумботомия, иссечение парапельвикальной кисты почки.
2	-	Все ответы правильные
1	-	Ответ верен только частично.
0	-	Ответ полностью неверен.
	5	Перечислите меры вторичной профилактики.
	-	Диспансерное наблюдение уролога с детского возраста.
2	-	Ответ верен
1	-	Ответ частично верен.
0	-	Ответ неверен.
	-	012
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Больной М., 45 лет последние 3 месяца отмечает периодические подъемы температуры до 38,0С с ознобом. При пальпации определяется болезненность в области правого подреберья. Симптом XII ребра положительный справа. На обзорной урограмме в проекции правой почки визуализируется тень, подозрительная на конкремент 1,5 x 1,4 см в д.

		На экскреторной урограмме функция правой почки снижена, определяется правосторонний гидронефроз, мочеточник четко не виден. Выявленная тень наслаивается на проекцию лоханки. Изменений чашечно-лоханочной системы, мочеточника слева не обнаружено.
	1	Каков Ваш предварительный диагноз.
	-	Клиническая картина характерна для камня правой почки. Предварительный диагноз: Камень правой почки.
2	-	Диагноз поставлен верно.
1	-	Только часть ответа указано правильно.
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
	-	Для уточнения диагноза необходимо проведения УЗИ почек ,мочевого пузыря. МСКТ мочеполовой системы.
2	-	Полностью правильный ответ
1	-	Ответ частично правильный
0	-	Ответ неверен.
	3	Какой из методов обследования в данном случае даст наиболее достоверную информацию.
	-	МСКТ
2	-	Ответ правильный
1	-	В ответе есть ошибки.
0	-	Ответ неверен полностью.
	4	Какие рентгенологические признаки указывают на то, что тень на обзорной урограмме имеет отношение к мочевым путям.
	-	Расширение полостной системы правой почки по УЗИ почек.
2	-	Все ответы правильные
1	-	Ответ верен только частично.
0	-	Ответ полностью неверен.
	5	Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.
	-	Здоровый образ жизни. Отказ от вредных привычек. Высокая водная нагрузка не менее 2,5 л в день.
2	-	Ответ верен
1	-	Ответ частично верен.
0	-	Ответ неверен.
	-	013

	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	В медпункт обратился больной 17 лет с жалобами на тошноту и рвоту, на резкие схваткообразные боли в левом боку, распространяющиеся в паховую область, в наружные половые органы, учащение мочеиспускания. Температура тела нормальная. Больной непрерывно меняет положение тела, не находя в этом облегчения. Месяц тому назад отмечает аналогичный приступ, который купировался спазмолитиками.
	1	Каков Ваш предварительный диагноз.
	-	Клиническая картина характерна для левосторонней почечной колики. Предварительный DS: Камень левого мочеточника.
2	-	Диагноз поставлен верно.
1	-	Только часть ответа указано правильно.
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
	-	Для уточнения диагноза необходимо проведение УЗИ почек, обзорной, экскреторной урографии.
2	-	Полностью правильный ответ
1	-	Ответ частично правильный
0	-	Ответ неверен.
	3	Меры первой (доврачебной) и врачебной помощи
	-	Спазмолитики, обезболивание, теплая ванна.
2	-	Ответ правильный
1	-	В ответе есть ошибки.
0	-	Ответ неверен полностью.
	4	Какие заболевания могут «симулировать» указанное заболевание
	-	Заболевания кишечника, позвоночника (остеохондроз).
2	-	Все ответы правильные
1	-	Ответ верен только частично.
0	-	Ответ полностью неверен.
	5	Перечислите мероприятия по первичной профилактике заболевания.
	-	Здоровый образ жизни, диета, повышенный прием жидкости.
2	-	Ответ верен
1	-	Ответ частично верен.
0	-	Ответ неверен.

	-	014
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	У больной 48 лет накануне обращения возник приступ острой боли в левой поясничной области, после чего прекратилось мочеиспускание, нет позывов в течение последних 12 ч. Мочевой пузырь над лобком пальпаторно и перкуторно не определяется. При катетеризации мочевого пузыря мочи из него не получено. По поводу почечно-каменной болезни 6 лет назад удалена правая почка.
	1	Каков Ваш предварительный диагноз.
	-	Камень левого мочеточника. Пострениальная анурия.
2	-	Диагноз поставлен верно.
1	-	Только часть ответа указано правильно.
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
	-	Для уточнения диагноза необходимо проведение обзорной урографии, УЗИ почек.
2	-	Полностью правильный ответ
1	-	Ответ частично правильный
0	-	Ответ неверен.
	3	Можно ли рассматривать состояние больной как неотложную ситуацию.
	-	Анурия – неотложное состояние.
2	-	Ответ правильный
1	-	В ответе есть ошибки.
0	-	Ответ неверен полностью.
	4	Укажите способы ликвидации осложнения основного заболевания.
	-	катетеризация левого мочеточника, стентирование, пункционная нефростомия, уретеролитотомия с нефростомией.
2	-	Все ответы правильные
1	-	Ответ верен только частично.
0	-	Ответ полностью неверен.
	5	Перечислите мероприятия по первичной профилактике заболевания.
	-	Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, диета. Регулярное профилактическое обследование (УЗИ почек), Санаторно-курортное лечение.
2	-	Ответ верен
1	-	Ответ частично верен.
	-	Ответ неверен.

0		
	-	015
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Больной пожилого возраста предъявляет жалобы на боли внизу живота, иррадиирующие в головку полового члена. Мочеиспускание резко учащено, затруднено, беспокоят рези при мочеиспускании. Периодически в последних порциях мочи отмечается примесь крови. Год назад оперирован по поводу аденомы предстательной железы. Амбулаторное лечение не проводилось. При осмотре: живот правильной формы, над лоном определяется старый окрепший послеоперационный рубец. Per rectum признаков рецидива аденомы нет. Катетеризация уретры свободно осуществляется катетером № 18.
	1	Каков Ваш предварительный диагноз.
	-	Камень мочевого пузыря. ДГПЖ 2 ст. Хронический цистит. Хронический пиелонефрит
2	-	Диагноз поставлен верно.
1	-	Только часть ответа указано правильно.
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
	-	Для уточнения диагноза необходимо проведение УЗИ мочевого пузыря, обзорной, экскреторной урографий, урофлоуметрии.
2	-	Полностью правильный ответ
1	-	Ответ частично правильный
0	-	Ответ неверен.
	3	Какой из методов обследования в данном случае даст наиболее достоверную информацию
	-	цистоскопия.
2	-	Ответ правильный
1	-	В ответе есть ошибки.
0	-	Ответ неверен полностью.
	4	Чем обусловлено данное заболевание.
	-	Камень мочевого пузыря может быть результатом инфравезикальной обструкции, хронического цистита.
2	-	Все ответы правильные
1	-	Ответ верен только частично.
0	-	Ответ полностью неверен.
	5	Перечислите возможные мероприятия по третичной профилактике заболевания.
	-	Лечение воспалительных осложнений со стороны мочевых путей.

2	-	Ответ верен
1	-	Ответ частично верен.
0	-	Ответ неверен.
	-	016
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Больная 55 лет поступила в городскую больницу скорой медицинской помощи с жалобами на боли в левой поясничной области, субфебрилитет. Анамнез: считает себя больной в течение года. При объективном осмотре живот мягкий, умеренно болезнен в левом подреберье. Пропальпировать чтолибо в подреберьях невозможно из-за массивной подкожно-жировой клетчатки. Симптом XII ребра (+) слева. Клинический анализ мочи: лейкоциты сплошь покрывают поле зрения. Анализ крови: НВ 100 г/л; Л - 5,9*10⁹/л; СОЭ 56 мм/час. На обзорной урограмме тень конкремента коралловидной формы в проекции левой почки 4х6 см. На серии экскреторных урограммах контрастного вещества в проекции левой почки не определяется. Функция правой почки не изменена. На радиоизотопной ренограмме: справа - сосудистая, секреторная и экскреторная составляющие кривой не нарушены, слева - "немая" почка. На ангиограммах: резкое обеднение сосудистого рисунка слева; ангиоархитектоника справа не нарушена. Цистоскопия: видно выделение густого гноя в виде "пасты из тюбика" из левого устья.
	1	Каков Ваш предварительный диагноз.
	-	Мочекаменная болезнь. Коралловидный камень левой почки.
2	-	Диагноз поставлен верно.
1	-	Только часть ответа указано правильно.
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Осложнения основного заболевания.
	-	Калькулезный пиелонефроз, нефросклероз слева.
2	-	Полностью правильный ответ
1	-	Ответ частично правильный
0	-	Ответ неверен.
	3	Каков, вероятнее всего, химический состав камня.
	-	Осфат.
2	-	Ответ правильный
1	-	В ответе есть ошибки.
0	-	Ответ неверен полностью.
	4	Какая лечебная тактика? Показания для оперативного лечения?
	-	Для устранения источника инфекции и интоксикации показана нефрэктомия слева.
2	-	Все ответы правильные
	-	Ответ верен только частично.

1		
0	-	Ответ полностью неверен.
	5	перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.
	-	Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, диета. Регулярное профилактическое обследование (УЗИ почек).
2	-	Ответ верен
1	-	Ответ частично верен.
0	-	Ответ неверен.
	-	017
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Пациенту 36 лет четыре года назад проведена пластика гидронефроза слева. В течение трех месяцев беспокоят ноющие боли в поясничной области слева после физической нагрузки. На обзорной урограмме тени $2,5 \times 1,5$ и $1,0 \times 0,8$ см в проекции левой почки. На экскреторных урограммах функция левой почки снижена, гидронефроз, рецидив стриктуры ПУС. Тени камней наслаиваются на пиелоуретральный сегмент и нижнюю группу чашечек. Справа изменений чашечно-лоханочной системы и мочеточника не обнаружено.
	1	Каков Ваш предварительный диагноз.
	-	Рецидив стриктуры ПУС (пиелоуретрального сегмента) слева, гидронефроз слева. Камни левой почки.
2	-	Диагноз поставлен верно.
1	-	Только часть ответа указано правильно.
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
	-	Для уточнения диагноза необходимо проведение МСКТ почек, посев мочи на БАК флору и антибиограмму.
2	-	Полностью правильный ответ
1	-	Ответ частично правильный
0	-	Ответ неверен.
	3	Какие рентгенологические признаки указывают на то, что тень на обзорной урограмме имеет отношение к мочевым путям.
	-	Расширение полостной системы левой почки.
2	-	Ответ правильный
1	-	В ответе есть ошибки.
0	-	Ответ неверен полностью.
	4	Предпочтительный метод оперативного лечения.

	-	еркутанная нефролитолапаксия слева. Рассечение стриктуры ПУС, стентирование мочеточника.
2	-	Все ответы правильные
1	-	Ответ верен только частично.
0	-	Ответ полностью неверен.
	5	еречислите возможные мероприятия по вторичной профилактике заболевания.
	-	Лечение воспалительных осложнений со стороны мочевых путей.
2	-	Ответ верен
1	-	Ответ частично верен.
0	-	Ответ неверен.
	-	018
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	у пациента 48 лет накануне обращения возник приступ острой боли в левой поясничной области и левой половине живота, после чего прекратилось мочеиспускание и позывы на него. Мочи нет в течение 12 ч. При пальпации и перкуссии над лобком мочевого пузыря не определяется. При катетеризации мочевого пузыря мочи не получено. 6 лет назад удалена правая почка по поводу почечнокаменной болезни.
	1	Предварительный диагноз.
	-	Мочекаменная болезнь. Камень левого мочеточника. Постренальная анурия.
2	-	Предварительный диагноз поставлен верно
1	-	Предварительный диагноз неполный, или указано неверное осложнение
0	-	Диагноз поставлен неверно
	2	Какие дополнительные обследования необходимо провести
	-	Описание эталонного ответа на вопрос 2
2	-	Для уточнения диагноза необходимо выполнить клинический анализ крови, клинический анализ мочи, биохимический анализ крови, УЗИ почек, обзорная урография, МСКТ почек.
1	-	Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования
0	-	Методы обследования не указаны
	3	Можно ли рассматривать состояние больного как неотложную ситуацию.
	-	Анурия – неотложное состояние. Анурия – полное прекращение выделения мочи или выделение не более 50 мл мочи в сутки.
2	-	Указано, что ситуация неотложная. Дано определение
1	-	Указано, что ситуация неотложная. Не дано определение
0	-	Ситуация не расценена как неотложная. Определение не дано.
	4	Укажите способы ликвидации осложнения основного заболевания.
	-	Катетеризация левого мочеточника, установка внутреннего мочеточникового стента слева, чрескожная нефростомия. Уретеролитотрипсия
	-	Указаны все способы ликвидации осложнения

2		
1	-	Указаны не все способы ликвидации осложнения
0	-	Способы ликвидации осложнения не указаны
	5	С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику
	-	Острая хирургическая патология, сопровождающаяся болевым синдромом в левой половине живота (острый дивертикулит ободочной кишки, местный неотграниченный перитонит, острый панкреатит). Острая кардиологическая патология – острый коронарный синдром
2	-	Указаны все варианты для дифференциальной диагностики
1	-	Перечислены не все варианты для дифференциальной диагностики
0	-	Варианты для дифференциальной диагностики не указаны
	-	019
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Больной 16 лет поступил в клинику с жалобами на увеличение правой половины мошонки. В возрасте 6 лет перенес орхопексию по поводу пахового крипторхизма. При пальпации мошонки правое яичко увеличено, малоболлезненно, плотной консистенции, четких изменений в придатке не обнаружено, паховые лимфоузлы не увеличены. На экскреторных урограммах определяется отклонение правого мочеточника латерально.
	1	Предварительный диагноз.
	-	Опухоль правого яичка, вероятно, метастазы в тазовые лимфатические узлы.
2	-	Диагноз установлен верно с локализацией основного процесса и вторичных изменений
1	-	Диагноз установлен верно с локализацией основного процесса. Вторичные изменения не выявлены или выявлены с неправильной локализацией
0	-	Диагноз установлен неверно
	2	Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
	-	Для уточнения диагноза необходимо клинический анализ крови и мочи, определение ЛДГ, альфафетопротеина, Бэта-ХГЧ, УЗИ почек, КТ, МРТ, гистологическое исследование опухоли (тонкоигольная пункционная биопсия).
2	-	Указаны лабораторные и инструментальные виды исследований. Указаны основные онкомаркеры опухоли яичка
1	-	Не указаны лабораторные или инструментальные виды исследований. Указаны лабораторные и инструментальные виды исследований. Не указаны основные онкомаркеры опухоли яичка
0	-	Не указаны методы дополнительных исследований
	3	Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.
	-	Гистологическое исследование опухоли (тонкоигольная пункционная биопсия).
2	-	Указан наиболее информативный метод с детальным описанием
1	-	Указан наиболее информативный метод без детального описания
0	-	Наиболее информативный метод не указан
	4	От чего зависит объем вероятного оперативного вмешательства.
	-	От гистологического строения опухоли. Доброкачественная или злокачественная. Злокачественная (Герминогенные и негерминогенные.) Наличие или отсутствие метастазов. Стадия заболевания
2	-	Указаны все параметры, определяющие объем вмешательства
	-	Указаны параметры, от которых зависит объем оперативного вмешательства не

1		полностью
0	-	параметры, определяющие объем вмешательства не указаны
	5	Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике.
	-	Орхэктомия в 6 лет
2	-	Профилактическая мера указана верно
1	-	Профилактическая мера указана в другом объеме (не радикально)
0	-	Профилактическая мера не указана
	-	020
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Больная 55 лет поступила в урологическую клинику с жалобами на учащенное мочеиспускание, наличие крови в моче, тупые боли в левой поясничной области. При цистоскопии на левой боковой стенке мочевого пузыря обнаружена грубоворсинчатая опухоль, входящая в 2 поля зрения цистоскопа на широком основании, прикрывает левое устье. На экскреторных урограммах функция правой почки не нарушена, слева-снижена.
	1	Предварительный диагноз.
	-	Рак мочевого пузыря с вовлечением в процесс устья левого мочеточника.
2	-	Диагноз установлен верно с уточнением локализации и распространения
1	-	Диагноз установлен верно без уточнения локализации и распространения
0	-	Диагноз установлен неверно
	2	Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
	-	Для уточнения диагноза необходимо выполнение клинических, биохимических анализов крови и мочи, УЗИ почек и мочевого пузыря. МРТ малого таза. МСКТ мочевого пузыря. ТУР биопсия мочевого пузыря с использованием в том числе фотодинамических методов
2	-	Указаны и лабораторные, и инструментальные методы исследования
1	-	Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования. Или не указаны все основные методы для оценки состояния органов мочевыделительной системы
0	-	Не указаны дополнительные методы исследования
	3	Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.
	-	Биопсия опухоли с последующим гистологическим исследованием. Выполняется с помощью трансуретральной резекции стенки мочевого пузыря в том числе с использованием фотодинамических методов.
2	-	Указан наиболее информативный метод диагностики с пояснением механизма его
1	-	Указан наиболее информативный метод диагностики без уточнения механизма его
0	-	Не указан наиболее информативный метод диагностики, или указан иной менее информативный метод
	4	План лечения.
	-	Лечение оперативное: резекция мочевого пузыря с уретероцистостомией.
2	-	Указан оптимальный метод лечения с учетом распространения опухоли
1	-	Указан метод лечения без учета распространения опухоли
0	-	Метод лечения не указан

	5	Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике.
	-	Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек (курение), исключение профессиональных вредностей (контакт с ароматическими аминами, фосфоорганическими веществами, ионизирующее излучение производство красок, полимеров)
2	-	Указаны меры первичной профилактики с пояснением и уточнением возможных этиологических факторов
1	-	Указаны меры профилактики без пояснения и уточнения возможных этиологических факторов
0	-	Меры первичной профилактики не указаны.
	-	021
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Больной 69 лет поступил в клинику с жалобами на затрудненное мочеиспускание, вялую струю мочи, боли в промежности и крестце. Болен около года. При ректальном обследовании: простата увеличена, с нечеткими контурами, бугристая, с очагами каменной плотности.
	1	Предварительный диагноз.
	-	Рак простаты.
2	-	Диагноз установлен верно
1	-	Диагноз установлен с нечетко определенной нозологией (например гиперплазия простаты)
0	-	Диагноз установлен неверно
	2	Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
	-	Для уточнения диагноза необходимо выполнение ТРУЗИ простаты, определение уровня ПСА (простатспецифического антигена). МРТ малого таза.
2	-	Указаны и лабораторные, и инструментальные методы исследования
1	-	Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования.
0	-	Не указаны дополнительные методы исследования
	3	Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.
	-	Биопсия простаты с последующим гистологическим исследованием. Выполняется трансректальная мультифокальная 12 точечная биопсия под УЗ контролем. Возможно выполнение трансректальной или промежностной биопсии под МРТ наведением.
2	-	Указаны метод и описание его вариантов
1	-	Указан только метод без описания его вариантов
0	-	Неверное указание наиболее достоверного метода диагностики
	4	От чего зависит выбор метода лечения больного. Поясните.
	-	От стадии заболевания. При стадии 1-2стадии – радикальная простатэктомия, при 3-4стадии – орхэктомия, гормонотерапия, лучевая, химиотерапия
2	-	Указан параметр с пояснением
1	-	Указан параметр без пояснения
0	-	Указан неверный параметр или не указан вовсе
	5	Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике.
	-	Здоровый образ жизни, наблюдение у уролога. Контроль УЗИ простаты, определение ПСА (более 4 нг/мл), скорости прироста (более 0,75 нг/мл в год) и скорости удвоения его (менее чем 12 мес) –онконастороженность и показание к биопсии
	-	Указаны меры вторичной профилактики полно

2		
1	-	Указаны меры профилактики неполно
0	-	Меры вторичной профилактики не указаны.
	-	022
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Больной 65 лет поступил в клинику с жалобами на вялую струю мочи, учащенное мочеиспускание (ночью до 6 раз). Болен 3 года. При ректальном обследовании простата увеличена, эластична с четкими контурами. На обзорной, экскреторных урограммах функция почек и пассаж контрастного вещества не нарушен. На нисходящей цистограмме имеется дефект наполнения в области шейки мочевого пузыря. Мочевина крови- 4,2 ммоль/л, в анализе мочи до 10 лейкоцитов в поле зрения. По данным УЗИ остаточной мочи более 100 мл.
	1	Предварительный диагноз.
	-	Гиперплазия простаты 2 стадии
2	-	Диагноз установлен верно
1	-	Диагноз установлен верно без уточнения стадии
0	-	Диагноз установлен неверно
	2	Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
	-	Для уточнения диагноза необходимо выполнение ТРУЗИ простаты, определение уровня ПСА (простатспецифического антигена). Урофлуометрия, определение IPSS
2	-	Указаны и лабораторные, и инструментальные методы исследования
1	-	Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования.
0	-	Не указаны дополнительные методы исследования
	3	От чего зависит вид оперативного вмешательства. Поясните.
	-	От типа роста и объема аденоматозной ткани. При объеме менее 60 г – ТУР. При объеме более 60 г и внутрипузырном росте – трансвезикальная аденомэктомия. При объеме более 60 г и парауретральном росте – позадилоная аденомэктомия.
2	-	Указаны оба критерии выбора метода операции
1	-	Указан 1 критерий выбора метода операции
0	-	Неверное указание критериев выбора метода операции или отсутствие указания критериев.
	4	Какой параметр определяет стадию заболевания.
	-	Наличие остаточной мочи. В норме объем остаточной мочи не превышает 50 мл
2	-	Указан параметр с пояснением
1	-	Указан параметр без пояснения
0	-	Указан неверный параметр или не указан вовсе
	5	Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике.
	-	Здоровый образ жизни, наблюдение у уролога.
2	-	Указаны меры вторичной профилактики полно
1	-	Указаны меры профилактики неполно
0	-	Меры вторичной профилактики не указаны.
	-	023

	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	У больного 66 лет на протяжении 1 года отмечается учащенное мочеиспускание, периодически кровь с бесформенными сгустками в моче в конце мочеиспускания. При двустаканной пробе вторая порция мочи цвета «мясных помоев» со сгустками.
	1	Предварительный диагноз.
	-	Гиперплазия простаты, камень мочевого пузыря.
2	-	Диагноз установлен верно
1	-	Диагноз установлен с нечетко определенной нозологией
0	-	Диагноз установлен неверно
	2	Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
	-	Для уточнения диагноза необходимо УЗИ мочевого пузыря и почек, пальцевой ректальный осмотр. ПСА крови
2	-	Указаны и лабораторные, и инструментальные методы исследования
1	-	Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования.
0	-	Не указаны дополнительные методы исследования
	3	Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.
	-	Обзорная урография и УЗИ мочевого пузыря. Позволят выявить увеличенную простату с остаточной мочой, конкремент мочевого пузыря, обусловленный инфравезикальной обструкцией
2	-	Указаны метод и результат
1	-	Указан только метод без описания результата
0	-	Неверное указание наиболее достоверного метода диагностики
	4	Каков объем предполагаемого оперативного вмешательства Какое исследование его точно определит.
	-	Аденомэктомия в сочетании с цистолитотомией. При наличии лейкоцитурии (клинический анализ мочи) – цистолитотомия и цистостомия.
2	-	Указан метод с определяющим исследованием и уточнением в зависимости от результата исследования.
1	-	Указан метод без определяющего исследования
0	-	Указан неверный метод и неверное определяющее исследование
	5	Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике.
	-	Здоровый образ жизни, наблюдение у уролога, прием уроантисептиков.
2	-	Указаны меры вторичной профилактики полно
1	-	Указаны меры профилактики неполно
0	-	Меры вторичной профилактики не указаны.
	-	024
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	У больного 72 лет после приема алкоголя прекратилось мочеиспускание, появились ощущение переполнения мочевого пузыря, настоятельные позывы на мочеиспускание, сильные распирающие боли внизу живота. До этого в течение 2-3 лет отмечал умеренное затруднение мочеиспускания, учащение его ночью до 2-3 раз, ослабление струи мочи.

	1	Предварительный диагноз.
	-	Доброкачественная гиперплазия простаты, острая задержка мочеиспускания.
2	-	Диагноз установлен верно
1	-	Диагноз установлен верно, не указано осложнение.
0	-	Диагноз установлен неверно
	2	Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
	-	Для уточнения диагноза необходимо осмотреть больного ректально, ТРУЗИ простаты, УЗИ почек и мочевого пузыря, клинические и биохимические анализы крови, определить уровень ПСА.
2	-	Указаны и лабораторные, и инструментальные методы исследования
1	-	Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования.
0	-	Не указаны дополнительные методы исследования
	3	Объем оказания неотложной помощи.
	-	Катетеризация мочевого пузыря, при технической невозможности – цистостомия (Троакарная или открытая).
2	-	Указана суть неотложной помощи, сформулированы методы ее оказания с разновидностями
1	-	Указана только суть неотложной помощи, или сформулированы методы ее оказания без подробного описания разновидностей
0	-	Не указан метод неотложной помощи
	4	Какой параметр определяет стадию заболевания.
	-	Наличие остаточной мочи, показатели азотистого обмена.
2	-	Указаны все определяющие параметры.
1	-	Не указан 1 из параметров
0	-	Параметры не указаны
	5	Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике.
	-	Здоровый образ жизни, наблюдение у уролога, своевременное оперативное лечение.
2	-	Указаны меры вторичной профилактики полно
1	-	Указаны меры профилактики неполно
0	-	Меры вторичной профилактики не указаны.
	-	025
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Больной 80 лет предъявляет жалобы на постоянное непроизвольное выделение мочи каплями в течение 2 недель. До этого учащенное и затрудненное мочеиспускание с выделением большого количества мочи (до 3 л в сутки), прозрачной и бесцветной, сухость во рту, сильная жажда. Диагноз «Сахарный диабет» не подтвержден. Над лобком прощупывается округлое, эластичное, умеренно болезненное образование.
	1	Предварительный диагноз.
	-	Доброкачественная гиперплазия простаты 3 стадии. ХПН. Полиурия
2	-	Диагноз установлен верно
	-	Диагноз установлен верно, но без указания стадии и осложнений

1		
0	-	Диагноз установлен неверно
	2	Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
	-	Для уточнения диагноза необходимо: пальцевой ректальный осмотр, ТРУЗИ, определение уровня ПСА, мочевины, креатинина. УЗИ почек и мочевого пузыря
2	-	Указаны и лабораторные, и инструментальные методы исследования
1	-	Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования.
0	-	Не указаны дополнительные методы исследования
	3	От чего зависит вид оперативного вмешательства. Поясните.
	-	У больного явные признаки ХПН на фоне аденомы простаты, что является показанием к цистостомии.
2	-	Указан параметр, от которого зависит вид оперативного вмешательства с пояснением
1	-	Указан параметр без пояснения
0	-	Не указан параметр, от которого зависит вид оперативного вмешательства
	4	Какой параметр определяет стадию заболевания.
	-	Наличие остаточной мочи, показатели азотистого обмена.
2	-	Указаны все определяющие параметры.
1	-	Не указан 1 из параметров
0	-	Параметры не указаны
	5	Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике.
	-	Здоровый образ жизни, наблюдение у уролога, своевременное оперативное лечение.
2	-	Указаны меры вторичной профилактики полно
1	-	Указаны меры профилактики неполно
0	-	Меры вторичной профилактики не указаны.
	-	026
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Больной 56 лет сегодня утром внезапно, на фоне нормального самочувствия отметил выделение мочи ярко-красного цвета, с червеобразными сгустками. Окраска мочи равномерная на протяжении всего акта мочеиспускания. Такой же цвет мочи при двух последующих мочеиспусканиях. Содержание гемоглобина крови и артериальное давление - в пределах нормы.
	1	Предварительный диагноз.
	-	Клиническая картина характерна для опухоли почки.
2	-	Диагноз установлен верно. Указан орган, которым локализуется патологический процесс
1	-	Упоминание об онкопатологии, но без указания локализации патологического процесса
0	-	Диагноз установлен неверно
	2	Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
	-	Для уточнения диагноза необходимо УЗИ почек, обзорная, экскреторная урография, МРТ, МСКТ, клинические и биохимические анализы крови и мочи
	-	Указаны и лабораторные, и инструментальные методы исследования

2		
1	-	Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования.
0	-	Не указаны дополнительные методы исследования
	3	Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.
	-	МСКТ мочевого пузыря с внутривенным болюсным контрастированием, определением ангиоархитектоники патологического процесса
2	-	Указан метод с пояснением
1	-	Указан метод без пояснения
0	-	Не указан метод
	4	Каков объем оперативного вмешательства, если таковое показано.
	-	Радикальная нефрэктомия с лимфаденэктомией.
2	-	Указаны полный объем
1	-	Объем указан неполностью
0	-	Объем указан неверно
	5	Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике.
	-	Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек.
2	-	Указаны меры первичной профилактики полно
1	-	Указаны меры профилактики неполно
0	-	Меры первичной профилактики не указаны.
	-	027
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Больной 62 лет обратился за медицинской помощью в связи с примесью крови к моче, равномерно окрашивающей всю струю мочи, почти постоянным повышением температуры тела до 37,8-38,00 С. При осмотре выявлено варикозное расширение вен семенного канатика справа. В момент осмотра моча без видимой примеси крови.
	1	Предварительный диагноз.
	-	Клиническая картина характерна для опухоли правой почки.
2	-	Диагноз установлен верно. Указан орган, в котором локализуется патологический процесс
1	-	Упоминание об онкопатологии, но без указания локализации патологического процесса
0	-	Диагноз установлен неверно
	2	Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
	-	Для уточнения диагноза необходимо УЗИ почек, обзорная, экскреторная урография, МРТ, МСКТ, клинические и биохимические анализы крови и мочи
2	-	Указаны и лабораторные, и инструментальные методы исследования
1	-	Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования.
0	-	Не указаны дополнительные методы исследования
	3	О каком осложнении говорит наличие правостороннего варикоцеле.
	-	О наличии флотирующего тромба в нижней полой вене.

2	-	Указано осложнение с четкой локализацией
1	-	Указано осложнение, локализация указана неверно или не указана
0	-	Не указано осложнение
	4	Каков объем оперативного вмешательства, если таковое показано.
	-	Радикальная нефрэктомия с лимфаденэктомией и тробмэктомией.
2	-	Указаны полный объем
1	-	Объем указан неполностью
0	-	Объем указан неверно
	5	Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике.
	-	Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек.
2	-	Указаны меры первичной профилактики полно
1	-	Указаны меры профилактики неполно
0	-	Меры первичной профилактики не указаны.
	-	028
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Больной 65 лет поступил в урологическую клинику с жалобами на вялую струю мочи, учащенное мочеиспускание, ноктурию (до 6 раз). Анамнез: подобные явления, нарастая, отмечаются в течение 3 лет. При осмотре: живот мягкий, безболезненный. Per gestum: простата увеличена, эластична, поверхность гладкая, контуры четкие, бороздка сглажена. Клинический анализ крови - б/патологии. Мочевина крови - 4,2 ммоль/л. Анализ мочи: лейкоциты до 4 в п/зр. На экскреторных урограммах функция почек и пассаж контрастного вещества из верхних мочевых путей не нарушены. На нисходящей цистограмме имеется дефект наполнения полулунной формы по нижнему контуру мочевого пузыря. По данным УЗИ остаточной мочи более 100 мл.
	1	Предварительный диагноз.
	-	Проведенное обследование выявило наличие аденомы простаты 2 ст.
2	-	Диагноз установлен верно. Указан орган, в котором локализуется патологический процесс и стадия
1	-	Диагноз установлен верно. Указан орган, в котором локализуется патологический процесс без указания стадии
0	-	Диагноз установлен неверно
	2	Какой параметр определяет стадию заболевания.
	-	Наличие остаточной мочи, определяемой по данным УЗИ мочевого пузыря.
2	-	Параметр указан верно, есть пояснение
1	-	Параметр указан верно, без пояснения
0	-	Параметр не указан, или указан неверно
	3	Какова в данном случае тактика лечения.
	-	Отсутствие у больного явлений почечной недостаточности и острого пиелонефрита дает возможность выполнить одномоментную аденомэктомию.
2	-	Указана тактика с пояснением
1	-	Указана тактика без пояснения
0	-	Тактика указана неверно или не указана

	4	Какие осложнения данного заболевания возможны. Как называется последняя стадия этого заболевания и чем она характеризуется.
	-	Острый или хронический обструктивный пиелонефрит; ХПН; острая задержка мочи; кровотечение из варикозно расширенных вен шейки мочевого пузыря, хронический цистит, камни мочевого пузыря. Третья стадия аденомы простаты называется стадией декомпенсации, характеризуется наличием парадоксальной ишурии, хроническим обструктивным пиелонефритом и развитием ХПН.
2	-	Ответ на вопрос полный
1	-	Ответ на вопрос не полный (менее 3 осложнений)
0	-	Ответ неверный, осложнения не указаны
	5	Укажите меры третичной профилактики
	-	Прием уроантисептиков в течение 6 мес.
2	-	Указаны меры третичной профилактики полно
1	-	Указаны меры профилактики неполно
0	-	Меры третичной профилактики не указаны.
	-	029
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	В приемный покой городской больницы скорой медицинской помощи доставлен больной 64 лет с жалобами на отсутствие самостоятельного мочеиспускания в течение суток, повышение температура до 38 С без ознобов. Анамнез: расстройства мочеиспускания в виде ослабления струи мочи, ночной поллакиурии, императивных позывов к мочеиспусканию в течение последних 5 лет. Накануне заболевания употреблял алкоголь. При осмотре: живот мягкий, умеренно болезнен в левом подреберье и над лоном, где пальпируется увеличенный мочевого пузырь. Симптом XII ребра (+) слева. Температура тела при поступлении 38,2С.
	1	Каким заболеванием страдает больной.
	-	Больной страдает аденомой простаты (аденомой периуретральных желез, доброкачественной гиперплазией простаты).
2	-	Диагноз установлен верно. Указаны различные наименования конкретной нозологии
1	-	Диагноз установлен верно. Варианты наименований конкретнтой нозологии не указаны
0	-	Диагноз установлен неверно
	2	Какие осложнения возникли у данного больного.
	-	Острая задержка мочеиспускания. Острый пиелонефрит слева.
2	-	Указаны все осложнения
1	-	Указаны не все осложнения
0	-	Осложнения не указаны
	3	Какие осложнения данного заболевания возможны.
	-	Острый или хронический обструктивный пиелонефрит; ХПН; острая задержка мочи; кровотечение из варикозно расширенных вен шейки мочевого пузыря; хронический цистит; камни мочевого пузыря.
2	-	Указаны все осложнения
1	-	Указано не менее 3 осложнений
0	-	Осложнения не указаны

	4	Какие обследования необходимо провести для подтверждения диагноза. Каковы неотложные лечебные мероприятия в данном случае.
	-	Пальцевое ректальное исследование простаты. Обзорная, экскреторная урография; анализы крови; исследование состояния сердечно-сосудистой системы. Наложение эпицистостомического дренажа, массивная антибактериальная и детоксикационная терапия.
2	-	Ответ на вопрос полный (указаны обследования и лечебные мероприятия)
1	-	Ответ на вопрос не полный (указаны только обследования или лечебные мероприятия, или неверное указание или методов обследования или лечебных мер)
0	-	Ответ неверный. Не указаны методы обследования и лечебные меры
	5	Укажите меры третичной профилактики
	-	Наблюдение у уролога.
2	-	Указаны меры третичной профилактики полно
1	-	Указаны меры профилактики неполно
0	-	Меры первичной профилактики не указаны.
	-	030
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Девочка 12 лет страдает хроническим циститом с обострениями до 2-3 раз в год с 7 лет. Со слов матери последние 2 года периодически появляются тупые ноющие боли в левой поясничной области, чаще в ночное время и во время мочеиспускания, сопровождаются субфебрилитетом, головной болью, слабостью. АД 130/100 мм рт. ст. Анализ мочи - единичные лейкоциты. Анализ мочи по Нечипоренко - 8000 лейкоцитов. На обзорной урограмме левая почка небольших размеров с неровными контурами, теней конкрементов не определяется. На экскреторных урограммах - функция левой почки снижена, определяется умеренная пиелозктазия, расширение нижней трети левого мочеточника.
	1	Предварительный диагноз.
	-	Клиническая картина характерна для пузырно-мочеточниково-лоханочного рефлюкса. Хронического рефлюксосогенного пиелонефрита(рефлюкс-нефропатии).
2	-	Диагноз установлен верно. Полный ответ
1	-	Диагноз установлен верно. Неполный ответ
0	-	Диагноз установлен неверно
	2	Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
	-	Для уточнения диагноза необходима микционная цистоуретрография.(цистоуретерография в момент мочеиспускания)
2	-	Указан метод с пояснением
1	-	Указаны метод без пояснения
0	-	Метод обследования не указан
	3	Укажите признаки осложнения основного заболевания.
	-	Нефросклероз (неровность контура почек слева).
2	-	Указано осложнение с пояснением
1	-	Указано осложнение без пояснения
0	-	Признаки осложнения не указаны
	4	С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику.
	-	Мочекаменная болезнь. Рентгеннегативный камень мочеточника.
	-	Ответ на вопрос полный (указана нозология и характеристика субстрата)

2		
1	-	Ответ на вопрос не полный
0	-	Ответ неверный.
	5	Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике заболевания.
	-	Антибактериальная терапия (прием уроантисептиков курсами). Принудительное мочеиспускание через 2,5- 3 часа.
2	-	Указаны меры вторичной профилактики полно
1	-	Указаны меры профилактики неполно
0	-	Меры первичной профилактики не указаны.
	-	031
	Код функции	Текст названия трудовой функции
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	У больного 17 лет, после перенесенного фурункула правого предплечья, появились тупые боли в правой поясничной области, повышение температуры до 38,0С, снижение аппетита, слабость. При осмотре в правой поясничной области отмечается припухлость. Больной лежит на правом боку с подтянутым к животу бедром. При пальпации в правойпояснично-подребернойобласти отмечается дефанс, положительный симптом XII ребра. ОАК: выраженный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево. На обзорной урограмме контуры поясничной мышцы справа не определяются. Теней, подозрительных на конкременты, в проекции почек, мочевых путей не выявлено, выражен сколиоз. По данным УЗИ расширения ЧЛС не выявлено, нечетко лоцируется контур верхнего полюса правой почки, подвижность почки снижена.
	1	Предварительный диагноз.
	-	Клиническая картина характерна для острого гнойного пиелонефрита.
2	-	Диагноз установлен верно. Полный ответ
1	-	Диагноз установлен верно. Неполный ответ
0	-	Диагноз установлен неверно
	2	Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
	-	УЗИ почек с цветным доплеровским картированием, МСКТ мочевого пузыря с внутривенным болюсным контрастированием
2	-	Указан метод с пояснением
1	-	Указаны метод без пояснения
0	-	Метод обследования не указан
	3	Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.
	-	МСКТ мочевого пузыря с внутривенным болюсным контрастированием
2	-	Указан метод с пояснением
1	-	Указан метод без пояснения
0	-	Указан неверный метод
	4	С чем связано вынужденное положение больного.
	-	Гнойный процесс в почке осложнился паранефритом, псоитом.
2	-	Ответ на вопрос полный (указана нозология и характеристика субстрата)

1	-	Ответ на вопрос не полный
0	-	Ответ неверный.
	5	Перечислите возможные мероприятия по третичной профилактике заболевания.
	-	Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, исследование и коррекция изменений иммунной системы.
2	-	Указаны меры вторичной профилактики полно
1	-	Указаны меры профилактики неполно
0	-	Меры первичной профилактики не указаны.
	-	032
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	У женщины 20 лет на следующий день после переохлаждения появилось учащенное, болезненное мочеиспускание, терминальная гематурия, боли внизу живота. Температура не повышена.
	1	Предварительный диагноз.
	-	Клиническая картина характерна для острого цистита.
2	-	Диагноз установлен верно. Полный ответ (указана нозология и течение процесса)
1	-	Диагноз установлен верно. Неполный ответ
0	-	Диагноз установлен неверно
	2	Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
	-	УЗИ почек, мочевого пузыря; общий анализ мочи, посев мочи. Клинический анализ крови
2	-	Указаны и лабораторные, и инструментальные методы исследования
1	-	Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования.
0	-	Не указаны дополнительные методы исследования
	3	Какой метод обследования необходимо выполнить после стихания воспалительных явлений
	-	Цистоскопия. Так как метод инвазивный и применяется наполнение мочевого пузыря с возможным возникновением рефлюксов ПМР
2	-	Указан метод с пояснением
1	-	Указан метод без пояснения
0	-	Указан неверный метод
	4	Какие виды гематурий Вам известны.
	-	Инициальная, тотальная, терминальная.
2	-	Ответ на вопрос полный (указана 3 вида)
1	-	Ответ на вопрос не полный (указано не менее 2 видов
0	-	Ответ неверный. Или указан 1 вид
	5	Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.
	-	Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, исследование и коррекция изменений иммунной системы, общая гигиена, гигиена половой жизни.
	-	Указаны меры вторичной профилактики полно

2		
1	-	Указаны меры профилактики неполно
0	-	Меры первичной профилактики не указаны.
	-	033
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	У больной 16 лет последние 2 года периодически, чаще в ночное время, возникают приступы острых болей в правой пояснично-подреберной области, сопровождающиеся подъемом температуры до 39°C, ознобом. Неоднократно была осмотрена дежурным хирургом, который данных за острую хирургическую патологию не находил. В дошкольном возрасте наблюдались частые обострения хронического цистита, лечилась у педиатра.
	1	Предварительный диагноз.
	-	Клиническая картина характерна для обострения хронического цистита на почве других заболеваний мочевого пузыря, уретры, почек, возможно специфического характера.
2	-	Диагноз установлен верно. Полный ответ (указана нозология и дано пояснение фоновых заболеваний)
1	-	Диагноз установлен верно. Неполный ответ
0	-	Диагноз установлен неверно
	2	Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
	-	УЗИ почек, мочевого пузыря; обзорная, экскреторная урография, общий анализ мочи, посев мочи. Клинический анализ крови
2	-	Указаны и лабораторные, и инструментальные методы исследования
1	-	Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования.
0	-	Не указаны дополнительные методы исследования
	3	Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.
	-	Цистоскопия, посев мочи на ВК.
2	-	Указаны все методы
1	-	Указан 1 метод
0	-	Метод не указан или указан неверный метод
	4	Какое заболевание наиболее вероятно.
	-	Туберкулез органов мочевыделительной системы. Поражение мочевого пузыря
2	-	Ответ на вопрос полный
1	-	Ответ на вопрос не полный
0	-	Ответ неверный
	5	Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.
	-	Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, исследование и коррекция изменений иммунной системы, общая гигиена, гигиена половой жизни.
2	-	Указаны меры первичной профилактики полно
1	-	Указаны меры профилактики неполно
0	-	Меры первичной профилактики не указаны.
ид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса

	-	034
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	У больного 12 лет после перенесенного фурункула правого предплечья появились тупые боли в правой поясничной области, повышение температуры до 38 градусов, снижение аппетита, слабость. При осмотре в правой поясничной области отмечается припухлость. Больной лежит на правом боку с подтянутым к животу бедром. При пальпации в правой пояснично-подреберной области отмечается дефанс, положительный симптом XII ребра. ОАК: выраженный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево. На обзорной урограмме контуры поясничной мышцы справа не определяются. Теней, подозрительных на конкременты, в проекции почек, мочевых путей не выявлено, выражен сколиоз. По данным УЗИ расширения ЧЛС не выявлено, нечетко лоцируется контур верхнего полюса правой почки, подвижность почки снижена.
	1	Предварительный диагноз.
	-	Клиническая картина характерна для острого гнойного пиелонефрита, паранефрита справа
2	-	Диагноз установлен верно. Полный ответ
1	-	Диагноз установлен верно. Неполный ответ
0	-	Диагноз установлен неверно
	2	Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
	-	Обзорная, экскреторная урография, УЗИ почек, ЦДК; общий анализ мочи, посев мочи. МСКТ мочевого пузыря с внутривенным болюсным контрастированием
2	-	Указаны и лабораторные, и инструментальные методы исследования
1	-	Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования.
0	-	Не указаны дополнительные методы исследования
	3	Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.
	-	МСКТ мочевого пузыря с внутривенным болюсным контрастированием, УЗИ почек с ЦДК
2	-	Указаны все методы
1	-	Указан 1 метод
0	-	Метод не указан или указан неверный метод
	4	При каких данных УЗИ показано оперативное лечение. Укажите объем оперативного вмешательства.
	-	При наличии очага ишемии почечной паренхимы. Операция: люмботомия, ревизия правой почки, возможно иссечение карбункула, декапсуляция почки, дренирование забрюшинного пространства.
2	-	Ответ на вопрос полный
1	-	Ответ на вопрос не полный
0	-	Ответ неверный
	5	Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.
	-	Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, исследование и коррекция изменений иммунной системы. Профилактика гнойничковых поражений кожи.
2	-	Указаны меры первичной профилактики полно
1	-	Указаны меры профилактики неполно
	-	Меры первичной профилактики не указаны.

0		
	-	035
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Пациент 55 лет поступил в урологическую клинику с жалобами на учащенное мочеиспускание, наличие крови в моче. При цистоскопии на левой боковой стенке мочевого пузыря обнаружена грубоворсинчатая опухоль на широком основании, входящая в 1 поле зрения цистоскопа. На экскреторных урограммах нарушения функции почек нет.
	1	Предварительный диагноз.
	-	Новообразование мочевого пузыря. Рак мочевого пузыря.
2	-	Диагноз установлен верно. Полный ответ с указанием локализации, характера поражения (добро/злокачественное)
1	-	Диагноз установлен верно. Неполный ответ
0	-	Диагноз установлен неверно
	2	Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
	-	Для уточнения диагноза необходимо клинические анализы крови и мочи, биохимические анализы крови, УЗИ почек и мочевого пузыря, органов брюшной полости, Р-графия легких. МРТ малого таза
2	-	Указаны и лабораторные, и инструментальные методы исследования
1	-	Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования.
0	-	Не указаны дополнительные методы исследования
	3	Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.
	-	Биопсия опухоли с последующим гистологическим исследованием. Выполняется с помощью трансуретральной резекции
2	-	Метод описан полно
1	-	Метод описан неполно
0	-	Метод не указан или указан неверный метод
	4	План лечения.
	-	Лечение оперативное: ТУР опухоли мочевого пузыря. Возможно проведение внутрипузырной химиотерапии при мышечнонеинвазивном раке. Цистэктомия в зависимости от стадии опухоли по TNM
2	-	Ответ на вопрос полный
1	-	Ответ на вопрос не полный
0	-	Ответ неверный
	5	Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.
	-	Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, исключение профессиональных вредностей.
2	-	Указаны меры первичной профилактики полно
1	-	Указаны меры профилактики неполно
0	-	Меры первичной профилактики не указаны.

ид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
	-	036

	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Больной 44 лет обратился в приемный покой стационара с жалобами на острые боли в правой пояснично-подреберной области, иррадиирующие по ходу мочеточника, правую половину мошонки, сопровождающиеся тошнотой и рвотой. Отмечает учащенное малыми порциями мочеиспускание. Боли в поясничной области беспокоят в течение 3-х суток. Вчера присоединилась гипертермия до 38,4°C с ознобом, в моче заметил незначительную примесь крови без сгустков, появилась дизурия. После приема анальгина, спазмолитиков состояние не улучшилось. Из анамнеза известно, что 2 года назад наблюдался аналогичный приступ болей, купированный инъекциями папаверина, анальгина. В дальнейшем он за медицинской помощью не обращался и не обследовался. При осмотре общее состояние средней тяжести, больной беспокоен, мечется от болей, кожные покровы бледные. Язык сухой, обложен белым налетом. Температура тела – 38,2°C. Пульс 98 уд. /мин, ритмичен, АД – 100/70 мм. рт. ст. Живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в правой пояснично-подреберной области. Симптом XII ребра справа (+). Перкуторно мочевого пузыря не определяется. Лабораторные данные - ОАК: Hb – 112г/л; L- 12,8x10 ⁹ /л, Э – 1%; Ю-1%, П-6%; С-77%, Л – 15%; ОАМ: L – 3 в п/зр, Er – 4-5 в п/зр.
	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
	-	Острый (не исключается гнойный) калькулезный правосторонний пиелонефрит. Обтурирующий камень интрамурального отдела правого мочеточника. Правосторонняя почечная колика.
2	-	Диагноз поставлен верно.
1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена.
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Определите чем обусловлена клиническая картина.
	-	Клиническая картина обусловлена обтурацией мигрирующим из почки камнем правого мочеточника, последующим развитием на этом фоне острого пиелонефрита.
2	-	Ответ дан верно.
1	-	Клиническая картина обоснована не в полном объеме: часть патологий упущена.
0	-	Клиническая картина обоснована неверно.
	3	Какие методы обследования дадут наиболее достоверную информацию о характере заболевания.
	-	Лучевые методы: МСКТ, УЗИ и ДГ почек, экскреторная урография (с возможным проведением экскурсионной урографии, отсроченных R- снимков).
2	-	Методы обследования указаны верно.
1	-	Методы обследования указаны неполностью: названы не все методы обследования.
0	-	Методы обследования указаны неверно.
	4	Какой лечебный алгоритм целесообразен в данном случае.
	-	При подтверждении диагноза, отсутствии деструктивных изменений в паренхиме правой почки – срочное восстановление уродинамики: катетеризация правого мочеточника/пункционная нефропиелостомия (при невозможности такого восстановления пассажа мочи – открытая нефропиелостомия) + детоксикационная, антибактериальная терапия.
2	-	Лечебный алгоритм определен в полном объеме.
1	-	Лечебный алгоритм определен неполностью: часть лечебных мероприятий упущена.
0	-	Лечебный алгоритм определен неверно.

	5	Выпишите рецепт на цефотаксим.
	-	Rp.: S. Cefotaximi (Claforani) 1,0 D.t.d. N 20 in flac. S. Содержимое флакона растворить в 20 мл воды для инъекций, вводить в/в медленно в теч. 3-5 минут 2 раза в сутки.
2	-	Рецепт выписан верно.
1	-	Рецепт выписан с грамматическими ошибками, либо неверно указаны дозировки препарата или режим приема.
0	-	Рецепт выписан неверно.
	-	037
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Больная 24 лет обратилась в приемный покой ГБ с жалобами на острые боли в левой пояснично-подреберной области, иррадиирующие в левую подвздошно-паховую область, сопровождающиеся тошнотой и рвотой, учащенным малыми порциями мочеиспусканием. Перечисленные жалобы появились 2 часа назад, кроме этого отмечает в моче примесь крови без сгустков. После приема анальгина состояние не улучшилось. Из анамнеза известно, что год назад наблюдался аналогичный приступ болей, купированный инъекциями папаверина, анальгина. В дальнейшем боли не повторялись, она не обследовалась. При осмотре общее состояние удовлетворительное, пациентка беспокойна, мечется от болей. Кожные покровы не изменены. Температура тела – 37,2°C. Пульс 80 уд./мин., ритмичен, АД – 110/70 мм. рт. ст. Язык влажный, живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в левой пояснично-подреберной области. Симптом XII ребра слева (+). Перкуторно мочевого пузыря не определяется.
	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
	-	Камень интрамурального отдела левого мочеточника. Левосторонняя почечная колика.
2	-	Диагноз поставлен верно.
1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена.
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Чем обусловлена клиническая картина
	-	Клиническая картина обусловлена миграцией камня из почки в интрамуральный отдел левого мочеточника.
2	-	Клиническая картина оценена верно и полностью
1	-	Клиническая картина оценена неполностью, часть патологий упущена
0	-	Клиническая картина оценена неверно
	3	Какие заболевания органов брюшной полости требуют проведения дифференциальной диагностики.
	-	Заболевания, сопровождающиеся клиникой "острого живота" (острая кишечная непроходимость, прободная язва желудка или ДПК, острый панкреатит, острый холецистит, острый аппендицит и другие).
2	-	Группа заболеваний определена верно, указано не менее пяти основных патологических состояний.
1	-	Группа заболеваний определена верно, названо менее пяти основных патологических состояний.
0	-	Группа заболеваний определена неверно.
	4	Какие методы обследования дадут наиболее достоверную информацию о характере заболевания.
	-	Лучевые методы: УЗИ/ДГ почек, мочеточников, мочевого пузыря; МСКТ,

		эксcretорная урография (с возможным проведением экскурсионной урографии, отсроченных R-снимков).
2	-	Группа методов определена верно, указаны все методы обследования.
1	-	Группа методов определена верно, указаны все методы обследования.
0	-	Группа методов определена неверно.
	5	Выпишите рецепт на раствор атропина.
	-	Rp.: S. Atropini sulfatis 0,1% 1,0 72 D.t.d. N 10 in amp S. Подкожно по 1 мл 1-2раза в день
2	-	Рецепт выписан верно.
1	-	Рецепт выписан с грамматическими ошибками, либо неверно указаны дозировки препарата или режим приема.
0	-	Рецепт выписан неверно.
	-	038
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Больной 34 лет обратился в приемный покой ГБ с жалобами на острые боли в правой пояснично-подреберной области, иррадиирующие по ходу мочеточника, правую мошонку, сопровождающиеся тошнотой и рвотой, учащенным малыми порциями мочеиспусканием. Перечисленные жалобы, примесь крови без сгустков в моче отмечает в течение 4 часов. Прием анальгина не принесло облегчения. Из анамнеза известно, что прошлый год наблюдался аналогичный приступ болей, купированный инъекциями папаверина, анальгина. Боли не повторялись, в дальнейшем не обследовался. При осмотре общее состояние удовлетворительное, но больной беспокоен, мечется от болей. Температура тела – 37,2°C. Пульс 80 уд./мин, ритмичен, АД – 110/70 мм. рт. ст. Язык влажный, живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в правой пояснично-подреберной области. Симптом XII ребра справа (+). Мочевой пузырь перкуторно не определяется.
	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
	-	Камень интрамурального отдела правого мочеточника. Правосторонняя почечная колика.
2	-	Диагноз поставлен верно.
1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена.
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Какие дополнительные исследования необходимо произвести для уточнения и подтверждения диагноза.
	-	Для уточнения диагноза необходимо провести общий анализ мочи и крови, УЗИ почек, мочеточников, мочевого пузыря, обзорную и экскреторную урографии, МСКТ.
2	-	Указаны все методы обследования.
1	-	Указаны не все методы обследования.
0	-	Методы обследования не указаны или указаны неверно.
	3	Перечислите методы лечения основного патологического состояния.
	-	Горячая ванна, внутримышечное, внутривенное введение спазмолитика/аналгетика, блокада семенного канатика/круглой связки матки по Лорин-Элштейну, катетеризация мочеточника, уретеропиелоскопия.
2	-	Методы лечения основного патологического состояния указаны верно и в полном объеме.

1	-	Методы лечения основного патологического состояния указаны верно, но не полном объеме.
0	-	Методы лечения основного патологического состояния указаны неверно или не указаны совсем.
	4	Перечислите возможные осложнения.
	-	Острый калькулезный пиелонефрит, постренальная анурия (при обтурации мочеточника единственной функционирующей почки), острый гидронефроз, форникальное кровотечение.
2	-	Возможные осложнения указаны верно и полном объеме.
1	-	Возможные осложнения указаны верно , но не в полном объеме.
0	-	Возможные осложнения указаны неверно или не указаны совсем.
	5	Выпишите рецепт на спазмолитический препарат.
	-	Rp.: Sol No-spani2% 2,0 D.t.d. N 10 in amp S. В мышцу по 2 мл 1-2раза в день.
2	-	Рецепт выписан верно.
1	-	Рецепт выписан с грамматическими ошибками, либо неверно указаны дозировки препарата или режим приема.
0	-	Рецепт выписан неверно.
	-	039
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Больная 50 лет поступила в Городскую больницу скорой медицинской помощи с жалобами на интенсивные боли в левой поясничной области, сухость во рту, слабость, субфебрилитет. Анамнез: во время беременности, 30 лет назад лечилась по поводу острого пиелонефрита. В последующем не обследовалась, хотя периодически отмечался субфебрилитет. В течение 5 лет на фоне субфебрилитета стали беспокоить боли ноющего характера в левой поясничной области, повышение артериального давления. В последний год периодически наблюдалось выделение мутных порций мочи, временами повышение температуры тела до 38°C с познабливанием. Амбулаторно терапевтом проводилось лечение по поводу обострения хронического пиелонефрита. Ухудшение состояния в течение 5 дней - усилились боли в левой поясничной области, сопровождающиеся гипертермией, ознобами, потливостью, слабостью. Объективно: положение вынужденное, левая нижняя конечность согнута в коленном и тазобедренном суставах. Разгибание левой нижней конечности вызывает усиление боли в подвздошной области. Общее состояние средней тяжести, кожные покровы сухие. Температура тела – 38,2°C. Пульс 98 ударов в 1 минуту, ритмичен, АД 34 – 100/60 мм. рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в левой пояснично-подреберной области, где определяется напряжение мышц. Пальпация не информативна из-за массивной подкожно-жировой клетчатки. Симптом XII ребра (+) слева. На обзорной урограмме в проекции левой почки выявлена тень коралловидного конкремента размеров 4х6 см, контур m.psoas четко не визуализируется.
	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
	-	Острый вторичный левосторонний паранефрит, калькулезный левосторонний пионефроз, коралловидный камень левой почки.
2	-	Диагноз поставлен верно.
1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена.
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Определите план обследования больной для уточнения диагноза.
	-	Для уточнения диагноза необходимо провести общий анализ мочи и крови,

		биохимический анализ крови, УЗИ почек, мочеточников, мочевого пузыря, МСКТ и экскреторную урографию(с возможным проведением отсроченных R-снимков).
2	-	Указаны все методы обследования в полном объеме.
1	-	Указаны не все методы обследования, часть методов упущена.
0	-	Методы обследования не указаны или указаны неверно.
	3	Назовите возможные осложнения данного заболевания.
	-	ХПН. Калькулезный пиелонефроз, нефросклероз слева, уросепсис, септический шок, ОПН,
2	-	Возможные осложнения указаны верно и в полном объеме.
1	-	Возможные осложнения указаны верно, но не в полном объеме.
0	-	Возможные осложнения указаны неверно или не указаны совсем.
	4	Какой лечебный алгоритм целесообразен в данном случае.
	-	В условиях сохранной функции контралатеральной почки для устранения источника инфекции и интоксикации показана нефрэктомия, дренирование забрюшинного пространства слева. В послеоперационном периоде – детоксикационная, инфузионная, антибактериальная терапии.
2	-	Лечебный алгоритм определен верно и в полном объеме.
1	-	Лечебный алгоритм определен верно, но не в полном объеме, часть лечебных мероприятий указана неверно или не указана совсем.
0	-	Лечебный алгоритм определен неверно.
	5	Выпишите рецепт на фуросемид.
	-	rosemidi 0,04 D.t.d. N 10 in tabul. S. по 1/2 т. 1 раз в день.
2	-	Рецепт выписан верно.
1	-	Рецепт выписан с грамматическими ошибками, либо неверно указаны дозировки препарата или режим приема.
0	-	Рецепт выписан неверно.
	-	040
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Больная 49 лет поступила в Городскую больницу скорой медицинской помощи с жалобами на интенсивные боли в левой поясничной области, повышение температуры тела до 38°C, ознобы, слабость. Анамнез: неоднократно в течение многих лет получала амбулаторное лечение по поводу подагры, обострения хронического цистита, пиелонефрита. В последний год стали чаще беспокоить боли ноющего характера в левой поясничной области, субфебрилитет, временами повышение температуры тела до 38°C. Ухудшение состояния отмечает 2 дня тому назад после переохлаждения. При осмотре отмечена деформация I плюснефаланговых суставов стоп без гиперемии и отека кожи. Общее состояние средней тяжести, кожные покровы сухие. Температура тела – 38,2°C. Пульс 98 уд./мин, ритмичен, АД – 110/60 мм. рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в левой пояснично-подреберной области. Почки четко не пальпируются. Симптом XII ребра (+) слева. Лабораторные данные - ОАМ: лейкоциты сплошь, эритроциты до 8 в п/зр, соли ураты +++; ОАК: Нб – 110г/л; L- 12,9x10⁹/л, Э – 1%; Ю-1%,П-6%;С- 77%, Лимф. – 15%; СОЭ 36 мм/час. На обзорной урограмме теней подозрительных на конкремент в проекции мочевой системы не выявлено. На экскреторных урограммах контуры левой почки не определяются, контрастного вещества в полостной системе нет, изменения рентгенологической картины правой почки не определяется.
	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
	-	Уратный нефролитиаз, обострение хронического, левостороннего пиелонефрита, не

		исключается острый гнойный калкулезный пиелонефрит слева.
2	-	Диагноз поставлен верно.
1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена.
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	С какими заболеваниями мочевого системы нужно провести дифференциальную диагностику.
	-	Восходящий, на фоне хронического цистита и пиелонефрита, пузырномочеточниковый рефлюкс, нефротуберкулез слева;
2	-	Все заболевания указаны верно и в полном объеме.
1	-	Заболевания указаны верно, но часть патологических состояний упущена.
0	-	Все заболевания указаны неверно.
	3	Какие дополнительные исследования необходимо произвести для уточнения и подтверждения диагноза.
	-	Для уточнения диагноза необходимо провести общий анализ мочи и крови, биохимический анализ крови (уровень азота мочевины, креатинина, мочевого кислоты), посев мочи на ВК, УЗИ и ДГ почек, мочеточников, мочевого пузыря, МСКТ.
2	-	Указаны все методы обследования в полном объеме.
1	-	Указаны не все методы обследования, часть методов упущена.
0	-	Методы обследования не указаны или указаны неверно.
	4	Определите тактику лечения.
	-	Консервативная терапия: спазмолитики, анальгетики, катетеризация/стентирование левого мочеточника. На фоне восстановленного пассажа мочи из левой почки - антибактериальная, детоксикационная, инфузионная терапия; препараты для растворения мочевых камней (аллопуринол), улучшающие микроциркуляцию; мочегонные препараты. При отсутствии эффекта от терапии в течение 12-24 часов - оперативное лечение: ревизия почки, нефропиелостомия, декапсуляция, дренирование забрюшинного пространства.
2	-	Лечебный алгоритм определен верно и в полном объеме.
1	-	Лечебный алгоритм определен верно, но не в полном объеме, часть лечебных мероприятий указана неверно или не указана совсем.
0	-	Лечебный алгоритм определен неверно.
	5	Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.
	-	Устранение или ослабление факторов, способствующих накоплению в организме мочевого кислоты: здоровый образ жизни, соблюдение диеты (прием щелочных минеральных вод, ограничение употребления продуктов, содержащих большое количество пуринов, разгрузочные дни), обильное питье до 1,5-2 литров свободной жидкости в день.
2	-	Мероприятия по первичной профилактике заболевания указаны верно и в полном объеме.
1	-	Мероприятия по первичной профилактике заболевания указаны верно, но не в полном объеме, часть мероприятий упущена или определена неверно.
0	-	Мероприятия по первичной профилактике заболевания указаны неверно.
	-	041
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Больная 55 лет поступила в Городскую больницу скорой медицинской помощи с жалобами на интенсивные боли в правой поясничной области ноющего характера, учащенное, малыми порциями мочеиспускание, гипертермию до 39°C, ознобы, потливость, слабость.

		Анамнез: считает себя больной в течение 10 лет. Ранее ухудшение состояния, как правило, наступало после переохлаждения. Амбулаторное лечение, проводимое участковым терапевтом в течение 2-3 недель антибактериальными препаратами, спазмолитиками, отварами мочегонных трав, купировало атаки наб-8 месяцев. В последний год стала наблюдать появление мутной мочи, на фоне субфебрилитета. Последнее обострение заболевания в течение недели, с момента появления вышеописанных жалоб. Участковым терапевтом направлена на стационарное лечение. Объективно: состояние тяжелое, кожа и видимые слизистые бледно – розового цвета, пульс 96 уд./мин, АД100/60 мм.рт.ст., язык сухой, живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье, где наблюдается напряжение мышц передней брюшной стенки. Симптом XII ребра (+) справа. ОАМ: лейкоциты сплошь покрывают поле зрения, эритроцитов –8-10 в п/зр. ОАК: НВ 100 г/л; Л - 12, 8х10 ⁹ /л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ56 мм/час. На обзорной урограмме в проекции правой почки выявлена тень подозрительная на конкремент размерами 2х3 см. Картина "немой" почки справа наблюдается на радиоизотопной нефросцинтиграмме.
	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
	-	Острый правосторонний калькулезный пиелонефрит, пионефроз, нефросклероз справа, обтурирующий камень лоханки правой почки, обострение хронического цистита.
2	-	Диагноз поставлен верно.
1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена.
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Какие дополнительные исследования необходимо произвести для подтверждения и уточнения диагноза.
	-	Для уточнения диагноза необходимо провести общий анализ мочи и крови, биохимический анализ крови, посев мочи на ВК, УЗИ почек, мочеточников, мочевого пузыря, МСКТ, цистоскопия с возможной катетеризацией правого мочеточника.
2	-	Указаны все методы обследования в полном объеме.
1	-	Указаны не все методы обследования, часть методов упущена.
0	-	Методы обследования не указаны или указаны неверно.
	3	Чем обусловлена клиническая картина.
	-	На фоне рецидивирующего хронического цистита развился восходящий правосторонний пиелонефрит с вторичным камнеобразованием, формированием обтурирующего камня лоханки правой почки, калькулезного пионефроза
2	-	Этапность развития патологического состояния растолкована верно, указаны все патологические элементы заболевания в полном объеме.
1	-	Этапность развития патологического состояния растолкована верно, но указаны не все патологические элементы заболевания..
0	-	Этапность развития патологического состояния растолкована неверно.
	4	Определите лечебную тактику для данной больной.
	-	При подтверждении диагноза, наличии деструктивных изменений в паренхиме правой почки – срочная открытая операция: ревизия правой почки, пиелолитотомия, пиелонефростомия, дренирование забрюшинного пространства, возможна и нефрэктомия; в послеоперационном периоде: детоксикационная, антибактериальная инфузионная терапии.
2	-	Лечебный алгоритм определен верно и в полном объеме.
1	-	Лечебный алгоритм определен верно, но не в полном объеме, часть лечебных мероприятий указана неверно или не указана совсем.
0	-	Лечебный алгоритм определен неверно.
	5	Выпишите рецепт на викасол.
	-	Rp.: S. Vicasoli 1% 1, 0 D.t.d. N 6 in amp S. По 1 мл в мышцу 2 раза в день.

2	-	Рецепт выписан верно.
1	-	Рецепт выписан с грамматическими ошибками, либо неверно указаны дозировки препарата или режим приема.
0	-	Рецепт выписан неверно.
	-	042
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Больную 35 лет последние 3 месяца беспокоят приступообразные боли в правой пояснично-подреберной области, иррадиирующие в пах, сопровождающиеся субфебрилитетом, познабливанием. Приступы болей легко купировались спазмолитиками, анальгетиками. Возникший же вчера приступ болей плохо купировался приемом лекарственных препаратов. Сегодня присоединилась высокая (до 38,0°C) температура тела с ознобами, была однократная рвота. Доставлена в стационар бригадой скорой помощи. Объективно: общее состояние средней тяжести, кожные покровы сухие, температура тела – 38,2°C. Пульс 98 уд. /мин, ритмичен, АД – 110/60 мм. рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в правой пояснично-подреберной области. Симптом XII ребра (+) слева. ОАМ: лейкоцитов 7-8 в поле зрения, эритроцитов – 8-10 в п/зр., соли оксалаты +++, ОАК: НВ 110 г/л; Л - 9, 8х10⁹/л, незначительный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ 26 мм/час. Рентгенологически на уровне поперечного отростка L³ справа обнаружена тень, подозрительная на конкремент размерами 1,2х0,8 см. На экскреторных урограммах через 10, 30 минут функция правой почки снижена, определяется правосторонний гидронефроз, мочеточник четко не определяется. Слева визуализируется неизменная почка, чашечно-лоханочная система, мочеточник.
	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
	-	Обтурирующий камень верхней трети правого мочеточника, острый калькулезный пиелонефрит.
2	-	Диагноз поставлен верно.
1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена.
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Какие дополнительные исследования необходимо произвести для подтверждения и уточнения диагноза.
	-	Для уточнения диагноза необходимо выполнить отсроченную урографию через 1,2 часа, УЗИ + ДГ почек.
2	-	Указаны все методы обследования в полном объеме.
1	-	Указаны не все методы обследования, часть методов упущена.
0	-	Методы обследования не указаны или указаны неверно.
	3	Какой из современных методов обследования дает наиболее достоверную информацию в данном случае.
	-	МСКТ с контрастированием, УЗИ + ДГ почек.
2	-	Указаны основные современные методы обследования в полном объеме.
1	-	Указаны не все основные современные методы обследования, часть методов упущена.
0	-	Методы обследования не указаны или указаны неверно.
	4	Определите лечебную тактику для данной больной.
	-	При подтверждении диагноза, отсутствии деструктивных изменений в паренхиме правой почки – срочное восстановление уродинамики: катетеризация правого

		мочеточника/пункционная нефропиелостомия, в последующем – ДЛТ, нефролитолапаксия. При невозможности консервативно-инструментального восстановления пассажа мочи – открытая нефропиелолитотомия + детоксикационная, антибактериальная терапия
2	-	Лечебный алгоритм определен верно и в полном объеме.
1	-	Лечебный алгоритм определен верно, но не в полном объеме, часть лечебных мероприятий указана неверно или не указана совсем.
0	-	Лечебный алгоритм определен неверно.
	5	Выпишите рецепт на платифиллин.
	-	.Rp.: Platyphyllini hydrotartratis 0,005 D.t.d. N 12 in tabul. S. по 1 т. 2-3 раз в день.
2	-	Рецепт выписан верно.
1	-	Рецепт выписан с грамматическими ошибками, либо неверно указаны дозировки препарата или режим приема.
0	-	Рецепт выписан неверно.
	-	043
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Больная 26 лет обратилась к врачу - урологу с жалобами на учащенное мочеиспускание, боли в правой пахово-подвздошной области. Болеет в течение недели. Приступообразные боли легко купируются спазмолитиками. Объективно: состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7°C. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Почки не пальпируются, симптом XII ребра(-) с обеих сторон. ОАМ: лейкоцитов 4-5 в поле зрения, эритроцитов – 2-3 в п/зр., соли оксалаты +++. ОАК: НВ-110 г/л; Л - 6,9х10 ⁹ /л, сдвига лейкоцитарной формулы нет, СОЭ 12 мм/час. На обзорной урограмме в проекции нижней трети правого мочеточника выявлена тень 0,4*0,2 см, подозрительная на конкремент. На экскреторных урограммах изменений со стороны почек, чашечно-лоханочных систем не выявлено, определяется незначительное расширение правого мочеточника над указанной тенью.
	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
	-	Мелкий камень нижней трети правого мочеточника.
2	-	Диагноз поставлен верно.
1	-	Диагноз поставлен неполностью, неверно указан размер конкремента или локализация не уточнена.
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Какие заболевания могут «симулировать» данную патологию.
	-	Острый аппендицит, острый аднексит, острый цистит, заболевания позвоночника, спинного мозга.
2	-	Заболевания указаны верно, в полном объеме.
1	-	Заболевания указаны верно, но не в полном объеме.
0	-	Заболевания указаны неверно.
	3	Перечислите рентгенологические признаки, указывающие на то, что тень имеет отношение к мочевым путям.
	-	Симптом «указательного пальца» (Лихтенберга) - на экскреторных урограммах определяется незначительное расширение правого мочеточника над указанной тенью.
2	-	Рентгенологический признак указан верно, дано полное определение симптома.

1	-	Рентгенологический признак указан верно , не дано полное определение симптома.
0	-	Рентгенологический признак указан не верно.
	4	Определите объем лечебных мероприятий для данной больной.
	-	Консервативная терапия: спазмолитики, анальгетики, обильное питье/водные нагрузки, растительные диуретики, физиотерапевтические мероприятия, ЛФК.
2	-	Лечебный алгоритм определен верно и в полном объеме.
1	-	Лечебный алгоритм определен верно, но не в полном объеме, часть лечебных мероприятий указана неверно или не указана совсем.
0	-	Лечебный алгоритм определен неверно.
	5	Перечислите возможные мероприятия по профилактике заболевания.
	-	Здоровый образ жизни, избегать однообразного питания, малого употребления жидкости.
2	-	Мероприятия по профилактике заболевания указаны верно и в полном объеме.
1	-	Мероприятия по профилактике заболевания указаны верно , но не в полном объеме, часть мероприятий упущена или определена неверно.
0	-	Мероприятия по профилактике заболевания указаны неверно.
	-	044
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Накануне обращения у больного 50 лет возникли приступы острых болей в пояснично-подреберных областях, которые сопровождались тошнотой, рвотой. Они плохо купировались спазмолитиками и анальгетиками. В течение 18 часов нет позывов на мочеиспускание. В анамнезе: 3 года назад был подобный приступ почечной колики слева с последующим самостоятельным отхождением небольшого камня кирпично-красного цвета. Объективно: общее состояние средней тяжести, кожные покровы сухие. Температура тела – 37,2°C. Пульс 88 уд./ мин. ритмичен, АД – 110/60 мм. рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в пояснично-подреберных областях. Симптом XII ребра (+) с обеих сторон. При пальпации и перкуссии над лобком мочевого пузыря не определяется. ОАК: НВ 110 г/л; Л-10,8х10 ⁹ /л, незначительный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ 26 мм/час. По данным УЗИ отмечается 2-стороннее расширение чашечно-лоханочных систем и верхней трети мочеточников до гиперэхогенных образований диаметром 0,8 см, с акустической тенью. На обзорной урограмме теней подозрительных на конкременты не выявлено. На экскреторных урограммах через 10, 30 мин отмечается снижение функции почек в виде отсутствия контрастного вещества в лоханках, мочеточниках, мочевом пузыре. Мочи из мочевого пузыря при катетеризации не получено.
	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
	-	Острая постренальная анурия, уратный нефролитиаз, 2-сторонние обтурирующие камни верхней трети мочеточников.
2	-	Диагноз поставлен верно.
1	-	Диагноз поставлен неполностью, часть нозологий упущена или локализация конкрементов не уточнена.
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Какие дополнительные обследования необходимо произвести для подтверждения диагноза.
	-	Для уточнения диагноза необходимо выполнить МСКТ, в том числе и с контрастированием.
2	-	Метод обследования и дополнение к нему указаны верно .
1	-	Метод обследования указан верно, дополнение не указано .
	-	Метод обследования и дополнение к нему указаны неверно .

0		
	3	Можно ли рассматривать состояние больной как неотложную ситуацию
	-	Обтурирующие камни мочеточников, постренальная анурия – неотложное состояние, требующее срочного восстановления пассажа мочи из почки
2	-	Ответ обоснован и указан верно.
1	-	Ответ обоснован и указан верно, неотложный метод лечения не указан.
0	-	Ответ не обоснован или указан не верно.
	4	Укажите способы ликвидации осложнения основного заболевания.
	-	Катетеризация / стентирование хотя бы одного мочеточника, пункционная нефростомия. При отсутствии возможности такого восстановления пассажа мочи - уретеролитотомия с нефростомией.
2	-	Способы ликвидации осложнения указаны верно.
1	-	Способы ликвидации осложнения указаны не полностью, упущена часть мероприятий.
0	-	Способы ликвидации осложнения указаны не верно.
	5	Выпишите рецепт на но-шпу.
	-	Rp.: Sol No-spani2% 2,0 D.t.d. N 10 in amp. S. В мышцу по 2 мл 1-2раза в день
2	-	Рецепт выписан верно.
1	-	Рецепт выписан с грамматическими ошибками, либо неверно указаны дозировки препарата или режим приема.
0	-	Рецепт выписан неверно.
	-	045
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Больного 65 лет беспокоят боли внизу живота иррадиирующие в головку полового члена, бесплодные позывы на мочеиспускание. Оперирован по поводу аденомы предстательной железы 2 года назад. Самостоятельное мочеиспускание в послеоперационном периоде восстановилось. Первый года после операции периодически лечился амбулаторно по поводу обострения хронического цистита. Ухудшение состояния последние 2 месяца, когда стал замечать учащенное с режиями мочеиспускание, прерывистость струи мочи, периодически примесь крови в последних порциях мочи. За медицинской помощью не обращался, занимался самолечением. При отсутствии самостоятельного мочеиспускания в течении 6 часов вызвал «скорую помощь». Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы не изменены. Температура тела 36,7°C. Пульс 68 уд./мин, АД – 130/60 мм. рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот правильной формы, над лоном имеется старый окрепший послеоперационный рубец, где при пальпации отмечается болезненность, и определяется перерастянутый мочевого пузырь. Симптом XII ребра (-)с обеих сторон. Катетером из мочевого пузыря выведено до 600 мл мочи розоватого цвета. При ректальном исследовании: рецидив аденомы не выявлен.
	1	Установите предварительный диагноз
	-	Острая задержка мочи. Камень мочевого пузыря, хронический цистит.
2	-	Диагноз поставлен верно.
1	-	Диагноз поставлен неполностью, часть нозологий упущена.
	-	Диагноз поставлен неверно.

0		
	2	Какие дополнительные обследования необходимы для подтверждения диагноза.
	-	Для уточнения диагноза необходимо выполнить ОАМ, ОАК, биохимический анализ крови с определением уровня мочевины, креатинина, УЗИ мочевого пузыря и почек, обзорную и экскреторную урографию с нисходящей цистографией, МСКТ, уретроцистоскопию.
2	-	Указаны все методы обследования в полном объеме.
1	-	Указаны не все методы обследования, часть методов упущена.
0	-	Методы обследования не указаны или указаны неверно.
	3	Каким осложнением обусловлено данное состояние.
	-	Острая задержка мочи возникает в результате вклинения в шейку мочевого пузыря камня, образовавшегося на фоне инфравезикальной обструкции, инородных тел (лигатуры после операции), хронического цистита.
2	-	Осложнение указано верно. Ответ обоснован верно.
1	-	Осложнение указано верно, обоснование дано неполностью.
0	-	Осложнение указано не верно.
	4	Определите лечебную тактику
	-	При одиночном камне без воспалительных явлений со стороны мочевого пузыря показана - цистолитотрипсия. При наличии цистита, множественных камней – открытое оперативное вмешательство: цистолитотомия с возможной цистостомией.
2	-	Лечебный алгоритм определен верно и в полном объеме.
1	-	Лечебный алгоритм определен верно, но не в полном объеме, часть лечебных мероприятий указана неверно или не указана совсем.
0	-	Лечебный алгоритм определен неверно.
	5	Выпишите рецепт на но-шпу.
	-	Rp.: Sol No-spani2% 2,0 D.t.d. N 10 in amp. S. В мышцу по 2 мл 1-2раза в день
2	-	Рецепт выписан верно.
1	-	Рецепт выписан с грамматическими ошибками, либо неверно указаны дозировки препарата или режим приема.
0	-	Рецепт выписан неверно.
	-	046
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	В приемный покой ГБ доставлен больной 37 лет с жалобами на повторяющиеся в течение суток боли в поясничной области слева, сопровождающиеся рвотой, повышение температуры тела до 37,2° С При осмотре пациент ведет себя беспокойно, температура тела 36,6° С, пульс 76 уд./мин, АД140/70 мм.рт.ст. Почки не пальпируются, при наличии болезненности в левой подреберно-поясничной,(+) симптоме XII ребра слева . ОАМ: лейкоцитов 6-8в поле зрения, эритроцитов – до 10 в п/зр.ОАК: НВ 110 г/л; Л – 10,9х10⁹/л без сдвига лейкоцитарной формулы влево, СОЭ - 18 мм/час. Рентгенологически на обзорной урограмме в проекции левой почки определяется «плотная тень» размерами 1,0х1,2 см. При УЗИ почек выявлено увеличение размеров левой почки без четких очаговых изменений в паренхиме, расширениечашечно-лоханочнойсистемы с наличием гиперэхогенного образования размерами 1,0х1,2 см в области левого пиелоуретерального сегмента, с «акустической тенью».

	1	Установите предварительный диагноз
	-	Обтурирующий камень пиелоретерального сегмента слева, почечная колика слева.
2	-	Диагноз поставлен верно.
1	-	Диагноз поставлен не полностью, локализация конкремента указана не верно
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Какие дополнительные обследования необходимы для подтверждения диагноза.
	-	Биохимический анализ крови с определением уровня мочевины, креатинина, фибриногена, проведение МСКТ, ДГ почек, экскреторной урографии.
2	-	Указаны все методы обследования в полном объеме.
1	-	Указаны не все методы обследования, часть методов упущена.
0	-	Методы обследования не указаны или указаны неверно.
	3	Чем обусловлена клиническая картина.
	-	Клиническая картина обусловлена обтурацией камнем пиелоретерального сегмента слева, быстрым повышением внутрилоханочного и интерстициального давления.
2	-	Этиология развития заболевания в данном случае определена и обоснована верно.
1	-	Этиология развития заболевания в данном случае определена верно, но обоснована не полностью.
0	-	Этиология развития заболевания в данном случае определена не верно.
	4	Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.
	-	Своевременная профилактика, диагностика и лечение мочекаменной болезни, здоровый образ жизни, необходимо избегать однообразного питания, малого употребления жидкости.
2	-	Мероприятия по первичной профилактике заболевания указаны верно и в полном объеме.
1	-	Мероприятия по первичной профилактике заболевания указаны верно, но не в полном объеме, часть мероприятий упущена или определена неверно.
0	-	Мероприятия по первичной профилактике заболевания указаны неверно.
	5	Определите лечебную тактику
	-	Учитывая размеры камня необходимо срочное восстановление пассажа мочи из левой почки катетеризацией/стентированием мочеточника, лоханки левой почки, либо пункционной нефропиелостомией с последующим проведением ДЛТ, КЛТ либо открытой пиелолитотомией.
2	-	Лечебный алгоритм определен верно и в полном объеме.
1	-	Лечебный алгоритм определен верно, но не в полном объеме, часть лечебных мероприятий указана неверно или не указана совсем.
0	-	Лечебный алгоритм определен неверно.
	-	047
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Больной 45 лет доставлен в ГБ с жалобами на интенсивные боли в поясничных областях, больше справа, повышением температуры тела до 37,8°С. Из анамнеза выяснено, что многие годы лечится амбулаторно по поводу подагры, мочекишечного диатеза и хронического пиелонефрита. После употребления алкоголя, обильной мясной пищи 2 дня тому назад заметил появление мочи кирпично-красного цвета и отметил уменьшение ее количества. При

		осмотре: общее состояние средней тяжести, кожные покровы сухие, наблюдается деформация 1 плюснефаланговых суставов стоп без отека и гиперемии кожи. Температура тела – 37,9°C. Пульс 98 уд./мин, АД – 160/80 мм. рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий болезненный в пояснично-подреберных областях, больше справа. Почки четко не пальпируются. Симптом XII ребра слабо (+) с обеих сторон. ОАМ: лейкоциты ед. в поле зрения, эритроциты до 10 в п/зр, соли ураты +++++. ОАК: Hb – 110г/л; L- 12,9x10 ⁹ /л. без сдвига формулы, СОЭ 36 мм/час. На обзорной урограмме теней подозрительных на конкремент в проекции органов мочевой системы не выявлено. При УЗИ почек отмечается 2-стороннее расширение чашечно-лоханочных систем с обеих сторон и нижней трети правого мочеточника где визуализируется гиперэхогенное включение до 0,5 см в диаметре.
	1	Установите предварительный диагноз
	-	Острая уратная нефропатия, мочевого криз с развитием острой интратенальной и постренальной почечной недостаточности, уратный нефролитиаз, уратный камень нижней трети правого мочеточника.
2	-	Диагноз поставлен верно.
1	-	Диагноз поставлен не полностью, часть нозологий упущена
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	С какими заболеваниями мочевой системы нужно провести дифференциальную диагностику.
	-	Острая почечная недостаточность на фоне отравления суррогатами алкоголя, пищевыми продуктами.
2	-	Заболевания для дифференциального диагноза указаны верно и в полном объеме.
1	-	Заболевания для дифференциального диагноза указаны верно, но уточняющие факторы упущены.
0	-	Заболевания для дифференциального диагноза указаны не верно или не указаны совсем.
	3	Какие дополнительные обследования необходимы для подтверждения диагноза.
	-	Для уточнения диагноза необходимо провести общий анализ мочи и крови, биохимический анализ крови (уровень азота мочевины, креатинина, мочевой кислоты), УЗИ и ДГ почек, мочеточников, мочевого пузыря, МСКТ, катетеризация/стентирование правого мочеточника.
2	-	Указаны все методы обследования в полном объеме.
1	-	Указаны не все методы обследования, часть методов упущена.
0	-	Методы обследования не указаны или указаны неверно.
	4	Определите лечебную тактику для данного случая.
	-	Консервативная терапия: спазмолитики, анальгетики, катетеризация/стентирование правого мочеточника, при восстановлении пассажа мочи из правой почки - антибактериальная, детоксикационная, инфузионная терапия; препараты как для растворения мочевых камней (аллопуринол), так и для улучшения микроциркуляции; мочегонные препараты. При отсутствии эффекта от терапии - гемодиализ, гемосорбция.
2	-	Лечебный алгоритм определен верно и в полном объеме.
1	-	Лечебный алгоритм определен верно, но не в полном объеме, часть лечебных мероприятий указана неверно или не указана совсем.
0	-	Лечебный алгоритм определен неверно.
	5	Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.
	-	Устранение или ослабление факторов, способствующих накоплению в организме мочевой кислоты: здоровый образ жизни, соблюдение диеты (прием щелочных минеральных вод, ограничение употребления продуктов, содержащих большое количество пуринов, разгрузочные дни), обильное питье до 1,5-2 литров свободной жидкости в день

2	-	Мероприятия по первичной профилактике заболевания указаны верно и в полном объеме.
1	-	Мероприятия по первичной профилактике заболевания указаны верно, но часть факторов упущена.
0	-	Мероприятия по первичной профилактике заболевания указаны не верно.
	-	048
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	К терапевту обратился пациент 22 лет с жалобами на тупые боли в правой поясничной области, повышение температуры тела до 39,0°C и познабливание, снижение аппетита, тошноту и рвоту, слабость и потливость. Накануне лечился у хирурга по поводу фурункула правого предплечья, который и вскрывал гнойник. Состояние больного ухудшилось после 2 недель лечения - появилась гипертермия. Объективно: состояние средней тяжести. Температура тела 38,7 °С. Кожа и видимые слизистые обычной окраски, в средней трети правого предплечья на месте вскрытого фурункула имеется чистая, инфильтрации тканей нет. Визуально и рентгенологически со стороны зева, органов грудной клетки изменений не выявлено. Живот не вздут, мягкий, незначительно болезненный в правой подреберно-поясничной области. Почки не пальпируются, симптом XII ребра(-)с обеих сторон. ОАМ: лейкоцитов 4-5 в поле зрения, эритроцитов – 2-3 в п/зр., соли оксалаты +++. ОАК: НВ-110 г/л; Л - 12, 8х10⁹/л, сдвига лейкоцитарной формулы нет, СОЭ 12 мм/ч. УЗИ почек: расширения ЧЛС не выявлено, нечетко лоцируется контур верхнего полюса правой почки, подвижность почки не снижена.
	1	Установите предварительный диагноз
	-	Острый первичный серозный правосторонний пиелонефрит, возможно с формированием карбункула верхнего полюса правой почки.
2	-	Диагноз поставлен верно.
1	-	Диагноз поставлен не полностью, часть нозологий упущена
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Определите патогенез данного заболевания.
	-	При наличии первичного гнойного очага (фурункула правого предплечья) инфекция (скорее всего в данном случае – высокопатогенный плазмокоагулирующий стафилококк) гематогенным путем попала в паренхиму правую почку, развитию острого пиелонефрита способствовало и переохлаждение больного.
2	-	Патогенез данного заболевания определен верно и в полном объеме.
1	-	Патогенез данного заболевания определен верно, но часть элементов упущена.
0	-	Патогенез данного заболевания определен не верно.
	3	Какие нужны дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.
	-	Биохимический анализ крови с определением мочевины, креатинина, фибриногена; ДГ почек, МСКТ с контрастированием, обзорная, экскреторная урография, в том числе и экскурсионная; бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам.
2	-	Указаны все дополнительные методы обследования в полном объеме.
1	-	Указаны не все дополнительные методы обследования, часть методов упущена.
0	-	Дополнительные методы обследования не указаны или указаны неверно.

	4	Тактика лечения в данном случае.
	-	.Срочная госпитализация в урологическое отделение, проведение патогенетической парентеральной антибактериальной, противовоспалительной, дезинтоксикационной, инфузионной терапий. При отсутствии эффекта от проводимой терапии в течение 1-1,5суток показано открытое оперативное вмешательство: ревизия почки с возможной декапсуляцией, рассечением/иссечением карбункула, дренированием чашечно-лоханочной системы, забрюшинного пространства.
2	-	Тактика лечения в данном случае определена верно, в полном объеме.
1	-	Тактика лечения в данном случае определена верно, но часть лечебных мероприятий упущена.
0	-	Тактика лечения в данном случае определена не верно.
	5	Выпишите рецепт на цефотаксим.
	-	Rp.: S. Cefotaximi (Claforani) 1,0 D.t.d. N 20 in flac. S. Содержимое флакона растворить в 20 мл воды для инъекций, вводить в/в медленно в теч.3-5 минут 2 раза в сутки.
2	-	Рецепт выписан верно.
1	-	Рецепт выписан с грамматическими ошибками, либо неверно указаны дозировки препарата или режим приема.
0	-	Рецепт выписан неверно.
	-	049
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Больная 68 лет обратилась повторно к хирургу с жалобами на тупые боли в левой поясничной области, слабость, потливость, повышение температуры тела до 39,0° С, ознобы, снижение аппетита, тошноту и рвоту. Из анамнеза известно, что лечилась у хирурга по поводу абсцесса области левого плеча. После вскрытия гнойника на фоне проводимой антибактериальной терапии чувствовала себя удовлетворительно, хотя сохранялся субфебрилитет. Состояние пациентки ухудшилось 5 дней тому назад - появилась гипертермия. После приема аспирина наблюдалось лишь небольшое снижение температуры тела, а со вчерашнего дня гипертермия сопровождается потрясающими ознобами. Объективно: состояние больной тяжелое. Температура тела 39,7°С, тахикардия, АД90/50 мм.рт.ст. Кожа и видимые слизистые бледно-розовой окраски, в области левого плеча на месте абсцесса – чистая поверхностная рана, вокруг него - незначительная инфильтрация подкожной клетчатки. Визуальных и рентгенологических изменений со стороны зева, органов грудной клетки не выявлено. Живот при пальпации мягкий, отмечается болезненность, напряжение мышц в левой пояснично-подреберной области. Почки не пальпируются, положительный симптом XII ребра слева. Отмечается сглаженность левой поясничной области. ОАК:НВ-110г/л; умеренно выраженный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, СОЭ – 52 мм/ч. На обзорной урограмме теней подозрительных на конкременты в проекции почек, по ходу мочевых путей, а так же контур левой поясничной мышцы не определяются. Отмечается выраженный сколиоз. УЗИ почек: деформация наружного контура левой почки, снижение подвижности ее при отсутствии расширения ЧЛС. Выявлена повышенная гидрофильность паренхимы левой почки, в верхнем и среднем сегментах ее зоны пониженной эхогенности с жидкостными включениями.
	1	Установите предварительный диагноз
	-	Острый первичный гнойный левосторонний пиелонефрит, не исключаются карбункулы левой почки, эндотоксический шок.
2	-	Диагноз поставлен верно.
1	-	Диагноз поставлен не полностью, часть нозологий упущена
0	-	Диагноз поставлен неверно.

	2	Укажите причину и механизм развития данного заболевания.
	-	Высокопатогенный золотистый или белый стафилококк из гнойного очага в области левого плеча гематогенным путем попал в паренхиму левой почки, привел к развитию острого левостороннего пиелонефрита, а отсутствие адекватного своевременного лечения в условиях переохлаждения способствовало быстрому развитию деструктивных процессов в очагах воспаления.
2	-	Причина развития заболевания и механизм указаны полностью, верно.
1	-	Причина развития заболевания и механизм указаны верно, но не полностью, часть элементов упущена.
0	-	Причина развития заболевания и механизм указаны не верно.
	3	Какие нужны дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.
	-	Биохимический анализ крови с определением мочевины, креатинина, фибриногена; эходоплерография левой почки, МСКТ с контрастированием; обзорная, экскреторная урография, в том числе и экскурсионная, бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности микроорганизмов антибактериальным препаратам.
2	-	Указаны все дополнительные методы обследования в полном объеме.
1	-	Указаны не все дополнительные методы обследования, часть методов упущена.
0	-	Дополнительные методы обследования не указаны или указаны неверно.
	4	Тактика лечения в данном конкретном случае.
	-	Срочная госпитализация в урологическое отделение, предоперационная подготовка к неотложному хирургическому вмешательству (проведение противошоковой, патогенетической, противовоспалительной, дезинтоксикационной, инфузионной терапии). При сохранности функции противоположной почки, множественных карбункулах левой почки у пожилых больных целесообразно выполнение нефрэктомии.
2	-	Тактика лечения в данном случае определена верно, в полном объеме.
1	-	Тактика лечения в данном случае определена верно, но часть лечебных мероприятий упущена.
0	-	Тактика лечения в данном случае определена не верно.
	5	Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике.
	-	Адекватное лечение абсцесса левого плеча для предупреждения гематогенного распространения высокопатогенной инфекции.
2	-	Мероприятия по первичной профилактике заболевания указаны верно и в полном объеме.
1	-	Мероприятия по первичной профилактике заболевания указаны верно, но часть факторов упущена.
0	-	Мероприятия по первичной профилактике заболевания указаны не верно.
	-	050
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Больная 50 лет обратилась к урологу с жалобами на боли в левой поясничной области, учащенное болезненное мочеиспускание, повышение температуры тела до 38,0°C с позноблизанием, слабость, потливость. Указанные симптомы отмечает в течение недели. В анамнезе частые рецидивы цистита на протяжении 5 лет. Неоднократно курсами принимала антибактериальные препараты, спазмолитики и отвары мочегонных трав по назначениям врача-терапевта. Лечение приносило облегчение на некоторое время. Стойкая дизурия с выделением мутной мочи малыми порциями, субфебрилитет наблюдается в последний год. Объективно: состояние больной средней тяжести, пульс 90 уд./мин, АД 110/60 мм. рт.ст., язык обложен белым налетом, влажный. Живот мягкий, болезненный в левом подреберье, где отмечается напряжение мышц брюшной стенки. Пальпация передней стенки брюшной полости, области подреберья информативна из-за массивной подкожно-жировой клетчатки. Симптом XII ребра (+) слева. ОАМ: лейкоциты сплошь покрывают поле зрения. ОАК: НВ 90 г/л; Л - 15,9x10 ⁹ /л умеренный сдвиг лейкоцитарной формулы влево,

		СОЭ - 46 мм/ч. Теней конкрементов в проекции органов мочевой системы на обзорной урограмме не выявлено. На экскреторных урограммах функция правой почки не нарушена. Чашечно-лоханочная система левой почки представлена в виде множественных полостей неправильной формы, мочеточник четко не визуализируется. Буллезный отек, гиперемия области устья левого мочеточника из которого выделяется густой гной в виде "пасты из тюбика" выявлены при цистоскопии.
	1	Установите предварительный диагноз
	-	Поликавернозный нефротуберкулез, туберкулезный пионефроз слева.
2	-	Диагноз поставлен верно.
1	-	Диагноз поставлен не полностью, часть нозологий упущена
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Какие дополнительные исследования необходимо произвести для уточнения и подтверждения диагноза.
	-	Биохимический анализ кров: уровень креатинина, азота мочевины, калия; посев мочи на ВК; рентгенография органов грудной клетки; МСКТ с контрастированием, ретроградная уретеропиелография слева.
2	-	Указаны все дополнительные методы обследования в полном объеме.
1	-	Указаны не все дополнительные методы обследования, часть методов упущена.
0	-	Дополнительные методы обследования не указаны или указаны неверно.
	3	Чем обусловлена клиническая картина.
	-	Запущенным поликавернозным туберкулезом, туберкулезным пионефрозом слева вследствие неполного обследования по поводу часто рецидивирующего цистита, отсутствия консультации уролога, фтизиоуролога, своевременной диагностики нефротуберкулеза и адекватного специфического лечения.
2	-	Этиология развития заболевания в данном случае определена и обоснована верно.
1	-	Этиология развития заболевания в данном случае определена верно, но обоснована не полностью.
0	-	Этиология развития заболевания в данном случае определена не верно.
	4	Возможные осложнения данного заболевания.
	-	Туберкулез мочевого пузыря, сморщивание последнего, вторичная генерализация туберкулеза.
2	-	Осложнения указаны верно.
1	-	Осложнения указаны верно, но некоторые патологические состояния не указаны..
0	-	Осложнения указаны не верно.
	5	Тактика лечения в данном конкретном случае.
	-	Неoadьювантная, противотуберкулезная и полихимиотерапия не менее 10 дней с последующей нефрэктомией слева.
2	-	Тактика лечения в данном случае определена верно, в полном объеме.
1	-	Тактика лечения в данном случае определена верно, но часть лечебных мероприятий упущена.
0	-	Тактика лечения в данном случае определена не верно.

10. Учебно-методическое и информационное обеспечение

1. Литература

Основная:

№ п/п	Название	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	Учебник «Урология»	Комяков Б.К.	ГЭОТАР-Медиа, 2011г.	299 + ЭБС	10
2	Детская урология (Электронный ресурс) / Пугачев А.Г. –М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009	Пугачев А.Г.	ГЭОТАР-Медиа, 2009г.	ЭБС	
3	Урология. От симптомов к диагнозу и лечению.		2014	ЭБС	0

Дополнительная литература:

№ п/п	Название	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	Урология. От симптомов к диагнозу и лечению.	Ю. Г. Аляев, Н. А. Григорьев	ГЭОТАР-Медиа, 2014	ЭБС	0
2	Инфертильность у мужчин(этиология, патогенез, диагностика, лечение)	В.В. Михайленко, В.Н. Фесенко, С.Н. Калинина, Д.Г. Кореньков	СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2015	0	20
3	Модифицированная перкутанная эндопиелотомия	Б.К. Комяков, Б.Г. Гулиев	СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2014	0	20
4	Циститы у женщин	Б.К. Комяков, Т.Х. Назаров	СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2016	0	20
5	Опухоли почки и верхних мочевыводящих путей	Б.К. Комяков, Б.Г. Гулиев, А.В. Сергеев, В.А. Фадеев, А.Ю. Ульянов, К.И. Исмаилов	СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2016	0	20
6	Неотложные состояния в урологии	Б.К. Комяков, Б.Г. Гулиев, А.В. Сергеев, В.А. Фадеев, А.Ю. Ульянов, К.И. Исмаилов	СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2016	0	20
7	Криохирургические методы лечения больных с заболеваниями предстательной железы	Д.Г. Кореньков, В.Е. Марусанов, Ю.П. Линец	СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2016	0	20
8	Биоминералогия мочевых камней	Т.Х. Назаров, К.Е. Трубникова, И.В. Рычков, М.У. Агагюлов	СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2016	0	20
9	Репродуктивно значимые заболевания у мужчин с инфекцией, передаваемой половым путем, и их лечение	С.Н. Калинина	СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2017	0	20
10	Современное лечение болезни Пейрони (фибропластическая индурация полового члена)	С.Н. Калинина, В.Н. Фесенко, А.В. Никольский, О.О. Бурлака, Н.В. Марченко, Б.Г. Гулиев	СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2018	0	20

Базы данных, информационно-справочные и поисковые системы:

Поисковые системы

<http://hippocrate.narod.ru/c> – популярная медицинская энциклопедия
<http://www.mednavigator.ru/> – поисковая система с каталогом медицинских ресурсов
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/index.html> – архив биомедицинской литературы
<http://www.metabot.ru/> – российская метапоисковая система
<http://www.edu.ru/> – федеральный портал Российское образование
Электронные образовательные ресурсы, базы данных
<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433713.html>
<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436301.html>
<http://www.freebooks4doctors.com/fb/english1.htm> – медицинские книги на английском языке
<http://www.freemedicaljournals.com/> – медицинские журналы
<http://rmj.ru/> – Русский медицинский журнал
<http://sci-lib.com/> – большая научная библиотека электронных книг
<http://www.euro.who.int/?language=Russian> – ВОЗ
<http://www.medliter.ru/> – медицинская литература
<http://www.cochrane.com/> – база данных по доказательной медицине

11. Материально-техническое обеспечение

Материально-техническое обеспечение дисциплины:

- а. Кабинеты** – 5 учебных комнат (72 м², 20 м², 18 м², 18 м², 15 м², 12 м², конференц-зал - 64,5 м²,
- б. Мебель:**
 - стол – 56
 - стулья, кресла, скамьи – 198
 - стеллажей и шкафов книжных и одежных – 22
 - стол компьютерный - 9
- в. Тренажеры, тренажерные комплексы, фантомы, муляжи:**
 - муляж для пальпации предстательной железы – 7
 - муляж для катетеризации мочевого пузыря - 7
- г. Технические средства обучения** (персональные компьютеры с выходом в Интернет, мультимедиа, аудио- и видеотехника):
 - персональный компьютер с выходом в интернет – 6
 - ноутбук с выходом в интернет - 2

12. Методические рекомендации по прохождению практики

Ординаторы в период прохождения практики обязаны подчиняться правилам внутреннего распорядка Университета и:

СПБ ГУЗ «Александровская больница»
 СПб ГБУЗ «Городская многопрофильная больница № 2»
 СПб ГУЗ «Клинически больница святителя Луки», СПб, ул. Чугунная, д.46
 Медико-санитарная часть № 70 – СПб ГУП «Пассажиравтотранс»
 ФГБОУ ВПО СЗГМУ им. И. И. Мечникова (клиника имени Петра Великого)

Практика начинается с беседы с руководителем практики, который знакомит ординаторов с целями и задачами практики. При прохождении клинической практики по дисциплине «урология» ординаторы ведут дневник практики ординатора, который содержит краткое описание курируемых больных (диагнозы заболеваний), перечень выполненных видов работ за период практики, в том числе диагностические и лечебные мероприятия; освоенные умения и практические навыки, приобретенные за период практики. По окончании практики ординатор должен получить зачет.



Министерство здравоохранения Российской Федерации

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования**

**"Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова"
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

(ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)

«УТВЕРЖДАЮ»

экз. № _____

И.о. проректора по учебной работе, науке и
инновационной деятельности

_____/ А.В. Силин/
«31» августа 2017

ПРОГРАММА ПРАКТИКИ

<i>Направление подготовки (код, название)</i>	31.08.68 урология
<i>Форма обучения</i>	очная

<i>Вид практики</i>	производственная (клиническая)
<i>Тип практики</i>	Вариативная
<i>Способ проведения практики</i>	Стационарная, выездная
<i>Объем практики (в зач.единицах)</i>	12
<i>Продолжительность производственной практики (в акад. часах)</i>	432

Санкт-Петербург – 2017

Программа практики составлена на основании Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.68 Урология утвержденного ФГОС ВО от «26» августа 2014 г. № 1111 и Положения о практике обучающихся, осваивающих основные профессиональные образовательные программы высшего образования, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 27 ноября 2015 г. № 1383

Составители программы практики:

Зав. кафедрой урологии проф. д.м.н. Комяков Борис Кириллович

Проф. д.м.н. Топузов Марлен Эскендерович

Рецензент: профессор кафедры урологии ФГБОУ ВО СПбГМУ им. И.П. Павлова МЗ России д.м.н. Амдий Р.Э.

Программа практики обсуждена на заседании кафедр(ы) Урологии
(наименование кафедры)

« 30 » августа 2017 г. протокол № 9

СОДЕРЖАНИЕ

<u>1. Цели практики</u>	4
<u>2. Задачи практики</u>	4
<u>3. Место практики в структуре основной профессиональной образовательной программы</u> ..	4
<u>4. Формы проведения практики</u>	4
<u>5. Время и место проведения практики</u>	4
<u>6. Планируемые результаты обучения при прохождении практики</u>	5
<u>7. Структура и содержание практики</u>	8
<u>8. Формы отчетности и аттестации по практике</u>	9
<u>9. Фонд оценочных средств</u>	9
<u>9.1. Критерии оценки</u>	9
<u>9.2. Оценочные средства</u>	9
<u>10. Учебно-методическое и информационное обеспечение</u>	13
<u>11. Материально-техническое обеспечение</u>	14
<u>12. Методические рекомендации по прохождению практики</u>	14

1. Цели практики

Формирование умений и навыков, необходимых для самостоятельной работы врача-уролога. Закрепление теоретических знаний по Урологии, развитие практических умений и навыков, полученных в процессе обучения в ординатуре, формирование профессиональных компетенций врача-уролога, приобретение опыта в решении реальных профессиональных задач.

2. Задачи практики

Задачи первого года обучения: сформировать у обучающихся компетенции, включающие в себя способность/готовность:

- Изучить организацию урологического стационара и поликлиники.
- Изучить все виды медицинской документации
- Изучить экономические вопросы урологической службы, возможности страховой медицины.
- Научиться квалифицированно собрать анамнез заболевания.
- Оценить современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных
- Научиться определять показания к госпитализации.
- Правильно поставить диагноз и определить тактику лечения больного.
- Освоить выполнение диагностических и лечебных процедур при оказании медицинской помощи в плановом и неотложном состоянии у больных с урологическими заболеваниями.
- Дежурство на урологическом отделении с отчетом на утренней конференции.

Задачи второго года обучения: сформировать у обучающихся компетенции, включающие в себя способность/готовность:

- Курация больных с различными заболеваниями мочеполовой системы.
- Участие в проведении различных видов исследования курируемого больного.
- Умение правильно собрать анамнез заболевания и поставить диагноз.
- Обоснование плана лечения больного.
- Выявления показаний и противопоказаний к операции.
- Правильно выбрать вид обезболивания.
- Активное участие в операции в качестве 1-2 ассистента.
- Освоить умение квалифицированно лечить больных в послеоперационном периоде.
- Знать основы организации здравоохранения, основы доказательной медицины.
- Участие в семинарских занятиях и заседаниях Санкт-Петербургского общества урологов им. С.П. Федорова
- Проведение отчетов по выполнению индивидуальных планов.

3. Место практики в структуре основной профессиональной образовательной программы

Практика относится к вариативной части Блока 2 «Практики» учебного плана по специальности 31.08.68 урология

4. Формы проведения практики

Практика проводится дискретно – путем чередования в календарном учебном графике периодов учебного времени для проведения практик с периодами учебного времени для проведения теоретических занятий.

5. Время и место проведения практики

В соответствии с учебным планом практика проводится 1-2 курсах
СПБ ГУЗ «Александровская больница»
СПб ГБУЗ «Городская многопрофильная больница № 2»
СПб ГУЗ «Клиническая больница святителя Луки», СПб, ул. Чугунная, д.46
Медико-санитарная часть № 70 – СПб ГУП «Пассажиравтотранс»
ФГБОУ ВПО СЗГМУ им. И. И. Мечникова (клиника имени Петра Великого)

6. Планируемые результаты обучения при прохождении практики

Практика направлена на формирование у обучающихся следующих компетенций (в соответствии с ФГОС ВО)

№ п/ п	Компетенции		Результаты практики		
	Код	Содержание	Знать	Уметь	Владеть
1	ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	1)основные мероприятия, направленные на укрепление здоровья, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	1)организовывать и проводить мероприятия, направленные на укрепление здоровья, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	1)основами формирования здорового образа жизни и мер первичной профилактики заболеваний человека

2	ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	1) основы организации и проведения различных методов скрининга социально значимых заболеваний 2) определять объём и последовательность исследований, обоснованно строить алгоритм обследования пациента	1) документировать диагностическую информацию, проводить описание результатов обследования с оформлением протокола исследования и заключения, квалифицированно оформлять медицинское заключение 2) давать рекомендации лечащему врачу о дальнейшем плане исследования больного	1) современными методиками проведения исследования органов и систем человеческого организма в различные возрастные периоды 2) современными методиками архивирования, передачи и хранения результатов
3	ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	1) общие вопросы организации урологической помощи в РФ, организация работы скорой и неотложной помощи 2) анатомию, эмбриологию и топографическую анатомию мочевого и мужской половой систем 3) основные вопросы нормальной и патологической физиологии мочевого и мужской половой систем 4) причины возникновения патологических процессов в организме, механизмы их развития 5) клинические симптомы основных урологических заболеваний, критерии диагностики, принципы лечения и профилактики 6) основные	1) получить информацию о заболевании 2) применить объективные методы исследования 3) выявить общие и специфические признаки урологического заболевания 4) оценивать динамику симптоматики при ведении больных с заболеваниями мочевого и мужской половой систем 5) оценить тяжесть состояния больного, в том числе определить необходимость реанимационных мероприятий 6) определить план реанимационных мероприятий 7) определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, функциональных), интерпретировать полученные данные, определить показания к госпитализации 8) провести дифференциальную диагностику основных урологических заболеваний 9) обосновать клинический	1) комплексом методов стандартного урологического обследования 2) основными принципами диагностики и лечения мочекаменной болезни 3) основными принципами диагностики и лечения эректильной дисфункции и мужского бесплодия 4) основными принципами диагностики и лечения инфекционно-воспалительных заболеваний мочевого и мужской половой систем 5) основными принципами диагностики и лечения паразитарных заболеваний мочевого и мужской половой систем 6) основными принципами

			методы параклинического обследования в урологической клинике, включая общие исследования, рентгенологическое, магнитно-резонансные, радиоизотопные и ультразвуковые методы, уродинамические исследования 7) показания и противопоказания к проведению параклинического обследования урологического больного	диагноз, схему, план и тактику ведения больного 10) определить возможные показания/противопоказания к оперативному лечению, определить объем и метод хирургического вмешательства	диагностики и лечения туберкулеза мочевыделительной системы 7) основными принципами диагностики и лечения опухолей мочевыделительной и мужской половой систем 8) основными принципами диагностики и лечения аномалий развития мочевыделительной и мужской половой систем 9) основными принципами диагностики и лечения травматических поражений мочевыделительной и мужской половой систем 10) основными принципами диагностики и лечения неотложных состояний в урологии
4	ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании урологической медицинской помощи	1) общие вопросы организации урологической помощи в РФ, организация работы скорой и неотложной помощи 2) анатомию, эмбриологию и топографическую анатомию мочевыделительной и мужской половой систем 3) основные вопросы нормальной и патологической физиологии мочевыделительно	1) оценивать динамику состояния урологических больных 2) оценить тяжесть состояния больного, в том числе определить необходимость реанимационных мероприятий 3) определить план реанимационных мероприятий 4) определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, функциональных), интерпретировать полученные данные,	1) комплексом методов стандартного урологического обследования 2) основными принципами диагностики и лечения мочекаменной болезни 3) основными принципами диагностики и лечения эректильной дисфункции и мужского бесплодия 4) основными принципами

			й и мужской половой систем 4)причины возникновения патологических процессов в организме, механизмы их развития 5)клинические симптомы основных урологических заболеваний, критерии диагностики, принципы лечения и профилактики 6)основные методы параклинического обследования в урологической клинике, включая общие исследования, рентгенологическое, магнитно-резонансные, радиоизотопные и ультразвуковые методы, уродинамические исследования 7)показания и противопоказания к проведению параклинического обследования урологического больного	определить показания к госпитализации 5)провести дифференциальную диагностику основных урологических заболеваний 6)обосновать клинический диагноз, схему, план и тактику ведения больного 7)дать оценку течения заболевания, предусмотреть возможные осложнения и осуществить их профилактику	диагностики и лечения инфекционно-воспалительных заболеваний мочевыделительной и мужской половой систем 5) основными принципами диагностики и лечения паразитарных заболеваний мочевыделительной и мужской половой систем 6) основными принципами диагностики и лечения туберкулеза мочевыделительной системы 7) основными принципами диагностики и лечения опухолей мочевыделительной и мужской половой систем 8) основными принципами диагностики и лечения аномалий развития мочевыделительной и мужской половой систем 9) основными принципами диагностики и лечения травматических поражений мочевыделительной и мужской половой систем 10)основными принципами диагностики и лечения неотложных состояний в урологии
5	ПК-8	готовность к применению	1)возможности физиотерапии и	1)определить программу реабилитационных	1)основными принципами

		природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	ЛФК, показания и противопоказания к физиотерапии и ЛФК, санаторно-курортному лечению 2) основы рационального питания и принципы диетотерапии в урологической клинике	мероприятий 2) решить вопрос о трудоспособности больного 3) применять в повседневной работе достижения информационных технологий и статистические методы	реабилитации больных, перенесших оперативное лечение по поводу различных заболеваний органов мочевыделительной и мужской половой систем
6	ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	1) законодательство РФ 2) Локальные номенклатурные акты учреждения 3) принципы организации урологической помощи населению РФ	1) организовать работу урологического отделения и смежных специалистов	1) применением законов и положений в сфере организации урологической помощи
7	ПК-11	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	1) законодательство РФ 2) Локальные номенклатурные акты учреждения 3) принципы организации урологической помощи населению РФ	1) оценивать качество медицинской помощи	1) применением законов и положений в сфере организации урологической помощи и медицинской статистики в отделениях урологического профиля

7. Структура и содержание практики

Учебно-тематический план

№ п/п	Тема	Час.	Вид деятельности	Кол-во манипуляций
1	Заболевание почек и мочевыводящих путей	74	Участие в клинических разборах, разбор историй болезни, самостоятельный анализ лабораторных и инструментальных исследований.	50
2	Заболевания предстательной железы	77	Участие в клинических разборах, разбор историй болезни, самостоятельный анализ лабораторных и инструментальных исследований.	50
3	Заболевания наружных половых органов	60	Участие в клинических разборах, разбор историй болезни, самостоятельный анализ лабораторных и инструментальных исследований.	50

4	Онкоурология	77	Участие в клинических разборах, разбор историй болезни, самостоятельный анализ лабораторных и инструментальных исследований.	60
5	Клинико-диагностическое поликлиническое отделение	144	Участие в клинических разборах, разбор историй болезни, самостоятельный анализ лабораторных и инструментальных исследований.	50

8. Формы отчетности и аттестации по практике

Формы отчетности:

- дневник ординатора

Форма аттестации:

- промежуточная в форме зачета

9. Фонд оценочных средств

9.1. Критерии оценки

п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
	Собеседование	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.	Вопросы по урологии	Полнота раскрытия темы; Знание основных понятий в рамках обсуждаемого вопроса, их взаимосвязей между собой и с другими вопросами дисциплины (модуля); Знание основных методов изучения определенного вопроса; Знание основных практических проблем и следствий в рамках обсуждаемого вопроса; Наличие представления о перспективных направлениях разработки рассматриваемого вопроса
	Ситуационные задачи	Проблемная задача на основе реальной профессионально-ориентированной ситуации, имеющая варианты решений. Позволяет	Набор ситуационных задач по урологии	грамотность определения содержащейся в задаче проблемы; корректность оперирования профессиональной

п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
		оценить умение применить знания и аргументированный выбор варианта решения		терминологией при анализе и решении задачи; адекватность применяемого способа решения ситуационной задачи
	Тестовое задание	Система заданий, позволяющая стандартизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.	Фонд тестовых заданий по урологии	Критерии оценки вопросов теста в зависимости от типов формулируемых вопросов.

9.2. Оценочные средства

Включаются все оценочные средства, используемые при текущем контроле и промежуточной аттестации

Контрольные вопросы:

Диагностика и клиника мочекаменной болезни.

1. Диагностика и клиника мочекаменной болезни.
2. Урофлоуметрия. Методика, расшифровка урофлоуограмм.
3. Хронический пиелонефрит. Лечение, исходы, прогноз, профилактика.
4. Рентгеновские методы диагностики мочекаменной болезни.
5. Динамическая кавернозография. Показания, методика, осложнения.
6. Хронические циститы. Классификация, клиника, дифференциальная диагностика.
7. Ультразвуковая доплерография сосудов полового члена. Показания, методика, оценка результатов.
8. Методы обследования больных с недержанием мочи.
9. Уретероскопия. Показания, методика выполнения, профилактика осложнений
10. Электромиография бульбокавернозного рефлекса. Методика, оценка результатов.
11. Клиника и диагностика эректильной дисфункции.
12. Аномалии яичка. Классификация, диагностика, лечение.
13. Аномалии почек. Классификация, диагностика, лечение.
14. Уретроскопия. Показания, методика выполнения, профилактика осложнений
15. Бесплодие у мужчин. Этиология, патогенез, классификация, методы диагностики.
16. Особенности урологической помощи в поликлиниках и стационарах.
17. Консервативное секреторного бесплодия у мужчин.
18. Цистоскопия. Показания, методика, оценка результатов..
19. Физиотерапия при лечении эректильной дисфункции. Показания, противопоказания.
20. Эферентные методы бесплодия у мужчин.
21. Термотерапия при ДГПЖ. Показания, методика.
22. Динамическая кавернозография. Показания, методика, осложнения.
23. Динамическая кавернозография. Расшифровка результатов исследования.
24. Спермограмма. Расшифровка основных показателей.
25. Рентгенологические методы диагностики аномалий развития почек. Расшифровка рентгенограмм.
26. Компьютерная томография в дифференциальной диагностике гидронефроза.
27. Принципы диспансеризации урологических больных.
28. Рентгенодиагностика стриктур уретры. Расшифровка уретрограмм.
29. Туберкулёз придатка яичка. Патогенез, клиника, диагностика и лечение
30. Приапизм. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
31. Острый цистит. Клиника, диагностика, лечение.
32. Эписпадия. Клиника, диагностика, хирургическое лечение.
33. Варикоцеле. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
34. Острый пиелонефрит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
35. Гипоспадия. Клиника, диагностика, хирургическое лечение.

36. Экстрофия мочевого пузыря. Клиника, диагностика, хирургическое лечение.
37. Хронический пиелонефрит. Классификация, клиника, диагностика и осложнения.
38. ДГПЖ. Этиология, патогенез, клиника, диагностика.
39. Диагностика и лечение опухолей почек.
40. Травмы почек. Этиология, патогенез, классификация, клиника травм и их осложнений, диагностика.
41. Болезнь Пейрони. Этиология, диагностика, консервативное лечение.
42. Травмы мочеточников. Классификация, клиническая симптоматика травм и осложнений
43. Неспецифические уретриты. Этиология, патогенез, дифференциальная диагностика и лечение.
44. Травмы мочеточников. Лечение, прогноз и экспертиза нетрудоспособности.
45. Интерстициальный цистит. Особенности клиники. Диагностика, методы лечения.
46. Методы реконструктивной пластики полового члена при его утрате.
47. Аномалии полового члена. Диагностика, лечение.
48. Воспалительные заболевания яичка и придатка. Особенности клиники. Методы консервативного и оперативного лечения.
49. Баланопостит. Кавернит. Клиника, диагностика, лечение.
50. Гидронефроз. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
51. Нефроптоз. Клиника, диагностика, методы лечения
52. Рак предстательной железы. Этиология, патогенез, клиника, диагностика
53. Опухоли мочевого пузыря. Радикальные операции, доступы, виды цистэктомий.
54. Протяжённые стриктуры мочеточника. Причины, симптоматика, диагностика.
55. Опухоли полового члена. Этиология, патогенез, клиника, комбинированное и хирургическое лечение
56. Опухоли яичка. Этиопатогенез, клиника, хирургическое лечение.
57. Гидронефроз и беременность. Тактика ведения, методы лечения.
58. Стриктуры уретры. Классификация, клиника, методы уретропластики.
59. Хроническая почечная недостаточность урологических больных. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
60. Бактериотоксический шок. Этиопатогенез, клиника, лечение.
61. Ранние и поздние осложнения после аденомэктомии
62. Оперативные и эндоскопические методы лечения мочекаменной болезни
63. Контактная и дистанционная литотрипсия при мочекаменной болезни.
64. Особенности туберкулёза почек и мочевых путей.
65. Осложнения туберкулёза почек и мочевых путей.
66. Осложнения острого пиелонефрита. Консервативное и хирургическое лечение.
67. Лечение туберкулёза почек и мочевых путей.
68. Особенности клиники и диагностики туберкулёза мужских половых органов.
69. Бужирование уретры. Показания, методика, осложнения.
70. ДГПЖ. Методы консервативного лечения.
71. Травмы полового члена. Неотложная помощь.
72. ДГПЖ. Хирургическое лечение, осложнения и их профилактика.
73. Хирургическое лечение опухолей почек. Органосохраняющие и радикальные операции.
74. Клинические особенности течения пиелонефрита у беременных.
75. Травмы почек. Консервативное и оперативное лечение.
76. Консервативное лечение эректильной дисфункции.
77. Методы реконструктивной пластики полового члена при его утрате.
78. Травмы Трансуретральная резекция (ТУР) ДГПЖ. Показания, методика, профилактика осложнений мочевого пузыря. Этиология, классификация, клиника, диагностика
79. Хирургическое лечение травм мочевого пузыря.
80. Клинические особенности течения мочекаменной болезни у беременных.
81. Установка почечного стента. Показания, профилактика осложнений.
82. Методы хирургического лечения гидронефроза.
83. Цистоскопия. Показания, методика, оценка результатов.
84. Диагностика и лечение травм уретры.
85. Хирургическое лечение экскреторного бесплодия у мужчин
86. Ятрогенные повреждения мочеточников и мочевого пузыря в акушерско-гинекологической практике. Методы хирургического лечения.
87. Хирургическое лечение васкулогенной эректильной дисфункции.
88. Консервативное лечение рака предстательной железы.
89. Цистоскопия. Показания, методика, оценка результатов.
90. Имплантационная хирургия эректильной дисфункции. Показания, профилактика осложнений.
91. Хирургическое лечение рака предстательной железы. Виды осложнений и их лечение.

92. Цисталгия. Классификация, диагностика, лечение.
93. Методы хирургической коррекции девиации полового члена.
94. Мочеполовые свищи. Методы хирургического лечения.
95. Гиперактивный мочевой пузырь. Диагностика и лечение.
96. Опухоли мочевого пузыря. Этиология, патогенез, классификация.
97. Реконструктивная хирургия мочеоточника различными отделами желудочно-кишечного тракта.
98. Опухоли мочевого пузыря. Клиника, диагностика, принципы лечения.
99. Восстановление протяженных дефектов мочеоточника неизменёнными отделами мочевыводящих путей.
100. Хирургическое лечение рака мочевого пузыря. Методы деривации мочи после цистэктомии.
101. Фармакотерапия эректильной дисфункции.
102. Опухоли мочевого пузыря. Консервативное лечение (внутрипузырная иммунотерапия, фотодинамическая терапия).
103. Особенности эндовидеохирургических операций у уроандрологических больных.
104. Лечение мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря.
105. Эндоскопические методы лечения стриктур уретры.
106. Иммунологическое бесплодие. Эфферентные методы лечения.
107. Осложнения острого пиелонефрита. Консервативное и хирургическое лечение.
108. Тактика ведения беременных с гидронефрозом.
109. Лечение поверхностного рака мочевого пузыря.
110. Принципы антибактериальной терапии воспалительных заболеваний почек.
111. Эндоскопическая уретеролитотрипсия. Показания, методика, осложнения
112. Трансуретральная резекция при лечении рака мочевого пузыря.
113. Консервативное лечение и профилактика уролитиаза.
114. Диета при оксалатном, фосфатном, уратном и смешанном уролитиазе.
115. Особенности физиотерапии урологических больных.
116. Физиотерапия при лечении эректильной дисфункции. Показания, противопоказания.

Тестовые задания

Код	Текст названия трудовой функции/ вопроса задания/ вариантов ответа
001	ПОЧЕЧНАЯ КОЛИКА — СИМПТОМОКОМПЛЕКС, КОТОРЫЙ ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ
А	камнях почек и мочеоточников
Б	кисте почки
В	ренальной гипертензии
Г	поликистозе почек
002	ПОВЕДЕНИЕ БОЛЬНОГО ПРИ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКЕ
А	беспрерывно меняет положение тела
Б	лежа на боку
В	вынужденное положение сидя на стуле
Г	вертикальное положение
003	ТИПИЧНАЯ ИРРАДИАЦИЯ БОЛЕЙ ПРИ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКЕ
А	в паховую область, бедро, половые органы
Б	в плечо, лопатку
В	в мечевидный отросток грудины
Г	в эпигастральную область
004	НАЗОВИТЕ РЕДКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ
А	бактериотоксический шок
Б	простатит
В	варикоцеле
Г	уретероцеле
005	ПРИ КАКОМ СИМПТОМОКОМПЛЕКСЕ ПУЛЬС НЕ БЫВАЕТ УЧАЩЕННЫМ, ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ВАЖНЫМ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ?

А	почечная колика
Б	перитонит
В	апостематозный пиелонефрит
Г	острый холецистит
006	КАКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОЖЕТ ПОДТВЕРДИТЬ ИЛИ ИСКЛЮЧИТЬ НАЛИЧИЕ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ С ОСТРЫМИ ХИРУРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ
А	хромоцистоскопия
Б	урофлоуметрия
В	венотестикулография
Г	компьютерная томография почек
007	КАКОЙ ВИД НОВОКАИНОВОЙ БЛОКАДЫ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ С ОСТРЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ?
А	блокада семенного канатика или круглой связки матки
Б	пресакральная
В	хлорэтиловая
Г	пред пузырная
008	С ПОМОЩЬЮ КАКОЙ ПРОБЫ МОЖНО ПОЛУЧИТЬ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ЛОКАЛИЗАЦИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В МОЧЕВОЙ СИСТЕМЕ?
А	двухстаканная проба мочи
Б	проба Реберга
В	проба Каковского—Аддиса
Г	проба Нечипоренко
009	НАЗОВИТЕ САМЫЙ РАСПРОСТРАНЕННЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА
А	микционная цистография
Б	экскреторная урография
В	уретрография
Г	цистоскопия
010	С ПОМОЩЬЮ КАКОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ МОЖНО ПРОИЗВОДИТЬ ЭНДОУРЕТРАЛЬНО ЛЕЧЕБНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ?
А	уретроскопия
Б	цистоскопия
В	урофлоуметри
Г	уретероскопия
011	КАК НАЗЫВАЕТСЯ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ, С ПОМОЩЬЮ КОТОРОГО МОЖНО ПРОИЗВЕСТИ ВИЗУАЛЬНЫЙ ОСМОТР ЛОХАНКИ И ЧАШЕЧЕК?
А	пиелоскопия
Б	уретроскопия
В	цистоскопия
Г	эхография
012	Пиелонефрит является заболеванием
А	инфекционно-воспалительным

Б	наследственным
В	аллергическим
Г	сосудистым
013	ОСНОВНОЙ (ВЕДУЩИЙ) МИКРОБНЫЙ ВОЗБУДИТЕЛЬ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ
А	кишечная палочка
Б	клебсиелла
В	синегнойная палочка
Г	стафилококк
014	С КАКИХ ЦИФР СНИЖЕНИЯ УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ МОЖНО ДУМАТЬ О НАЧАЛЕ СЕПТИЧЕСКОГО ШОКА?
А	90-80 мм рт. ст.
Б	80 — 70 мм рт. ст.
В	70 — 60 мм рт. ст.
Г	100 — 90 мм рт. ст.
015	В КАКОМ ВОЗРАСТЕ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПИЕЛОНЕФРИТ У ЖЕНЩИН?
А	молодом
Б	пожилом
В	старческом
Г	в детском
016	ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЙ ФАКТОР ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕВОЧЕК
А	вульвовагиниты
Б	переохлаждение
В	гипо- и авитаминоз
Г	несоблюдение туалета наружных половых органов
017	ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЙ ФАКТОР ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА
А	снижение иммунореактивности организма
Б	травма
В	нарушение пассажа мочи
Г	нефропатии
018	ПУТЬ ИНФИЦИРОВАНИЯ ПОЧКИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ (НЕОБСТРУКТИВНОМ) ПИЕЛОНЕФРИТЕ
А	гематогенный
Б	лимфогенный
В	по стенке мочеточника
Г	по просвету мочеточника
019	ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЙ ФАКТОР ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВТОРИЧНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА
А	нарушение оттока мочи
Б	переохлаждение
В	инфекция
Г	нарушение лимфооттока
020	ЧАСТЫЙ ВОЗБУДИТЕЛЬ ГЕМАТОГЕННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

А	стафилококк
Б	стрептококк
В	синегнойная палочка
Г	протей
021	РАННИЙ ЛАБОРАТОРНЫЙ СИМПТОМ, УКАЗЫВАЮЩИЙ НА СЕРОЗНУЮ ФАЗУ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В ПОЧКАХ
А	бактериурия
Б	цилиндрурия
В	альбуминурия
Г	лейкоцитурия
022	ЛАБОРАТОРНЫЙ ПРИЗНАК, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙ ГНОЙНУЮ ФАЗУ ВОСПАЛЕНИЯ В ПОЧКЕ
А	лейкоцитурия
Б	эритроцитурия
В	кристаллурия
Г	бактериурия
023	КАКОЕ МЕСТО ПО ЧАСТОТЕ ЗАНИМАЕТ ПИЕЛОНЕФРИТ СРЕДИ ПОЧЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
А	первое
Б	второе
В	третье
Г	четвертое
024	КАКАЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ОСОБЕННОСТЬ ПРЕДОПРЕДЕЛЯЕТ КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ВТОРИЧНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА?
А	лоханочно-почечные рефлюксы
Б	нарушение лимфооттока
В	венозный застой
Г	вирулентность микробной флоры
025	ПРОЯВЛЕНИЕМ КАКОГО ПРОЦЕССА ЯВЛЯЕТСЯ ОЗНОБ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ?
А	прорыва бактерий в кровеносное русло
Б	инфицирования мочевых путей
В	лихорадки
Г	нарушения оттока мочи
026	ЧТО ИГРАЕТ ОСНОВНУЮ РОЛЬ В РАСПРОСТРАНЕНИИ ИНФЕКЦИИ ПРИ УРИНОГЕННОМ (ВОСХОДЯЩЕМ) ПИЕЛОНЕФРИТЕ?
А	пузырно-мочеточниковый рефлюкс
Б	расстройство кровообращения
В	гипотония мочевых путей
Г	нарушение иннервации
027	ОСТРЫЙ ПЕРВИЧНЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОСЛОЖНЯЕТСЯ
А	апостематозным нефритом
Б	сморщенной почкой
В	артериальной гипертензией

Г	пионефрозом
028	ПИЕЛОНЕФРИТ БЕРЕМЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ ЧАСТО СЛЕДСТВИЕМ
А	латентно протекающей хронической инфекции
Б	впервые возникшего острого процесса
В	эндогенных очагов инфекции
Г	воспалительного процесса в гениталиях
029	МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АПОСТЕМАТОЗНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕНЫ
А	в корковом слое
Б	в мозговом слое
В	в чашках
Г	в лоханке
030	В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО СЕРОЗНОГО И ГНОЙНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ
А	экскурсионная внутривенная урография
Б	обзорный снимок мочевых путей
В	клиническая картина
Г	ультразвуковое исследование почек
031	КАКИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ
А	пенициллины
Б	тетрациклины
В	аминогликозиды
Г	цефалоспорины
032	ПИЕЛОНЕФРОСТОМИЧЕСКИЙ ДРЕНАЖ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У БЕРЕМЕННЫХ УДАЛЯЕТСЯ ПОСЛЕ РОДОВ ЧЕРЕЗ?
А	1 мес
Б	2 — 23 дня
В	1 нед
Г	2 нед
033	ПРИ НЕКРОЗЕ ПОЧЕЧНЫХ СОСОЧКОВ ЧАСТЫМ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ
А	макрогематурия
Б	лейкоцитурия
В	бактериурия
Г	цилиндрурия
034	КАКОЙ ПАРАНЕФРИТ ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ ВСТРЕЧАЕТСЯ ЧАЩЕ?
А	задний
Б	нижний
В	верхний
Г	боковой
035	ПРИ КАКОЙ ФОРМЕ ПИЕЛОНЕФРИТА МАССА ПОЧКИ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ?

А	при ксантогранулематозном
Б	при первичном
В	при вторичном
Г	при эмфизематозном
036	В КАКОЙ СТАДИИ ПИЕЛОНЕФРИТА МАССА ПОЧКИ УМЕНЬШАЕТСЯ?
А	при сморщенной почке
Б	при остром серозном воспалении
В	при карбункуле почки
Г	при жировом перерождении почки
037	В КАКИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫЙ РЕФЛЮКС?
А	дети
Б	подростки
В	молодые люди
Г	средний возраст
038	ЧЕРЕЗ КАКОЙ ТРЕУГОЛЬНИК ГНОЙ ИЗ ПАРАНЕФРАЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА МОЖЕТ ПРОРВАТЬСЯ В ПЛЕВРАЛЬНУЮ ПОЛОСТЬ?
А	Богдалека
Б	Льето
В	Пти
Г	Лесгафта—Грюнфельда
039	БАКТЕРИЕМИЧЕСКИЙ ШОК ЯВЛЯЕТСЯ
А	острой формой течения уросепсиса
Б	острой формой с 2—3 атаками
В	острой формой и последующим затяжным течением
Г	подострой формой
040	ОСОБУЮ ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ ЦЕННОСТЬ ПРИ НЕКРОЗЕ ПОЧЕЧНЫХ СОСОЧКОВ ИМЕЕТ
А	ретроградная пиелография
Б	обзорная рентгенография мочевых путей
В	экскреторная урография
Г	ультразвуковое исследование
041	С ПОМОЩЬЮ КАКОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ НАЛИЧИЕ ГАЗА В КИШЕЧНИКЕ МОЖНО ОТДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОТ ГАЗА В ОКОЛОПОЧЕЧНОЙ КЛЕТЧАТКЕ?
А	компьютерная томография
Б	экскреторная урография
В	обзорный снимок почек
Г	ультразвуковое исследование почек
042	ДЛЯ КАКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ПИЕЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРЕН СИМПТОМ ХОДСОНА
А	хронического
Б	ксантогранулематозного
В	острого

Г	гестационного
043	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ПУТЬ ПРОНИКНОВЕНИЯ ИНФЕКЦИИ ПРИ ВТОРИЧНОМ ПАРАНЕФРИТЕ
А	из гнойного очага в почке (карбункул, абсцесс почки)
Б	гематогенный
В	лимфогенный
Г	из соседних органов
044	КАКОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ПОСОБИЕ ЧАЩЕ ВЫПОЛНЯЕТСЯ ПРИ ОДИНОЧНОМ КАРБУНКУЛЕ ПОЧКИ?
А	иссечение карбункула, декапсуляция почки
Б	нефрэктомия
В	резекция почки
Г	уретеролиз
045	КАКАЯ ОПЕРАЦИЯ ПОКАЗАНА ПРИ АПОСТЕМАТОЗНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ?
А	декапсуляция почки
Б	нефрэктомия
В	резекция почки
Г	чрескожная пункционная нефростомия
046	ОСЛОЖНЕНИЕМ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ПОДДИАФРАГМАЛЬНЫЙ АБСЦЕСС?
А	карбункул почки
Б	холецистит
В	пиелонефрит
Г	пионефроз
047	НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ УРОЛОГИЧЕСКАЯ ПРИЧИНА ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
А	пиелонефрит
Б	пионефроз
В	паранефрит
Г	поликистоз почек
048	НАЗОВИТЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ, КОТОРЫЕ МОЖНО ПРИМЕНЯТЬ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ БЕРЕМЕННЫХ
А	хромоцистоскопия
Б	обзорный снимок мочевых путей
В	ретроградная пиелография
Г	экскреторная урография
049	КАКОВА ДОЛЖНА БЫТЬ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ?
А	2 мес
Б	3—4 мес
В	5–6мес
Г	2 нед
050	ЧТО СЧИТАЕТСЯ КРИТЕРИЕМ ПРОДОЛЖЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ?

А	бактериурия
Б	эритроцитурия
В	цилиндрурия
Г	клиническая картина
051	КАКИМ СПОСОБОМ НЕОБХОДИМО БРАТЬ МОЧУ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ БЕРЕМЕННЫХ?
А	забор средней порции струи мочи
Б	капиллярной пункцией
В	интраоперационно
Г	забор первой порции струи мочи
052	ДЛЯ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРНА ЛИХОРАДКА ГЕКТИЧЕСКОГО ТИПА С ПОТРЯСАЮЩИМИ ОЗНОБАМИ?
А	острый пиелонефрит
Б	острый уретрит
В	острый эпидидимит
Г	острый цистит
053	С КАКОГО МЕРОПРИЯТИЯ НАЧИНАЕТСЯ ЛЕЧЕНИЕ ВТОРИЧНОГО ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА?
А	устранение нарушений пассажа мочи
Б	антибактериальная терапия
В	иммунотерапия
Г	детоксикационное лечение
054	С ПОМОЩЬЮ КАКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МОЖНО ВЫЯВИТЬ УМЕНЬШЕНИЕ ПАРЕНХИМЫ ПОЧКИ НА РАННИХ СТАДИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА?
А	ренокортикальный индекс
Б	хромоцистоскопия
В	экскреторная урография
Г	статическая сцинтиграфия
055	САМОЕ ОПАСНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА
А	бактериотоксический шок
Б	гепаторенальный синдром
В	некроз почечных сосочков
Г	анурия
056	ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С УРОСЕПСИСОМ НУЖНО СОЗДАТЬ ВЫСОКИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ ПРЕПАРАТА
А	в крови
Б	в гнойном очаге
В	в других органах
Г	в почечной паренхиме
057	ИМЕЮТСЯ ЛИ ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ ПРИ БАКТЕРИТОКСИЧЕСКОМ ШОКЕ, И ЕСЛИ ДА, ТО КОГДА НУЖНО ПРОИЗВОДИТЬ ОПЕРАЦИЮ?
А	после выведения из шока
Б	через 1—2 дня после шока
В	через 3—4 дня после шока
Г	через 5 — 6 дней после шока
058	ДО КАКОГО УРОВНЯ СНИЖАЕТСЯ ДИУРЕЗ В НАЧАЛЕ БАКТЕРИТОКСИЧЕСКОГО

	ШОКА?
А	менее 30 — 25 мл/ч
Б	90-80 мл/ч
В	70-60 мл/ч
Г	50-40 мл/ч
059	С КАКОГО МЕРОПРИЯТИЯ ДОЛЖНО НАЧИНАТЬСЯ ВЫВЕДЕНИЕ БОЛЬНОГО ИЗ БАКТЕРИОТОКСИЧЕСКОГО ШОКА?
А	восстановление объема циркулирующей крови
Б	устранение ДВС-синдрома
В	коррекция электролитных нарушений
Г	уменьшение азотемии
060	КАКИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О ДВУСТОРОННЕМ ВОСПАЛИТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ В ПОЧКАХ?
А	азотемия
Б	бактериурия
В	пиурия
Г	альбуминурия
061	В КАКОМ ПЕРИОДЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ МОГУТ БЫТЬ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ?
А	начальный период
Б	период разгара
В	период осложнений
Г	период обратного развития
062	ПРИ КАКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА МОЖЕТ ОТСУТСТВОВАТЬ ПИУРИЯ?
А	в корковом веществе
Б	в собирательных трубках
В	в фиброзной капсуле
Г	в фиброзной капсуле и малых чашечках
063	НА КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ МОЖЕТ УКАЗЫВАТЬ ПОЯВЛЕНИЕ ИКТЕРИЧНОСТИ СКЛЕР И КОЖИ ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ?
А	гепаторенальный синдром
Б	хроническая почечная недостаточность
В	холецистит
Г	желчнокаменная болезнь
064	ПРИ ВОСХОДЯЩЕМ (УРИНОГЕННОМ) ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ОТДЕЛЬНЫЕ ОЧАГИ ИНФЕКЦИИ В ПОЧКЕ РАСПОЛАГАЮТСЯ
А	веерообразно в виде клиньев от лоханки до поверхности почки
Б	диффузно в паренхиме
В	вдоль внутридолевых сосудов
Г	вдоль собирательных трубочек
065	ПРИ КАКОМ ВИДЕ РЕФЛЮКСА НАБЛЮДАЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА?
А	при пиелофорникальном
Б	при пиелолимфатическом
В	при пиелосинусном
Г	при пиелотубулярном

066	В КАКОЙ СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАСТУПАЕТ НАРУШЕНИЕ АЗОТОВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПОЧЕК?
А	интермиттирующая
Б	терминальная
В	компенсированная
Г	латентная
067	В ДИАГНОСТИКЕ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРЕДНИЗОЛОНОВЫЙ ТЕСТ?
А	педункулит
Б	острый пиелонефрит
В	пионефроз
Г	ксантогранулематозный пиелонефрит
068	КАКОЙ ИЗ СИНОНИМОВ ТЕРМИНА НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ПРОСТАТИТ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ НАИБОЛЕЕ ПРАВИЛЬНЫМ?
А	бактериальный
Б	нетрихомонозный
В	инфекционный
Г	негонококковый
069	К КАКОЙ ГРУППЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСИТСЯ ХЛАМИДИЙНЫЙ ПРОСТАТИТ?
А	к воспалительным неспецифическим ЗППП
Б	к венерическим
В	к бактериальным грамнегативным
Г	к заболеваниям, передающимся половым путем
070	КАКОЙ ВОЗРАСТ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ СТРАДАЮЩИХ ПРОСТАТИТОМ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ?
А	простатитом болеют теперь и юноши, и больные с аденомой ПЖ
Б	средний, 30—45 лет
В	старший возраст, 46—60 лет
Г	пожилой возраст
071	УКАЖИТЕ 2 ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПРОСТАТИТА?
А	рост урогенитальных инфекций, передающихся половым путем
Б	снижение воспитательной роли школы
В	уменьшение объема санитарной пропаганды
Г	уменьшение пропаганды классической литературы и искусства
072	КАКАЯ ИЗ ГРАМОТРИЦАТЕЛЬНЫХ БАКТЕРИЙ НЕ СОДЕРЖИТ ОБОЛОЧКИ?
А	уреаплазмы, микоплазмы
Б	кишечная палочка
В	протейные бактерии
Г	хламидии
073	ПРИ КАКОЙ ИЗ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ЖЕНЩИН НАСТУПАЮТ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ВО ВЛАГАЛИЩЕ С ГНИЛОСТНЫМ ЗАПАХОМ?
А	при гарднереллезе
Б	при инфицировании урогенитальным вирусом герпеса
В	при выявлении микоплазм
Г	при уреоплазмозе

074	КАКОВЫ ВРОЖДЕННЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРОСТАТИТА?
А	все перечисленные факторы
Б	обширные венозные анастомозы предстательной железы с венами таза
В	отсутствие мышечных жомов выводных протоков ацинусов в задней уретре, гипоандрогения
Г	анатомическая близость всех добавочных половых желез и затрудненный отток секрета предстательной железы; Д. все перечисленное выше
075	КАКИЕ АРТЕРИИ КРОВΟΣНАБЖАЮТ ПРЕДСТАТЕЛЬНУЮ ЖЕЛЕЗУ?
А	верхние и нижние правые и левые простатические артерии
Б	сигмовидная артерия
В	верхние геморроидальные
Г	нижние геморроидальные
076	НАЗОВИТЕ 2 ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ПРИОБРЕТЕННЫХ ФАКТОРА ПРОСТАТИТА
А	задний уретрит, стриктура уретры
Б	цистит
В	варикозное расширение геморроидальных вен, стриктура уретры
Г	колит
077	КАКИЕ ПРИНЦИПЫ, ПОЛОЖЕННЫЕ В ОСНОВУ КЛАССИФИКАЦИЙ ПРОСТАТИТОВ, СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ ПРАВИЛЬНЫМИ?
А	все перечисленные
Б	клинический
В	этиологический
Г	патогенетический
078	КАКОВЫ ПРИЧИНЫ ОСТРОГО ПРОСТАТИТА?
А	уретрит
Б	пиелонефрит
В	цистит
Г	колит
079	ПЕРЕЧИСЛИТЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРОСТАТИТА
А	конгестия вен таза и предстательной железы
Б	анатомические особенности строения выводных протоков ацинусов предстательной железы
В	артериальное кровоснабжение предстательной железы, его особенности
Г	иммунологический
080	НАЗОВИТЕ ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ ОСТРОГО КАТАРАЛЬНОГО ПРОСТАТИТА
А	умеренная, но острая боль в промежности
Б	терминальная гематурия
В	диарея
Г	поллакиурия
081	КАКОВЫ ПОКАЗАТЕЛИ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ОСТРОМ ФОЛЛИКУЛЯРНОМ ПРОСТАТИТЕ?
А	негомогенная по консистенции ПЖ, в которой пальпируются очажки-инфильтраты
Б	уменьшенная в размерах предстательная железа
В	асимметрия предстательной железы, флюктуация одной доли ее
Г	обычные размеры и консистенция ПЖ, выраженная болезненность

082	КАКОВЫ ВОЗМОЖНЫЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ МОЧИ И СЕКРЕТА ПЖ ПРИ ОСТРОМ ПРОСТАТИТЕ?
А	общий анализ мочи, выделенной во время акта дефекации
Б	анализ секрета ПЖ (нативного препарата)
В	двухстаканная проба
Г	трехстаканная проба
083	КАКОВЫ УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОГО ГНОЙНО-ПАРЕНХИМАТОЗНОГО ПРОСТАТИТА?
А	значительно увеличены размеры ПЖ, эхопозитивные (пестрые) образования
Б	слегка увеличенные размеры ПЖ, гомогенная консистенция ее
В	предстательная железа умеренно увеличена, видны эхоне- гативные образования
Г	предстательная железа увеличена, гомогенна, вдается в просвет мочевого пузыря, остаточная моча — 120 мл
084	ПРИЗНАКИ «СИМПТОМА ЗАКРЫТОЙ ДОЛИ» ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПРОСТАТИТЕ
А	ректально одна из долей увеличена, при пальпации отмечается баллотирование и флюктуация; вторая доля обычных размеров, консистенции
Б	обе доли слегка напряжены, болезненны
В	обе доли ПЖ не увеличены в размерах, обычной гомогенной консистенции; пальпация одной доли болезненна
Г	одна доля ПЖ утолщена, тестовидной консистенции, безболезненна; другая доля несколько увеличена, напряжена, гомогенна, болезненна
085	УКАЖИТЕ ВЕДУЩИЙ СИМПТОМ КОНГЕСТИВНОГО ПРОСТАТИТА
А	«тусклость» оргазма
Б	боль в промежности
В	снижение либидо
Г	уменьшение эректильной составляющей
086	КАК ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ УРЕТРОПРОСТАТИТА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ТРЕХСТАКАННОЙ ПРОБЫ?
А	лейкоцитурия в первой порции
Б	лейкоцитурия в третьей порции
В	лейкоцитурия в первой и третьей порции
Г	тотальная лейкоцитурия во всех трех порциях мочи
087	ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ АНАЛИЗА СЕКРЕТА ПЖ ПРИ ЕЕ АТОНИИ (ПРОСТАТОРЕЕ) СЛЕДУЮЩИЕ
А	лейкоциты 12 — 17 в поле зрения, лецитиновые зерна в уменьшенном количестве
Б	лейкоциты сплошь покрывают поле зрения, лецитиновые тельца в небольшом количестве
В	лейкоциты скоплениями в отдельных полях зрения, лецитиновые тельца в умеренном количестве
Г	лейкоциты 30 — 40 в поле зрения, лецитиновые зерна в уменьшенном количестве
088	КАКОЙ САМЫЙ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ АНАЛИЗОВ СЕКРЕТА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПИРОГЕНАЛОТЕРАПИИ?
А	лейкоциты сплошь покрывают поле зрения
Б	лейкоциты 20—30 в поле зрения, лецитиновые зерна в небольшом количестве
В	лейкоциты 10 — 12 в поле зрения, лецитиновые зерна в небольшом количестве
Г	лейкоциты до 100 в поле зрения
089	КАКОВА НАЧАЛЬНАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА ПИРОГЕНАЛА ДЛЯ ВНУТРИВЕННОГО

	ВВЕДЕНИЯ?
А	2,5мкг
Б	3 мкг
В	4 мкг
Г	1мкг
090	КОТОРЫЙ ДЕНЬ КУРСА ПИРОГЕНАЛОТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ ОПТИМАЛЬНЫМ ДЛЯ НАЧАЛА ЭТИОТРОПНОГО АНТИИНФЕКЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ?
А	четвертый
Б	первый
В	второй
Г	третий
091	ВРЕМЯ НАЧАЛА МАССАЖА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ДРЕНИРОВАНИЯ ПРИ ПИРОГЕНАЛОТЕРАПИИ ИЛИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИММУНОПРОТЕКТОРАМИ
А	спустя 1—2 дня от начала этиотропной антиинфекционной терапии
Б	через 4 дня от начала пирогеналотерапии
В	после окончания пирогеналотерапии
Г	на третий день ее проведения
092	КАКИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ЯВЛЯЮТСЯ НАИБОЛЕЕ ПРИЕМЛЕМЫМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ?
А	антибиотики фторхинолонового ряда
Б	тетрациклины и макролиды
В	аминогликозиды
Г	нитрофураны
093	ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ГЛАВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ПРИКРЫТИЯ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ХЛАМИДИЙНЫХ ПРОСТАТИТОВ?
А	антигрибковые препараты
Б	сердечные средства
В	витамины
Г	препараты, улучшающие функцию печени и трентал
094	КАКУЮ ИЗ НОВОКАИНОВЫХ БЛОКАД МОЖНО РЕКОМЕНДОВАТЬ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРОСТАТИТОВ?
А	парапростатическую
Б	паранефральную
В	пресакральную
Г	позадилонную
095	КАКОЙ ГОРМОНАЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ ЯВЛЯЕТСЯ ЛУЧШИМ В ЛЕЧЕНИИ ИНТЕРОРЕЦЕПТИВНОЙ ИМПОТЕНЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ПРОСТАТИТАХ?
А	андриол
Б	метилтестостерон
В	тестостерона пропионат
Г	омнадрен
096	КАКОВЫ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АТОНИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ?
А	мелипрамин
Б	массаж предстательной железы, восходящий душ

В	диатермия предстательной железы
Г	антибактериальная терапия
097	ЛУЧШАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ АППАРАТНАЯ ТЕРАПИЯ ПРОСТАТИТА
А	электролазерная на аппарате «Ярило»
Б	диатермия предстательной железы
В	ультразвуковая терапия
Г	лазерная
098	УКАЖИТЕ ОСНОВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СКЛЕРОЗА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ
А	гормональное
Б	антибактериальное
В	с применением фермента лидазы
Г	хирургическое
099	КАКОВА ЛОКАЛИЗАЦИЯ БОЛИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВЕЗИКУЛИТЕ?
А	глубоко в тазу, в паховой области
Б	в позадилобной области
В	в прямой кишке
Г	в крестце
100	ПРИ КАКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВОЗМОЖНА ГЕМОСПЕРМИЯ?
А	при везикулите
Б	при простатите
В	при цистите
Г	при тромбозе вен таза
101	КАКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ОБУСЛОВЛЕН СИМПТОМ ВЫДЕЛЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ГНОЙНОГО ЭКССУДАТА ИЗ УРЕТРЫ ВО ВРЕМЯ ДЕФЕКАЦИИ?
А	простатитом
Б	колликулитом
В	везикулитом
Г	гнойным циститом
102	КАКОВА ОПТИМАЛЬНАЯ И БЕЗВРЕДНАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ АЗОТНОКИСЛОГО СЕРЕБРА ДЛЯ ПРИЖИГАНИЯ СЕМЕННОГО БУГОРКА ПРИ КОЛЛИКУЛИТЕ
А	8%
Б	15%
В	20%
Г	1 %
103	ОПТИМАЛЬНЫЙ ДОСТУП ПРИ ВСКРЫТИИ ЭМПИЕМЫ СЕМЕННОГО ПУЗЫРЬКА
А	ишиоректальный
Б	чреспузырный
В	по Мак-Уортеру
Г	пироговский
104	ПОКАЗАНИЯМИ К УРЕТРОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ
А	хронический уретрит

Б	передний уретрит
В	задний уретрит
Г	острый уретрит
105	НЕСОМНЕННЫМ ПРИЗНАКОМ УРЕТРИТА ПРИ ТРЕХСТАКАННОЙ ПРОБЕ МОЖЕТ БЫТЬ
А	наличие лейкоцитов в первой порции мочи
Б	наличие лейкоцитов во второй порции мочи
В	наличие лейкоцитов в третьей порции мочи
Г	наличие лейкоцитов во всех порциях мочи
106	ПРИ КАКОМ УРЕТРИТЕ РАЗВИВАЕТСЯ БОЛЕЗНЬ РЕЙТЕРА?
А	хламидийном
Б	гонорейном
В	вирусном
Г	микоплазменном
107	Синдром Рейтера встречается при
А	во всех перечисленных случаях
Б	гонорейном уретрите
В	микоплазменном уретрите
Г	дизентерии
108	БОЛЕЗНЬ РЕЙТЕРА ОБУСЛОВЛЕНА
А	генетическими факторами
Б	наличием антител к возбудителю
В	аллергической реакцией
Г	снижением иммунитета
109	ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ ТРИХОМОНАДНОМ УРЕТРИТЕ ДЛИТСЯ
А	10 дней
Б	20 дней
В	15 дней
Г	5 дней
110	ДЛЯ ВЫРАЩИВАНИЯ ВИРУСОВ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
А	клеточные среды
Б	агар-агар
В	мясной бульон
Г	картофельно-глицериновая среда
111	КАКОВА ТАКТИКА ПРИ ПЕРЕКРУТЕ ЯИЧКА?
А	активно-оперативная
Б	блокада семенного канатика
В	физиотерапия (УВЧ)
Г	выжидательная
112	ТАКТИКА ПРИ ОСТРЫХ СЕРОЗНЫХ ЭПИДИДИМИТАХ
А	оперативное дренирование органов мошонки
Б	орхиэпидидимэктомия
В	эпидидимэктомия
Г	вскрытие придатка яичка
113	СКОЛЬКО ТИПОВ ГИДАТИД МОЖЕТ ИМЕТЬ ЯИЧКО И ЕГО ПРИДАТОК?
А	четыре
Б	один
В	пять

Г	три
114	Симптомы острого орхита
А	отек и боль в мошонке
Б	гемоспермия
В	гипертермия
Г	боли в промежности
115	Хирургическая тактика при обструктивной аспермии
А	эпидидимовазоанастомоз
Б	дренирование мошонки
В	тестикуловазоанастомоз
Г	искусственная инсеминация
116	ЧЕМ ОБРАЗОВАН ГЕМАТОТЕСТИКУЛЯРНЫЙ БАРЬЕР?
А	оболочкой канальца и цитоплазмой клеток Сертоли
Б	сперматидами
В	клетками Лейдига
Г	сперматогониями
117	КАКАЯ БАКТЕРИАЛЬНАЯ ФЛОРА ЧАЩЕ ПРИСУТСТВУЕТ В МОЧЕ ПРИ ОСТРОМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЭПИДИДИМИТЕ?
А	микрофлора отсутствует
Б	синегнойная палочка
В	протей
Г	клебсиелла
118	ЧЕМ ОСЛОЖНЯЕТСЯ ДВУСТОРОННИЙ ЭПИДИДИМИТ, ЛЕЧЕННЫЙ КОНСЕРВАТИВНО?
А	атрофией яичка
Б	обструктивной аспермией
В	олигоспермией
Г	перекрутом яичка
119	ЧЕМ ОБЪЯСНЯЕТСЯ ЧАСТОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЯИЧЕК ПРИ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ?
А	тропизмом вирусов к паренхиме яичек
Б	хорошим кровоснабжением тестикул
В	рефлюксом мочи
Г	низкой температурой
120	Яичко кровоснабжается за счет
А	внутренней семенной вены
Б	внутренней семенной артерии
В	ренальной вены
Г	нижней простатической артерии
121	СКОЛЬКО ОБОЛОЧЕК ИЛИ СЛОВ ЯИЧКА НУЖНО ВСКРЫТЬ ПРИ ПОДХОДЕ К НЕМУ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ?
А	семь
Б	пять
В	четыре
Г	шесть
122	ПРИ КАКОЙ ЭТИОЛОГИИ ПРОЦЕССА ВОЗНИКАЕТ ОРХОЭПИДИДИМИТ?
А	туберкулез
Б	гонорея

В	хламидиоз
Г	бруцеллез
123	В КАКОМ ВОЗРАСТЕ ВОЗМОЖНЫ ИСТИННЫЕ ОРХИТЫ?
А	до 13 лет
Б	до 25 лет
В	до 70 лет
Г	до 5 лет
124	Какой фермент вырабатывает придаток яичка?
А	корнитин
Б	фибриногеназу
В	дегидрогеназу
Г	везикулазу
125	НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО ДИАГНОЗ ТУБЕРКУЛЕЗА ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ МОЖНО ПОСТАВИТЬ ПРИ
А	биологической пробе
Б	микроскопии мочи
В	микроскопии эякулята
Г	посеве мочи и эякулята на специальные питательные среды
126	ДЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ХАРАКТЕРНО
А	все перечисленное выше
Б	рецидивирующий характер заболевания
В	наличие свищей
Г	вторичное поражение
127	ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПОРАЖЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ПОКАЗАНА
А	ничего из вышеперечисленного
Б	туберкулостатическая терапия
В	оперативное лечение
Г	пункция
128	Оперативное лечение при туберкулезе половых органов производится
А	после туберкулостатической терапии
Б	после назначения антибиотиков широкого спектра действия
В	в любом из перечисленных вариантов
Г	до туберкулостатической терапии
129	Для диуретической стадии острой почечной недостаточности характерно
А	развитие на 2—3-й сутки от начала заболевания
Б	развитие на 10 — 14-е сутки от начала заболевания
В	развитие через 3 — 6 мес от начала заболевания
Г	суточное количество мочи не превышает 200 — 300 мл
130	НЕЗАВИСИМО ОТ ЭТИОЛОГИИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАЗНАЧАЮТ
А	осмотические диуретики
Б	гемодиализ, не ранее 14 — 16-го дня от начала заболевания
В	препараты калия
Г	внутривенное введение подкисляющих растворов
131	К РАЗВИТИЮ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЧАЩЕ ПРИВОДИТ
А	гломерулонефрит
Б	септический аборт
В	массивное кровотечение

Г	отравление этиленгликолем
132	Для хронической почечной недостаточности характерно
А	уменьшение числа функционирующих нефронов
Б	алкалоз
В	гипокалиемия
Г	артериальная гипотензия
133	КОМПЕНСИРОВАННАЯ СТАДИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А	увеличением суточного диуреза
Б	снижением клу бочковой фильтрации до 60 — 70 мл/мин
В	снижением клубочковой фильтрации до 30 — 40 мл/мин
Г	повышением осмолярности мочи
134	ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАБЛЮДАЕТСЯ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ
А	тошнота, рвота
Б	гиперкоагуляция
В	повышенное потоотделение
Г	гиперплазия эритропоэтической ткани
135	Показания к гемодиализу
А	снижение уровня клубочковой фильтрации ниже 5 мл/мин
Б	повышение содержания мочевины в сыворотке крови до 15 ммоль/л
В	повышение содержания креатинина в сыворотке крови до 0,8 — 1 ммоль/л
Г	уровень клубочковой фильтрации 25 мл/мин
136	Какие инфекции относятся к урогенитальным?
А	хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, генитальный герпес, бактериальный вагиноз
Б	трихомоноз
В	СПИД
Г	сифилис
137	К КАКОМУ ВИДУ МИКРООРГАНИЗМОВ ОТНОСЯТСЯ ХЛАМИДИИ?
А	бактерии
Б	вирусы
В	грибы
Г	анаэробы
138	К КАКОМУ СЕРОТИПУ ОТНОСИТСЯ CHLAMYDIA TRACHOMATIS?
А	D —K
Б	L1-L3
В	T1-T2
Г	M1-M2
139	КАКАЯ ФОРМА ХЛАМИДИЙ СЧИТАЕТСЯ ИНФЕКЦИОННОЙ?
А	элементарное тельце
Б	ретикулярное
В	промежуточное
Г	элементарное и ретикулярное
140	КАКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ВЫЗЫВАЕТ УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ ХЛАМИДИОЗОВ?
А	болезнь Рейтера
Б	кавернит
В	баланопостит

Г	болезнь Пейрони
141	КАКОЙ ПУТЬ ЗАРАЖЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ ПРИ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЯХ?
А	половой
Б	гематогенный
В	пищевой
Г	лимфогенный
142	Инкубационный период при урогенитальном хламидиозе продолжается
А	10-15 дней
Б	40 — 60 дней
В	120-150 дней
Г	1 —3 дня
143	САМЫЙ БЫСТРЫЙ И НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА
А	ПИ (прямая иммунофлюоресценция)
Б	ИФА (иммуноферментный анализ)
В	РСК (реакция связывания комплемента)
Г	ПЦР (полимеразноцепная реакция)
144	КАКИЕ ИЗ ПРЕПАРАТОВ ДАЮТ АНТИХЛАМИДИЙНЫЙ ЭФФЕКТ?
А	klaritromitsin
Б	amoksisitsillin
В	polimiksin
Г	pefloxatsin
145	КАКИМ МЕТОДОМ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ МИКОПЛАЗМЫ И УРЕАПЛАЗМЫ?
А	культуральный метод
Б	метод непрямой иммунофлюоресценции
В	метод молекулярной гибридизации
Г	уреазные тесты
146	КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ НАЗНАЧАЮТСЯ ПРИ МИКОПЛАЗМЕННО-УРЕАПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ?
А	doxitsiklin
Б	karbecitsillin
В	gentamitsi
Г	klaforan
147	КАКОВА КЛИНИКА РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ФОРМЫ ГЕРПЕСА I И II ТИПА?
А	отсутствие интоксикации
Б	отсутствие высокой температуры тела
В	в виде ОРВИ
Г	афтозный стоматит
148	КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ В ЛЕЧЕНИИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА?
А	tinidazol
Б	makmiror
В	metiluratsil
Г	gossipol
149	КАКОВЫ ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОБСТРУКТИВНОЙ АСПЕРМИИ?
А	все стадии сперматогенеза

Б	клетки Сертоли
В	клетки Лейдига
Г	сперматогонии
150	Что означает термин «азооспермия»?
А	наличие клеток сперматогенеза при отсутствии спермиев
Б	наличие неподвижных форм спермиев
В	наличие дегенеративных форм спермиев
Г	отсутствие спермиев
151	ЧТО ОЗНАЧАЕТ ТЕРМИН «АСПЕРМИЯ»?
А	отсутствие спермиев и клеток сперматогенеза
Б	отсутствие клеток сперматогенеза
В	единичные спермии в полях зрения
Г	наличие клеток сперматогенеза
152	УКАЖИТЕ НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ PH ЭЯКУЛЯТА
А	7,2-7,8
Б	8,0-8,6
В	5,0-5,4
Г	4,5-4,8
153	КАКОВА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЦИКЛА СПЕРМАТОГЕНЕЗА?
А	72 дня
Б	50 ч
В	48 дней
Г	90 дней
154	КАКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СПЕРМАТОГРАММЫ ОЖИДАЮТСЯ ПОСЛЕ ХРОНИЧЕСКОГО ДВУСТОРОННЕГО ЭПИДИДИМИТА, ЛЕЧЕННОГО КОНСЕРВАТИВНО?
А	аспермия
Б	олигозооспермия
В	тератоспермия
Г	астенозооспермия
155	НАЗОВИТЕ НОРМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО СПЕРМАТОЗОИДОВ В 1 МЛ ЭЯКУЛЯТА
А	20 — 40 млн/мл
Б	5 — 10 млн/мл
В	100-200 тыс./мл
Г	180-200 млн/мл
156	КАКИМ МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЯЮТ КОЛИЧЕСТВО СПЕРМАТОЗОИДОВ?
А	в камере Горяева
Б	метод Курцрока—Миллера
В	метод Морозова
Г	метод Баскина
157	КАКИЕ НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВЯЗКОСТИ ЭЯКУЛЯТА?
А	0,3 — 0,5 см
Б	0,1-0,2 см
В	5-10 см
Г	3 — 5 см
158	КАКИЕ НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СОДЕРЖАНИЯ ЛЕЙКОЦИТОВ В СЕКРЕТЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ?
А	0 — 1 —6 в поле зрения

Б	10 — 15 в поле зрения
В	20 — 25 в поле зрения
Г	25 —100 в поле зрения
159	КАКИЕ ИЗ ГОРМОНОВ ОТНОСЯТСЯ К ГОНАДОТРОПНЫМ?
А	фолликулостимулирующий
Б	тироксин
В	прогестерон
Г	эстрадиол
160	КАКИЕ ГОРМОНЫ СЧИТАЮТСЯ ПОЛОВЫМИ?
А	эстрадиол
Б	лютеинизирующий
В	фолликулостимулирующий
Г	прогестерон
161	КАКИМ МЕТОДОМ ОКРАСКИ МОЖНО ПОДТВЕРДИТЬ НЕКРОСПЕРМИЮ?
А	по Морозову
Б	по Папаниколау
В	по Рубенкову
Г	по Романовскому—Гимзе
162	КАКИЕ НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРОЛАКТИНА?
А	60-380 МЕ/л
Б	400-500 МЕ/л
В	20-40 МЕ/л
Г	500-800 МЕ/л
163	КАКИМ СЧИТАЕТСЯ НОРМАЛЬНЫЙ ЦВЕТ ЭЯКУЛЯТА?
А	беловато-серый
Б	красный
В	красно-желтый
Г	желтый
164	КАКОЙ ОБЪЕМ ЭЯКУЛЯТА СЧИТАЕТСЯ НОРМАЛЬНЫМ?
А	3 -5 мл
Б	1-1,5 мл
В	7-8 мл
Г	10-15 мл
165	КАКОЙ ОБЪЕМ ЭЯКУЛЯТА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ СИНДРОМЕ СЕРТОЛИЕВЫХ КЛЕТОК?
А	3 — 5 мл
Б	8— 10 мл
В	0,5 — 1 мл
Г	10— -15 мл
166	ЧТО ОЗНАЧАЕТ ТЕРМИН «ТЕРАТОЗООСПЕРМИЯ»?
А	наличие дегенеративных форм сперматозоидов
Б	нормальные формы сперматозоидов
В	наличие молодых форм сперматозоидов
Г	уменьшение количества сперматозоидов
167	КАКОВА ДЫХАТЕЛЬНАЯ СПОСОБНОСТЬ СПЕРМАТОЗОИДОВ ПО МЕТОДУ ШЕРГИНА?
А	23 —75 мин
Б	20-90 мин
В	60-120 мин

Г	20 — 25 мин
168	КАКОВА ЧАСТОТА ОПРЕДЕЛЕНИЯ Х-ПОЛОВОГО ХРОМАТИНА У МУЖЧИН?
А	0-4%
Б	50-100%
В	300-400%
Г	10-15%
169	КАКОВА ЧАСТОТА ОПРЕДЕЛЕНИЯ Х-ПОЛОВОГО ХРОМАТИНА У ЖЕНЩИН?
А	10-50%
Б	100-200%
В	10-15%
Г	50-30%
170	КАКИЕ БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЫ ПРОВОДЯТСЯ ПРИ ОТНОСИТЕЛЬНОМ БЕСПЛОДИИ В БРАКЕ?
А	перекрестно-пенетрационная
Б	феномен кристаллизации
В	симптом зрачка
Г	посткоитальная
171	КАКОЙ СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМАХ МУЖСКОГО СЕКРЕТОРНОГО БЕСПЛОДИЯ?
А	ЭКО (экстракорпоральное оплодотворение) СД
Б	искусственная инсеминация СД
В	эпидидимовазоанастомоз
Г	эпидидимокутанеоностомия
172	КАКИЕ ИЗ ГОРМОНАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ВЛИЯЮТ НА ПОДВИЖНОСТЬ СПЕРМАТОЗОИДОВ?
А	андриол
Б	синэстрол
В	androcur
Г	диэтилстильбэстрол
173	К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ АМОКСИЛАВ?
А	пенициллины
Б	тетрациклины
В	цефалоспорины
Г	макролиды
174	К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ ЦЕДЕКС?
А	цефалоспорины
Б	иммуномодуляторы
В	тетрациклины
Г	ангиопротекторы
175	К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ НОЛИЦИН?
А	хинолоны
Б	макролиды
В	цефалоспорины
Г	пенициллины
176	КАКОЙ ИЗ ПРЕПАРАТОВ ВОЗДЕЙСТВУЕТ НА ХЛАМИДИЙНУЮ ИНФЕКЦИЮ?
А	ципринол
Б	амикоцин

В	леворин
Г	полимиксин
177	КАКОЙ ИЗ ПРЕПАРАТОВ ВОЗДЕЙСТВУЕТ НА ВСЮ УРОГЕНИТАЛЬНУЮ ИНФЕКЦИЮ?
А	квинтор
Б	кефзол
В	цеклор
Г	тиенам
178	КАКОЙ ИЗ ПРЕПАРАТОВ ДОСТИГАЕТ ВЫСОКОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ В ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЕ?
А	сумамед
Б	палин
В	фурагин
Г	канамицин
179	К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ СОЛКОУРОВАК?
А	иммуномодуляторы
Б	хинолоны
В	тетрациклины
Г	ангиопротекторы
180	КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ОКАЗЫВАЕТ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ?
А	левамизол
Б	спирамицин
В	нетромицин
Г	палин
181	К КАКОЙ ГРУППЕ ОТНОСИТСЯ ГЕНТАМИЦИН?
А	аминогликозиды
Б	нитрофураны
В	макролиды
Г	цефалоспорины
182	К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ СУЛЬФАТЕН?
А	сульфаниламиды
Б	пенициллины
В	аминогликозиды
Г	нитрофураны
183	К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ ЛЕВАНТИН?
А	фторхинолоны
Б	нитрофураны
В	тетрациклины
Г	аминогликозиды
184	К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ ПРЕПАРАТ ПЕНТОКСИФИЛЛИН?
А	ангиопротекторы
Б	аминогликозиды
В	пенициллины
Г	фторхинолоны
185	КАКОЙ ИЗ ПРЕПАРАТОВ СНИЖАЕТ УРОВЕНЬ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ В МОЧЕ И КРОВИ?
А	милурит
Б	пенициллин

В	рифампицин
Г	нитроксолин
186	К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ ПИМИДЕЛЬ?
А	хинолоны
Б	тетрациклины
В	пенициллины
Г	аминогликозид
187	К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ АЦИКЛОВИР?
А	антивирусные
Б	ангиопротекторы
В	иммуномодуляторы
Г	аминогликозиды
188	ПЕРЕЧИСЛИТЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ УРОДИНАМИКИ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ
А	урофлоуметрия
Б	цистография
В	хромоцистоскопия
Г	уретроцистоскопия
189	НАЗОВИТЕ УРОДИНАМИЧЕСКИЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ФАЗЫ НАКОПЛЕНИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ
А	ретроградная цистометрия
Б	сфинктерометрия
В	электромиография
Г	профилометрия уретры
190	НАЗОВИТЕ ФУНКЦИЮ ДЕТРУЗОРА В ФАЗЕ ЭВАКУАЦИИ
А	сокращение
Б	снижение сокращения
В	снижение расслабления
Г	расслабление
191	НАЗОВИТЕ ФУНКЦИИ СФИНКТЕРОВ В ФАЗЕ НАКОПЛЕНИЯ
А	сокращение
Б	снижение расслабления
В	нет функции
Г	снижение сокращения
192	ДАЙТЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТЕРМИНУ «СТРЕССОВОЕ НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ»
А	«потеря» мочи при физической нагрузке, кашле, смехе, изменении положения тела
Б	«потеря» мочи при пузырных, уретральных фистулах
В	ночное непроизвольное мочеиспускание
Г	«потеря» мочи при переполнении мочевого пузыря
193	НОРМАЛЬНОЕ ВНУТРИПУЗЫРНОЕ ДАВЛЕНИЕ РАВНО
А	12 —20 см вод. ст.
Б	25 — 40 см вод.ст.
В	45 — 60 см вод.
Г	65 — 80 см вод. ст.
194	ДАВЛЕНИЕ В УРЕТРЕ В ФАЗЕ НАКОПЛЕНИЯ ДОЛЖНО
А	превышать давление в мочевом пузыре
Б	быть меньше давления в мочевом пузыре
В	повышаться по мере наполнения мочевого пузыря

Г	оставаться постоянно низким по мере наполнения мочевого пузыря
195	НАЗОВИТЕ ПРИЧИНЫ ОБРАЗОВАНИЯ АКУШЕРСКИХ МОЧЕПОЛОВЫХ СВИЩЕЙ
А	хирургическая травма мочевого пузыря во время акушер-ско-гинекологических пособий
Б	нарушение трофики тканей пузырно-генитальной области
В	задержка мочеиспускания после акушерско-гинекологиче-ских пособий
Г	хроническая инфекция нижних мочевых путей
196	ВАША ТАКТИКА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ТАЗОВОГО ОТДЕЛА МОЧЕТОЧНИКА В ХОДЕ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ПОСОБИЙ СРОКОМ БОЛЕЕ 1 СУТ
А	пункционная или открытая нефростомия, дренирование зоны затека
Б	дренирование зоны мочевого затека
В	реконструктивные операции
Г	нефрэктомия (при одностороннем повреждении)
197	НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ ФОРМЫ НЕФРОГЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
А	атеросклеротический стеноз почечной артерии
Б	аневризма почечной артерии
В	сдавление почечной артерии извне
Г	аномалии развития аорты
198	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ПРИЧИНЫ ПАРЕНХИМАТОЗНОЙ ФОРМЫ НЕФРОГЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
А	гломерулонефрит
Б	опухоль или киста паренхимы почки
В	поликистоз почек
Г	губчатая почка
199	ПРИ НЕФРОГЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НАБЛЮДАЕТСЯ
А	повышение образования ренина
Б	уменьшение образования ангиотензина
В	повышение артериального давления в сосудах почки
Г	повышенное выведение натрия
200	КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ НЕФРОГЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А	неэффективностью гипотензивной терапии
Б	частыми гипертоническими кризами
В	высоким систолическим, нормальным диастолическим давлением
Г	относительно частыми жалобами на головную боль, слабость
201	ПРИ ЭКСКРЕТОРНОЙ УРОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗОМ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ СО СТОРОНЫ ПОРАЖЕНИЯ ВЫЯВЛЯЕТСЯ
А	замедление появления рентгеноконтрастного вещества в чашечно-лоханочной системе на стороне поражения
Б	увеличение почки
В	низкая концентрация рентгеноконтрастного вещества на поздних стадиях
Г	интенсивное контрастирование чашечно-лоханочной системы на ранних снимках
202	ПОКАЗАНИЕ К НЕФРЭКТОМИИ ПРИ НЕФРОГЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
А	инфаркт почки с отсутствием функции
Б	стеноз проксимальной трети почечной артерии
В	стеноз средней трети почечной артерии
Г	аневризма почечной артерии

203	ПРИ ПОЧЕЧНОЙ АНГИОГРАФИИ ДЛЯ АНЕВРИЗМЫ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ ХАРАКТЕРНО
А	мешкообразное расширение почечной артерии
Б	локализация в проксимальной трети почечной артерии, без распространения на внутривисцеральные ветви
В	локализация в дистальной трети почечной артерии с распространением на внутривисцеральные сосуды
Г	стеноз выглядит в виде «нитки бус»
204	ПОКАЗАНИЯ К РЕНОВАСКУЛЯРНОЙ ДИЛАТАЦИИ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ
А	ангиографически четко выраженные стенозы почечной артерии
Б	множественные стенозы с поражением внутривисцеральных ветвей
В	выраженный атерокальциноз
Г	извилистые почечные артерии
205	НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕМЫЙ ВОЗБУДИТЕЛЬ ОСТРОГО ЦИСТИТА
А	кишечная палочка
Б	стафилококк
В	стрептококк
Г	клебсиелла
206	ПРИ КАКОМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ВОСПАЛЕНИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ МОГУТ БЫТЬ СТРИКТУРЫ МОЧЕТОЧНИКА?
А	бильгарциозном
Б	интерстициальном
В	химическом
Г	лучевом
207	СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПРИЧИНЕ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО ЦИСТИТА
А	аутоиммунный фактор
Б	аллергия
В	гормональный фактор
Г	инфекция
208	НАЗВАНИЕ СИНДРОМА УЧАЩЕННОГО МОЧЕИСПУСКАНИЯ
А	поллакиурия
Б	полиурия
В	дизурия
Г	никтурия
209	ХАРАКТЕР ГЕМАТУРИИ ПРИ ОСТРОМ ЦИСТИТЕ
А	терминальный
Б	инициальный
В	интермиттирующий
Г	тотальный и терминальный
210	ЧТО ТАКОЕ РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ЦИСТИТ?
А	3 обострения за год
Б	1 обострение в месяц
В	1 обострение за год
Г	2 обострения за год
211	ПРИ КАКОМ ЦИСТИТЕ НЕ НУЖНО ПРОИЗВОДИТЬ ЦИСТОСКОПИЮ?
А	при остром первичном цистите
Б	паразитарном
В	лучевом

Г	интерстициальном
212	ПРИ КАКОМ ЦИСТИТЕ НАБЛЮДАЕТСЯ УПОРНОЕ, РЕЦИДИВИРУЮЩЕЕ ТЕЧЕНИЕ, ВЕДУЩЕЕ К ИНВАЛИДНОСТИ БОЛЬНЫХ?
А	интерстициальном
Б	аллергическом
В	дистормональном
Г	нейрогенном
213	ПРИ КАКОМ ЦИСТИТЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ ЯЗВА ЛИНЕЙНОЙ ФОРМЫ?
А	интерстициальном
Б	кандидомикозном
В	лучевом
Г	аллергическом
214	У КАКОЙ КАТЕГОРИИ БОЛЬНЫХ НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛЯТЬ НАЛИЧИЕ ОСТАТОЧНОЙ МОЧИ ПРИ ЦИСТИТЕ?
А	при сахарном диабете
Б	у больных пиелонефритом
В	у больных лучевым циститом
Г	при нейрогенном мочевом пузыре
215	БЕЗ КАКОГО СИМПТОМА НЕЛЬЗЯ ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ ЦИСТИТА?
А	лейкоцитурии
Б	боли
В	поллакиурии
Г	терминальной гематурии
216	САМОЕ ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ЦИСТИТА
А	пиелонефрит
Б	лейкоплакия мочевого пузыря
В	малакоплакия мочевого пузыря
Г	перитонит
217	ДЛЯ ЦИСТИТА ХАРАКТЕРНА СЛЕДУЮЩАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА
А	частое болезненное мочеиспускание, обычно в конце его
Б	схваткообразные острые боли внизу живота с частым мочеиспусканием, но без болей
В	рези в конце мочеиспускания
Г	гнойные выделения из уретры, рези в начале мочеиспускания
218	ПРИ КАКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ЦИСТИТА МОЖЕТ БЫТЬ ПЕРИТОНИТ?
А	при гангренозной
Б	при опухолевой
В	при лучевой
Г	при послеоперационной
219	НАЗОВИТЕ ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЙ ПРИЗНАК ЦИСТАЛГИИ ОТ ЦИСТИТА
А	отсутствие лейкоцитурии
Б	императивные позывы
В	неполное опорожнение мочевого пузыря
Г	генитально-пузырная дисфункция мочевого пузыря
220	КАКОЕ СОВРЕМЕННОЕ НАЗВАНИЕ НАИБОЛЕЕ ПОЛНО ОТРАЖАЕТ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКУЮ СУЩНОСТЬ ЦИСТАЛГИИ?
А	Какое современное название наиболее полно отражает патогенетическую сущность цисталгии?
Б	генитально-пузырная дисфункция мочевого пузыря

В	уретральный синдром у женщин
Г	нервная поллакиурия
221	КАКИЕ НЕРВЫ ОБЕСПЕЧИВАЮТ РЕЗЕРВУАРНУЮ ФУНКЦИЮ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ?
А	гипогастральные
Б	тазовые
В	половые
Г	простатические
222	Морфологическим субстратом какой формы цистита является эозинофильный инфильтрат?
А	аллергической
Б	интерстициальной
В	химической
Г	инфекционной
223	ГДЕ РАСПОЛАГАЕТСЯ ИСТОЧНИК ГЕМАТУРИИ ПРИ ТЕРМИНАЛЬНОМ ЕЕ ХАРАКТЕРЕ?
А	в шейке мочевого пузыря
Б	в уретре
В	в почке
Г	в дивертикуле уретры
224	КАКОЙ СИМПТОМ ПРИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ЦИСТИТА ИСЧЕЗАЕТ БЫСТРЕЕ?
А	дизурия
Б	бактериурия
В	лейкоцитурия
Г	гематурия
225	КАКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕ ПОКАЗАНЫ ПРИ ОСТРОМ ЦИСТИТЕ?
А	промывание мочевого пузыря, инсталляции лекарственных веществ
Б	тепловые процедуры
В	антигистаминные препараты
Г	спазмолитические препараты
226	КАКОМУ ФАКТОРУ ОТВОДИЛОСЬ ВЕДУЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ЦИСТИТОВ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ?
А	нервно-психическому фактору
Б	охлаждению
В	авитаминозу
Г	обменному фактору
227	ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЩАВЕЛЕВОКИСЛОГО УРОЛИТИАЗА ПОКАЗАНЫ
А	пиридоксин
Б	восходящий литолиз
В	нисходящий литолиз
Г	аскорбиновая кислота
228	ДЕЙСТВИЕ ПРЕПАРАТА МАРЕЛИНА НАПРАВЛЕНО НА СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ
А	фосфатурии
Б	гиперкальциемии
В	оксалатурии
Г	гиперурикемии
229	СОДЕРЖАНИЕ КАЛЬЦИЯ В КРОВИ ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА
А	2,24 ммоль/л
Б	1,76ммоль/л

В	1,94 ммоль/л
Г	5,74 ммоль/л
230	СОДЕРЖАНИЕ КАЛЬЦИЯ В МОЧЕ ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА
А	4,55 ммоль/сут
Б	5,74 ммоль/сут
В	0,98 ммоль/сут
Г	3,82 ммоль/сут
231	САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО ПРИ
А	коралловидном (одностороннем) камне почки
Б	пиелонефрите в активной фазе
В	двустороннем уролитиазе
Г	мигрирующем камне единственной почки
232	САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО ПРИ
А	калькулезном пиелонефрите в фазе ремиссии
Б	реакции мочи pH 8,2 (у больных уролитиазом)
В	терминальной стадии хронической почечной недостаточности
Г	острой почечной недостаточности
233	ПРИ УРАТАХ НЕ СЛЕДУЕТ УПОТРЕБЛЯТЬ
А	мясную пищу
Б	молочную пищу
В	овощи и фрукты некислых сортов
Г	минеральную воду «Боржоми»
234	ПРИ ОКСАЛАТАХ НЕ СЛЕДУЕТ УПОТРЕБЛЯТЬ
А	молоко
Б	блюда из перловой крупы
В	блюда из гречневой крупы
Г	хлеб из пшеничной муки
235	ПРИ ФОСФАТАХ НЕ СЛЕДУЕТ УПОТРЕБЛЯТЬ
А	овощи и фрукты некислых сортов
Б	минеральную воду «Арзни»
В	блюда из ячневой крупы
Г	овощи и фрукты кислых сортов
236	ПРИ УРАТАХ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ
А	блемарен
Б	марелин
В	жженая магнезия
Г	алмагель
237	ПРИ ОКСАЛАТАХ И ЩЕЛОЧНОЙ МОЧЕ ПОКАЗАНЫ
А	марена красильная
Б	лист ортосифона
В	бикарбонат натрия
Г	глюконат кальция
238	ПРИ ОКСАЛАТАХ И КИСЛОЙ МОЧЕ НЕ ПОКАЗАНЫ
А	аскорбиновая кислота
Б	солимок
В	пиридоксин

Г	лист ортосифона
239	ПРИ ФОСФАТАХ ПОКАЗАНЫ
А	солуран
Б	бикарбонат натрия
В	метионин
Г	уродан
240	ФЕРМЕНТ УРЕАЗА СПОСОБСТВУЕТ
А	подщелачиванию мочи
Б	образованию уратов
В	подкислению мочи
Г	улучшению реабсорбции
241	КАКИЕ ИЗ ПРИВЕДЕННЫХ ЛЕКАРСТВ СПОСОБСТВУЮТ КАМНЕОБРАЗОВАНИЮ?
А	тетрацилин
Б	левомицетин
В	пенициллин
Г	лидаза
242	КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЛЕКАРСТВ ДАЮТ ПОДКИСЛЯЮЩИЙ ЭФФЕКТ?
А	хлористый аммоний
Б	асевит
В	ацетат натрия
Г	алмагель
243	КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЛЕКАРСТВ ДАЮТ ПОДЩЕЛАЧИВАЮЩИЙ ЭФФЕКТ?
А	ацетат натрия
Б	витамин С
В	роватинекс
Г	пиридоксин
244	КАКИЕ ИЗ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСЯТСЯ К ЦИТРАТНЫМ СМЕСЯМ?
А	блемарен
Б	милурит
В	аллопуринол
Г	пиридоксин
245	КАКИЕ ИЗ ПРЕПАРАТОВ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ ПРИ ВОСХОДЯЩЕМ ЛИТОЛИЗЕ?
А	фермент террилитин
Б	бикарбонат натрия
В	физиологический раствор
Г	дистиллированная вода
246	КАКИЕ ВИДЫ КАМНЕЙ ПОДЛЕЖАТ ВОСХОДЯЩЕМУ ЛИТОЛИЗУ?
А	фосфаты кальция
Б	оксалаты магния
В	оксалаты кальция
Г	ураты
247	КАКИЕ ВИДЫ КАМНЕЙ И МОЧЕВЫХ ДИАТЕЗОВ ПОДЛЕЖАТ НИСХОДЯЩЕМУ ЛИТОЛИЗУ?
А	уратурия
Б	фосфаты

В	оксалурия
Г	оксалаты кальция
248	ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕКИСЛОГО УРОЛИТИАЗА ПОКАЗАНЫ
А	цитратные смеси
Б	фитин
В	ниерон
Г	сульфат магния
249	В РЕЗУЛЬТАТЕ НАРУШЕНИЯ ПУРИНОВОГО ОБМЕНА ОБРАЗУЮТСЯ
А	оксалаты
Б	фосфаты магния
В	карбонаты кальция
Г	фосфаты кальция
250	ЭМБРИОНАЛЬНАЯ ЗАКЛАДКА ПОЧЕК У ЧЕЛОВЕКА ПРОИСХОДИТ
А	на 3-й неделе
Б	на 4-м месяце развития эмбриона
В	на 4-й неделе
Г	на 2-м месяце
251	СРАЩЕНИЕ ПОЧЕК ОТНОСИТСЯ К АНОМАЛИЯМ
А	взаимоотношения
Б	количества
В	положения
Г	лоханок и мочеточников
252	Определяющим методом диагностики сращенных почек является
А	статическая сцинтиграфия
Б	эхография
В	обзорная рентгенография
Г	экскреторная урография
253	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ВИД СРАЩЕНИЯ ПОЧЕК
А	подковообразная почка
Б	галетообразная почка
В	сигмовидная почка
Г	углообразная почка
254	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ВИД ДИСТОПИИ ПОЧЕК
А	поясничная
Б	подвздошная
В	тазовая
Г	внутригрудная
255	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ АНОМАЛИЕЙ РАЗВИТИЯ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ
А	удвоение лоханок и мочеточников
Б	гипоплазия
В	аплазия
Г	дистопия
256	МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ДИСТОПИРОВАННОЙ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ
А	эхография
Б	обзорная рентгенография

В	анализ мочи
Г	хромоцистоскопия
257	МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ УПОРНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ДИСТОПИИ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ
А	нефрэктомия
Б	пластика лоханки
В	резекция нижнего полюса
Г	ношение бандажа
258	ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ АПЛАЗИИ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ
А	ангиография
Б	экскреторная урография
В	динамическая ренография
Г	статическая сцинтиграфия
259	ГИПОПЛАЗИЯ ПОЧКИ — ЭТО АНОМАЛИЯ
А	структуры
Б	количества
В	взаимоотношения
Г	положения
260	ПЕРЕКРЕСТНАЯ ДИСТОПИЯ ПОЧКИ — ЭТО АНОМАЛИЯ
А	положения
Б	взаимоотношения
В	структуры
Г	количества
261	СИМПТОМЫ, ТИПИЧНЫЕ ДЛЯ ГИПОПЛАЗИИ ПОЧКИ
А	артериальная гипертензия
Б	почечная колика
В	гематурия
Г	дизурия
262	МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ГИПОПЛАЗИИ ПОЧКИ
А	нефрэктомия
Б	нефропексия
В	резекция почки
Г	реваскуляризация почки
263	КАКОЕ МЕСТО ПО ЧАСТОТЕ СРЕДИ ДРУГИХ АНОМАЛИЙ ЗАНИМАЕТ УДВОЕНИЕ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ?
А	первое
Б	второе
В	третье
Г	четвертое
264	СИМПТОМАМИ НАДСФИНКТЕРНОЙ ЭКТОПИИ УСТЬЯ МОЧЕТОЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ
А	боли в поясничной области
Б	поллакиурия
В	отсутствие произвольного мочеиспускания
Г	артериальная гипертензия
265	КАКАЯ ОПЕРАЦИЯ НАИБОЛЕЕ РАДИКАЛЬНА ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ?
А	уретеропиелонеоанастомоз по Андерсону — Хайнсу
Б	уретеролиз

В	интубационная уретеротомия по Мариону
Г	уретеропиелопластика по Фолею
266	При инфицированном гидронефрозе II стадии показана
А	пиелостомия
Б	уретеролиз
В	пиелопликация
Г	уретеропиелонеоанастомоз
267	МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА
А	микционная цистография
Б	экскреторная урография
В	ретроградная цистография
Г	цистоскопия
268	МЕТОД ВЫБОРА ЛЕЧЕНИЯ ГИДРОНЕФРОЗА ПРИ УДВОЕНИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ
А	мочеточниково-лоханочный анастомоз
Б	нефрэктомия
В	геминефрэктомия
Г	пластика лоханки
269	При какой величине солитарной кисты почки показана операция
А	при сдавлении лоханки
Б	10-20 мм
В	20-30 мм
Г	40-50 мм
270	МЕТОД ДИАГНОСТИКИ СОЛИТАРНОЙ КИСТЫ ПОЧКИ
А	экскреторная урография
Б	ретроградная пиелография
В	люмботомия
Г	ангиосцинтиграфия
271	ПЛАСТИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ ПОКАЗАНА ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ
А	II стадии
Б	III стадии
В	IV стадии
Г	при инфицированном гидронефрозе
272	НЕФРЭКТОМИЯ ПОКАЗАНА ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ
А	III стадии
Б	I стадии
В	II стадии
Г	во всех случаях
273	ГИПОСПАДИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ
А	задержки или нарушения формирования уретры
Б	родовой травмы
В	неправильного расположения плода в матке
Г	преждевременных родов
274	ВСЕ СЛЕДУЮЩЕЕ НИЖЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ГИПОСПАДИИ, КРОМЕ
А	отсутствия на большем или меньшем протяжении верхней стенки мочеиспускательного канала
Б	искривления полового члена
В	недоразвития губчатой части уретры

Г	врожденных аномалий уретры
275	КОГДА НЕОБХОДИМО ОПЕРИРОВАТЬ БОЛЬНЫХ С ГИПОСПАДИЕЙ И ЭПИСПАДИЕЙ?
А	в первые годы жизни
Б	после 15 лет
В	после 20 лет
Г	в 25 лет
276	КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПОСПАДИИ?
А	по Сесилу—Калпу
Б	по Винкельману
В	по Иванисевичу
Г	по Лопаткину
277	КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРИ ЭПИСПАДИИ?
А	по Державину
Б	по Андерсону —Хайнсу
В	по Лидскому
Г	по Иванисевичу
278	В КАКИЕ СРОКИ ЭМБРИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА ПОЯВЛЯЕТСЯ ГИПОСПАДИЯ И ЭПИСПАДИЯ?
А	на 9-й неделе
Б	на 25-й неделе
В	на 30 —35-й неделе
Г	на 2 —3-м месяце
279	С КАКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ МОШОНОЧНУЮ И ПРОМЕЖНОСТНУЮ ГИПОСПАДИЮ?
А	с ложным женским гермафродитизмом
Б	с гипоплазией яичек
В	с эктопией полового члена
Г	с поликистозом почек
280	КАКИЕ ФОРМЫ ГИПОСПАДИИ НЕ ТРЕБУЮТ ОПЕРАТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ?
А	головчатая и гипоспадия дистальной стволовой трети мочеиспускательного канала
Б	все формы
В	промежностная
Г	мошоночная
281	ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРИЧИНЫ МОГУТ ПРИВЕСТИ К РАЗВИТИЮ ГИПОСПАДИИ И ЭПИСПАДИИ, КРОМЕ
А	переношенной беременности
Б	внутриутробной инфекции
В	экзогенных интоксикаций
Г	гиперэстрогении у беременной матери
282	КАК ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ГИПОСПАДИЯ?
А	1 случай на 150 — 300 новорожденных
Б	1 случай на 50000 новорожденных
В	1 случай на 100000 новорожденных
Г	1 случай на 50 новорожденных
283	КАК ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ЭПИСПАДИЯ?

А	1 случай на 50000 новорожденных
Б	1 случай на 100000 новорожденных
В	1 случай на 50 новорожденных
Г	1 случай на 500 000 новорожденных
284	ОСНОВНЫМИ СИМПТОМАМИ ВРОЖДЕННОГО ДИВЕРТИКУЛИТА МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА ЯВЛЯЮТСЯ
А	затрудненное и болезненное мочеиспускание
Б	острая задержка мочи
В	озноб
Г	никтурия
285	В КАКИХ СЛУЧАЯХ ВРОЖДЕННОЕ УДВОЕНИЕ УРЕТРЫ НЕ ТРЕБУЕТ ЛЕЧЕНИЯ?
А	если добавочная уретра не инфицирована
Б	при макрогематурии
В	если добавочная уретра инфицирована
Г	при затруднении мочеиспускания
286	ВРОЖДЕННЫЕ КЛАПАНООБРАЗНЫЕ СУЖЕНИЯ МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО
А	в мембранозном и предстательном отделах уретры
Б	в головчатом отделе уретры
В	в кавернозном отделе уретры
Г	вообще не встречаются
287	СКРЫТЫЙ ПОЛОВОЙ ЧЛЕН ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ
А	порока развития
Б	воспалительных заболеваний полового члена
В	травмы полового члена
Г	опухоли полового члена
288	КАКУЮ ОПЕРАЦИЮ ВЫПОЛНЯЮТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СКРЫТОГО ПОЛОВОГО ЧЛЕНА
А	по Баирову
Б	по Дюплею
В	по Тиршу
Г	по Савченко
289	ПЕРЕПОНЧАТЫЙ ПОЛОВОЙ ЧЛЕН ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ
А	порока развития
Б	воспаления кожи полового члена
В	опухоли полового члена
Г	травмы полового члена
290	К АНОМАЛИЯМ ПОЛОЖЕНИЯ ЯИЧКА ОТНОСЯТСЯ
А	паховая ретенция
Б	брюшная ретенция
В	эктопия
Г	все перечисленное выше
291	К структурным аномалиям яичка относятся
А	ничего из перечисленного ниже
Б	монорхизм
В	анорхизм
Г	полиорхизм

292	К КОЛИЧЕСТВЕННЫМ АНОМАЛИЯМ ЯИЧКА ОТНОСЯТСЯ
А	ничего из перечисленного выше
Б	синдром Клайнфелтера
В	синдром Шерешевского—Тернера
Г	синдром дель Кастильо
293	ИСТИННЫЙ ГЕРМАФРОДИТИЗМ — ЭТО
А	структурная аномалия яичка
Б	аномалия положения яичка
В	двойственное строение наружных половых органов
Г	аплазия гонад
294	ПОЛ ЭМБРИОНА ЗАВИСИТ ОТ
А	Сперматозоида
Б	состояния эндокринной системы родителей
В	овуляторного цикла
Г	все перечисленное выше имеет значение
295	Формирование наружных половых органов в мужском эмбрионе управляется
А	андрогенами
Б	фолликулостимулирующим гормоном
В	лютеинизирующим гормоном
Г	пролактином
296	СИНДРОМ ДЕЛЬ КАСТИЛЬО ПРОЯВЛЯЕТСЯ
А	терминальной аплазией
Б	наличием дополнительной Х-хромосомы
В	наличием дополнительной Y-хромосомы
Г	хромосомным набором 45 XO
297	ГОРМОНАЛЬНАЯ НАСЫЩЕННОСТЬ ОРГАНИЗМА — ЭТО
А	достаточный уровень андрогенов и эстрогенов в крови при хорошей чувствительности тканевых рецепторов к ним
Б	достаточный уровень эстрогенов в крови
В	достаточный уровень андрогенов в крови
Г	достаточный уровень андрогенов и эстрогенов в крови
298	РУДИМЕНТОМ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У МУЖЧИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ
А	все перечисленное выше
Б	гидатида Морганьи
В	половой бугорок (мужская маточка)
Г	ладьевидная ямка уретры
299	КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПРИ ТРАВМЕ ПОЧКИ?
А	гематурия
Б	почечная колика
В	гипертермия
Г	падение артериального давления
300	КАКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНА ПРИ СУБКАПСУЛЯРНОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ПОЧКИ?
А	динамическое наблюдение в стационаре, соблюдение постельного режима в течение 3 нед
Б	исключение физических нагрузок в течение 3 мес
В	массивная антибактериальная терапия

Г	наблюдение за пациентом в амбулаторных условиях
301	КАКОЙ ИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ТРАВМЫ ПОЧЕК?
А	обзорная рентгенография мочевых путей и экскреторная урография
Б	ультрасонография
В	ретроградная пиелография
Г	теплогграфия
302	ЧТО ТАКОЕ СУБКАПСУЛЯРНЫЙ РАЗРЫВ ПОЧКИ?
А	повреждение почки с сохранением поверхностной капсулы
Б	надрыв или перфорация полостной системы почки
В	повреждение паренхимы почки с надрывом капсулы до 1 см
Г	повреждение магистральных сосудов в области ворот почки
303	ПРИ КАКОМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ НЕОБХОДИМО ЗАПОДОЗРИТЬ ТРАВМУ ПОЧКИ?
А	перелом ребер
Б	перелом конечностей
В	перелом ключицы
Г	перелом костей таза
304	ПРИ КАКОМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ РАЗВИВАЕТСЯ ПОЧЕЧНАЯ КОЛИКА?
А	субкапсулярное повреждение почки
Б	множественные разрывы почечной паренхимы и капсулы
В	гематома в области ворот почки
Г	отрыв почечной ножки
305	ОПТИМАЛЬНЫЕ СРОКИ ПОСТЕЛЬНОГО РЕЖИМА ПРИ ГЕМАТУРИИ
А	3 — 4 нед
Б	3 мес
В	до 1 года
Г	1-2 ч
306	ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ДЛЯ РЕШЕНИЯ ВОПРОСА О ВОЗМОЖНОСТИ НЕФРЭКТОМИИ ПРИ ТРАВМЕ?
А	функция контралатеральной почки
Б	степень повреждения почки
В	продолжающееся кровотечение
Г	наличие урогематомы
307	КРИТЕРИЙ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ПОЧЕК
А	без повреждения кожных покровов
Б	повреждения почек без нарушения целостности полостной системы
В	без повреждения сосудистой ножки
Г	без сочетанной травмы органов брюшной полости
308	ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ УСЛОВИЕМ ВНУТРИБРЮШИННОГО РАЗРЫВА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ?
А	переполненный мочевой пузырь
Б	перелом костей таза
В	опорожненный мочевой пузырь
Г	травма нижней части живота

309	КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЗНАКОВ НАЗЫВАЕТСЯ СИМПТОМОМ ЗЕЛЬДОВИЧА?
А	неадекватный отток жидкости при промывании полости мочевого пузыря
Б	поступление крови из уретры
В	острая задержка мочи
Г	мучительные позывы к мочеиспусканию
310	СРОЧНОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО ПРИ
А	диагностированном разрыве мочевого пузыря
Б	подозрении на внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря
В	подозрении на перитонит
Г	острой задержке мочи
311	ПРИ ВНУТРИБРЮШИННОМ РАЗРЫВЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПЕРИТОНИТ РАЗВИВАЕТСЯ ЧЕРЕЗ
А	10-12 ч
Б	1 сут
В	1-2 ч
Г	2 сут
312	ДРЕНИРОВАНИЕ ОКОЛОПУЗЫРНОГО ПРОСТРАНСТВА ПО БУАЛЬ-СКОМУ—МАК-УОРТЕРУ ВЫПОЛНЯЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ
А	опорожнения урогематомы и предупреждения развития тазовой флегмоны
Б	предупреждения возникновения мочевого свища
В	ревизии области шейки мочевого пузыря
Г	остановки кровотечения
313	НАЛОЖЕНИЕ ЭПИЦИСТОСТОМЫ ПОКАЗАНО ПРИ
А	любой локализации разрыва мочевого пузыря
Б	внебрюшинном разрыве мочевого пузыря
В	обширной гематоме в околопузырной клетчатке
Г	профузной гематурии
314	Какое из перечисленных исследований является наиболее ценным в диагностике разрывов мочевого пузыря?
А	цистография в прямой и боковой проекциях
Б	осадочная цистография
В	обзорная и экскреторная урография
Г	полйцистография
315	В КАКИХ СЛУЧАЯХ ДОПУСТИМО ДРЕНИРОВАНИЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЧЕРЕЗ УРЕТРУ?
А	при ранениях мочевого пузыря во время операции (у женщин)
Б	при внебрюшинных разрывах мочевого пузыря
В	при сроке менее 24 ч после травмы
Г	при линейных разрывах мочевого пузыря не более 3 см длиной
316	ЧТО ЭТО ТАКОЕ — ЛОЖНАЯ (КРОВАВАЯ) АНУРИЯ?
А	выделение нескольких капель крови или мочи при попытке мочеиспускания
Б	отсутствие (невозможность) мочеиспускания при переполненном мочевом пузыре
В	постоянное выделение капель крови из уретры
Г	отсутствие позыва к мочеиспусканию более 12 ч
317	В каких случаях необходимо дренирование брюшной полости?

А	при всех внутрибрюшинных разрывах мочевого пузыря
Б	при сочетании разрыва мочевого пузыря с травмой кишечника
В	если внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря произошел более 24 ч назад
Г	при явлениях гнойного перитонита
318	СРЕДИ ОТКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЮТСЯ
А	разрывы и надрывы уздечки полового члена
Б	колото-резаные раны
В	колотые раны
Г	резаные раны
319	ПРИ ПОЛНОЙ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ АМПУТАЦИИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ОТСЕЧЕННЫЙ ОРГАН ЦЕЛЕСООБРАЗНО СОХРАНЯТЬ В ТЕЧЕНИЕ
А	24 ч
Б	48 ч
В	1 ч
Г	2 ч
320	КАКИЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПОКАЗАНЫ ДЛЯ ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТА КОЖИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА?
А	операция Диттеля или Рейха
Б	операция Иванисевича
В	операция Винкельмана
Г	операция Нечипоренко
321	ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПЕРЕСЕЧЕНИЯ ОДНОГО ИЗ КАВЕРНОЗНЫХ ТЕЛ ЯВЛЯЕТСЯ
А	искривление полового члена
Б	подъем температуры тела
В	озноб
Г	уретроррагия
322	ЭКСТРАВАГИНАЛЬНАЯ ГЕМАТОМА МОШОНКИ СВЯЗАНА С
А	повреждением общей влагалищной оболочки или сосудов семенного канатика
Б	разрывом белочной оболочки придатка яичка
В	повреждением межтканевых промежутков, не проникающим в общую влагалищную оболочку
Г	повреждением кожи мошонки
323	ОБРАЗОВАНИЕ ИНТРАВАГИНАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ОРГАНОВ МОШОНКИ СВЯЗАНО С
А	разрывом белочной оболочки придатка яичка
Б	повреждением подкожной жировой клетчатки
В	повреждением сосудов семенного канатика
Г	повреждением межтканевых промежутков, не проникающих в общую влагалищную оболочку
324	АУТОИММУННОЕ БЕСПЛОДИЕ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ЯИЧКА СВЯЗАНО С
А	нарушением гематотестикулярного барьера
Б	нарушением лимфооттока от яичка
В	выпадением яичка
Г	перенесенными операциями
325	КАКОВЫ 2 ОСНОВНЫХ СИМПТОМА РАЗРЫВА УРЕТРЫ?
А	уретроррагия
Б	боль в промежности
В	гематурия

Г	потекание мочи
326	КАКОЙ ОСНОВНОЙ ВНЕШНИЙ ПРИЗНАК ПЕРЕЛОМА КОСТЕЙ ТАЗА ПРИ СОЧЕТАНИИ С РАЗРЫВОМ УРЕТРЫ?
А	больной не может стоять на ногах
Б	бледность кожных покровов
В	слабость, адинамия
Г	уретроррагия
327	КАКОВЫ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ НАРУШЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У МУЖЧИН С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ СТРУКТУРАМИ УРЕТРЫ?
А	наличие спермы в моче
Б	азооспермия
В	аспермия
Г	асперматизм
328	УКАЖИТЕ ДВА ВЕДУЩИХ СИМПТОМА НАРУШЕНИЯ КОПУЛЯТИВНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ СО СТРИКТУРАМИ УРЕТРЫ?
А	снижение копулятивной функции в зависимости от обострения хронического простатита и колликулита
Б	преждевременная эякуляция
В	тусклость оргазма
Г	снижение либидо
329	КАКИМ СПОСОБОМ УРЕТРОГРАФИИ МОЖНО УСТАНОВИТЬ ДЛИНУ ЗАДНЕЙ ЧАСТИ УРЕТРЫ ПРИ БОЛЬШОЙ СТРИКТУРЕ УРЕТРЫ С МОЧЕПУЗЫРНЫМ СВИЩОМ?
А	восходящей уретрографией в сочетании с проведением бужа через мочепузырный свищ в шейку и заднюю уретру
Б	комбинированный восходящей и нисходящей уретрографией
В	антеградной уретрографией
Г	восходящей уретрографией
330	КАКАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ С ПРИСТЕНОЧНЫМ ЗАКРЫТЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ УРЕТРЫ?
А	выжидательная тактика с капиллярными пункциями мочевого пузыря
Б	попытка введения постоянного катетера
В	срочная операция — первичный шов уретры
Г	эпицистостомия
331	В ПРЕДЕЛАХ КАКОГО ПЕРИОДА ВРЕМЕНИ МОЖНО ПРИ РАЗРЫВЕ УРЕТРЫ ПРОИЗВЕСТИ ПЕРВИЧНЫЙ ШОВ (ПЕРВИЧНУЮ ПЛАСТИКУ)?
А	первые 24 ч
Б	2 дня
В	3—4 дня
Г	1 нед
332	КАКОЕ КОЛИЧЕСТВО ЭТАПОВ ВКЛЮЧАЕТ ОПЕРАЦИЯ УРЕТРОПЛАСТИКИ КОЖЕЙ МОШОНКИ ПО РУСАКОВУ ПРИ СТРИКТУРАХ ДЛИНОЙ 3,5 — 7 см?
А	4 этапа
Б	6 этапов
В	5этапов
Г	2этапа
333	КАКОВЫ ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ ТОННЕЛИЗАЦИИ ПО ФРОНШТЕЙНУ?
А	постгонорейные стриктуры большой протяженности, но с

	ограниченным участком сужения
Б	относительные стриктуры
В	длиной до 3 см
Г	посттравматические стриктуры уретры длиной 2 см; Б. длиной 3 см
334	УКАЖИТЕ ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ СТРИКТУР УРЕТРЫ?
А	фермент лидаза (гиалуронидаза)
Б	стекловидное тело
В	алоэ
Г	антибактериальные препараты
335	ДЛЯ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ СИМПТОМАТИЧЕСКОГО ВАРИКОЦЕЛЕ?
А	опухоль почки
Б	нефроптоз
В	гидронефроз
Г	поликистоз
336	КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ СЛЕДУЕТ ИСКЛЮЧИТЬ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПРИ МАКРОГЕМАТУРИИ?
А	опухоль почки
Б	пиелонефрит
В	цистит
Г	нефроптоз
337	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ОПУХОЛИ ПОЧКИ
А	дефект наполнения лоханки, ампутация одной или нескольких чашечек
Б	контрастные тени в проекции почки
В	увеличение размеров почки
Г	расширение полостной системы
338	КАКАЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ У ДЕТЕЙ?
А	эмбриональная аденомиосаркома
Б	гипернефроидный рак
В	семинома
Г	аденокарцинома
339	НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ТИП ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ ОПУХОЛИ ПОЧКИ
А	темноклеточный
Б	аденоматозной
В	саркомоподобный
Г	железистый
340	КАКОЕ НАЗВАНИЕ ОПУХОЛИ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРАВИЛЬНЫМ, И ОНО ПОЛУЧИЛО ШИРОКОЕ РАСПРОСТРАНЕНИЕ?
А	светлоклеточный рак почки
Б	темноклеточный
В	опухоль Гравитца
Г	аденокарцинома
341	КАКАЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ ЛОХАНКИ ВСТРЕЧАЕТСЯ ЧАЩЕ?
А	папиллярный рак
Б	саркома
В	слизисто-железистый рак

Г	ангиома
342	НАЗОВИТЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННУЮ ОПУХОЛЬ ПОЧКИ, КОТОРАЯ ДЛИТЕЛЬНОЕ ВРЕМЯ ИМЕЕТ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ
А	саркома
Б	аденокарцинома
В	полиморфно-клеточный рак
Г	эмбриональный рак
343	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ НЕИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛИ ПОЧЕК
А	ультразвуковое сканирование
Б	компьютерная томография
В	почечная ангиография
Г	экскреторная урография
344	ПЕРВОЕ МЕСТО ПО ЧАСТОТЕ РАЗВИТИЯ РАКА ПОЧКИ ЗАНИМАЕТ
А	эпителий проксимальных канальцев
Б	фибробластоподобные клетки мозгового слоя почки
В	эпителий почечных сосудов
Г	эпителий капсулы клубочков
345	ПЕРВОЕ МЕСТО ПО ЧАСТОТЕ РАЗВИТИЯ РАКА ПОЧКИ ЗАНИМАЕТ
А	светлоклеточный рак
Б	опухоль Гравитца
В	аденокарцинома
Г	почечный рак
346	СКОЛЬКО ЛЕТ ПРОХОДИТ ОТ МОМЕНТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОПУХОЛЕВОЙ КЛЕТКИ ДО КЛИНИЧЕСКОГО ПРОЯВЛЕНИЯ?
А	2 — 7 лет
Б	4 года
В	5 лет
Г	1 год
347	КАКОВА СКОРОСТЬ РОСТА РАКА ПОЧЕЧНОЙ ПАРЕНХИМЫ У МОЛОДЫХ?
А	2 см в год
Б	3 см в год
В	4 см в год
Г	5 см в год
348	КАКОВА СКОРОСТЬ РОСТА РАКА ПОЧЕЧНОЙ ПАРЕНХИМЫ У ПОЖИЛЫХ?
А	1 см в год
Б	2 см в год
В	3 см в год
Г	4 см в год
349	С ПОМОЩЬЮ КАКОГО МЕТОДА МОЖНО ВЫЯВИТЬ ОПУХОЛИ ПОЧЕЧНОЙ ПАРЕНХИМЫ МЕНЕЕ 1,5 — 2 СМ В ДИАМЕТРЕ?
А	фармакоангиография
Б	экскреторная урография
В	УЗИ
Г	ретроградная пиелография
350	КАКОЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ПОЧКИ ПРИМЕНЯЕТСЯ В ВИДЕ СКРИНИНГ-ТЕСТА?

А	ультразвуковое сканирование
Б	компьютерная томография
В	почечная ангиография
Г	нефросцинтиграфия
351	РАК ПОЧКИ ЧАЩЕ МЕТАСТАЗИРУЕТ В
А	легкие
Б	печень
В	головной мозг
Г	позвоночник
352	КАКОЙ ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ ПРИ ОПУХОЛИ ПОЧКИ У ДЕТЕЙ?
А	чрезбрюшинный
Б	торакоабдоминальный
В	торакальный
Г	по Нагасацу
353	КАКАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ РАКЕ ЛОХАНКИ
А	нефроуретерэктомия
Б	расширенная нефрэктомия
В	резекция лоханки
Г	радикальная лимфаденэктомия
354	В КАКОЙ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЙ ПРОЦЕСС ВЫХОДИТ ЗА ПРЕДЕЛЫ ФИБРОЗНОЙ КАПСУЛЫ ПОЧКИ?
А	T3
Б	T4
В	T5
Г	T1
355	РАК МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ У
А	пациентов в возрасте от 50 до 70 лет
Б	молодых людей
В	деревенских жителей
Г	женщин
356	СРЕДИ ОПУХОЛЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРЕВАЛИРУЮТ
А	эпителиальные опухоли
Б	саркомы
В	феохромоцитомы
Г	эндометриозные опухоли
357	ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ
А	фибромиома
Б	аденокарциома
В	первичный гипернефроидный рак
Г	саркома
358	ДЛЯ ПАПИЛЛЯРНОГО РАКА ХАРАКТЕРНО
А	ворсинки имеют тупые концы и склонны к некрозу
Б	инфильтрирующий рост, опухоль как бы стелется по стенкам пузыря
В	эмбриональное происхождение из остатков урахуса
Г	тонкая ножка
359	Чаще всего метастазы рака мочевого пузыря наблюдаются в

А	регионарных лимфатических узлах таза, в области подвздошных и запирающих сосудов
Б	миокарде
В	кавернозных телах полового члена
Г	коже
360	ПОКАЗАТЕЛИ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ РАКА
А	клетки едва дифференцируются, как переходный эпителий
Б	некоторая вариабельность размеров и формы клеток, их ядер
В	соединительнотканый центр покрыт правильными рядами клеток эпителия
Г	базальные клетки правильной формы
361	ДЛЯ СТАДИИ T1 ХАРАКТЕРНО
А	поражение слизистой оболочки, инфильтрация субэпителиальной соединительной ткани
Б	опухоль инфильтрирует внутреннюю половину толщины мышечной оболочки
В	прорастание всей толщины стенки пузыря и инфильтрация паравезикальной клетчатки
Г	опухоль прорастает в глубокие слои мышечной оболочки
362	ДЛЯ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ХАРАКТЕРНО
А	сравнительно позднее метастазирование
Б	отсутствие боли длительное время
В	боль в костях таза
Г	раннее метастазирование
363	ДЛЯ САРКОМЫ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ХАРАКТЕРНО
А	высокая злокачественность
Б	чаще встречается у пожилых людей
В	раннее метастазирование
Г	медленный рост
364	ПРИ ЦИТОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОСАДКА МОЧИ
А	частота положительных цитологических заключений у больных раком мочевого пузыря достигает 70 %
Б	частота положительных цитологических исследований не превышает 5 —10 %
В	флюоресцентная микроскопия мало информативна
Г	раковые клетки имеют одинаковую форму и размеры с клетками эпителия
365	ОСНОВНОЙ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ СИМПТОМ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ
А	имеется дефект наполнения, но контуры мочевого пузыря остаются неизменными, симметричными
Б	тень опухоли имеет широкое основание и узловатую поверхность
В	тени кальцификатов на поверхности опухоли
Г	на полицистограмме определяется асимметрия пузыря с ригидностью одной из его стенок в зоне опухоли
366	ДАННЫЕ ТАЗОВОЙ ВНУТРИКОСТНОЙ ФЛЕБОГРАФИИ И ЛИМФОАДЕНОГРАФИИ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИЕ О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА
А	краевой дефект наполнения или распределения контрастного вещества по периферии лимфатических узлов
Б	состояние венозного сплетения
В	венозный отток по магистральным сосудам таза

Г	гомогенность тени лимфатических узлов
367	ЭНДОВЕЗИКАЛЬНАЯ ЭЛЕКТРОКОАГУЛЯЦИЯ
А	показана при папилломе мочевого пузыря
Б	является радикальным методом лечения при диффузном папилломатозе
В	показана при папиллярном раке мочевого пузыря
Г	показана при папилломе устье мочеточников
368	РЕЗЕКЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ
А	в случае расположения опухоли у верхушки должна дополняться иссечением всего урахуса
Б	не предполагает удаление пораженных бластоматозным процессом лимфатических узлов таза
В	дает лучшие результаты при локализации опухоли в области шейки пузыря и вблизи обоих мочеточниковых устьев
Г	осуществляется в пределах здоровых тканей на расстоянии не менее 1 см от края опухоли
369	ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ЦИСТЭКТОМИИ
А	выраженная кахексия с метастазами
Б	множественные опухоли
В	диффузный папилломатоз
Г	рецидивные опухоли
370	ПРОВЕДЕНИЕ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ДОПУСТИМО ПРИ
А	локализации опухоли в области шейки мочевого пузыря
Б	резко выраженной раковой кахексии
В	при двух опухолевых образованиях
Г	острой и хронической почечной, выраженной печеночной недостаточности
371	ХИМИОТЕРАПИЯ ПРИ РАКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ
А	проводимая в послеоперационном периоде, способствует подавлению или уничтожению остатков опухолевой ткани
Б	в сочетании с хирургическим и лучевым лечением применяется редко
В	наиболее эффективна, как самостоятельный метод лечения
Г	применяемая регионарно методом внутриартериальных инфузий, не отличается высокой эффективностью
372	ПРОФИЛАКТИКА РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРЕДПОЛАГАЕТ
А	своевременное лечение воспалительных, трофических и паразитарных заболеваний мочевого пузыря
Б	уменьшение приема жидкости пациентами «группы риска»
В	обследование пациентов с дивертикулами мочевого пузыря проводится в случае возникновения макрогематурии
Г	проведение цистоскопии не реже 1 раза в 2 года пациентам, лечившимся по поводу опухолей мочевого пузыря
373	АДЕНОМА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ — ЭТО ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ, КОТОРАЯ РАЗВИВАЕТСЯ ИЗ
А	краниальной (центральной) области предстательной железы
Б	шейки мочевого пузыря
В	куперовых желез
Г	семенных пузырьков
374	В ПРОЦЕССЕ РОСТА ДГПЖ ПРЕДСТАТЕЛЬНАЯ ЖЕЛЕЗА
А	оттесняется к периферии, превращаясь в хирургическую капсулу
Б	гипертрофируется
В	остается без изменений

Г	прорастает аденоматозной тканью
375	КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА ДГПЖ НАИМЕНЕЕ ВЫРАЖЕНА ПРИ
А	ректальной форме
Б	смешанной форме
В	асимметрии боковых долей по величине
Г	сочетании ДГПЖ и хронического простатита
376	МЕХАНИЗМ ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКИ МОЧИ ПРИ ДГПЖ ОБУСЛОВЛЕН
А	нарушением координированной работы детрузора и замыкательного аппарата мочевого пузыря
Б	сопутствующим баланопоститом
В	наличием дивертикулов мочевого пузыря
Г	хроническим пиелонефритом
377	РАЗВИТИЕ ДГПЖ ОБУСЛОВЛЕНО
А	повышенной активностью 5-а-редуктазы
Б	снижением образования эстрогенов
В	половыми дизритмиями
Г	преобладанием в рационе растительной пищи
378	ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА НИКТУРИИ ПРИ ДГПЖ
А	прилив крови в вены таза, венозастаз в подслизистом слое предстательной части уретры
Б	развитие хронического пиелонефрита
В	атрофия предстательной железы
Г	ректальная форма ДГПЖ
379	Для первой стадии ДГПЖ характерно
А	при мочеиспускании мочевого пузыря полностью опорожняется, остаточной мочи нет
Б	количество остаточной мочи 50 — 400 мл
В	пузырно-мочеточниковые рефлюксы
Г	мочеиспускание в несколько этапов, сопровождающееся чувством неполного опорожнения мочевого пузыря
380	ОСЛОЖНЕНИЯ ДГПЖ
А	цистит
Б	рак полового члена
В	рак предстательной железы
Г	рак почки
381	ПРИ РЕКТАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ ДЛЯ ДГПЖ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ
А	консистенция узлов эластическая или плотно-эластическая
Б	плотные узлы хрящевидной консистенции
В	асимметрия предстательной железы
Г	инфильтраты, нарушающие целостность капсулы, идущие к окружающим тканям
382	ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ СКАНИРОВАНИИ ДЛЯ ДГПЖ ХАРАКТЕРНО
А	овальная форма, симметричность, однородная мелкогранулярная эхоструктура
Б	симметричные гиперэхогенные очаги
В	интенсивные, ограниченные, эхологически плотные участки с акустической тенью
Г	неоднородная эхоструктура, деформация предстательной железы, увеличение ее в ширину

384	Экстренная аденомэктомия предполагает
А	полное исключение катетеризации мочевого пузыря на предыдущих этапах и в стационаре
Б	временное отведение мочи посредством эпицистостомии
В	обязательное обследование пациента с использованием радиоизотопных методов
Г	проведение операции в первые 6 —36 ч после задержки мочи
385	ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ЭКСТРЕННОЙ АДЕНОМЭКТОМИИ
А	острый пиелонефрит
Б	сдавление аденомой интрамуральной части мочеточников
В	большие размеры аденомы
Г	камень мочевого пузыря
386	ПОКАЗАНИЯ К ПЛАНОВОЙ АДЕНОМЭКТОМИИ
А	вторая стадия ДГПЖ
Б	ХПН
В	острый пиелонефрит, уросепсис
Г	подозрение на рак в аденоме
387	ПОКАЗАНИЯ К ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ
А	плотная консистенция, пузырная форма ДГПЖ
Б	опухоль мочевого пузыря
В	осложнения, вызванные ушиванием ложа предстательной железы при аденомэктомии
Г	большой размер аденомы (масса больше 70 г)
388	ОСЛОЖНЕНИЯ, ВЫЗВАННЫЕ УШИВАНИЕМ ЛОЖА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ АДЕНОМЭКТОМИИ
А	рубцовый стеноз шейки мочевого пузыря
Б	кровотечение
В	рак почки
Г	рецидив ДГПЖ
389	ПРЕИМУЩЕСТВА БЕСШОВНОГО ВЕДЕНИЯ ЛОЖА ПРИ АДЕНОМЭКТОМИИ
А	меньшая травматичность и эффект вымывания из ложа ДГПЖ фибринолитических веществ
Б	радикальное удаление ДГПЖ
В	удаление конкрементов мочевого пузыря во время операции
Г	возможность тщательной ревизии мочевого пузыря для исключения опухоли и дивертикулов
390	ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ АДЕНОМЭКТОМИИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ У ПАЦИЕНТОВ С
А	варикозным расширением вен нижних конечностей
Б	ректальной формой ДГПЖ
В	дивертикулами мочевого пузыря
Г	малыми размерами ДГПЖ
391	ОСТРЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ ПОСЛЕ АДЕНОМЭКТОМИИ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ У БОЛЬНЫХ
А	после неоднократных катетеризаций мочевого пузыря в предоперационном периоде
Б	при небольших размерах ДГПЖ
В	с нарушением функций почек
Г	которым проводилась вазорезекция
392	ЧТО ОЗНАЧАЕТ ПОНЯТИЕ «ГИПЕРТЕРМИЯ»?
А	42-45°С
Б	37-39°С

В	70—100°C
Г	50-70 °C
393	ЧТО ОЗНАЧАЕТ ПОНЯТИЕ «ТЕРМОТЕРАПИЯ»?
А	55-80 °C
Б	40-45 °C
В	80-100 °C
Г	температурный режим 37—38 °C
394	КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРОИСХОДЯТ В ТКАНИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ МИКРОВОЛНОВОЙ ТЕРМОТЕРАПИИ?
А	геморрагический эффект
Б	коагуляционный некроз
В	макроскопический некроз
Г	химический ожог
395	КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРОИСХОДЯТ В ТКАНИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ РАДИОЧАСТОТНОЙ ТЕРМОТЕРАПИИ?
А	макроскопический некроз
Б	антипролиферативный эффект
В	геморрагическая болезнь
Г	коагуляционный некроз
396	КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ НАСТУПАЮТ В ТКАНИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ТЕРМОАБЛАЦИИ?
А	коагуляционный некроз
Б	точечный некроз
В	геморрагический эффект
Г	фиброз ткани
397	КАКИЕ НОВЫЕ ТЕРМАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ В ЛЕЧЕНИИ ДГПЖ?
А	радиочастотная термоабляция
Б	микроволновая гипертермия
В	радиочастотная термотерапия
Г	микроволновая термотерапия
398	КАКОВА МЕДИЦИНСКАЯ ГЕОГРАФИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (РПЖ)?
А	наибольшее распространение в США
Б	наибольшее распространение РПЖ в Юго-Восточной Азии
В	наименьшее распространение в Западной Европе
Г	наибольшее распространение в РФ
399	КАКОЙ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР РПЖ БОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН?
А	генетический
Б	воспалительный
В	гормональный
Г	микробный
400	УКАЖИТЕ ОСНОВНОЕ ЗВЕНО ПАТОГЕНЕЗА РПЖ?
А	гиперандрогения
Б	первичное поражение гонад
В	снижение функции печени
Г	гиперэстерогения

Ситуационные задачи:

ид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
	-	001
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	У пациента 55 лет при обследовании выявлен коралловидный камень левой почки. При цистоскопии из левого устья выделился густой гной в виде «пасты из тюбика». На обзорной урограмме тень конкремента в проекции левой почки 4 на 6 см, на экскреторных урограммах контрастного вещества в проекции левой почки нет. Справа функция почки не изменена. На радиоизотопной ренограмме: справа васкуляризация, секреция и экскреция не нарушены, слева - «немая» почка.
	1	Предварительный диагноз?
	-	МКБ. Коралловидный камень левой почки. Калькулезный пионефроз слева.
2	-	Диагноз поставлен верно.
1	-	Диагноз поставлен неполностью - часть нозологий упущена.
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Какие дополнительные обследования необходимо провести?
	-	Для уточнения диагноза необходимо УЗИ почек с цветовым доплеровским картированием (ЦДК). МСКТ органов мочеполовой системы с контрастированием. Оценить биохимические показатели (креатинин, мочевина).
2	-	Указаны все методы исследования. Ответ обоснован.
1	-	Указаны не все исследования либо перечислены не все методики исследования не обоснована цель их назначения.
0	-	Указаны неверные методы исследования.
	3	Какой из методов лечения показан больному. Обоснуйте.
	-	Оперативное вмешательство в объеме нефруретерэктомия слева. Т.к. левая почка не функционирует, из мочеточника поступает гной.
2	-	Правильно выбран метод лечения. Правильно обоснован метод лечения.
1	-	Правильно указан способ лечения, но не обоснованы показания.
0	-	Ответ неверен полностью.
	4	Какое обстоятельство позволяет выполнить оперативное вмешательство в запланированном объеме, если таковое показано.
	-	Т.к. левая почка не функционирует, а у правой почки полностью сохранена функция и отсутствуют конкременты и новообразования.
2	-	Перечислены все обстоятельства правильно.
1	-	Ответ верен только частично.
0	-	Ответ полностью неверен.
	5	Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике заболевания.
	-	Профилактическое обследование (УЗИ почек 1 раз в год). Избегать переохлаждения. Исключить из рациона острую пищу, алкоголь. Лечение воспалительных осложнений, своевременное оперативное лечение.
2	-	Ответ верен
1	-	Указана только часть мероприятий
0	-	Ответ неверен.

	-	002
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	При поступлении в урологическую клинику больная 34 лет предъявляет жалобы на тупые боли в поясничных областях, жажду, субфебрильную температуру, повышение артериального давления до 180/110 мм.рт.ст. Анамнез: считает себя больной в течение 5 лет, длительное время лечится амбулаторно у нефролога по поводу хронического пиелонефрита; ранее никогда не обследовалась. При осмотре: в подреберьях, симметрично пальпируются больших размеров малоподвижные образования с бугристыми поверхностями. Анализ мочи: удельный вес -1006,лейкоциты - до 100 в п/зр. Мочевина крови - 9,0 ммоль/л, креатинин 198 мкмоль/л.
	1	Предварительный диагноз?
	-	Поликистоз почек - врожденное заболевание, наследуемое по доминантному типу.
2	-	Диагноз поставлен верно.
1	-	Диагноз поставлен неполностью - часть нозологий упущена.
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Укажите признаки, симптомы данного заболевания.
	-	альпируемые образования являются почками. Наличие двустороннего увеличения почек с неровной поверхностью, признаки артериальной гипертензии, хронического пиелонефрита и почечной недостаточности позволяют предположить у больной это заболевание.
2	-	Указаны все признаки, симптомы. Ответ обоснован.
1	-	Указаны не все признаки и симптомы.
0	-	Ответ неверен.
	3	Какие дополнительные исследования необходимы для его уточнения
	-	Для уточнения диагноза показано: УЗИ, мультиспиральная компьютерная томография, скintiграфия почек, экскреторная урография, ренография.
2	-	Перечислены все методы исследования
1	-	Указано только часть методов исследования
0	-	Ответ неверен полностью.
	4	акова лечебная тактика. Какие осложнение является абсолютным показанием для оперативного вмешательства. Укажите название операции.
	-	оказано проведение гипотензивной и дезинтоксикационной терапии, назначение средств, улучшающих микроциркуляцию, молочно-растительная диета. Осложнения: нагноение кист. Операция: игнипунктура.
2	-	Перечислены все обстоятельства правильно.
1	-	Ответ верен только частично.
0	-	Ответ полностью неверен.
	5	5.Перечислите меры вторичной профилактики.
	-	Прием уроантисептиков, гипотензивных препаратов, средств улучшающих кровообращение.
	-	Ответ верен

2		
1	-	Указана только часть мероприятий
0	-	Ответ неверен.
	-	003
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Больной, 72 года, обратился с жалобами на присутствие крови в моче в течение последних 4 месяцев. Моча окрашена кровью во время всего акта мочеиспускания. Периодически отмечает отхождение сгустков крови червеобразной формы. Неделю назад после очередного эпизода гематурии появились сильные боли в правой поясничной области, которые прошли самостоятельно после от-хождения с мочой сгустков крови.
	1	Какое заболевание следует заподозрить?
	-	Макрогематурия. Новообразование правой почки (?), правого мочеточника (?)
2	-	Диагноз поставлен верно.
1	-	Диагноз поставлен неполностью - часть нозологий не указана.
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Каков план обследования больного?
	-	Для установления диагноза последовательность обследования больного следующая: пальпация области почек, особенно тщательная справа, исследование органов мошонки на предмет вторичного варикоцеле, цитологическое исследование мочи на атипичные клетки, УЗИ почек и мочевого пузыря, экскреторная урография, мультиспиральная КТ и МРТ почек и забрюшинного пространства.
2	-	Указаны все методы исследования
1	-	Методы исследования указаны частично
0	-	Ответ неверен.
	3	Ваш выбор лечения?
	-	При выявлении новообразование почки показана радикальная хирургическая тактика. При новообразование паренхимы почки до 3 см – резекция почки, если более 3-х см с прорастанием в лоханку – нефроэктомию. При Сг лоханки – нефроуретерэктомия справа с трансуретральной резекцией устья мочеточника правой почки. В послеоперационном периоде комбинированная химиотерапия и лучевая терапия.
2	-	Ответ полный. Указаны все виды лечения.
1	-	Указана только часть
0	-	Ответ неверен полностью.
	-	004
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	У мальчика 4 лет затрудненное мочеиспускание тонкой нитевидной струей; при каждом мочеиспускании отмечается растягивание в виде шара препунциального мешка.
	1	Предварительный диагноз? Определение заболевания?
	-	Фимоз - заболевание, при котором происходит сужение крайней плоти (складки кожи, прикрывающей головку полового члена): либо головка полового члена открывается, вызывая болезненные ощущения, либо не открывается вовсе.
2	-	Диагноз поставлен верно.

1	-	Диагноз поставлен верно, но без объяснения патологии
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Классификация заболевания.
	-	Заболевание имеет 4 степени. Фимоз первой стадии характеризуется затруднением обнажения головки полового члена в эрегированном состоянии, тогда как в спокойном состоянии таких проблем не возникает. Второй стадии заболевания головку полового члена можно с усилием открыть только в спокойном состоянии, а при эрекции сделать это невозможно. Третьей стадии головка не открывается вовсе, но проблемы с мочеиспусканием ещё не проявляются. Четвертой стадии заболевания, когда моча выделяется наружу только слабой струйкой или каплями.
2	-	Указаны все стадии правильно.
1	-	Указаны не все стадии заболевания, либо указаны неправильно.
0	-	Ответ полностью не верен.
	3	Какова лечебная тактика?
	-	Диркумцизия - это процедура иссечения крайней плоти полового члена. Инструментальное расширение препунциального отверстия
2	-	Правильно выбран метод лечения. Правильно обоснован метод лечения.
1	-	Правильно указан способ лечения, но не обоснованы показания. Либо перечислены не все методы
0	-	Ответ неверен полностью.
	4	Перечислите меры первичной профилактики.
	-	Информирование матери о необходимости выполнения постоянных попыток открыть головку полового члена с момента рождения мальчика. Профилактика баланопостита (избегать воспалительного процесса) – гигиена наружных половых органов.
2	-	Ответ верен.
1	-	Ответ верен только частично.
0	-	Ответ полностью неверен.
	-	005
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	У мальчика 8 лет отсутствует правое яичко в мошонке. При рождении в мошонке отсутствовали оба яичка, в возрасте 6 лет левое яичко заняло нормальное положение. В правой паховой области нечетко пальпируется округлое образование размером 3х2 см.
	1	Диагноз? Определение?
	-	Паховый крипторхизм. Крипторхизм — неопущение яичка в мошонку: расположение яичек вне мошонки (в брюшной полости или в паховом канале), либо неправильное опускание, при котором яичко, выйдя из пахового канала, меняет направление и располагается под кожей в паху, на бедре, в лобке или промежности.
2	-	Диагноз поставлен верно. Определение указано верно.
1	-	Только часть ответа указано правильно.

0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Каков генез заболевания?
	-	Врожденное заболевание – результат нарушения процесса миграции яичка в мошонку.
2	-	Полностью правильный ответ
1	-	Ответ частично правильный
0	-	Ответ неверен.
	3	Нужны ли дополнительные методы исследования?
	-	УЗИ пахового канала справа, УЗИ органов мошонки с ЦДК.
2	-	Ответ правильный
1	-	В ответе есть ошибки.
0	-	Ответ неверен полностью.
	4	Какова лечебная тактика?
	-	Необходимо оперативное лечение: орхипексия справа. Орхипексия — прикрепление яичка к соседним тканям с помощью швов.
2	-	Все ответы правильные
1	-	Ответ верен только частично.
0	-	Ответ полностью неверен.
	5	Перечислите меры профилактики: а) для матери с учетом последующих беременностей; б) для ребенка.
	-	а) исключение тератогенных воздействий во время 2-го триместра беременности; б) ежегодный проф. осмотр для исключения онкопатологии.
2	-	Ответ верен
1	-	Ответ частично верен.
0	-	Ответ неверен.
	-	006
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Больной 18 лет поступил в клинику с жалобами на тупую боль в правой поясничной области, которую ощущает около 10 лет. В правой половине живота пальпаторно определяется опухолевидное образование. Клинические анализы мочи и крови не изменены. На обзорной рентгенограмме теней конкрементов не определяются, отмечается расширение чашечно-лоханочной системы, замедление пассажа контрастного вещества. Слева изменений рентгенологической картины нет. На ангиограмме почек справа определяется добавочный сосуд, идущий к нижнему полюсу правой почки.
	1	Диагноз?
	-	Врожденный гидронефроз на почве уретеровазального конфликта справа.
2	-	Диагноз поставлен верно.
1	-	Только часть ответа указано правильно.

0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Каков генез заболевания?
	-	врожденное заболевание – результат нарушения оттока мочи из полостной системы правой почки в результате сдавления пиелоуретерального сегмента мочеточника aberrantным сосудом.
2	-	Полностью правильный ответ
1	-	Ответ частично правильный
0	-	Ответ неверен.
	3	Нужны ли дополнительные методы исследования?
	-	МСКТ мочеполовой системы с контрастированием.
2	-	Ответ правильный
1	-	В ответе есть ошибки.
0	-	Ответ неверен полностью.
	4	Какова лечебная тактика?
	-	необходимо оперативное лечение: пластика пиелоуретерального сегмента справа по Хайнесу-Андерсену.
2	-	Все ответы правильные
1	-	Ответ верен только частично.
0	-	Ответ полностью неверен.
	5	Перечислите меры вторичной профилактики.
	-	диспансерное наблюдение. Профилактика воспалительных заболеваний почек. Избегать переохлаждения. Контрольное УЗИ 1 раз в 6 месяцев.
2	-	Ответ верен
1	-	Ответ частично верен.
0	-	Ответ неверен.
	-	007
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Больная 22 лет обратилась к врачу-урологу с жалобами на тупую боль в левой поясничной области, учащенное мочеиспускание. При цистоскопии в области левого устья определяется выпячивание с точечным устьем. На экскреторной урограмме справа чашечно-лоханочная система и мочеточник не изменены, слева - расширение тазового отдела мочеточника в виде «головы кобры».
	1	Диагноз?
	-	Уретероцеле слева. Уретероцеле — сужение устья мочеточника, приводящее к образованию шаровидного и кистовидного выпячивания внутривульварного отдела мочеточника, состоящего из двух слоёв слизистой оболочки — внутри мочеточника и снаружи мочевого пузыря, ввиду чего происходит нарушение оттока мочи и возникновение уретерогидронефротической трансформации и хронического пиелонефрита.
2	-	Диагноз поставлен верно. Определение указано верно.

1	-	Только часть ответа указано правильно.
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Каков генез заболевания?
	-	Врожденное заболевание; результат неправильного развития (значительного сужения) устья мочеточника и нарушения оттока мочи.
2	-	Полностью правильный ответ
1	-	Ответ частично правильный
0	-	Ответ неверен.
	3	Нужны ли дополнительные методы исследования?
	-	МСКТ мочеполовой системы с контрастированием. УЗИ мочевого пузыря, УЗИ почек.
2	-	Ответ правильный
1	-	В ответе есть ошибки.
0	-	Ответ неверен полностью.
	4	Какова лечебная тактика?
	-	необходимо оперативное лечение: эндоскопическое рассечение устья левого мочеточника.
2	-	Все ответы правильные
1	-	Ответ верен только частично.
0	-	Ответ полностью неверен.
	5	Перечислите меры вторичной профилактики.
	-	Диспансерное наблюдение с детского возраста.
2	-	Ответ верен
1	-	Ответ частично верен.
0	-	Ответ неверен.
	-	008
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Больная 20 лет в течение года отмечает резкое снижение массы тела, приступообразные боли в правой поясничной области после физической нагрузки, купирующиеся в горизонтальном положении. При вертикальном положении в правой половине живота прощупывается опухолевидное образование. На обзорной рентгенограмме теней конкрементов нет, нижний полюс правой почки в вертикальном положении, определяется на уровне тела L5.
	1	Диагноз?
	-	Правосторонний нефроптоз 2ст. Нефроптоз (опущение почки) — патологическое состояние, характеризующееся избыточной подвижностью почки и нарушением нормальных

		анатомических взаимоотношений органов мочеполовой системы
2	-	Диагноз поставлен верно. Определение указано верно.
1	-	Только часть ответа указано правильно.
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Каков генез заболевания?
	-	врожденное заболевание, развившееся в результате неправильного развития фиксирующего аппарата почек.
2	-	Полностью правильный ответ
1	-	Ответ частично правильный
0	-	Ответ неверен.
	3	Нужны ли дополнительные методы исследования?
	-	МСКТ мочеполовой системы с контрастированием. Необходимы дополнительные методы обследования: экскреторная урография с ортостатической пробой.
2	-	Ответ правильный
1	-	В ответе есть ошибки.
0	-	Ответ неверен полностью.
	4	Какова лечебная тактика?
	-	выбор лечебной тактики в зависимости от состояния уродинамики: при отсутствии нарушения – консервативная терапия, при наличии нарушения уродинамики, сохраняющегося болевого синдрома, частые обострения пелонефрита – нефропексия.
2	-	Все ответы правильные
1	-	Ответ верен только частично.
0	-	Ответ полностью неверен.
	5	Перечислите меры вторичной профилактики.
	-	Диспансерное наблюдение у уролога с детского возраста. Ограничение физических нагрузок, ношение почечного бандажа, лечебная физкультура.
2	-	Ответ верен
1	-	Ответ частично верен.
0	-	Ответ неверен.
	-	009
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Больной 20 лет предъявляет жалобы на боли в левой половине мошонки. В вертикальном положении тела в области левого семенного канатика определяется гроздевидное образование тестоватой консистенции, которое спускается ниже яичка, а в горизонтальном положении тела значительно уменьшается в размерах. При пальпации яичко дрябловатое, слегка уменьшено в размерах.

	1	Диагноз?
	-	Варикоцеле слева 3 ст. Варикоцеле — расширение вен гроздьевидного сплетения семенного канатика.
2	-	Диагноз поставлен верно. Определение указано верно.
1	-	Только часть ответа указано правильно.
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Каков генез заболевания?
	-	Врожденное заболевание; результат неправильного развития несостоятельность клапанного механизма вен или положения левой почечной вены (анатомическая особенность).
2	-	Полностью правильный ответ
1	-	Ответ частично правильный
0	-	Ответ неверен.
	3	Нужны ли дополнительные методы исследования?
	-	Флебография. УЗИ органов мошонки с ЦДК. Спермограмма (оценить нарушение сперматогенеза)
2	-	Ответ правильный
1	-	В ответе есть ошибки.
0	-	Ответ неверен полностью.
	4	Какова лечебная тактика?
	-	Выбор лечебной тактики зависимости от градиента давления в левой почечной вене и нижней полой; при наличии выраженной флебогипертензии показан тестикуло-гипогастральный венный анастомоз; при незначительной флебогипертензии (менее 70 см вод. ст.) – эндоваскулярная эмболизация внутренней семенной (тестикулярной) вены или операция Иванисевича, операция Мар-мар, лапароскопическое клипирование яичковой вены..
2	-	Все ответы правильные
1	-	Ответ верен только частично.
0	-	Ответ полностью неверен.
	5	Перечислите меры вторичной профилактики.
	-	Испансерное наблюдение уролога с детского возраста. Ограничение физических нагрузок в вертикальном положении, ношение тугих плавок.
2	-	Ответ верен
1	-	Ответ частично верен.
0	-	Ответ неверен.
	-	010
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Больная 36 лет жалуется на быструю утомляемость, слабость, сухость во рту, тошноту. Страдает гипертонической болезнью, которая плохо корректируется терапией. При

		пальпации области живота определяются увеличенные бугристые почки, больше справа. В клиническом анализе мочи – лейкоцитурия, микрогематурия, гипоизостенурия. В анализе крови - анемия, азотемия.
	1	Каков Ваш предварительный диагноз.
	-	Явно пальпируемые образования являются почками. Наличие двустороннего увеличения почек с неровной поверхностью, признаки артериальной гипертензии, хронического пиелонефрита и почечной недостаточности позволяют предположить у больной поликистоза почек.
2	-	Диагноз поставлен верно.
1	-	Только часть ответа указано правильно.
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Каков генез заболевания?
	-	Поликистоз - врожденное заболевание, наследуемое по доминантному типу.
2	-	Полностью правильный ответ
1	-	Ответ частично правильный
0	-	Ответ неверен.
	3	Нужны ли дополнительные методы исследования?
	-	Для уточнения диагноза показано: УЗИ, МСКТ, сцинтиграфия почек.
2	-	Ответ правильный
1	-	В ответе есть ошибки.
0	-	Ответ неверен полностью.
	4	Какая лечебная тактика. Какое осложнение является абсолютным показанием для оперативного вмешательства, название операции?
	-	Показано проведение антибактериальной, гипотензивной и дезинтоксикационной терапии, назначение средств, улучшающих микроциркуляцию, молочно-растительная диета, слабительные. Нагноение кист. Операция: игли пунктура
2	-	Все ответы правильные
1	-	Ответ верен только частично.
0	-	Ответ полностью неверен.
	5	Перечислите меры вторичной профилактики.
	-	Диета, постоянный прием уроантисептиков, средств, улучшающих кровообращение, гипотензивных препаратов.
2	-	Ответ верен
1	-	Ответ частично верен.
0	-	Ответ неверен.
	-	011
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

	-	Пациент 55 лет поступил в урологическую клинику с DS: «Киста правой почки». По результатам обследования выявлена парапельвикальная киста правой почки 4,5 × 3,0 см. На экскреторных урограммах лоханка справа не выполняется, гидрокаликоз всех групп чашечек.
	1	Каков Ваш предварительный диагноз.
	-	Парапельвикальная киста правой почки.
2	-	Диагноз поставлен верно.
1	-	Только часть ответа указано правильно.
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Почему не выполняется лоханка
	-	Лоханка правой почки сдавлена парапельвикальной кистой.
2	-	Полностью правильный ответ
1	-	Ответ частично правильный
0	-	Ответ неверен.
	3	Какое дополнительное обследование необходимо провести
	-	Для уточнения диагноза необходимо провести УЗ почек и мочевого пузыря. МСКТ почек.
2	-	Ответ правильный
1	-	В ответе есть ошибки.
0	-	Ответ неверен полностью.
	4	Какой из методов оперативного лечения предпочтителен.
	-	Предпочтителен метод оперативного лечения: минилумботомия, иссечение парапельвикальной кисты почки.
2	-	Все ответы правильные
1	-	Ответ верен только частично.
0	-	Ответ полностью неверен.
	5	Перечислите меры вторичной профилактики.
	-	Диспансерное наблюдение уролога с детского возраста.
2	-	Ответ верен
1	-	Ответ частично верен.
0	-	Ответ неверен.
	-	012
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА

		ВОПРОСЫ
	-	Больной М., 45 лет последние 3 месяца отмечает периодические подъемы температуры до 38,0С с ознобом. При пальпации определяется болезненность в области правого подреберья. Симптом XII ребра положительный справа. На обзорной урограмме в проекции правой почки визуализируется тень, подозрительная на конкремент 1,5 x 1,4 см в d. На экскреторной урограмме функция правой почки снижена, определяется правосторонний гидронефроз, мочеточник четко не виден. Выявленная тень наслаивается на проекцию лоханки. Изменений чашечно-лоханочной системы, мочеточника слева не обнаружено.
	1	Каков Ваш предварительный диагноз.
	-	Клиническая картина характерна для камня правой почки. Предварительный диагноз: Камень правой почки.
2	-	Диагноз поставлен верно.
1	-	Только часть ответа указано правильно.
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
	-	Для уточнения диагноза необходимо проведения УЗИ почек ,мочевого пузыря. МСКТ мочеполовой системы.
2	-	Полностью правильный ответ
1	-	Ответ частично правильный
0	-	Ответ неверен.
	3	Какой из методов обследования в данном случае даст наиболее достоверную информацию.
	-	МСКТ
2	-	Ответ правильный
1	-	В ответе есть ошибки.
0	-	Ответ неверен полностью.
	4	Какие рентгенологические признаки указывают на то, что тень на обзорной урограмме имеет отношение к мочевым путям.
	-	Расширение полостной системы правой почки по УЗИ почек.
2	-	Все ответы правильные
1	-	Ответ верен только частично.
0	-	Ответ полностью неверен.
	5	Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.
	-	Здоровый образ жизни. Отказ от вредных привычек. Высокая водная нагрузка не менее 2,5 л в день.
2	-	Ответ верен
1	-	Ответ частично верен.

0	-	Ответ неверен.
	-	013
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	В медпункт обратился больной 17 лет с жалобами на тошноту и рвоту, на резкие схваткообразные боли в левом боку, распространяющиеся в паховую область, в наружные половые органы, учащение мочеиспускания. Температура тела нормальная. Больной беспрерывно меняет положение тела, не находя в этом облегчения. Месяц тому назад отмечает аналогичный приступ, который купировался спазмолитиками.
	1	Каков Ваш предварительный диагноз.
	-	Клиническая картина характерна для левосторонней почечной колики. Предварительный DS: Камень левого мочеточника.
2	-	Диагноз поставлен верно.
1	-	Только часть ответа указано правильно.
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
	-	Для уточнения диагноза необходимо проведение УЗИ почек, обзорной, экскреторной урографии.
2	-	Полностью правильный ответ
1	-	Ответ частично правильный
0	-	Ответ неверен.
	3	Меры первой (доврачебной) и врачебной помощи
	-	Спазмолитики, обезболивание, теплая ванна.
2	-	Ответ правильный
1	-	В ответе есть ошибки.
0	-	Ответ неверен полностью.
	4	Какие заболевания могут «имитировать» указанное заболевание
	-	Заболевания кишечника, позвоночника (остеохондроз).
2	-	Все ответы правильные
1	-	Ответ верен только частично.
0	-	Ответ полностью неверен.
	5	Перечислите мероприятия по первичной профилактике заболевания.
	-	Здоровый образ жизни, диета, повышенный прием жидкости.
2	-	Ответ верен
	-	Ответ частично верен.

1		
0	-	Ответ неверен.
	-	014
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	У больной 48 лет накануне обращения возник приступ острой боли в левой поясничной области, после чего прекратилось мочеиспускание, нет позывов в течение последних 12 ч. Мочевой пузырь над лобком пальпаторно и перкуторно не определяется. При катетеризации мочевого пузыря мочи из него не получено. По поводу почечно-каменной болезни 6 лет назад удалена правая почка.
	1	Каков Ваш предварительный диагноз.
	-	Камень левого мочеточника. Постренальная анурия.
2	-	Диагноз поставлен верно.
1	-	Только часть ответа указано правильно.
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
	-	Для уточнения диагноза необходимо проведение обзорной урографии, УЗИ почек.
2	-	Полностью правильный ответ
1	-	Ответ частично правильный
0	-	Ответ неверен.
	3	Можно ли рассматривать состояние больной как неотложную ситуацию.
	-	Анурия – неотложное состояние.
2	-	Ответ правильный
1	-	В ответе есть ошибки.
0	-	Ответ неверен полностью.
	4	Укажите способы ликвидации осложнения основного заболевания.
	-	катетеризация левого мочеточника, стентирование, пункционная нефростомия, уретеролитотомия с нефростомией.
2	-	Все ответы правильные
1	-	Ответ верен только частично.
0	-	Ответ полностью неверен.
	5	Перечислите мероприятия по первичной профилактике заболевания.
	-	Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, диета. Регулярное профилактическое обследование (УЗИ почек), Санаторно-курортное лечение.

2	-	Ответ верен
1	-	Ответ частично верен.
0	-	Ответ неверен.
	-	015
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Больной пожилого возраста предъявляет жалобы на боли внизу живота, иррадиирующие в головку полового члена. Мочеиспускание резко учащено, затруднено, беспокоят рези при мочеиспускании. Периодически в последних порциях мочи отмечается примесь крови. Год назад оперирован по поводу аденомы предстательной железы. Амбулаторное лечение не проводилось. При осмотре: живот правильной формы, над лонем определяется старый окрепший послеоперационный рубец. Per rectum признаков рецидива аденомы нет. Катетеризация уретры свободно осуществляется катетером № 18.
	1	Каков Ваш предварительный диагноз.
	-	Камень мочевого пузыря. ДГПЖ 2 ст. Хронический цистит. Хронический пиелонефрит
2	-	Диагноз поставлен верно.
1	-	Только часть ответа указано правильно.
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
	-	Для уточнения диагноза необходимо проведение УЗИ мочевого пузыря, обзорной, экскреторной урографий, урофлоуметрии.
2	-	Полностью правильный ответ
1	-	Ответ частично правильный
0	-	Ответ неверен.
	3	Какой из методов обследования в данном случае даст наиболее достоверную информацию
	-	Цистоскопия.
2	-	Ответ правильный
1	-	В ответе есть ошибки.
0	-	Ответ неверен полностью.
	4	Чем обусловлено данное заболевание.
	-	Камень мочевого пузыря может быть результатом инфравезикальной обструкции, хронического цистита.
2	-	Все ответы правильные
1	-	Ответ верен только частично.
0	-	Ответ полностью неверен.

	5	перечислите возможные мероприятия по третичной профилактике заболевания.
	-	Лечение воспалительных осложнений со стороны мочевых путей.
2	-	Ответ верен
1	-	Ответ частично верен.
0	-	Ответ неверен.
	-	016
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Больная 55 лет поступила в городскую больницу скорой медицинской помощи с жалобами на боли в левой поясничной области, субфебрилитет. Анамнез: считает себя больной в течение года. При объективном осмотре живот мягкий, умеренно болезнен в левом подреберье. Пропальпировать что-либо в подреберьях невозможно из-за массивной подкожно-жировой клетчатки. Симптом XII ребра (+) слева. Клинический анализ мочи: лейкоциты сплошь покрывают поле зрения. Анализ крови: НВ 100 г/л; Л - $5,9 \cdot 10^9/\text{л}$; СОЭ 56 мм/час. На обзорной урограмме тень конкремента коралловидной формы в проекции левой почки 4х6 см. На серии экскреторных урограмм контрастного вещества в проекции левой почки не определяется. Функция правой почки не изменена. На радиоизотопной ренограмме: справа - сосудистая, секреторная и экскреторная составляющие кривой не нарушены, слева - "немая" почка. На ангиограммах: резкое обеднение сосудистого рисунка слева; ангиоархитектоника справа не нарушена. Цистоскопия: видно выделение густого гноя в виде "пасты из тюбика" из левого устья.
	1	Каков Ваш предварительный диагноз.
	-	Мочекаменная болезнь. Коралловидный камень левой почки.
2	-	Диагноз поставлен верно.
1	-	Только часть ответа указано правильно.
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Осложнения основного заболевания.
	-	Калькулезный пиелонефроз, нефросклероз слева.
2	-	Полностью правильный ответ
1	-	Ответ частично правильный
0	-	Ответ неверен.
	3	Каков, вероятнее всего, химический состав камня.
	-	гидроксиапатит.
2	-	Ответ правильный
1	-	В ответе есть ошибки.
0	-	Ответ неверен полностью.
	4	Какая лечебная тактика? Показания для оперативного лечения?

	-	для устранения источника инфекции и интоксикации показана нефрэктомия слева.
2	-	Все ответы правильные
1	-	Ответ верен только частично.
0	-	Ответ полностью неверен.
	5	перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.
	-	Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, диета. Регулярное профилактическое обследование (УЗИ почек).
2	-	Ответ верен
1	-	Ответ частично верен.
0	-	Ответ неверен.
	-	017
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Пациенту 36 лет четыре года назад проведена пластика гидронефроза слева. В течение трех месяцев беспокоят ноющие боли в поясничной области слева после физической нагрузки. На обзорной урограмме тени $2,5 \times 1,5$ и $1,0 \times 0,8$ см в проекции левой почки. На экскреторных урограммах функция левой почки снижена, гидронефроз, рецидив стриктуры ПУС. Тени камней наслаиваются на пиелоуретральный сегмент и нижнюю группу чашечек. Справа изменений чашечно-лоханочной системы и мочеточника не обнаружено.
	1	Каков Ваш предварительный диагноз.
	-	Рецидив стриктуры ПУС (пиелоуретрального сегмента) слева, гидронефроз слева. Камни левой почки.
2	-	Диагноз поставлен верно.
1	-	Только часть ответа указано правильно.
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
	-	Для уточнения диагноза необходимо проведение МСКТ почек, посев мочи на БАК флору и антибиограмму.
2	-	Полностью правильный ответ
1	-	Ответ частично правильный
0	-	Ответ неверен.
	3	Какие рентгенологические признаки указывают на то, что тень на обзорной урограмме имеет отношение к мочевым путям.
	-	Расширение полостной системы левой почки.
2	-	Ответ правильный
	-	В ответе есть ошибки.

1		
0	-	Ответ неверен полностью.
	4	Предпочтительный метод оперативного лечения.
	-	Перкутанная нефролитотомия слева. Рассечение стриктуры ПУС, стентирование мочеточника.
2	-	Все ответы правильные
1	-	Ответ верен только частично.
0	-	Ответ полностью неверен.
	5	Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике заболевания.
	-	Лечение воспалительных осложнений со стороны мочевых путей.
2	-	Ответ верен
1	-	Ответ частично верен.
0	-	Ответ неверен.
	-	018
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	У пациента 48 лет накануне обращения возник приступ острой боли в левой поясничной области и левой половине живота, после чего прекратилось мочеиспускание и позывы на него. Мочи нет в течение 12 ч. При пальпации и перкуссии над лобком мочевого пузыря не определяется. При катетеризации мочевого пузыря мочи не получено. 6 лет назад удалена правая почка по поводу почечнокаменной болезни.
	1	Предварительный диагноз.
	-	Мочекаменная болезнь. Камень левого мочеточника. Постренальная анурия.
2	-	Предварительный диагноз поставлен верно
1	-	Предварительный диагноз неполный, или указано неверное осложнение
0	-	Диагноз поставлен неверно
	2	Какие дополнительные обследования необходимо провести
	-	Описание эталонного ответа на вопрос 2
2	-	Для уточнения диагноза необходимо выполнить клинический анализ крови, клинический анализ мочи, биохимический анализ крови, УЗИ почек, обзорная урография, МСКТ почек.
1	-	Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования
0	-	Методы обследования не указаны
	3	Можно ли рассматривать состояние больного как неотложную ситуацию.
	-	Анурия – неотложное состояние. Анурия – полное прекращение выделения мочи или выделение не более 50 мл мочи в сутки.
2	-	Указано, что ситуация неотложная. Дано определение
1	-	Указано, что ситуация неотложная. Не дано определение
0	-	Ситуация не расценена как неотложная. Определение не дано.

	4	Укажите способы ликвидации осложнения основного заболевания.
	-	Катетеризация левого мочеточника, установка внутреннего мочеточникового стента слева, чрескожная нефростомия. Уретеролитотрипсия
2	-	Указаны все способы ликвидации осложнения
1	-	Указаны не все способы ликвидации осложнения
0	-	Способы ликвидации осложнения не указаны
	5	С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику
	-	Острая хирургическая патология, сопровождающаяся болевым синдромом в левой половине живота (острый дивертикулит ободочной кишки, местный неотграниченный перитонит, острый панкреатит). Острая кардиологическая патология – острый коронарный синдром
2	-	Указаны все варианты для дифференциальной диагностики
1	-	Перечислены не все варианты для дифференциальной диагностики
0	-	Варианты для дифференциальной диагностики не указаны
	-	019
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Больной 16 лет поступил в клинику с жалобами на увеличение правой половины мошонки. В возрасте 6 лет перенес орхопексию по поводу пахового крипторхизма. При пальпации мошонки правое яичко увеличено, малоболезненно, плотной консистенции, четких изменений в придатке не обнаружено, паховые лимфоузлы не увеличены. На экскреторных урограммах определяется отклонение правого мочеточника латерально.
	1	Предварительный диагноз.
	-	Опухоль правого яичка, вероятно, метастазы в тазовые лимфатические узлы.
2	-	Диагноз установлен верно с локализацией основного процесса и вторичных изменений
1	-	Диагноз установлен верно с локализацией основного процесса. Вторичные изменения не выявлены или выявлены с неправильной локализацией
0	-	Диагноз установлен неверно
	2	Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
	-	Для уточнения диагноза необходимо клинический анализ крови и мочи, определение ЛДГ, альфафетопротеина, Бэта-ХГЧ, УЗИ почек, КТ, МРТ, гистологическое исследование опухоли (тонкоигольная пункционная биопсия).
2	-	Указаны лабораторные и инструментальные виды исследований. Указаны основные онкомаркеры опухоли яичка
1	-	Не указаны лабораторные или инструментальные виды исследований. Указаны лабораторные и инструментальные виды исследований. Не указаны основные онкомаркеры опухоли яичка
0	-	Не указаны методы дополнительных исследований
	3	Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.
	-	Гистологическое исследование опухоли (тонкоигольная пункционная биопсия).
2	-	Указан наиболее информативный метод с детальным описанием
1	-	Указан наиболее информативный метод без детального описания
0	-	Наиболее информативный метод не указан
	4	От чего зависит объем вероятного оперативного вмешательства.
	-	От гистологического строения опухоли. Доброкачественная или злокачественная.

		Злокачественная (Герминогенные и негерминогенные.) Наличие или отсутствие метастазов. Стадия заболевания
2	-	Указаны все параметры, определяющие объем вмешательства
1	-	Указаны параметры, от которых зависит объем оперативного вмешательства не полностью
0	-	параметры, определяющие объем вмешательства не указаны
	5	Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике.
	-	Орхэктомия в 6 лет
2	-	Профилактическая мера указана верно
1	-	Профилактическая мера указана в другом объеме (не радикально)
0	-	Профилактическая мера не указана
	-	020
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Больная 55 лет поступила в урологическую клинику с жалобами на учащенное мочеиспускание, наличие крови в моче, тупые боли в левой поясничной области. При цистоскопии на левой боковой стенке мочевого пузыря обнаружена грубоворсинчатая опухоль, входящая в 2 поля зрения цистоскопа на широком основании, прикрывает левое устье. На экскреторных урограммах функция правой почки не нарушена, слева-снижена.
	1	Предварительный диагноз.
	-	Рак мочевого пузыря с вовлечением в процесс устья левого мочеточника.
2	-	Диагноз установлен верно с уточнением локализации и распространения
1	-	Диагноз установлен верно без уточнения локализации и распространения
0	-	Диагноз установлен неверно
	2	Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
	-	Для уточнения диагноза необходимо выполнение клинических, биохимических анализов крови и мочи, УЗИ почек и мочевого пузыря. МРТ малого таза. МСКТ мочевого пузыря. ТУР биопсия мочевого пузыря с использованием в том числе фотодинамических методов
2	-	Указаны и лабораторные, и инструментальные методы исследования
1	-	Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования. Или не указаны все основные методы для оценки состояния органов мочевого пузыря
0	-	Не указаны дополнительные методы исследования
	3	Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.
	-	Биопсия опухоли с последующим гистологическим исследованием. Выполняется с помощью трансуретральной резекции стенки мочевого пузыря в том числе с использованием фотодинамических методов.
2	-	Указан наиболее информативный метод диагностики с пояснением механизма его
1	-	Указан наиболее информативный метод диагностики без уточнения механизма его
0	-	Не указан наиболее информативный метод диагностики, или указан иной менее информативный метод
	4	План лечения.
	-	Лечение оперативное: резекция мочевого пузыря с уретероцистостомией.
2	-	Указан оптимальный метод лечения с учетом распространения опухоли

1	-	Указан метод лечения без учета распространения опухоли
0	-	Метод лечения не указан
	5	Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике.
	-	Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек (курение), исключение профессиональных вредностей (контакт с ароматическими аминами, фосфоорганическими веществами, ионизирующее излучение производство красок, полимеров)
2	-	Указаны меры первичной профилактики с пояснением и уточнением возможных этиологических факторов
1	-	Указаны меры профилактики без пояснения и уточнения возможных этиологических факторов
0	-	Меры первичной профилактики не указаны.
	-	021
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Больной 69 лет поступил в клинику с жалобами на затрудненное мочеиспускание, вялую струю мочи, боли в промежности и крестце. Болен около года. При ректальном обследовании: простата увеличена, с нечеткими контурами, бугристая, с очагами каменистой плотности.
	1	Предварительный диагноз.
	-	Рак простаты.
2	-	Диагноз установлен верно
1	-	Диагноз установлен с нечетко определенной нозологией (например гиперплазия простаты)
0	-	Диагноз установлен неверно
	2	Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
	-	Для уточнения диагноза необходимо выполнение ТРУЗИ простаты, определение уровня ПСА (простатспецифического антигена). МРТ малого таза.
2	-	Указаны и лабораторные, и инструментальные методы исследования
1	-	Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования.
0	-	Не указаны дополнительные методы исследования
	3	Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.
	-	Биопсия простаты с последующим гистологическим исследованием. Выполняется трансректальная мультифокальная 12 точечная биопсия под УЗ контролем. Возможно выполнение трансректальной или промежностной биопсии под МРТ наведением.
2	-	Указаны метод и описание его вариантов
1	-	Указан только метод без описания его вариантов
0	-	Неверное указание наиболее достоверного метода диагностики
	4	От чего зависит выбор метода лечения больного. Поясните.
	-	От стадии заболевания. При стадии 1-2стадии – радикальная простатэктомия, при 3-4стадии – орхэктомия, гормонотерапия, лучевая, химиотерапия
2	-	Указан параметр с пояснением
1	-	Указан параметр без пояснения
0	-	Указан неверный параметр или не указан вовсе

	5	Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике.
	-	Здоровый образ жизни, наблюдение у уролога. Контроль УЗИ простаты, определение ПСА (более 4 нг/мл), скорости прироста (более 0,75 нг/мл в год) и скорости удвоения его (менее чем 12 мес) –онконастороженность и показание к биопсии
2	-	Указаны меры вторичной профилактики полно
1	-	Указаны меры профилактики неполно
0	-	Меры вторичной профилактики не указаны.
	-	022
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Больной 65 лет поступил в клинику с жалобами на вялую струю мочи, учащенное мочеиспускание (ночью до 6 раз). Болен 3 года. При ректальном обследовании простата увеличена, эластична с четкими контурами. На обзорной, экскреторных урограммах функция почек и пассаж контрастного вещества не нарушен. На нисходящей цистограмме имеется дефект наполнения в области шейки мочевого пузыря. Мочевина крови- 4,2 ммоль/л, в анализе мочи до 10 лейкоцитов в поле зрения. По данным УЗИ остаточной мочи более 100 мл.
	1	Предварительный диагноз.
	-	Гиперплазия простаты 2 стадии
2	-	Диагноз установлен верно
1	-	Диагноз установлен верно без уточнения стадии
0	-	Диагноз установлен неверно
	2	Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
	-	Для уточнения диагноза необходимо выполнение ТРУЗИ простаты, определение уровня ПСА (простатспецифического антигена). Урофлуометрия, определение IPSS
2	-	Указаны и лабораторные, и инструментальные методы исследования
1	-	Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования.
0	-	Не указаны дополнительные методы исследования
	3	От чего зависит вид оперативного вмешательства. Поясните.
	-	От типа роста и объема аденоматозной ткани. При объеме менее 60 г – ТУР. При объеме более 60 г и внутривезикулярном росте – трансвезикальная аденомэктомия. При объеме более 60 г и паравезикулярном росте – позадилонная аденомэктомия.
2	-	Указаны оба критерия выбора метода операции
1	-	Указан 1 критерий выбора метода операции
0	-	Неверное указание критериев выбора метода операции или отсутствие указания критериев.
	4	Какой параметр определяет стадию заболевания.
	-	Наличие остаточной мочи. В норме объем остаточной мочи не превышает 50 мл
2	-	Указан параметр с пояснением
1	-	Указан параметр без пояснения
0	-	Указан неверный параметр или не указан вовсе
	5	Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике.
	-	Здоровый образ жизни, наблюдение у уролога.
2	-	Указаны меры вторичной профилактики полно
	-	Указаны меры профилактики неполно

1		
0	-	Меры вторичной профилактики не указаны.
	-	023
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	У больного 66 лет на протяжении 1 года отмечается учащенное мочеиспускание, периодически кровь с бесформенными сгустками в моче в конце мочеиспускания. При двустаканной пробе вторая порция мочи цвета «мясных помоев» со сгустками.
	1	Предварительный диагноз.
	-	Гиперплазия простаты, камень мочевого пузыря.
2	-	Диагноз установлен верно
1	-	Диагноз установлен с нечетко определенной нозологией
0	-	Диагноз установлен неверно
	2	Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
	-	Для уточнения диагноза необходимо УЗИ мочевого пузыря и почек, пальцевой ректальный осмотр. ПСА крови
2	-	Указаны и лабораторные, и инструментальные методы исследования
1	-	Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования.
0	-	Не указаны дополнительные методы исследования
	3	Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.
	-	Обзорная урография и УЗИ мочевого пузыря. Позволят выявить увеличенную простату с остаточной мочой, конкремент мочевого пузыря, обусловленный инфравезикальной обструкцией
2	-	Указаны метод и результат
1	-	Указан только метод без описания результата
0	-	Неверное указание наиболее достоверного метода диагностики
	4	Каков объем предполагаемого оперативного вмешательства Какое исследование его точно определит.
	-	Аденомэктомия в сочетании с цистолитотомией. При наличии лейкоцитурии (клинический анализ мочи) – цистолитотомия и цистостомия.
2	-	Указан метод с определяющим исследованием и уточнением в зависимости от результата исследования.
1	-	Указан метод без определяющего исследования
0	-	Указан неверный метод и неверное определяющее исследование
	5	Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике.
	-	Здоровый образ жизни, наблюдение у уролога, прием уроантисептиков.
2	-	Указаны меры вторичной профилактики полно
1	-	Указаны меры профилактики неполно
0	-	Меры вторичной профилактики не указаны.
	-	024
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА

		ВОПРОСЫ
	-	У больного 72 лет после приема алкоголя прекратилось мочеиспускание, появились ощущение переполнения мочевого пузыря, настоятельные позывы на мочеиспускание, сильные распирающие боли внизу живота. До этого в течение 2-3 лет отмечал умеренное затруднение мочеиспускания, учащение его ночью до 2-3 раз, ослабление струи мочи.
	1	Предварительный диагноз.
	-	Доброкачественная гиперплазия простаты, острая задержка мочеиспускания.
2	-	Диагноз установлен верно
1	-	Диагноз установлен верно, не указано осложнение.
0	-	Диагноз установлен неверно
	2	Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
	-	Для уточнения диагноза необходимо осмотреть больного ректально, ТРУЗИ простаты, УЗИ почек и мочевого пузыря, клинические и биохимические анализы крови, определить уровень ПСА.
2	-	Указаны и лабораторные, и инструментальные методы исследования
1	-	Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования.
0	-	Не указаны дополнительные методы исследования
	3	Объем оказания неотложной помощи.
	-	Катетеризация мочевого пузыря, при технической невозможности – цистостомия (Троакарная или открытая).
2	-	Указана суть неотложной помощи, сформулированы методы ее оказания с разновидностями
1	-	Указана только суть неотложной помощи, или сформулированы методы ее оказания без подробного описания разновидностей
0	-	Не указан метод неотложной помощи
	4	Какой параметр определяет стадию заболевания.
	-	Наличие остаточной мочи, показатели азотистого обмена.
2	-	Указаны все определяющие параметры.
1	-	Не указан 1 из параметров
0	-	Параметры не указаны
	5	Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике.
	-	Здоровый образ жизни, наблюдение у уролога, своевременное оперативное лечение.
2	-	Указаны меры вторичной профилактики полно
1	-	Указаны меры профилактики неполно
0	-	Меры вторичной профилактики не указаны.
	-	025
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Больной 80 лет предъявляет жалобы на постоянное непроизвольное выделение мочи каплями в течение 2 недель. До этого учащенное и затрудненное мочеиспускание с выделением большого количества мочи (до 3 л в сутки), прозрачной и бесцветной, сухость во рту, сильная жажда. Диагноз «Сахарный диабет» не подтвержден. Над лобком прощупывается округлое, эластичное, умеренно болезненное образование.

	1	Предварительный диагноз.
	-	Доброкачественная гиперплазия простаты 3 стадии. ХПН. Полиурия
2	-	Диагноз установлен верно
1	-	Диагноз установлен верно, но без указания стадии и осложнений
0	-	Диагноз установлен неверно
	2	Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
	-	Для уточнения диагноза необходимо: пальцевой ректальный осмотр, ТРУЗИ, определение уровня ПСА, мочевины, креатинина. УЗИ почек и мочевого пузыря
2	-	Указаны и лабораторные, и инструментальные методы исследования
1	-	Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования.
0	-	Не указаны дополнительные методы исследования
	3	От чего зависит вид оперативного вмешательства. Поясните.
	-	У больного явные признаки ХПН на фоне аденомы простаты, что является показанием к цистостомии.
2	-	Указан параметр, от которого зависит вид оперативного вмешательства с пояснением
1	-	Указан параметр без пояснения
0	-	Не указан параметр, от которого зависит вид оперативного вмешательства
	4	Какой параметр определяет стадию заболевания.
	-	Наличие остаточной мочи, показатели азотистого обмена.
2	-	Указаны все определяющие параметры.
1	-	Не указан 1 из параметров
0	-	Параметры не указаны
	5	Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике.
	-	Здоровый образ жизни, наблюдение у уролога, своевременное оперативное лечение.
2	-	Указаны меры вторичной профилактики полно
1	-	Указаны меры профилактики неполно
0	-	Меры вторичной профилактики не указаны.
	-	026
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Больной 56 лет сегодня утром внезапно, на фоне нормального самочувствия отметил выделение мочи ярко-красного цвета, с червеобразными сгустками. Окраска мочи равномерная на протяжении всего акта мочеиспускания. Такой же цвет мочи при двух последующих мочеиспусканиях. Содержание гемоглобина крови и артериальное давление - в пределах нормы.
	1	Предварительный диагноз.
	-	Клиническая картина характерна для опухоли почки.
2	-	Диагноз установлен верно. Указан орган, которым локализуется патологический процесс
1	-	Упоминание об онкопатологии, но без указания локализации патологического процесса
0	-	Диагноз установлен неверно

	2	Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
	-	Для уточнения диагноза необходимо УЗИ почек, обзорная, экскреторная урография, МРТ, МСКТ, клинические и биохимические анализы крови и мочи
2	-	Указаны и лабораторные, и инструментальные методы исследования
1	-	Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования.
0	-	Не указаны дополнительные методы исследования
	3	Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.
	-	МСКТ мочевого пузыря с внутривенным болюсным контрастированием, определением ангиоархитектоники патологического процесса
2	-	Указан метод с пояснением
1	-	Указан метод без пояснения
0	-	Не указан метод
	4	Каков объем оперативного вмешательства, если таковое показано.
	-	Радикальная нефрэктомия с лимфаденэктомией.
2	-	Указаны полный объем
1	-	Объем указан неполностью
0	-	Объем указан неверно
	5	Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике.
	-	Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек.
2	-	Указаны меры первичной профилактики полно
1	-	Указаны меры профилактики неполно
0	-	Меры первичной профилактики не указаны.
	-	027
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Больной 62 лет обратился за медицинской помощью в связи с примесью крови к моче, равномерно окрашивающей всю струю мочи, почти постоянным повышением температуры тела до 37,8-38,00 С. При осмотре выявлено варикозное расширение вен семенного канатика справа. В момент осмотра моча без видимой примеси крови.
	1	Предварительный диагноз.
	-	Клиническая картина характерна для опухоли правой почки.
2	-	Диагноз установлен верно. Указан орган, в котором локализуется патологический процесс
1	-	Упоминание об онкопатологии, но без указания локализации патологического процесса
0	-	Диагноз установлен неверно
	2	Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
	-	Для уточнения диагноза необходимо УЗИ почек, обзорная, экскреторная урография, МРТ, МСКТ, клинические и биохимические анализы крови и мочи
2	-	Указаны и лабораторные, и инструментальные методы исследования
1	-	Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования.
	-	Не указаны дополнительные методы исследования

0		
	3	О каком осложнении говорит наличие правостороннего варикоцеле.
	-	О наличии флотирующего тромба в нижней полой вене.
2	-	Указано осложнение с четкой локализацией
1	-	Указано осложнение, локализация указана неверно или не указана
0	-	Не указано осложнение
	4	Каков объем оперативного вмешательства, если таковое показано.
	-	Радикальная нефрэктомия с лимфаденэктомией и тромбэктомией.
2	-	Указаны полный объем
1	-	Объем указан неполностью
0	-	Объем указан неверно
	5	Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике.
	-	Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек.
2	-	Указаны меры первичной профилактики полно
1	-	Указаны меры профилактики неполно
0	-	Меры первичной профилактики не указаны.
	-	028
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Больной 65 лет поступил в урологическую клинику с жалобами на вялую струю мочи, учащенное мочеиспускание, ноктурию (до 6 раз). Анамнез: подобные явления, нарастая, отмечаются в течение 3 лет. При осмотре: живот мягкий, безболезненный. Per gestum: простата увеличена, эластична, поверхность гладкая, контуры четкие, бороздка сглажена. Клинический анализ крови - б/патологии. Мочевина крови - 4,2 ммоль/л. Анализ мочи: лейкоциты до 4 в п/зр. На экскреторных урограммах функция почек и пассаж контрастного вещества из верхних мочевых путей не нарушены. На нисходящей цистограмме имеется дефект наполнения полулунной формы по нижнему контуру мочевого пузыря. По данным УЗИ остаточной мочи более 100 мл.
	1	Предварительный диагноз.
	-	Проведенное обследование выявило наличие аденомы простаты 2 ст.
2	-	Диагноз установлен верно. Указан орган, в котором локализуется патологический процесс и стадия
1	-	Диагноз установлен верно. Указан орган, в котором локализуется патологический процесс без указания стадии
0	-	Диагноз установлен неверно
	2	Какой параметр определяет стадию заболевания.
	-	Наличие остаточной мочи, определяемой по данным УЗИ мочевого пузыря.
2	-	Параметр указан верно, есть пояснение
1	-	Параметр указан верно, без пояснения
0	-	Параметр не указан, или указан неверно
	3	Какова в данном случае тактика лечения.
	-	Отсутствие у больного явлений почечной недостаточности и острого пиелонефрита дает возможность выполнить одномоментную аденомэктомию.
2	-	Указана тактика с пояснением

1	-	Указана тактика без пояснения
0	-	Тактика указана неверно или не указана
	4	Какие осложнения данного заболевания возможны. Как называется последняя стадия этого заболевания и чем она характеризуется.
	-	Острый или хронический обструктивный пиелонефрит; ХПН; острая задержка мочи; кровотечение из варикозно расширенных вен шейки мочевого пузыря, хронический цистит, камни мочевого пузыря. Третья стадия аденомы простаты называется стадией декомпенсации, характеризуется наличием парадоксальной ишурии, хроническим обструктивным пиелонефритом и развитием ХПН.
2	-	Ответ на вопрос полный
1	-	Ответ на вопрос не полный (менее 3 осложнений)
0	-	Ответ неверный, осложнения не указаны
	5	Укажите меры третичной профилактики
	-	Прием уроантисептиков в течение 6 мес.
2	-	Указаны меры третичной профилактики полно
1	-	Указаны меры профилактики неполно
0	-	Меры третичной профилактики не указаны.
	-	029
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	В приемный покой городской больницы скорой медицинской помощи доставлен больной 64 лет с жалобами на отсутствие самостоятельного мочеиспускания в течение суток, повышение температура до 38 С без ознобов. Анамнез: расстройства мочеиспускания в виде ослабления струи мочи, ночной поллакиурии, императивных позывов к мочеиспусканию в течение последних 5 лет. Накануне заболевания употреблял алкоголь. При осмотре: живот мягкий, умеренно болезнен в левом подреберье и над лоном, где пальпируется увеличенный мочевой пузырь. Симптом XII ребра (+) слева. Температура тела при поступлении 38,2С.
	1	Каким заболеванием страдает больной.
	-	Больной страдает аденомой простаты (аденомой периуретральных желез, доброкачественной гиперплазией простаты).
2	-	Диагноз установлен верно. Указаны различные наименования конкретной нозологии
1	-	Диагноз установлен верно. Варианты наименований конкретнтой нозологии не указаны
0	-	Диагноз установлен неверно
	2	Какие осложнения возникли у данного больного.
	-	Острая задержка мочеиспускания. Острый пиелонефрит слева.
2	-	Указаны все осложнения
1	-	Указаны не все осложнения
0	-	Осложнения не указаны
	3	Какие осложнения данного заболевания возможны.
	-	Острый или хронический обструктивный пиелонефрит; ХПН; острая задержка мочи; кровотечение из варикозно расширенных вен шейки мочевого пузыря; хронический цистит; камни мочевого пузыря.
2	-	Указаны все осложнения
	-	Указано не менее 3 осложнений

1		
0	-	Осложнения не указаны
	4	Какие обследования необходимо провести для подтверждения диагноза. Каковы неотложные лечебные мероприятия в данном случае.
	-	Пальцевое ректальное исследование простаты. Обзорная, экскреторная урография; анализы крови; исследование состояния сердечно-сосудистой системы. Наложение эпицистостомического дренажа, массивная антибактериальная и детоксикационная терапия.
2	-	Ответ на вопрос полный (указаны обследования и лечебные мероприятия)
1	-	Ответ на вопрос не полный (указаны только обследования или лечебные мероприятия, или неверное указание или методов обследования или лечебных мер)
0	-	Ответ неверный. Не указаны методы обследования и лечебные меры
	5	Укажите меры третичной профилактики
	-	Наблюдение у уролога.
2	-	Указаны меры третичной профилактики полно
1	-	Указаны меры профилактики неполно
0	-	Меры первичной профилактики не указаны.
	-	030
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Девочка 12 лет страдает хроническим циститом с обострениями до 2-3 раз в год с 7 лет. Со слов матери последние 2 года периодически появляются тупые ноющие боли в левой поясничной области, чаще в ночное время и во время мочеиспускания, сопровождаются субфебрилитетом, головной болью, слабостью. АД 130/100 мм рт. ст. Анализ мочи - единичные лейкоциты. Анализ мочи по Нечипоренко - 8000 лейкоцитов. На обзорной урограмме левая почка небольших размеров с неровными контурами, теней конкрементов не определяется. На экскреторных урограммах - функция левой почки снижена, определяется умеренная пиелэктазия, расширение нижней трети левого мочеточника.
	1	Предварительный диагноз.
	-	Клиническая картина характерна для пузырно-мочеточниково-лоханочного рефлюкса. Хронического рефлюкс-генного пиелонефрита (рефлюкс-нефропатии).
2	-	Диагноз установлен верно. Полный ответ
1	-	Диагноз установлен верно. Неполный ответ
0	-	Диагноз установлен неверно
	2	Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
	-	Для уточнения диагноза необходима микционная цистоуретрография. (цистоуретерография в момент мочеиспускания)
2	-	Указан метод с пояснением
1	-	Указаны метод без пояснения
0	-	Метод обследования не указан
	3	Укажите признаки осложнения основного заболевания.
	-	Нефросклероз (неровность контура почек слева).
2	-	Указано осложнение с пояснением
1	-	Указано осложнение без пояснения
0	-	Признаки осложнения не указаны

	4	С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику.
	-	Мочекаменная болезнь. Рентггенегативный камень мочеточника.
2	-	Ответ на вопрос полный (указана нозология и характеристика субстрата)
1	-	Ответ на вопрос не полный
0	-	Ответ неверный.
	5	Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике заболевания.
	-	Антибактериальная терапия (прием уроантисептиков курсами). Принудительное мочеиспускание через 2,5- 3 часа.
2	-	Указаны меры вторичной профилактики полно
1	-	Указаны меры профилактики неполно
0	-	Меры первичной профилактики не указаны.
	-	031
	Код функции	Текст названия трудовой функции
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	У больного 17 лет, после перенесенного фурункула правого предплечья, появились тупые боли в правой поясничной области, повышение температуры до 38,0С, снижение аппетита, слабость. При осмотре в правой поясничной области отмечается припухлость. Больной лежит на правом боку с подтянутым к животу бедром. При пальпации в правойпояснично-подребернойобласти отмечается дефанс, положительный симптом XII ребра. ОАК: выраженный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево. На обзорной урограмме контуры поясничной мышцы справа не определяются. Теней, подозрительных на конкременты, в проекции почек, мочевых путей не выявлено, выражен сколиоз. По данным УЗИ расширения ЧЛС не выявлено, нечетко лоцируется контур верхнего полюса правой почки, подвижность почки снижена.
	1	Предварительный диагноз.
	-	Клиническая картина характерна для острого гнойного пиелонефрита.
2	-	Диагноз установлен верно. Полный ответ
1	-	Диагноз установлен верно. Неполный ответ
0	-	Диагноз установлен неверно
	2	Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
	-	УЗИ почек с цветным доплеровским картированием, МСКТ мочевогоделительной системы с внутривенным болюсным контрастированием
2	-	Указан метод с пояснением
1	-	Указаны метод без пояснения
0	-	Метод обследования не указан
	3	Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.
	-	МСКТ мочевогоделительной системы с внутривенным болюсным контрастированием
2	-	Указан метод с пояснением
1	-	Указан метод без пояснения
0	-	Указан неверный метод

	4	С чем связано вынужденное положение больного.
	-	Гнойный процесс в почке осложнился паранефритом, псоитом.
2	-	Ответ на вопрос полный (указана нозология и характеристика субстрата)
1	-	Ответ на вопрос не полный
0	-	Ответ неверный.
	5	Перечислите возможные мероприятия по третичной профилактике заболевания.
	-	Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, исследование и коррекция изменений иммунной системы.
2	-	Указаны меры вторичной профилактики полно
1	-	Указаны меры профилактики неполно
0	-	Меры первичной профилактики не указаны.
	-	032
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	У женщины 20 лет на следующий день после переохлаждения появилось учащенное, болезненное мочеиспускание, терминальная гематурия, боли внизу живота. Температура не повышена.
	1	Предварительный диагноз.
	-	Клиническая картина характерна для острого цистита.
2	-	Диагноз установлен верно. Полный ответ (указана нозология и течение процесса)
1	-	Диагноз установлен верно. Неполный ответ
0	-	Диагноз установлен неверно
	2	Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
	-	УЗИ почек, мочевого пузыря; общий анализ мочи, посев мочи. Клинический анализ крови
2	-	Указаны и лабораторные, и инструментальные методы исследования
1	-	Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования.
0	-	Не указаны дополнительные методы исследования
	3	Какой метод обследования необходимо выполнить после стихания воспалительных явлений
	-	Цистоскопия. Так как метод инвазивный и применяется наполнение мочевого пузыря с возможным возникновением рефлюксов ПМР
2	-	Указан метод с пояснением
1	-	Указан метод без пояснения
0	-	Указан неверный метод
	4	Какие виды гематурий Вам известны.
	-	Инициальная, тотальная, терминальная.
2	-	Ответ на вопрос полный (указана 3 вида)
1	-	Ответ на вопрос не полный (указано не менее 2 видов)
0	-	Ответ неверный. Или указан 1 вид

	5	Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.
	-	Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, исследование и коррекция изменений иммунной системы, общая гигиена, гигиена половой жизни.
2	-	Указаны меры вторичной профилактики полно
1	-	Указаны меры профилактики неполно
0	-	Меры первичной профилактики не указаны.
	-	033
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	У больной 16 лет последние 2 года периодически, чаще в ночное время, возникают приступы острых болей в правой пояснично-подреберной области, сопровождающиеся подъемом температуры до 39°C, ознобом. Неоднократно была осмотрена дежурным хирургом, который данных за острую хирургическую патологию не находил. В дошкольном возрасте наблюдались частые обострения хронического цистита, лечилась у педиатра.
	1	Предварительный диагноз.
	-	Клиническая картина характерна для обострения хронического цистита на почве других заболеваний мочевого пузыря, уретры, почек, возможно специфического характера.
2	-	Диагноз установлен верно. Полный ответ (указана нозология и дано пояснение фоновых заболеваний)
1	-	Диагноз установлен верно. Неполный ответ
0	-	Диагноз установлен неверно
	2	Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
	-	УЗИ почек, мочевого пузыря; обзорная, экскреторная урография, общий анализ мочи, посев мочи. Клинический анализ крови
2	-	Указаны и лабораторные, и инструментальные методы исследования
1	-	Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования.
0	-	Не указаны дополнительные методы исследования
	3	Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.
	-	Цистоскопия, посев мочи на ВК.
2	-	Указаны все методы
1	-	Указан 1 метод
0	-	Метод не указан или указан неверный метод
	4	Какое заболевание наиболее вероятно.
	-	Туберкулез органов мочевыделительной системы. Поражение мочевого пузыря
2	-	Ответ на вопрос полный
1	-	Ответ на вопрос не полный
0	-	Ответ неверный
	5	Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.
	-	Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, исследование и коррекция изменений иммунной системы, общая гигиена, гигиена половой жизни.
2	-	Указаны меры первичной профилактики полно
1	-	Указаны меры профилактики неполно
	-	Меры первичной профилактики не указаны.

0		
ид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
	-	034
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	У больного 12 лет после перенесенного фурункула правого предплечья появились тупые боли в правой поясничной области, повышение температуры до 38 градусов, снижение аппетита, слабость. При осмотре в правой поясничной области отмечается припухлость. Больной лежит на правом боку с подтянутым к животу бедром. При пальпации в правой пояснично-подреберной области отмечается дефанс, положительный симптом XII ребра. ОАК: выраженный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево. На обзорной урограмме контуры поясничной мышцы справа не определяются. Теней, подозрительных на конкременты, в проекции почек, мочевых путей не выявлено, выражен сколиоз. По данным УЗИ расширения ЧЛС не выявлено, нечетко лоцируется контур верхнего полюса правой почки, подвижность почки снижена.
	1	Предварительный диагноз.
	-	Клиническая картина характерна для острого гнойного пиелонефрита, паранефрита справа
2	-	Диагноз установлен верно. Полный ответ
1	-	Диагноз установлен верно. Неполный ответ
0	-	Диагноз установлен неверно
	2	Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
	-	Обзорная, экскреторная урография, УЗИ почек, ЦДК; общий анализ мочи, посев мочи. МСКТ мочевого пузыря с внутривенным болюсным контрастированием
2	-	Указаны и лабораторные, и инструментальные методы исследования
1	-	Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования.
0	-	Не указаны дополнительные методы исследования
	3	Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.
	-	МСКТ мочевого пузыря с внутривенным болюсным контрастированием, УЗИ почек с ЦДК
2	-	Указаны все методы
1	-	Указан 1 метод
0	-	Метод не указан или указан неверный метод
	4	При каких данных УЗИ показано оперативное лечение. Укажите объем оперативного вмешательства.
	-	При наличии очага ишемии почечной паренхимы. Операция: люмботомия, ревизия правой почки, возможно иссечение карбункула, декапсуляция почки, дренирование забрюшинного пространства.
2	-	Ответ на вопрос полный
1	-	Ответ на вопрос не полный
0	-	Ответ неверный
	5	Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.
	-	Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, исследование и коррекция изменений иммунной системы. Профилактика гнойничковых поражений кожи.
	-	Указаны меры первичной профилактики полно

2		
1	-	Указаны меры профилактики неполно
0	-	Меры первичной профилактики не указаны.
	-	035
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Пациент 55 лет поступил в урологическую клинику с жалобами на учащенное мочеиспускание, наличие крови в моче. При цистоскопии на левой боковой стенке мочевого пузыря обнаружена грубоворсинчатая опухоль на широком основании, входящая в 1 поле зрения цистоскопа. На экскреторных урограммах нарушения функции почек нет.
	1	Предварительный диагноз.
	-	Новообразование мочевого пузыря. Рак мочевого пузыря.
2	-	Диагноз установлен верно. Полный ответ с указанием локализации, характера поражения (добро/злокачественное)
1	-	Диагноз установлен верно. Неполный ответ
0	-	Диагноз установлен неверно
	2	Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
	-	Для уточнения диагноза необходимо клинические анализы крови и мочи, биохимические анализы крови, УЗИ почек и мочевого пузыря, органов брюшной полости, Р-графия легких. МРТ малого таза
2	-	Указаны и лабораторные, и инструментальные методы исследования
1	-	Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования.
0	-	Не указаны дополнительные методы исследования
	3	Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.
	-	Биопсия опухоли с последующим гистологическим исследованием. Выполняется с помощью трансуретральной резекции
2	-	Метод описан полно
1	-	Метод описан неполно
0	-	Метод не указан или указан неверный метод
	4	План лечения.
	-	Лечение оперативное: ТУР опухоли мочевого пузыря. Возможно проведение внутрипузырной химиотерапии при мышечнонеинвазивном раке. Цистэктомия в зависимости от стадии опухоли по TNM
2	-	Ответ на вопрос полный
1	-	Ответ на вопрос не полный
0	-	Ответ неверный
	5	Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.
	-	Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, исключение профессиональных вредностей.
2	-	Указаны меры первичной профилактики полно
1	-	Указаны меры профилактики неполно
0	-	Меры первичной профилактики не указаны.

ид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
	-	036
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Больной 44 лет обратился в приемный покой стационара с жалобами на острые боли в правой пояснично-подреберной области, иррадиирующие по ходу мочеточника, правую половину мошонки, сопровождающиеся тошнотой и рвотой. Отмечает учащенное малыми порциями мочеиспускание. Боли в поясничной области беспокоят в течение 3-х суток. Вчера присоединилась гипертермия до 38,4°C с ознобом, в моче заметил незначительную примесь крови без сгустков, появилась дизурия. После приема анальгина, спазмолитиков состояние не улучшилось. Из анамнеза известно, что 2 года назад наблюдался аналогичный приступ болей, купированный инъекциями папаверина, анальгина. В дальнейшем он за медицинской помощью не обращался и не обследовался. При осмотре общее состояние средней тяжести, больной беспокоен, мечется от болей, кожные покровы бледные. Язык сухой, обложен белым налетом. Температура тела – 38,2°C. Пульс 98 уд. /мин, ритмичен, АД – 100/70 мм. рт. ст. Живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в правой пояснично-подреберной области. Симптом XII ребра справа (+). Перкуторно мочевого пузыря не определяется. Лабораторные данные - ОАК: Hb – 112 г/л; L- 12,8x10 ⁹ /л, Э – 1%; Ю-1%, П-6%; С-77%, Л. – 15%; ОАМ: L – 3 в п/зр, Ег – 4-5 в п/зр.
	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
	-	Острый (не исключается гнойный) калькулезный правосторонний пиелонефрит. Обтурирующий камень интрамурального отдела правого мочеточника. Правосторонняя почечная колика.
2	-	Диагноз поставлен верно.
1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена.
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Определите чем обусловлена клиническая картина.
	-	Клиническая картина обусловлена обтурацией мигрирующим из почки камнем правого мочеточника, последующим развитием на этом фоне острого пиелонефрита.
2	-	Ответ дан верно.
1	-	Клиническая картина обоснована не в полном объеме: часть патологий упущена.
0	-	Клиническая картина обоснована неверно.
	3	Какие методы обследования дадут наиболее достоверную информацию о характере заболевания.
	-	Лучевые методы: МСКТ, УЗИ и ДГ почек, экскреторная урография (с возможным проведением экскурсионной урографии, отсроченных R- снимков).
2	-	Методы обследования указаны верно.
1	-	Методы обследования указаны неполностью: названы не все методы обследования.
0	-	Методы обследования указаны неверно.
	4	Какой лечебный алгоритм целесообразен в данном случае.
	-	При подтверждении диагноза, отсутствии деструктивных изменений в паренхиме правой почки – срочное восстановление уродинамики: катетеризация правого мочеточника/пункционная нефропиелостомия (при невозможности такого восстановления пассажа мочи – открытая нефропиелостомия) + детоксикационная, антибактериальная терапия.
2	-	Лечебный алгоритм определен в полном объеме.
	-	Лечебный алгоритм определен неполностью: часть лечебных мероприятий упущена.

1		
0	-	Лечебный алгоритм определен неверно.
	5	Выпишите рецепт на цефотаксим.
	-	Rp.: S. Cefotaximi (Claforani) 1,0 D.t.d. N 20 in flac. S. Содержимое флакона растворить в 20 мл воды для инъекций, вводить в/в медленно в теч.3-5 минут 2 раза в сутки.
2	-	Рецепт выписан верно.
1	-	Рецепт выписан с грамматическими ошибками,либо неверно указаны дозировки препарата или режим приема.
0	-	Рецепт выписан неверно.
	-	037
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Больная 24 лет обратилась в приемный покой ГБ с жалобами на острые боли в левой пояснично-подреберной области, иррадиирующие в левую подвздошно-паховую область, сопровождающиеся тошнотой и рвотой, учащенным малыми порциями мочеиспусканием. Перечисленные жалобы появились 2 часа назад, кроме этого отмечает в моче примесь крови без сгустков. После приема анальгина состояние не улучшилось. Из анамнеза известно, что год назад наблюдался аналогичный приступ болей, купированный инъекциями папаверина, анальгина. В дальнейшем боли не повторялись, она не обследовалась. При осмотре общее состояние удовлетворительное, пациентка беспокойна, мечется от болей. Кожные покровы не изменены. Температура тела – 37,2°С. Пульс 80 уд./мин., ритмичен, АД – 110/70 мм. рт. ст. Язык влажный, живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в левой пояснично-подреберной области. Симптом XII ребра слева (+). Перкуторно мочевой пузырь не определяется.
	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
	-	Камень интрамурального отдела левого мочеточника. Левосторонняя почечная колика.
2	-	Диагноз поставлен верно.
1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена.
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Чем обусловлена клиническая картина
	-	Клиническая картина обусловлена миграцией камня из почки в интрамуральный отдел левого мочеточника.
2	-	Клиническая картина оценена верно и полностью
1	-	Клиническая картина оценена неполностью, часть патологий упущена
0	-	Клиническая картина оценена неверно
	3	Какие заболевания органов брюшной полости требуют проведения дифференциальной диагностики.
	-	Заболевания, сопровождающиеся клиникой "острого живота"(острая кишечная непроходимость, прободная язва желудка или ДПК, острый панкреатит, острый холецистит, острый аппендицит и другие).
2	-	Группа заболеваний определена верно, указано не менее пяти основных патологических состояний.
1	-	Группа заболеваний определена верно, названо менее пяти основных патологических состояний.
0	-	Группа заболеваний определена неверно.

	4	Какие методы обследования дадут наиболее достоверную информацию о характере заболевания.
	-	Лучевые методы: УЗИ/ДГ почек, мочеточников, мочевого пузыря; МСКТ, экскреторная урография (с возможным проведением экскурсионной урографии, отсроченных R-снимков).
2	-	Группа методов определена верно, указаны все методы обследования.
1	-	Группа методов определена верно, указаны все методы обследования.
0	-	Группа методов определена неверно.
	5	Выпишите рецепт на раствор атропина.
	-	Rp.: S. Atropini sulfatis 0,1% 1,0 72 D.t.d. N 10 in amp S. Подкожно по 1 мл 1-2раза в день
2	-	Рецепт выписан верно.
1	-	Рецепт выписан с грамматическими ошибками, либо неверно указаны дозировки препарата или режим приема.
0	-	Рецепт выписан неверно.
	-	038
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Больной 34 лет обратился в приемный покой ГБ с жалобами на острые боли в правой пояснично-подреберной области, иррадиирующие по ходу мочеточника, правую мошонку, сопровождающиеся тошнотой и рвотой, учащенным малыми порциями мочеиспусканием. Перечисленные жалобы, примесь крови без сгустков в моче отмечает в течение 4 часов. Прием анальгина не принесло облегчения. Из анамнеза известно, что прошлый год наблюдался аналогичный приступ болей, купированный инъекциями папаверина, анальгина. Боли не повторялись, в дальнейшем не обследовался. При осмотре общее состояние удовлетворительное, но больной беспокоен, мечется от болей. Температура тела – 37,2°C. Пульс 80 уд./мин, ритмичен, АД – 110/70 мм. рт. ст. Язык влажный, живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в правой пояснично-подреберной области. Симптом XII ребра справа (+). Мочевой пузырь перкуторно не определяется.
	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
	-	Камень интрамурального отдела правого мочеточника. Правосторонняя почечная колика.
2	-	Диагноз поставлен верно.
1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена.
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Какие дополнительные исследования необходимо произвести для уточнения и подтверждения диагноза.
	-	Для уточнения диагноза необходимо провести общий анализ мочи и крови, УЗИ почек, мочеточников, мочевого пузыря, обзорную и экскреторную урографии, МСКТ.
2	-	Указаны все методы обследования.
1	-	Указаны не все методы обследования.
0	-	Методы обследования не указаны или указаны неверно.
	3	Перечислите методы лечения основного патологического состояния.
	-	Горячая ванна, внутримышечное, внутривенное введение спазмолитика/аналгетика, блокада

		семенного канатика/круглой связки матки по Лорин-Элштейну, катетеризация мочеочника, уретеропиелоскопия.
2	-	Методы лечения основного патологического состояния указаны верно и в полном объеме.
1	-	Методы лечения основного патологического состояния указаны верно, но не в полном объеме.
0	-	Методы лечения основного патологического состояния указаны неверно или не указаны совсем.
	4	Перечислите возможные осложнения.
	-	Острый калькулезный пиелонефрит, постренальная анурия (при обтурации мочеочника единственной функционирующей почки), острый гидронефроз, форникальное кровотечение.
2	-	Возможные осложнения указаны верно и в полном объеме.
1	-	Возможные осложнения указаны верно, но не в полном объеме.
0	-	Возможные осложнения указаны неверно или не указаны совсем.
	5	Выпишите рецепт на спазмолитический препарат.
	-	Rp.: Sol No-spani2% 2,0 D.t.d. N 10 in amp S. В мышцу по 2 мл 1-2 раза в день.
2	-	Рецепт выписан верно.
1	-	Рецепт выписан с грамматическими ошибками, либо неверно указаны дозировки препарата или режим приема.
0	-	Рецепт выписан неверно.
	-	039
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Больная 50 лет поступила в Городскую больницу скорой медицинской помощи с жалобами на интенсивные боли в левой поясничной области, сухость во рту, слабость, субфебрилитет. Анамнез: во время беременности, 30 лет назад лечилась по поводу острого пиелонефрита. В последующем не обследовалась, хотя периодически отмечался субфебрилитет. В течение 5 лет на фоне субфебрилитета стали беспокоить боли ноющего характера в левой поясничной области, повышение артериального давления. В последний год периодически наблюдалось выделение мутных порций мочи, временами повышение температуры тела до 38°C с познабливанием. Амбулаторно терапевтом проводилось лечение по поводу обострения хронического пиелонефрита. Ухудшение состояния в течение 5 дней - усилились боли в левой поясничной области, сопровождающиеся гипертермией, ознобами, потливостью, слабостью. Объективно: положение вынужденное, левая нижняя конечность согнута в коленном и тазобедренном суставах. Разгибание левой нижней конечности вызывает усиление боли в подвздошной области. Общее состояние средней тяжести, кожные покровы сухие. Температура тела – 38,2°C. Пульс 98 ударов в 1 минуту, ритмичен, АД 34 – 100/60 мм. рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в левой пояснично-подреберной области, где определяется напряжение мышц. Пальпация не информативна из-за массивной подкожно-жировой клетчатки. Симптом XII ребра (+) слева. На обзорной урограмме в проекции левой почки выявлена тень коралловидного конкремента размером 4х6 см, контур m.psoas четко не визуализируется.
	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
	-	Острый вторичный левосторонний паранефрит, калькулезный левосторонний пионефроз, коралловидный камень левой почки.
2	-	Диагноз поставлен верно.
1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена.
	-	Диагноз поставлен неверно.

0		
	2	Определите план обследования больной для уточнения диагноза.
	-	Для уточнения диагноза необходимо провести общий анализ мочи и крови, биохимический анализ крови, УЗИ почек, мочеточников, мочевого пузыря, МСКТ и экскреторную урографию(с возможным проведением отсроченных R-снимков).
2	-	Указаны все методы обследования в полном объеме.
1	-	Указаны не все методы обследования, часть методов упущена.
0	-	Методы обследования не указаны или указаны неверно.
	3	Назовите возможные осложнения данного заболевания.
	-	Калькулезный пиелонефроз, нефросклероз слева, уросепсис, септический шок, ОПН, ХПН.
2	-	Возможные осложнения указаны верно и в полном объеме.
1	-	Возможные осложнения указаны верно , но не в полном объеме.
0	-	Возможные осложнения указаны неверно или не указаны совсем.
	4	Какой лечебный алгоритм целесообразен в данном случае.
	-	В условиях сохранной функции контралатеральной почки для устранения источника инфекции и интоксикации показана нефрэктомия, дренирование забрюшинного пространства слева. В послеоперационном периоде – детоксикационная, инфузионная, антибактериальная терапии.
2	-	Лечебный алгоритм определен верно и в полном объеме.
1	-	Лечебный алгоритм определен верно, но не в полном объеме, часть лечебных мероприятий указана неверно или не указана совсем.
0	-	Лечебный алгоритм определен неверно.
	5	Выпишите рецепт на фуросемид.
	-	rosemidi 0,04 D.t.d. N 10 in tabul. S. по 1/2 т. 1 раз в день.
2	-	Рецепт выписан верно.
1	-	Рецепт выписан с грамматическими ошибками, либо неверно указаны дозировки препарата или режим приема.
0	-	Рецепт выписан неверно.
	-	040
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Больная 49 лет поступила в Городскую больницу скорой медицинской помощи с жалобами на интенсивные боли в левой поясничной области, повышение температуры тела до 38°C, ознобы, слабость. Анамнез: неоднократно в течение многих лет получала амбулаторное лечение по поводу подагры, обострения хронического цистита, пиелонефрита. В последний год стали чаще беспокоить боли ноющего характера в левой поясничной области, субфебрилитет, временами повышение температуры тела до 38°C. Ухудшение состояния отмечает 2 дня тому назад после переохлаждения. При осмотре отмечена деформация I плюснефаланговых суставов стоп без гиперемии и отека кожи. Общее состояние средней тяжести, кожные покровы сухие. Температура тела – 38,2°C. Пульс 98 уд./мин, ритмичен, АД – 110/60 мм. рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в левой пояснично-подреберной области. Почки четко не пальпируются. Симптом XII ребра (+) слева. Лабораторные данные - ОАМ: лейкоциты сплошь, эритроциты до 8 в п/зр, соли ураты +++; ОАК: Hb – 110г/л; L- 12,9x10⁹/л, Э – 1%; Ю-1%,П-6%;С-77%, Лимф. – 15%; СОЭ 36 мм/час. На обзорной урограмме теней подозрительных на конкремент в проекции мочевой системы не выявлено. На экскреторных урограммах контуры левой почки не определяются, контрастного вещества в полостной системе нет, изменения

		рентгенологической картины правой почки не определяется.
	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
	-	Уратный нефролитиаз, обострение хронического, левостороннего пиелонефрита, не исключается острый гнойный калкулезный пиелонефрит слева.
2	-	Диагноз поставлен верно.
1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена.
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	С какими заболеваниями мочевой системы нужно провести дифференциальную диагностику.
	-	Восходящий, на фоне хронического цистита и пиелонефрита, пузырномочеточниковый рефлюкс, нефротуберкулез слева;
2	-	Все заболевания указаны верно и в полном объеме.
1	-	Заболевания указаны верно, но часть патологических состояний упущена.
0	-	Все заболевания указаны неверно.
	3	Какие дополнительные исследования необходимо произвести для уточнения и подтверждения диагноза.
	-	Для уточнения диагноза необходимо провести общий анализ мочи и крови, биохимический анализ крови (уровень азота мочевины, креатинина, мочевой кислоты), посев мочи на ВК, УЗИ и ДГ почек, мочеточников, мочевого пузыря, МСКТ.
2	-	Указаны все методы обследования в полном объеме.
1	-	Указаны не все методы обследования, часть методов упущена.
0	-	Методы обследования не указаны или указаны неверно.
	4	Определите тактику лечения.
	-	Консервативная терапия: спазмолитики, анальгетики, катетеризация/стентирование левого мочеточника. На фоне восстановленного пассажа мочи из левой почки - антибактериальная, детоксикационная, инфузионная терапия; препараты для растворения мочевых камней (аллопуринол), улучшающие микроциркуляцию; мочегонные препараты. При отсутствии эффекта от терапии в течение 12-24 часов - оперативное лечение: ревизия почки, нефропиелостомия, декапсуляция, дренирование забрюшинного пространства.
2	-	Лечебный алгоритм определен верно и в полном объеме.
1	-	Лечебный алгоритм определен верно, но не в полном объеме, часть лечебных мероприятий указана неверно или не указана совсем.
0	-	Лечебный алгоритм определен неверно.
	5	Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.
	-	Устранение или ослабление факторов, способствующих накоплению в организме мочевой кислоты: здоровый образ жизни, соблюдение диеты (прием щелочных минеральных вод, ограничение употребления продуктов, содержащих большое количество пуринов, разгрузочные дни), обильное питье до 1,5-2 литров свободной жидкости в день.
2	-	Мероприятия по первичной профилактике заболевания указаны верно и в полном объеме.
1	-	Мероприятия по первичной профилактике заболевания указаны верно, но не в полном объеме, часть мероприятий упущена или определена неверно.
0	-	Мероприятия по первичной профилактике заболевания указаны неверно.
	-	041
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

	-	Больная 55 лет поступила в Городскую больницу скорой медицинской помощи с жалобами на интенсивные боли в правой поясничной области ноющего характера, учащенное, малыми порциями мочеиспускание, гипертермию до 39°C, ознобы, потливость, слабость. Анамнез: считает себя больной в течение 10 лет. Ранее ухудшение состояния, как правило, наступало после переохлаждения. Амбулаторное лечение, проводимое участковым терапевтом в течение 2-3 недель антибактериальными препаратами, спазмолитиками, отварами мочегонных трав, купировало атаки наб-8месяцев. В последний год стала наблюдать появление мутной мочи, на фоне субфебрилитета. Последнее обострение заболевания в течение недели, с момента появления вышеописанных жалоб. Участковым терапевтом направлена на стационарное лечение. Объективно: состояние тяжелое, кожа и видимые слизистые бледно – розового цвета, пульс 96 уд./мин, АД100/60 мм.рт.ст., язык сухой, живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье, где наблюдается напряжение мышц передней брюшной стенки. Симптом XII ребра (+) справа. ОАМ: лейкоциты сплошь покрывают поле зрения, эритроцитов –8-10в п/зр. ОАК: НВ 100 г/л; Л - 12, 8x10*9/л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ56 мм/час. На обзорной урограмме в проекции правой почки выявлена тень подозрительная на конкремент размерами 2х3 см. Картина "немой" почки справа наблюдается на радиоизотопной нефросцинтиграмме.
	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
	-	Острый правосторонний калькулезный пиелонефрит, пионефроз, нефросклероз справа, обтурирующий камень лоханки правой почки, обострение хронического цистита.
2	-	Диагноз поставлен верно.
1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена.
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Какие дополнительные исследования необходимо произвести для подтверждения и уточнения диагноза.
	-	Для уточнения диагноза необходимо провести общий анализ мочи и крови, биохимический анализ крови, посев мочи на ВК, УЗИ почек, мочеточников, мочевого пузыря, МСКТ, цистоскопия с возможной катетеризацией правого мочеточника.
2	-	Указаны все методы обследования в полном объеме.
1	-	Указаны не все методы обследования, часть методов упущена.
0	-	Методы обследования не указаны или указаны неверно.
	3	Чем обусловлена клиническая картина.
	-	На фоне рецидивирующего хронического цистита развился восходящий правосторонний пиелонефрит с вторичным камнеобразованием, формированием обтурирующего камня лоханки правой почки, калькулезного пионефроза
2	-	Этапность развития патологического состояния растолкована верно, указаны все патологические элементы заболевания в полном объеме.
1	-	Этапность развития патологического состояния растолкована верно, но указаны не все патологические элементы заболевания..
0	-	Этапность развития патологического состояния растолкована неверно.
	4	Определите лечебную тактику для данной больной.
	-	При подтверждении диагноза, наличии деструктивных изменений в паренхиме правой почки – срочная открытая операция: ревизия правой почки, пиелолитотомия, пиелонефростомия, дренирование забрюшинного пространства, возможна и нефрэктомия; в послеоперационном периоде: детоксикационная, антибактериальная инфузионная терапии.
2	-	Лечебный алгоритм определен верно и в полном объеме.
1	-	Лечебный алгоритм определен верно, но не в полном объеме, часть лечебных мероприятий указана неверно или не указана совсем.
0	-	Лечебный алгоритм определен неверно.
	5	Выпишите рецепт на викасол.

	-	Rp.: S. Vicasoli 1% 1, 0 D.t.d. N 6 in amp S. По 1 мл в мышцу 2 раза в день.
2	-	Рецепт выписан верно.
1	-	Рецепт выписан с грамматическими ошибками, либо неверно указаны дозировки препарата или режим приема.
0	-	Рецепт выписан неверно.
	-	042
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Больную 35 лет последние 3 месяца беспокоят приступообразные боли в правой пояснично-подреберной области, иррадиирующие в пах, сопровождающиеся субфебрилитетом, познабливанием. Приступы болей легко купировались спазмолитиками, анальгетиками. Возникший же вчера приступ болей плохо купировался приемом лекарственных препаратов. Сегодня присоединилась высокая (до 38,0°C) температура тела с ознобами, была однократная рвота. Доставлена в стационар бригадой скорой помощи. Объективно: общее состояние средней тяжести, кожные покровы сухие, температура тела – 38,2°C. Пульс 98 уд. /мин, ритмичен, АД – 110/60 мм. рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в правой пояснично-подреберной области. Симптом XII ребра (+) слева. ОАМ: лейкоцитов 7-8 в поле зрения, эритроцитов – 8-10 в п/зр., соли оксалаты +++, ОАК: НВ 110 г/л; Л - 9, 8х10⁹/л, незначительный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ 26 мм/час. Рентгенологически на уровне поперечного отростка L³ справа обнаружена тень, подозрительная на конкремент размерами 1,2х0,8 см. На экскреторных урограммах через 10, 30 минут функция правой почки снижена, определяется правосторонний гидронефроз, мочеточник четко не определяется. Слева визуализируется неизменная почка, чашечно-лоханочная система, мочеточник.
	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
	-	Обтурирующий камень верхней трети правого мочеточника, острый калькулезный пиелонефрит.
2	-	Диагноз поставлен верно.
1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена.
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Какие дополнительные исследования необходимо произвести для подтверждения и уточнения диагноза.
	-	Для уточнения диагноза необходимо выполнить отсроченную урографию через 1,2 часа, УЗИ + ДГ почек.
2	-	Указаны все методы обследования в полном объеме.
1	-	Указаны не все методы обследования, часть методов упущена.
0	-	Методы обследования не указаны или указаны неверно.
	3	Какой из современных методов обследования дает наиболее достоверную информацию в данном случае.
	-	МСКТ с контрастированием, УЗИ + ДГ почек.
2	-	Указаны основные современные методы обследования в полном объеме.
1	-	Указаны не все основные современные методы обследования, часть методов упущена.
0	-	Методы обследования не указаны или указаны неверно.

	4	Определите лечебную тактику для данной больной.
	-	При подтверждении диагноза, отсутствии деструктивных изменений в паренхиме правой почки – срочное восстановление уродинамики: катетеризация правого мочеточника/пункционная нефропиелостомия, в последующем – ДЛТ, нефролитолапаксия. При невозможности консервативно-инструментального восстановления пассажа мочи – открытая нефропиелолитотомия + детоксикационная, антибактериальная терапия
2	-	Лечебный алгоритм определен верно и в полном объеме.
1	-	Лечебный алгоритм определен верно, но не в полном объеме, часть лечебных мероприятий указана неверно или не указана совсем.
0	-	Лечебный алгоритм определен неверно.
	5	Выпишите рецепт на платифиллин.
	-	.Rp.: Platyphyllini hydrotartratis 0,005 D.t.d. N 12 in tabul. S. по 1т. 2-3разав день.
2	-	Рецепт выписан верно.
1	-	Рецепт выписан с грамматическими ошибками, либо неверно указаны дозировки препарата или режим приема.
0	-	Рецепт выписан неверно.
	-	043
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Больная 26 лет обратилась к врачу - урологу с жалобами на учащенное мочеиспускание, боли в правой пахово-подвздошной области. Болеет в течение недели. Приступообразные боли легко купируются спазмолитиками. Объективно: состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7°C. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Почки не пальпируются, симптом XII ребра(-)с обеих сторон. ОАМ: лейкоцитов 4-5 в поле зрения, эритроцитов – 2-3 в п/зр., соли оксалаты +++. ОАК: НВ-110 г/л; Л - 6,9х10 ⁹ /л, сдвига лейкоцитарной формулы нет, СОЭ 12 мм/час. На обзорной урограмме в проекции нижней трети правого мочеточника выявлена тень 0,4*0,2 см, подозрительная на конкремент. На экскреторных урограммах изменений со стороны почек, чашечно-лоханочных систем не выявлено, определяется незначительное расширение правого мочеточника над указанной тенью.
	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
	-	Мелкий камень нижней трети правого мочеточника.
2	-	Диагноз поставлен верно.
1	-	Диагноз поставлен неполностью, неверно указан размер конкремента или локализация не уточнена.
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Какие заболевания могут «имитировать» данную патологию.
	-	Острый аппендицит, острый аднексит, острый цистит, заболевания позвоночника, спинного мозга.
2	-	Заболевания указаны верно, в полном объеме.
1	-	Заболевания указаны верно, но не в полном объеме.
0	-	Заболевания указаны неверно.
	3	Перечислите рентгенологические признаки, указывающие на то, что тень имеет отношение к мочевым путям.
	-	Симптом «указательного пальца» (Лихтенберга) - на экскреторных урограммах

		определяется незначительное расширение правого мочеточника над указанной тенью.
2	-	Рентгенологический признак указан верно, дано полное определение симптома.
1	-	Рентгенологический признак указан верно, не дано полное определение симптома.
0	-	Рентгенологический признак указан не верно.
	4	Определите объем лечебных мероприятий для данной больной.
	-	Консервативная терапия: спазмолитики, анальгетики, обильное питье/водные нагрузки, растительные диуретики, физиотерапевтические мероприятия, ЛФК.
2	-	Лечебный алгоритм определен верно и в полном объеме.
1	-	Лечебный алгоритм определен верно, но не в полном объеме, часть лечебных мероприятий указана неверно или не указана совсем.
0	-	Лечебный алгоритм определен неверно.
	5	Перечислите возможные мероприятия по профилактике заболевания.
	-	Здоровый образ жизни, избегать однообразного питания, малого употребления жидкости.
2	-	Мероприятия по профилактике заболевания указаны верно и в полном объеме.
1	-	Мероприятия по профилактике заболевания указаны верно, но не в полном объеме, часть мероприятий упущена или определена неверно.
0	-	Мероприятия по профилактике заболевания указаны неверно.
	-	044
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Накануне обращения у больного 50 лет возникли приступы острых болей в пояснично-подреберных областях, которые сопровождались тошнотой, рвотой. Они плохо купировались спазмолитиками и анальгетиками. В течение 18 часов нет позывов на мочеиспускание. В анамнезе: 3 года назад был подобный приступ почечной колики слева с последующим самостоятельным отхождением небольшого камня кирпично-красного цвета. Объективно: общее состояние средней тяжести, кожные покровы сухие. Температура тела – 37,2°C. Пульс 88 уд./ мин. ритмичен, АД – 110/60 мм. рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в пояснично-подреберных областях. Симптом XII ребра (+) с обеих сторон. При пальпации и перкуссии над лобком мочевого пузыря не определяется. ОАК: НВ 110 г/л; Л-10,8х10 ⁹ /л, незначительный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ 26 мм/час. По данным УЗИ отмечается 2-стороннее расширение чашечно-лоханочных систем и верхней трети мочеточников до гиперэхогенных образований диаметром 0,8 см, с акустической тенью. На обзорной урограмме теней подозрительных на конкременты не выявлено. На экскреторных урограммах через 10, 30 мин отмечается снижение функции почек в виде отсутствия контрастного вещества в лоханках, мочеточниках, мочевом пузыре. Мочи из мочевого пузыря при катетеризации не получено.
	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
	-	Острая постренальная анурия, уратный нефролитиаз, 2-сторонние обтурирующие камни верхней трети мочеточников.
2	-	Диагноз поставлен верно.
1	-	Диагноз поставлен неполностью, часть нозологий упущена или локализация конкрементов не уточнена.
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Какие дополнительные обследования необходимо произвести для подтверждения диагноза.
	-	Для уточнения диагноза необходимо выполнить МСКТ, в том числе и с контрастированием.
2	-	Метод обследования и дополнение к нему указаны верно.

1	-	Метод обследования указан верно, дополнение не указано .
0	-	Метод обследования и дополнение к нему указаны неверно .
	3	Можно ли рассматривать состояние больной как неотложную ситуацию
	-	Обтурирующие камни мочеточников, постренальная анурия – неотложное состояние, требующее срочного восстановления пассажа мочи из почки
2	-	Ответ обоснован и указан верно.
1	-	Ответ обоснован и указан верно, неотложный метод лечения не указан.
0	-	Ответ не обоснован или указан не верно.
	4	Укажите способы ликвидации осложнения основного заболевания.
	-	Катетеризация / стентирование хотя бы одного мочеточника, пункционная нефростомия. При отсутствии возможности такого восстановления пассажа мочи - уретеролитотомия с нефростомией.
2	-	Способы ликвидации осложнения указаны верно.
1	-	Способы ликвидации осложнения указаны не полностью, упущена часть мероприятий.
0	-	Способы ликвидации осложнения указаны не верно.
	5	Выпишите рецепт на но-шпу.
	-	Rp.: Sol No-spani2% 2,0 D.t.d. N 10 in amp. S. В мышцу по 2 мл 1-2раза в день
2	-	Рецепт выписан верно.
1	-	Рецепт выписан с грамматическими ошибками, либо неверно указаны дозировки препарата или режим приема.
0	-	Рецепт выписан неверно.
	-	045
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Больного 65 лет беспокоят боли внизу живота иррадиирующие в головку полового члена, бесплодные позывы на мочеиспускание. Оперирован по поводу аденомы предстательной железы 2 года назад. Самостоятельное мочеиспускание в послеоперационном периоде восстановилось. Первый года после операции периодически лечился амбулаторно по поводу обострения хронического цистита. Ухудшение состояния последние 2 месяца, когда стал замечать учащенное с резами мочеиспускание, прерывистость струи мочи, периодически примесь крови в последних порциях мочи. За медицинской помощью не обращался, занимался самолечением. При отсутствии самостоятельного мочеиспускания в течении 6 часов вызвал «скорую помощь». Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы не изменены. Температура тела 36,7°C. Пульс 68 уд./мин, АД – 130/60 мм. рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот правильной формы, над лоном имеется старый окрепший послеоперационный рубец, где при пальпации отмечается болезненность, и определяется перерастянутый мочевой пузырь. Симптом XII ребра (-)с обеих сторон. Катетером из мочевого пузыря выведено до 600 мл мочи розоватого цвета. При ректальном исследовании: рецидив аденомы не выявлен.
	1	Установите предварительный диагноз
	-	Острая задержка мочи. Камень мочевого пузыря, хронический цистит.
2	-	Диагноз поставлен верно.

1	-	Диагноз поставлен неполностью, часть нозологий упущена.
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Какие дополнительные обследования необходимы для подтверждения диагноза.
	-	Для уточнения диагноза необходимо выполнить ОАМ, ОАК, биохимический анализ крови с определением уровня мочевины, креатинина, УЗИ мочевого пузыря и почек, обзорную и экскреторную урографию с нисходящей цистографией, МСКТ, уретроцистоскопию.
2	-	Указаны все методы обследования в полном объеме.
1	-	Указаны не все методы обследования, часть методов упущена.
0	-	Методы обследования не указаны или указаны неверно.
	3	Каким осложнением обусловлено данное состояние.
	-	Острая задержка мочи возникает в результате вклинения в шейку мочевого пузыря камня, образовавшегося на фоне инфравезикальной обструкции, инородных тел (лигатуры после операции), хронического цистита.
2	-	Осложнение указано верно. Ответ обоснован верно.
1	-	Осложнение указано верно, обоснование дано неполностью.
0	-	Осложнение указано не верно.
	4	Определите лечебную тактику
	-	При одиночном камне без воспалительных явлений со стороны мочевого пузыря показана - цистолитотрипсия. При наличии цистита, множественных камней – открытое оперативное вмешательство: цистолитотомия с возможной цистостомией.
2	-	Лечебный алгоритм определен верно и в полном объеме.
1	-	Лечебный алгоритм определен верно, но не в полном объеме, часть лечебных мероприятий указана неверно или не указана совсем.
0	-	Лечебный алгоритм определен неверно.
	5	Выпишите рецепт на но-шпу.
	-	Rp.: Sol No-spani2% 2,0 D.t.d. N 10 in amp. S. В мышцу по 2 мл 1-2раза в день
2	-	Рецепт выписан верно.
1	-	Рецепт выписан с грамматическими ошибками, либо неверно указаны дозировки препарата или режим приема.
0	-	Рецепт выписан неверно.
	-	046
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	В приемный покой ГБ доставлен больной 37 лет с жалобами на повторяющиеся в течение суток боли в поясничной области слева, сопровождающиеся рвотой, повышение температуры тела до 37,2° С При осмотре пациент ведет себя беспокойно, температура тела 36,6° С, пульс 76 уд./мин, АД140/70 мм.рт.ст. Почки не пальпируются, при наличии болезненности в левой подреберно-поясничной.(+) симптоме XII ребра слева . ОАМ: лейкоцитов 6-8в поле зрения, эритроцитов – до 10 в п/зр.ОАК: НВ 110 г/л; Л – 10,9х10⁹/л без сдвига лейкоцитарной формулы влево, СОЭ - 18 мм/час. Рентгенологически на обзорной урограмме в проекции левой почки определяется «плотная тень» размерами 1,0х1,2 см. При УЗИ почек выявлено увеличение размеров левой почки без четких очаговых изменений в паренхиме, расширениечашечно-лоханочнойсистемы с наличием

		гиперэхогенного образования размерами 1,0х1,2 см в области левого пиелоретерального сегмента, с «акустической тенью».
	1	Установите предварительный диагноз
	-	Обтурирующий камень пиелоретерального сегмента слева, почечная колика слева.
2	-	Диагноз поставлен верно.
1	-	Диагноз поставлен не полностью, локализация конкремента указана не верно
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Какие дополнительные обследования необходимы для подтверждения диагноза.
	-	Биохимический анализ крови с определением уровня мочевины, креатинина, фибриногена, проведение МСКТ, ДГ почек, экскреторной урографии.
2	-	Указаны все методы обследования в полном объеме.
1	-	Указаны не все методы обследования, часть методов упущена.
0	-	Методы обследования не указаны или указаны неверно.
	3	Чем обусловлена клиническая картина.
	-	Клиническая картина обусловлена обтурацией камнем пиелоретерального сегмента слева, быстрым повышением внутрилоханочного и интерстициального давления.
2	-	Этиология развития заболевания в данном случае определена и обоснована верно.
1	-	Этиология развития заболевания в данном случае определена верно, но обоснована не полностью.
0	-	Этиология развития заболевания в данном случае определена не верно.
	4	Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.
	-	Своевременная профилактика, диагностика и лечение мочекаменной болезни, здоровый образ жизни, необходимо избегать однообразного питания, малого употребления жидкости.
2	-	Мероприятия по первичной профилактике заболевания указаны верно и в полном объеме.
1	-	Мероприятия по первичной профилактике заболевания указаны верно, но не в полном объеме, часть мероприятий упущена или определена неверно.
0	-	Мероприятия по первичной профилактике заболевания указаны неверно.
	5	Определите лечебную тактику
	-	Учитывая размеры камня необходимо срочное восстановление пассажа мочи из левой почки катетеризацией/стентированием мочеточника, лоханки левой почки, либо пункционной нефропиелостомией с последующим проведением ДЛТ, КЛТ либо открытой пиелолитотомией.
2	-	Лечебный алгоритм определен верно и в полном объеме.
1	-	Лечебный алгоритм определен верно, но не в полном объеме, часть лечебных мероприятий указана неверно или не указана совсем.
0	-	Лечебный алгоритм определен неверно.
	-	047
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Больной 45 лет доставлен в ГБ с жалобами на интенсивные боли в поясничных областях, больше справа, повышением температуры тела до 37,8°С. Из анамнеза выяснено, что многие годы лечится амбулаторно по поводу подагры, мочекишечного диатеза и хронического

		пиелонефрита. После употребления алкоголя, обильной мясной пищи 2 дня тому назад заметил появление мочи кирпично-красного цвета и отметил уменьшение ее количества. При осмотре: общее состояние средней тяжести, кожные покровы сухие, наблюдается деформация 1 плюснефаланговых суставов стоп без отека и гиперемии кожи. Температура тела – 37,9°C. Пульс 98 уд./мин, АД – 160/80 мм. рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий болезненный в пояснично-подреберных областях, больше справа. Почки четко не пальпируются. Симптом XII ребра слабо (+) с обеих сторон. ОАМ: лейкоциты ед. в поле зрения, эритроциты до 10 в п/зр, соли ураты +++. ОАК: Hb – 110г/л; L- 12,9x10 ⁹ /л. без сдвига формулы, СОЭ 36 мм/час. На обзорной урограмме теней подозрительных на конкремент в проекции органов мочевой системы не выявлено. При УЗИ почек отмечается 2-стороннее расширение чашечно-лоханочных систем с обеих сторон и нижней трети правого мочеточника где визуализируется гиперэхогенное включение до 0,5 см в диаметре.
	1	Установите предварительный диагноз
	-	Острая уратная нефропатия, мочевого криз с развитием острой интратенальной и постренальной почечной недостаточности, уратный нефролитиаз, уратный камень нижней трети правого мочеточника.
2	-	Диагноз поставлен верно.
1	-	Диагноз поставлен не полностью, часть нозологий упущена
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	С какими заболеваниями мочевой системы нужно провести дифференциальную диагностику.
	-	Острая почечная недостаточность на фоне отравления суррогатами алкоголя, пищевыми продуктами.
2	-	Заболевания для дифференциального диагноза указаны верно и в полном объеме.
1	-	Заболевания для дифференциального диагноза указаны верно, но уточняющие факторы упущены.
0	-	Заболевания для дифференциального диагноза указаны не верно или не указаны совсем.
	3	Какие дополнительные обследования необходимы для подтверждения диагноза.
	-	Для уточнения диагноза необходимо провести общий анализ мочи и крови, биохимический анализ крови (уровень азота мочевины, креатинина, мочевой кислоты), УЗИ и ДГ почек, мочеточников, мочевого пузыря, МСКТ, катетеризация/стентирование правого мочеточника.
2	-	Указаны все методы обследования в полном объеме.
1	-	Указаны не все методы обследования, часть методов упущена.
0	-	Методы обследования не указаны или указаны неверно.
	4	Определите лечебную тактику для данного случая.
	-	Консервативная терапия: спазмолитики, анальгетики, катетеризация/стентирование правого мочеточника, при восстановлении пассажа мочи из правой почки - антибактериальная, детоксикационная, инфузионная терапия; препараты как для растворения мочевых камней (аллопуринол), так и для улучшения микроциркуляции; мочегонные препараты. При отсутствии эффекта от терапии - гемодиализ, гемосорбция.
2	-	Лечебный алгоритм определен верно и в полном объеме.
1	-	Лечебный алгоритм определен верно, но не в полном объеме, часть лечебных мероприятий указана неверно или не указана совсем.
0	-	Лечебный алгоритм определен неверно.
	5	Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.
	-	Устранение или ослабление факторов, способствующих накоплению в организме мочевой кислоты: здоровый образ жизни, соблюдение диеты (прием щелочных минеральных

		вод, ограничение употребления продуктов, содержащих большое количество пуринов, разгрузочные дни), обильное питье до 1,5-2литров свободной жидкости в день
2	-	Мероприятия по первичной профилактике заболевания указаны верно и в полном объеме.
1	-	Мероприятия по первичной профилактике заболевания указаны верно, но часть факторов упущена.
0	-	Мероприятия по первичной профилактике заболевания указаны не верно.
	-	048
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	К терапевту обратился пациент 22 лет с жалобами на тупые боли в правой поясничной области, повышение температуры тела до 39,0°C и познабливание, снижение аппетита, тошноту и рвоту, слабость и потливость. Накануне лечился у хирурга по поводу фурункула правого предплечья, который и вскрывал гнойник. Состояние больного ухудшилось после 2 недель лечения - появилась гипертермия. Объективно: состояние средней тяжести. Температура тела 38,7 °С. Кожа и видимые слизистые обычной окраски, в средней трети правого предплечья на месте вскрытого фурункула имеется чистая, инфильтрации тканей нет. Визуально и рентгенологически со стороны зева, органов грудной клетки изменений не выявлено. Живот не вздут, мягкий, незначительно болезненный в правой подреберно-поясничной области. Почки не пальпируются, симптом XII ребра(-)с обеих сторон. ОАМ: лейкоцитов 4-5 в поле зрения, эритроцитов –2-3 в п/зр., соли оксалаты ++++. ОАК: НВ-110г/л; Л - 12, 8х10 ⁹ /л, сдвига лейкоцитарной формулы нет, СОЭ 12 мм/ч. УЗИ почек: расширения ЧЛС не выявлено, нечетко лоцируется контур верхнего полюса правой почки, подвижность почки не снижена.
	1	Установите предварительный диагноз
	-	Острый первичный серозный правосторонний пиелонефрит, возможно с формированием карбункула верхнего полюса правой почки.
2	-	Диагноз поставлен верно.
1	-	Диагноз поставлен не полностью, часть нозологий упущена
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Определите патогенез данного заболевания.
	-	При наличии первичного гнойного очага (фурункула правого предплечья) инфекция (скорее всего в данном случае – высокопатогенный плазмокоагулирующий стафилококк) гематогенным путем попала в паренхиму правую почку, развитию острого пиелонефрита способствовало и переохлаждение больного.
2	-	Патогенез данного заболевания определен верно и в полном объеме.
1	-	Патогенез данного заболевания определен верно, но часть элементов упущена.
0	-	Патогенез данного заболевания определен не верно.
	3	Какие нужны дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.
	-	Биохимический анализ крови с определением мочевины, креатинина, фибриногена; ДГ почек, МСКТ с контрастированием, обзорная, экскреторная урография, в том числе и экскурсионная; бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам.
2	-	Указаны все дополнительные методы обследования в полном объеме.
1	-	Указаны не все дополнительные методы обследования, часть методов упущена.
	-	Дополнительные методы обследования не указаны или указаны неверно.

0		
	4	Тактика лечения в данном случае.
	-	.Срочная госпитализация в урологическое отделение, проведение патогенетической парентеральной антибактериальной, противовоспалительной, дезинтоксикационной, инфузионной терапий. При отсутствии эффекта от проводимой терапии в течение 1-1,5суток показано открытое оперативное вмешательство: ревизия почки с возможной декапсуляцией, рассечением/иссечением карбункула, дренированием чашечно-лоханочной системы, забрюшинного пространства.
2	-	Тактика лечения в данном случае определена верно, в полном объеме.
1	-	Тактика лечения в данном случае определена верно, но часть лечебных мероприятий упущена.
0	-	Тактика лечения в данном случае определена не верно.
	5	Выпишите рецепт на цефотаксим.
	-	Rp.: S. Cefotaximi (Claforani) 1,0 D.t.d. N 20 in flac. S. Содержимое флакона растворить в 20 мл воды для инъекций, вводить в/в медленно в теч.3-5 минут 2 раза в сутки.
2	-	Рецепт выписан верно.
1	-	Рецепт выписан с грамматическими ошибками, либо неверно указаны дозировки препарата или режим приема.
0	-	Рецепт выписан неверно.
	-	049
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Больная 68 лет обратилась повторно к хирургу с жалобами на тупые боли в левой поясничной области, слабость, потливость, повышение температуры тела до 39,0° С, ознобы, снижение аппетита, тошноту и рвоту. Из анамнеза известно, что лечилась у хирурга по поводу абсцесса области левого плеча. После вскрытия гнояника на фоне проводимой антибактериальной терапии чувствовала себя удовлетворительно, хотя сохранялся субфебрилитет. Состояние пациентки ухудшилось 5 дней тому назад - появилась гипертермия. После приема аспирина наблюдалось лишь небольшое снижение температуры тела, а со вчерашнего дня гипертермия сопровождается потрясающими ознобами. Объективно: состояние больной тяжелое. Температура тела 39,7°С, тахикардия, АД90/50 мм.рт.ст. Кожа и видимые слизистые бледно-розовой окраски, в области левого плеча на месте абсцесса – чистая поверхностная рана, вокруг него - незначительная инфильтрация подкожной клетчатки. Визуальных и рентгенологических изменений со стороны зева, органов грудной клетки не выявлено. Живот при пальпации мягкий, отмечается болезненность, напряжение мышц в левой пояснично-подреберной области. Почки не пальпируются, положительный симптом XII ребра слева. Отмечается сглаженность левой поясничной области. ОАК:НВ-110г/л; умеренно выраженный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, СОЭ – 52 мм/ч. На обзорной урограмме теней подозрительных на конкременты в проекции почек, по ходу мочевых путей, а так же контур левой поясничной мышцы не определяются. Отмечается выраженный сколиоз. УЗИ почек: деформация наружного контура левой почки, снижение подвижности ее при отсутствии расширения ЧЛС. Выявлена повышенная гидрофильность паренхимы левой почки, в верхнем и среднем сегментах ее зоны пониженной эхогенности с жидкостными включениями.
	1	Установите предварительный диагноз
	-	Острый первичный гнойный левосторонний пиелонефрит, не исключаются карбункулы левой почки, эндотоксический шок.
2	-	Диагноз поставлен верно.
1	-	Диагноз поставлен не полностью, часть нозологий упущена

0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Укажите причину и механизм развития данного заболевания.
	-	Высокопатогенный золотистый или белый стафилококк из гнойного очага в области левого плеча гематогенным путем попал в паренхиму левой почки, привел к развитию острого левостороннего пиелонефрита, а отсутствие адекватного своевременного лечения в условиях переохлаждения способствовало быстрому развитию деструктивных процессов в очагах воспаления.
2	-	Причина развития заболевания и механизм указаны полностью, верно.
1	-	Причина развития заболевания и механизм указаны верно, но не полностью, часть элементов упущена.
0	-	Причина развития заболевания и механизм указаны не верно.
	3	Какие нужны дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.
	-	Биохимический анализ крови с определением мочевины, креатинина, фибриногена; эходоплерография левой почки, МСКТ с контрастированием; обзорная, экскреторная урография, в том числе и экскурсионная, бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности микроорганизмов антибактериальным препаратам.
2	-	Указаны все дополнительные методы обследования в полном объеме.
1	-	Указаны не все дополнительные методы обследования, часть методов упущена.
0	-	Дополнительные методы обследования не указаны или указаны неверно.
	4	Тактика лечения в данном конкретном случае.
	-	Срочная госпитализация в урологическое отделение, предоперационная подготовка к неотложному хирургическому вмешательству (проведение противошоковой, патогенетической, противовоспалительной, дезинтоксикационной, инфузионной терапии). При сохранности функции противоположной почки, множественных карбункулах левой почки у пожилых больных целесообразно выполнение нефрэктомии.
2	-	Тактика лечения в данном случае определена верно, в полном объеме.
1	-	Тактика лечения в данном случае определена верно, но часть лечебных мероприятий упущена.
0	-	Тактика лечения в данном случае определена не верно.
	5	Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике.
	-	Адекватное лечение абсцесса левого плеча для предупреждения гематогенного распространения высокопатогенной инфекции.
2	-	Мероприятия по первичной профилактике заболевания указаны верно и в полном объеме.
1	-	Мероприятия по первичной профилактике заболевания указаны верно, но часть факторов упущена.
0	-	Мероприятия по первичной профилактике заболевания указаны не верно.
	-	050
	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	Больная 50 лет обратилась к урологу с жалобами на боли в левой поясничной области, учащенное болезненное мочеиспускание, повышение температуры тела до 38,0°C с познабливанием, слабость, потливость. Указанные симптомы отмечает в течение недели. В анамнезе частые рецидивы цистита на протяжении 5 лет. Неоднократно курсами принимала антибактериальные препараты, спазмолитики и отвары мочегонных трав по назначениям врача-терапевта. Лечение приносило облегчение на некоторое время. Стойкая дизурия с выделением мутной мочи малыми порциями, субфебрилитет наблюдается в последний год. Объективно: состояние больной средней тяжести, пульс 90 уд./мин, АД 110/60 мм. рт.ст., язык обложен белым налетом, влажный. Живот мягкий, болезненный в левом подреберье, где отмечается напряжение мышц брюшной стенки. Пальпация передней стенки брюшной полости, области подреберья информативна из-за массивной подкожно-

		жировой клетчатки. Симптом XII ребра (+) слева. ОАМ: лейкоциты сплошь покрывают поле зрения. ОАК: НВ 90 г/л; Л - 15,9x10 ⁹ /л умеренный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ - 46 мм/ч. Теней конкрементов в проекции органов мочевой системы на обзорной урограмме не выявлено. На экскреторных урограммах функция правой почки не нарушена. Чашечно-лоханочная система левой почки представлена в виде множественных полостей неправильной формы, мочеточник четко не визуализируется. Буллезный отек, гиперемия области устья левого мочеточника из которого выделяется густой гной в виде "пасты из тюбика" выявлены при цистоскопии.
	1	Установите предварительный диагноз
	-	Поликавернозный нефротуберкулез, туберкулезный пионефроз слева.
2	-	Диагноз поставлен верно.
1	-	Диагноз поставлен не полностью, часть нозологий упущена
0	-	Диагноз поставлен неверно.
	2	Какие дополнительные исследования необходимо произвести для уточнения и подтверждения диагноза.
	-	Биохимический анализ кров: уровень креатинина, азота мочевины, калия; посев мочи на ВК; рентгенография органов грудной клетки; МСКТ с контрастированием, ретроградная уретеропиелография слева.
2	-	Указаны все дополнительные методы обследования в полном объеме.
1	-	Указаны не все дополнительные методы обследования, часть методов упущена.
0	-	Дополнительные методы обследования не указаны или указаны неверно.
	3	Чем обусловлена клиническая картина.
	-	Запущенным поликавернозным туберкулезом, туберкулезным пионефрозом слева вследствие неполного обследования по поводу часто рецидивирующего цистита, отсутствия консультации уролога, фтизиоуролога, своевременной диагностики нефротуберкулеза и адекватного специфического лечения.
2	-	Этиология развития заболевания в данном случае определена и обоснована верно.
1	-	Этиология развития заболевания в данном случае определена верно, но обоснована не полностью.
0	-	Этиология развития заболевания в данном случае определена не верно.
	4	Возможные осложнения данного заболевания.
	-	Туберкулез мочевого пузыря, сморщивание последнего, вторичная генерализация туберкулеза.
2	-	Осложнения указаны верно.
1	-	Осложнения указаны верно, но некоторые патологические состояния не указаны..
0	-	Осложнения указаны не верно.
	5	Тактика лечения в данном конкретном случае.
	-	Неoadъювантная, противотуберкулезная и полихимиотерапия не менее 10 дней с последующей нефрэктомией слева.
2	-	Тактика лечения в данном случае определена верно, в полном объеме.
1	-	Тактика лечения в данном случае определена верно, но часть лечебных мероприятий упущена.
0	-	Тактика лечения в данном случае определена не верно.

10. Учебно-методическое и информационное обеспечение

1. Литература

Основная:

№ п/п	Название	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	Учебник «Урология»	Комяков Б.К.	ГЭОТАР-Медиа, 2011г.	299 + ЭБС	10
2	Детская урология (Электронный ресурс) / Пугачев А.Г. –М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009	Пугачев А.Г.	ГЭОТАР-Медиа, 2009г.	ЭБС	
3	Урология. От симптомов к диагнозу и лечению.		2014	ЭБС	0

Дополнительная литература:

№ п/п	Название	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров	
				в библиотек е	на кафедре
1	Урология. От симптомов к диагнозу и лечению.	Ю. Г. <u>Аляев</u> , Н. А. Григорьев	ГЭОТАР-Медиа, 2014	ЭБС	0
2	Инфертильность у мужчин(этиология, патогенез, диагностика, лечение)	В.В. Михайленко, В.Н. Фесенко, С.Н. Калинина, Д.Г. Кореньков	СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2015	0	20
3	Модифицированная перкутанная эндопиелотомия	Б.К. Комяков, Б.Г. Гулиев	СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2014	0	20
4	Циститы у женщин	Б.К. Комяков, Т.Х. Назаров	СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2016	0	20
5	Опухоли почки и верхних мочевыводящих путей	Б.К. Комяков, Б.Г. Гулиев, А.В. Сергеев, В.А. Фадеев, А.Ю. Ульянов, К.И. Исмаилов	СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2016	0	20
6	Неотложные состояния в урологии	Б.К. Комяков, Б.Г. Гулиев, А.В. Сергеев, В.А. Фадеев, А.Ю. Ульянов, К.И. Исмаилов	СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2016	0	20
7	Крихирургические методы лечения больных с заболеваниями предстательной железы	Д.Г. Кореньков, В.Е. Марусанов, Ю.П. Линец	СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2016	0	20
8	Биоминералогия мочевых камней	Т.Х. Назаров, К.Е. Трубникова, И.В. Рычков, М.У. Агаюлов	СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2016	0	20
9	Репродуктивно значимые заболевания у мужчин с инфекцией, передаваемой половым путем, и их лечение	С.Н. Калинина	СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2017	0	20
10	Современное лечение болезни Пейрони (фибропластическая индукция полового члена)	С.Н. Калинина, В.Н. Фесенко, А.В. Никольский, О.О. Бурлака, Н.В. Марченко, Б.Г. Гулиев	СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2018	0	20

Базы данных, информационно-справочные и поисковые системы:

Поисковые системы

<http://hippocrate.narod.ru/c> – популярная медицинская энциклопедия

<http://www.mednavigator.ru/> – поисковая система с каталогом медицинских ресурсов

<http://www.pubmedcentral.nih.gov/index.html> – архив биомедицинской литературы

<http://www.metabot.ru/> – российская метапоисковая система

<http://www.edu.ru/> – федеральный портал Российское образование

Электронные образовательные ресурсы, базы данных

<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433713.html>

<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436301.html>

<http://www.freebooks4doctors.com/fb/english1.htm> – медицинские книги на английском языке

<http://www.freemedicaljournals.com/> – медицинские журналы

<http://rmj.ru/> – Русский медицинский журнал

<http://sci-lib.com/> – большая научная библиотека электронных книг

<http://www.euro.who.int/?language=Russian> – ВОЗ

<http://www.medliter.ru/> – медицинская литература

<http://www.cochrane.com/> – база данных по доказательной медицине

11. Материально-техническое обеспечение

Материально-техническое обеспечение дисциплины:

- а. Кабинеты** – 5 учебных комнат (72 м², 20 м², 18 м², 18 м², 15 м², 12 м², конференц-зал - 64,5 м²,
- б. Мебель:**
 - стол – 56
 - стулья, кресла, скамьи – 198
 - стеллажей и шкафов книжных и одежных – 22
 - стол компьютерный - 9
- в. Тренажеры, тренажерные комплексы, фантомы, муляжи:**
 - муляж для пальпации предстательной железы – 7
 - муляж для катетеризации мочевого пузыря - 7
- г. Технические средства обучения** (персональные компьютеры с выходом в Интернет, мультимедиа, аудио- и видеотехника):
 - персональный компьютер с выходом в интернет – 6
 - ноутбук с выходом в интернет - 2

12. Методические рекомендации по прохождению практики

Ординаторы в период прохождения практики обязаны подчиняться правилам внутреннего распорядка Университета и:

СПБ ГУЗ «Александровская больница»

СПб ГБУЗ «Городская многопрофильная больница № 2»

СПб ГУЗ «Клиническая больница святителя Луки», СПб, ул. Чугунная, д.46

Медико-санитарная часть № 70 – СПб ГУП «Пассажиравтотранс»

ФГБОУ ВПО СЗГМУ им. И. И. Мечникова (клиника имени Петра Великого)

Практика начинается с беседы с руководителем практики, который знакомит ординаторов с целями и задачами практики. При прохождении клинической практики по дисциплине «урология» ординаторы ведут дневник практики ординатора, который содержит краткое описание курируемых больных (диагнозы заболеваний), перечень выполненных видов работ за период практики, в том числе диагностические и лечебные мероприятия; освоенные умения и практические навыки, приобретенные за период практики. По окончании практики ординатор должен получить зачет.