

ЧАСТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ»
(ЧОУВО «СПбМСИ»)



УТВЕРЖДАЮ

Ректор

С.Б. Мальцев

«22» декабря 2022 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ

«УРОЛОГИЯ И АНДРОЛОГИЯ»

Научная специальность 3.1.13 Урология и андрология

Форма обучения очная

Срок обучения 3 года

Кафедра Хирургических болезней №1

Санкт-Петербург
2022 г.

При разработке рабочей программы дисциплины в основу положены Федеральные государственные требования (далее – ФГТ) к структуре программ подготовки научных и научно-педагогических кадров в аспирантуре, утвержденные приказом Минобрнауки России от 30.10.2021 г. № 951.

Рабочая программа дисциплины одобрена на заседании кафедры хирургических болезней №1 (протокол №5 от 15.12.2022 г.), рассмотрена на заседании Ученого совета Института (протокол №3 от 22.12.2022 г.).

Заведующий кафедрой  (Мирошников Б.И.)

Разработчики:

Мирошников Б.И. - заведующий кафедрой хирургических болезней №1
Муравьев А.Н. - доцент кафедры хирургических болезней №1

Рецензент:

Попов С.В. - Главный врач Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения Клиническая больница Святителя Луки

СОДЕРЖАНИЕ

1. Цели и задачи освоения дисциплины	4
2. Место дисциплины в структуре программы аспирантуры	4
3. Требования к результатам освоения дисциплины	4
4. Трудоемкость дисциплины и виды учебной работы	7
5. Содержание дисциплины	7
5.1. Разделы дисциплины и виды занятий	7
5.2. Тематический план лекций	8
5.3. Тематический план семинаров и формы текущего контроля	8
5.4. Тематический план практических занятий и формы текущего контроля	9
5.5. Самостоятельная работа аспирантов	9
6. Формы контроля	11
7. Фонды оценочных средств	11
7.1. Оценочные материалы	11
7.1.1. Оценочные материалы для текущего контроля	11
7.1.2. Оценочные материалы для промежуточной аттестации	118
7.2. Критерии оценки, шкалы оценивания по видам оценочных материалов	121
7.2.1. Критерии оценки	121
7.2.2. Шкалы оценивания по видам оценочных материалов	123
8. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины	125
8.1. Основная литература	125
8.2. Дополнительная литература	126
8.3. Современные профессиональные базы данных	126
8.4. Информационные справочные системы	127
9. Материально–техническое обеспечение дисциплины	127
10. Специализированные условия для обучающихся-инвалидов и обучающихся-лиц с ограниченными возможностями здоровья	132

1. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Целью изучения дисциплины является подготовка научных и научно-педагогических кадров высшей квалификации с углубленным индивидуальным образованием, способных самостоятельно проводить научные исследования с использованием научных методов и средств для решения теоретических и прикладных задач научной специальности.

Задачи изучения дисциплины «Урология и андрология»:

1. Углубленное изучение методологических, клинических и медико-социальных основ научной специальности 3.1.13 Урология и андрология.
2. Углубление теоретических знаний в сфере урологии и андрологии и достижений в области медицины и фармации для определения возможностей и способов их применения в научно-исследовательской работе.
3. Формирование клинического и научного мышления, совершенствование навыков в проведении диагностики, лечения, профилактики, медицинской реабилитации пациентов с урологическими заболеваниями.
4. Формирование умений и навыков к анализу, систематизации и обобщению результатов научных исследований.
5. Формирование умений и навыков самостоятельной научной (научно - исследовательской) деятельности.
6. Приобретение и совершенствование знаний, умений и навыков в ведении медицинской документации при проведении научно-исследовательской работы.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ПРОГРАММЫ АСПИРАНТУРЫ

Дисциплина «Урология и андрология» относится к образовательному компоненту программы аспирантуры.

Дисциплина базируется на знаниях, умениях и навыках, полученных аспирантами в процессе обучения в образовательных организациях высшего образования, в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами высшего образования.

Знания, умения и навыки, полученные аспирантами при изучении данной дисциплины, необходимы для осуществления научной деятельности, подготовки диссертации и сдачи кандидатского экзамена по научной специальности.

3. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Освоение дисциплины «Урология и андрология» направлено на подготовку к сдаче кандидатского экзамена.

В результате изучения дисциплины «Урология и андрология» обучающийся должен:

Знать:

- этиологию, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся урологических заболеваний и их осложнений;
- клиническую картину этих заболеваний и их осложнений;
- современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных при наиболее часто встречающихся урологических заболеваниях и их осложнениях;

- оперативные и консервативные способы лечения урологических заболеваний, показания к их применению;
- деонтологические аспекты в урологии;
- основные методы научных исследований;
- приемы проведения научных исследований с использованием элементов научно-исследовательской работы;
- значение научных исследований в развитии урологии на современном этапе;
- клиническую симптоматику основных урологических заболеваний в различных возрастных группах;
- возможности, показания, противопоказания и осложнения специальных диагностических методов исследования в урологии (ультразвуковые, рентгеновские, включая контрастные, радионуклидные, эндоскопические, уродинамические);
- лечение и профилактику основных урологических заболеваний в различных возрастных группах.

Уметь:

- собрать анамнез, провести общеклиническое обследование больных при наиболее часто встречающихся урологических заболеваниях и их осложнениях и проанализировать полученные данные;
- составить план применения лабораторных и инструментальных методов исследования больного при наиболее часто встречающихся урологических заболеваниях и их осложнениях и проанализировать полученные данные;
- сформулировать развернутый клинический диагноз, обосновать его на основе дифференциального диагноза;
- сформулировать показания к консервативному и оперативному лечению при наиболее часто встречающихся урологических заболеваниях и их осложнениях;
- планировать исследования, анализировать, обобщать и публично представлять результаты выполненных научных исследований;
- работать с литературными источниками и использовать их в написании работы, логически построить работу, изложить материал, оформить обобщения и выводы;
- использовать в работе различные методы научных исследований;
- получать информацию о развитии и течении заболевания;
- выявлять факторы риска развития того или иного урологического заболевания, давать рекомендации в отношении мер профилактики его возникновения и прогрессирования;
- применять объективные методы исследования больного для установления предварительного диагноза основного и сопутствующих заболеваний и их осложнений. Оценивать тяжесть состояния больного, принимать необходимые меры для выведения больного из опасного состояния, определять объем и последовательность реанимационных мероприятий, оказывать экстренную помощь;
- использовать современные образовательные технологии на основе имеющихся компьютерных технологий в учебном процессе на кафедре.

Владеть:

- навыками организации в Российской Федерации специализированной медицинской помощи больным урологическими заболеваниями;
- навыками диспансеризация больных, реабилитация после операций, оценка трудоспособности при наиболее часто встречающихся урологических заболеваниях и их осложнениях;
- методиками научного поиска, направленного на улучшение ранней диагностики и результатов лечения при наиболее часто встречающихся урологических заболеваниях и их осложнениях;
- навыками работы с научной литературой, статьями;
- методиками и приемами научно-исследовательской работы;
- образовательными технологиями и методиками подготовки и проведения занятий с простейшими категориями обучающихся на кафедре (методами обучения) с использованием межпредметных связей;
- навыками проведения клинического обследования урологических больных, своевременной и правильной диагностики острых урологических заболеваний и повреждений с использованием современных клинических, лабораторных, рентгенологических, инструментальных и других специальных методов исследования;
- распознавания травматических повреждений органов мочеполовой системы и связанных с ними состояний, угрожающих жизни;
- диагностики аномалий и наиболее распространенных заболеваний почек, мочевых путей и мужских половых органов;
- планирования и осуществления педагогической деятельности с применением современных, в том числе компьютерных технологий, в рамках специальности;
- владеть современными эндо-видеолапароскопическими и робот-ассистированными методами лечения урологических заболеваний.

4. ТРУДОЕМКОСТЬ ДИСЦИПЛИНЫ И ВИДЫ УЧЕБНОЙ РАБОТЫ.

Трудоёмкость дисциплины составляет 9 зачетных единиц.

Трудоёмкость промежуточной аттестации по дисциплине - 1 зачетная единица.

Вид учебной работы	Всего часов	Объем по курсам	
		1 курс	2 курс
Лекции (Лек)	16	8	8
Практические занятия (Пр)	64	48	16
Семинары (Сем)	16	12	4
Самостоятельная работа (СР)	228	184	44
Всего:	324	252	72
Промежуточная аттестация	36	-	36
Подготовка к экзамену (СР)	32	-	32
Консультации (Конс)	2	-	2
Экзамен (Контроль)	2	-	2
Общая трудоемкость дисциплины:			
академические часы:	360	252	108
зачетные единицы:	10	7	3

5. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

5.1. Разделы дисциплины и виды занятий

№ п/п	Наименование раздела дисциплины	Лек	Пр	Сем
1	Основы урологии	2	8	2
2	Неотложные состояния в урологии	2	8	2
3	Мочекаменная болезнь	2	8	2
4	Неспецифические воспалительные заболевания почек и мочевыводящих путей и мужских половых органов	2	8	2
5	Опухоли почек, мочевого пузыря и наружных половых органов	2	8	2
6	Травмы почки. Травмы мочеточников. Травмы мочевого пузыря. Травмы уретры. Повреждения мошонки и ее органов. Повреждение полового члена.	2	8	2
7	Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Рак предстательной железы	2	8	2
8	Аномалии развития мочеполовых органов Гидронефроз	2	8	2
	Итого	16	64	16

5.2. Тематический план лекций

№ п/п	Тема и ее краткое содержание	Часы	Наглядные пособия
1	Основы урологии	2	Мультимедийная презентация
2	Неотложные состояния в урологии	2	Мультимедийная презентация
3	Мочекаменная болезнь	2	Мультимедийная презентация
4	Неспецифические воспалительные заболевания почек и мочевыводящих путей и мужских половых органов	2	Мультимедийная презентация
5	Опухоли почек, мочевого пузыря и наружных половых органов	2	Мультимедийная презентация
6	Травмы почки. Травмы мочеточников. Травмы мочевого пузыря. Травмы уретры. Повреждения мошонки и ее органов. Повреждение полового члена.	2	Мультимедийная презентация
7	Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Рак предстательной железы	2	Мультимедийная презентация
8	Аномалии развития мочеполовых органов Гидронефроз	2	Мультимедийная презентация
	Всего:	16	

5.3. Тематический план семинаров и формы текущего контроля

№ п/п	Тема и ее краткое содержание	Часы	Формы текущего контроля
1	Основы урологии	2	Собеседование
2	Неотложные состояния в урологии	2	Собеседование
3	Мочекаменная болезнь	2	Собеседование
4	Неспецифические воспалительные заболевания почек и мочевыводящих путей и мужских половых органов	2	Собеседование
5	Опухоли почек, мочевого пузыря и наружных половых органов	2	Собеседование
6	Травмы почки. Травмы мочеточников. Травмы мочевого пузыря. Травмы уретры. Повреждения мошонки и ее органов. Повреждение полового члена.	2	Собеседование
7	Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Рак предстательной железы	2	Собеседование
8	Аномалии развития мочеполовых органов Гидронефроз	2	Собеседование
	Всего:	16	

5.4. Тематический план практических занятий и формы текущего контроля

№ п/п	Тема и ее краткое содержание	Часы	Формы текущего контроля
1	Симптоматика урологических заболеваний	6	Тестовые задания, ситуационные задачи
2	Диагностика урологических заболеваний	6	Тестовые задания, ситуационные задачи
3	Аномалии мочеполовых органов	6	Тестовые задания, ситуационные задачи
4	Травмы мочеполовой системы	4	Тестовые задания, ситуационные задачи
5	Мочекаменная болезнь	4	Тестовые задания, ситуационные задачи
6	Неспецифические воспалительные заболевания мочеполовой системы	6	Тестовые задания, ситуационные задачи
7	Реконструктивно-пластическая урология	6	Тестовые задания, ситуационные задачи
8	Новообразования мочеполовой системы	6	Тестовые задания, ситуационные задачи
9	Эндовидеохирургическая урология	4	Тестовые задания, ситуационные задачи
10	Робот-ассистированная урология	4	Тестовые задания, ситуационные задачи
11	Заболевания наружных мужских половых органов	6	Тестовые задания, ситуационные задачи
12	Неотложная урология	6	Тестовые задания, ситуационные задачи
	Всего:	64	

5.5. Самостоятельная работа аспирантов

Вид работы	Часы	Текущий контроль
Проработка лекций, подготовка к практическим занятиям и семинарам с использованием конспектов лекций, Интернет-ресурсов, научной литературы (на русском и английском языках).	228	Собеседование. Библиографические и реферативные обзоры литературы. Аннотированные списки научных работ.
Подготовка к кандидатскому экзамену	32	Не предусмотрен

Темы для самостоятельной работы:

1. Виды расстройств мочеиспускания при урологических заболеваниях
2. Общеклинические методы обследования урологического больного (опрос, осмотр, пальпация, перкуссия)
3. Инструментальные методы исследования в урологии (уретроскопия, цистоскопия, хромоцистоскопия, уретеропиелоскопия, катетеризация мочеточника, катетеризация мочевого пузыря)
4. Рентгенологические методы исследования в урологии
5. Лабораторные и ультразвуковые методы исследования при урологических заболеваниях

6. Аномалии почек (классификация, клиника, диагностика, лечение)
7. Гематурия (заболевания, сопровождающиеся гематурией, определение источника кровотечения)
8. Анурия (виды, дифференциальная диагностика между ишурией и анурией)
9. Почечная колика (патогенез, дифференциальная диагностика, оказание первой помощи)
10. Фимоз и парафимоз (клиника, диагностика, лечение). Баланит. Баланопостит.
11. Острая задержка мочеиспускания (этиология, патогенез, оказание первой помощи)
12. Инфравезикальная обструкция (заболевания, приводящие к инфравезикальной обструкции, диагностика, лечение)
13. Недержание мочи (классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение)
14. Закрытые и открытые повреждения почек (механизмы повреждения, классификация, жалобы, диагностика, лечение)
15. Повреждения мочеточников (механизм, классификация повреждений, клиника, диагностика, лечение)
16. Повреждения мочевого пузыря (механизм, классификация повреждений, клиника, диагностика, лечение)
17. Травма уретры и наружных половых органов (механизм, классификация повреждений, диагностика, лечение)
18. Стриктуры уретры (этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение)
19. Острый пиелонефрит (этиология, патогенез, классификация, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение)
20. Хронический пиелонефрит (классификация, клиническое течение, диагностика, лечение)
21. Острый и хронический простатит (этиология, клиническое течение, диагностика, лечение)
22. Клиника, диагностика и лечение острого цистита
23. Неспецифические воспалительные заболевания мужских половых органов (эпидидимит, орхоэпидидимит)
24. Туберкулез мочевыделительной системы (этиология, патогенез, классификация, диагностика, лечение)
25. Туберкулез мужских половых органов (этиология, патогенез, клиническое течение, диагностика, лечение)
26. Этиология и патогенез мочекаменной болезни. Теории камнеобразования. Состав камней
27. Мочекаменная болезнь (эпидемиология, патогенез камнеобразования, клиническое течение)
28. Клиника, диагностика и лечение камней почек
29. Клиника, диагностика и лечение камней мочеточников
30. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (этиология, патогенез, клиническое течение, диагностика, лечение)
31. Гидронефроз (этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение)
32. Варикоцеле (патогенез, клиника, диагностика, лечение)
33. Гидроцеле (клиническое течение, диагностика, лечение)
34. Эректильная дисфункция (этиология, методы диагностики и лечения)
35. Мужское бесплодие (этиология, патогенез, классификация, диагностика, лечение)
36. Рак предстательной железы (патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение)
37. Рак яичка (классификация, клиника, диагностика, лечение)
38. Почечно-клеточный рак (эпидемиология, этиологические факторы, патогенез светлоклеточного почечно-клеточного рака, факторы прогноза, классификация, метастазирование, жалобы, диагностика, лечение в зависимости от степени распространения опухолевого процесса)
39. Рак полового члена (классификация, клиническое течение, диагностика, лечение)

40. Рак мочевого пузыря (этиологические факторы, классификация, жалобы, диагностика, лечение в зависимости от степени распространения опухолевого процесса)
41. Уротелиальный рак верхних мочевых путей (этиологические факторы, классификация, жалобы, диагностика, лечение в зависимости от степени распространения опухолевого процесса)
42. Мышечноинвазивный и мышечнонеинвазивный рак мочевого пузыря (этиологические факторы, классификация, жалобы, диагностика, лечение в зависимости от степени распространения опухолевого процесса)
43. Хроническая почечная недостаточность
44. Острая почечная недостаточность
45. Специфические воспалительные заболевания органов мочеполовой системы

6. ФОРМЫ КОНТРОЛЯ

Текущий контроль осуществляется преподавателем, ведущим лекции, практические занятия, семинары в соответствии с тематическим планом (п.5.3, п.5.4).

Промежуточная аттестация проводится на 2 курсе в форме кандидатского экзамена. Фонд оценочных средств представлен в разделе 7.

7. ФОНДЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

7.1. Оценочные материалы

7.1.1. Оценочные материалы для текущего контроля

Тестовые задания:

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 предпузырная

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
- Бэкскреторная урография
- В уретрография
- Гцистоскопия

010 С ПОМОЩЬЮ КАКОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ МОЖНО ПРОИЗВОДИТЬ ЭНДОУРЕТРАЛЬНО ЛЕЧЕБНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ?

- А уретроскопия
- Бцистоскопия
- В урофлоуметри
- Гуретероскопия

011 КАК НАЗЫВАЕТСЯ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ, С ПОМОЩЬЮ КОТОРОГО МОЖНО ПРОИЗВЕСТИ ВИЗУАЛЬНЫЙ ОСМОТР ЛОХАНКИ И ЧАШЕЧЕК?

- А пиелоскопия
- Буретроскопия
- В цистоскопия
- Гэхография

012 ПИЕЛОНЕФРИТ ЯВЛЯЕТСЯ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

- А инфекционно-воспалительным
- Бнаследственным
- В аллергическим
- Гсосудистым

013 ОСНОВНОЙ (ВЕДУЩИЙ) МИКРОБНЫЙ ВОЗБУДИТЕЛЬ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ

- А кишечная палочка
- Бклебсиелла
- В синегнойная палочка
- Гстафилококк

014 С КАКИХ ЦИФР СНИЖЕНИЯ УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ МОЖНО ДУМАТЬ О НАЧАЛЕ СЕПТИЧЕСКОГО ШОКА?

- А 90-80 мм рт. ст.
- Б80 - 70 мм рт. ст.
- В 70 - 60 мм рт. ст.
- Г100 - 90 мм рт. ст.

015 В КАКОМ ВОЗРАСТЕ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПИЕЛОНЕФРИТ У ЖЕНЩИН?

- А молодом
- Бпожилом
- В старческом
- Гв детском

016 ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЙ ФАКТОР ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕВОЧЕК

- А вульвовагиниты
- Бпереохлаждение
- В гипо- и авитаминоз
- Гнесоблюдение туалета наружных половых органов

017 ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЙ ФАКТОР ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

- А снижение иммунореактивности организма
- Бтравма
- В нарушение пассажа мочи
- Гнефропатии

018 ПУТЬ ИНФИЦИРОВАНИЯ ПОЧКИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ (НЕОБСТРУКТИВНОМ) ПИЕЛОНЕФРИТЕ

- А гематогенный
- Блимфогенный
- В по стенке мочеточника
- Гпо просвету мочеточника

019 ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЙ ФАКТОР ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВТОРИЧНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

- А нарушение оттока мочи
- Бпереохлаждение
- В инфекция
- Гнарушение лимфооттока

020 ЧАСТЫЙ ВОЗБУДИТЕЛЬ ГЕМАТОГЕННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

- А стафилококк

Б стрептококк
В синегнойная палочка
Г протей

021 РАННИЙ ЛАБОРАТОРНЫЙ СИМПТОМ, УКАЗЫВАЮЩИЙ НА СЕРЬЕЗНУЮ ФАЗУ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В ПОЧКАХ

А бактериурия
Б цилиндрuria
В альбуминурия
Г лейкоцитурia

022

ЛАБОРАТОРНЫЙ ПРИЗНАК, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙ ГНОЙНУЮ ФАЗУ ВОСПАЛЕНИЯ В ПОЧКЕ

А лейкоцитурia
Б эритроцитурia
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 УРИ-
НОГЕННОМ (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 РЕ-
ШАЮЩЕЕ 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

Бтетрациклины
В аминокгликозиды
Гцефалоспорины

032 ПИЕЛОНЕФРОСТОМИЧЕСКИЙ ДРЕНАЖ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У БЕРЕМЕННЫХ УДАЛЯЕТСЯ ПОСЛЕ РОДОВ ЧЕРЕЗ?

А 1 мес
Б2 - 2 дня
В 1 нед
Г2 нед

033 ПРИ НЕКРОЗЕ ПОЧЕЧНЫХ СОСОЧКОВ ЧАСТЫМ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ

А макрогематурия
Блейкоцитурия
В бактериурия
Гцилиндрурия

034 КАКОЙ ПАРАНЕФРИТ ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ ВСТРЕЧАЕТСЯ ЧАЩЕ?

А задний
Бнижний
В верхний
Гбоковой

035 ПРИ КАКОЙ ФОРМЕ ПИЕЛОНЕФРИТА МАССА ПОЧКИ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ?

А при ксантогранулематозном
Бпри первичном
В при вторичном
Гпри эмфизематозном

036 В КАКОЙ СТАДИИ ПИЕЛОНЕФРИТА МАССА ПОЧКИ УМЕНЬШАЕТСЯ?

А при сморщенной почке
Бпри остром серозном воспалении
В при карбункуле почки
Гпри жировом перерождении почки

037 В КАКИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПУЗЫРНО- МОЧЕ- ТОЧНИКОВЫЙ РЕФЛЮКС?

- А дети
- Б подростки
- В молодые люди
- Г средний возраст

038 ЧЕРЕЗ КАКОЙ ТРЕУГОЛЬНИК ГНОЙ ИЗ ПАРАНЕФРАЛЬНОГО ПРО-СТРАН- СТВА МОЖЕТ ПРОРВАТЬСЯ В ПЛЕВРАЛЬНУЮ ПОЛОСТЬ?

- А Богдалека
- Б Льево
- 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 СО- СОЧКОВ ИМЕЕТ

- А ретроградная пиелография
- Б обзорная рентгенография мочевых путей
- В экскреторная урография
- Г ультразвуковое исследование

041 С ПОМОЩЬЮ КАКОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ НАЛИЧИЕ ГАЗА В КИШЕЧ- НИКЕ 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 СИМП- ТОМ ХОДСОНА

- А хронического
- Б сантогранулематозного

В острого
Ггестационного

043 НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ПУТЬ ПРОНИКНОВЕНИЯ ИНФЕКЦИИ ПРИ ВТОРИЧНОМ ПАРАНЕФРИТЕ

А из гнойного очага в почке (карбункул, абсцесс почки)
Бгематогенный
В лимфогенный
Гиз соседних органов

044 КАКОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ПОСОБИЕ ЧАЩЕ ВЫПОЛНЯЕТСЯ ПРИ ОДИНОЧНОМ КАРБУНКУЛЕ ПОЧКИ?

А иссечение карбункула, декапсуляция почки
Бнефрэктомия
В резекция почки
Гуретеролиз

045 КАКАЯ ОПЕРАЦИЯ ПОКАЗАНА ПРИ АПОСТЕМАТОЗНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ?

А декапсуляция почки
Бнефрэктомия
В резекция почки
Гчрескожная пункционная нефростомия

046 ОСЛОЖНЕНИЕМ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ПОДДИАФРАГМАЛЬНЫЙ АБСЦЕСС?

А карбункул почки
Бхолецистит
В пиелонефрит
Гпионефроз

047 НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ УРОЛОГИЧЕСКАЯ ПРИЧИНА ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

А пиелонефрит
Бпионефроз
В паранефрит
Гполикистоз почек

048 НАЗОВИТЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ, КОТОРЫЕ МОЖНО ПРИМЕНЯТЬ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ БЕРЕМЕННЫХ

- А хромоцистоскопия
- Бобзорный снимок мочевых путей
- В ретроградная пиелография
- Гэкскреторная урография

049 КАКОВА ДОЛЖНА БЫТЬ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ?

- А 2 мес
- Б3-4 мес
- В 5-6мес
- Г2 нед

050 ЧТО СЧИТАЕТСЯ КРИТЕРИЕМ ПРОДОЛЖЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ?

- А бактериурия
- Бэритроцитурия
- В цилиндрурия
- Гклиническая картина

051 КАКИМ СПОСОБОМ НЕОБХОДИМО БРАТЬ МОЧУ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ БЕРЕМЕННЫХ?

- А забор средней порции струи мочи
- Бкапиллярной пункцией
- В интраоперационно
- Гзабор первой порции струи мочи

052 ДЛЯ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРНА ЛИХОРАДКА ГЕКТИЧЕСКОГО ТИПА С ПОТЯСАЮЩИМИ ОЗНОБАМИ?

- А острый пиелонефрит
- Бострый уретрит
- В острый эпидидимит
- Гострый цистит

053 С КАКОГО МЕРОПРИЯТИЯ НАЧИНАЕТСЯ ЛЕЧЕНИЕ ВТОРИЧНОГО ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА?

- А устранение нарушений пассажа мочи
- Бантубактериальная терапия
- В иммунотерапия
- Гдетоксикационное 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 гангурия

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 ДВУСТОРОН-
НЕМ ВОСПАЛИТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ В ПОЧКАХ?

- А азотемия
- Ббактериурия
- В пиурия
- Гальбуминурия

061 В КАКОМ ПЕРИОДЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕ-
ФРИТЕ МОГУТ БЫТЬ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ?

- А начальный период
- Бпериод разгара
- В период осложнений
- Гпериод обратного развития

062 ПРИ КАКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА МОЖЕТ ОТ-
СУТСТВОВАТЬ ПИУРИЯ?

- А в корковом веществе
- Бв собирательных трубках
- В в фиброзной капсуле
- Гв фиброзной капсуле и малых чашечках

063 НА КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ МОЖЕТ УКАЗЫВАТЬ ПОЯВЛЕНИЕ ИКТЕРИЧНО-
СТИ СКЛЕР И КОЖИ ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ?

- А гепаторенальный синдром
- Бхроническая почечная недостаточность
- В холецистит
- Гжелчнокаменная болезнь

064 ПРИ ВОСХОДЯЩЕМ (УРИНОГЕННОМ) ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ОТДЕЛЬ-
НЫЕ ОЧАГИ ИНФЕКЦИИ В ПОЧКЕ РАСПОЛАГАЮТСЯ

- А веерообразно в виде клиньев от лоханки до поверхности почки
- Бдиффузно в паренхиме
- В вдоль внутриволоковых сосудов
- Гвдоль собирательных трубочек

065 ПРИ КАКОМ ВИДЕ РЕФЛЮКСА НАБЛЮДАЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕ-
НИЕ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА?

- А при пиелофорникальном
- Бпри 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 сантогранулематозный пиелонефрит

068 КАКОЙ ИЗ СИНОНИМОВ ТЕРМИНА НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ПРОСТАТИТ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ НАИБОЛЕЕ ПРАВИЛЬНЫМ?

- А бактериальный
- Б трихомонадный
- В инфекционный
- Г гонококковый

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

Бснижение воспитательной роли школы

В уменьшение объема санитарной пропаганды

Гуменьшение пропаганды классической литературы и искусства

072 КАКАЯ ИЗ ГРАМОТРИЦАТЕЛЬНЫХ БАКТЕРИЙ НЕ СОДЕРЖИТ ОБОЛОЧКИ?

А уреоплазмы, микоплазмы

Бкишечная палочка

В протейные бактерии

Гхламидии

073 ПРИ КАКОЙ ИЗ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ЖЕНЩИН НАСТУПАЮТ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ВО ВЛАГАЛИЩЕ С ГНИЛОСТНЫМ ЗАПАХОМ?

А при гарднереллезе

Бпри инфицировании урогенитальным вирусом герпеса

В при выявлении микоплазм

Гпри уреоплазмозе

074 КАКОВЫ ВРОЖДЕННЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРОСТАТИТА?

А все перечисленные факторы

Бобширные венозные анастомозы предстательной железы с венами таза

В отсутствие мышечных жомов выводных протоков ацинусов в задней уретре, гипоандрогения

Ганатомическая 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

Бсигмовидная артерия

В верхние геморроидальные

Гнижние геморроидальные

076 НАЗОВИТЕ 2 ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ПРИОБРЕТЕННЫХ ФАКТОРА ПРОСТАТИТА

А задний уретрит, стриктура уретры

Бцистит

В варикозное расширение геморроидальных вен, стриктура уретры

Гколит

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 неомогенная 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 ballotирование 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 ТРЕХ-СТАКАННОЙ 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
- Блейкоциты 20-30 в поле зрения, лецитиновые зерна в небольшом количестве
- В лейкоциты 10-12 в поле зрения, лецитиновые зерна в небольшом количестве
- Глейкоциты до 100 в поле зрения

089 КАКОВА НАЧАЛЬНАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА ПИРОГЕНАЛА ДЛЯ ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ?

- А 2,5мкг
- Б3 мкг
- В 4 мкг
- Г1мкг

090 КОТОРЫЙ ДЕНЬ КУРСА ПИРОГЕНАЛОТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ ОПТИМАЛЬНЫМ ДЛЯ НАЧАЛА ЭТИОТРОПНОГО АНТИИНФЕКЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ?

- А четвертый
- Бпервый
- В второй
- Гтретий

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
- Бчерез 4 дня от начала пирогеналотерапии
- В после окончания пирогеналотерапии
- Гна третий день ее проведения

092 КАКИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ЯВЛЯЮТСЯ НАИБОЛЕЕ ПРИЕМЛЕМЫМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ?

- А антибиотики фторхинолонового ряда
- Бтетрациклины и макролиды
- В аминогликозиды
- Гнитрофураны

093 ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ГЛАВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ПРИКРЫТИЯ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ХЛАМИДИЙНЫХ ПРОСТАТИТОВ?

- А антигрибковые препараты
- Бсердечные средства
- В витамины
- Гпрепараты, улучшающие функцию печени и трентал

094 КАКУЮ ИЗ НОВОКАИНОВЫХ БЛОКАД МОЖНО РЕКОМЕНДОВАТЬ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРОСТАТИТОВ?

- А парапростатическую
- Бпаранефральную
- В пресакральную
- Гпозадилонную

095 КАКОЙ ГОРМОНАЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ ЯВЛЯЕТСЯ ЛУЧШИМ В ЛЕЧЕНИИ ИНТЕРОРЕЦЕПТИВНОЙ ИМПОТЕНЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ПРОСТАТИТАХ?

- А андриол
- Бметилтестостерон
- В тестостерона пропионат
- Гомнадрен

096 КАКОВЫ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АТОНИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ?

- А мелипрамин
- Бмассаж предстательной железы, восходящий душ
- В диатермия предстательной железы
- Гантибактериальная терапия

097 ЛУЧШАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ АППАРАТНАЯ ТЕРАПИЯ ПРОСТАТИТА

- А электролазерная на аппарате «Ярило»
- Бдиатермия предстательной железы
- В ультразвуковая терапия
- Глазерная

098 УКАЖИТЕ ОСНОВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СКЛЕРОЗА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ

- А гормональное
- Бантибактериальное
- В с применением фермента лидазы
- Гхирургическое

099 КАКОВА ЛОКАЛИЗАЦИЯ БОЛИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВЕЗИКУЛИТЕ?

- А глубоко в тазу, в паховой области
- Бв позадилоной области
- В в прямой кишке
- Гв крестце

100 ПРИ КАКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВОЗМОЖНА ГЕМОСПЕРМИЯ?

- А при везикулите
- Бпри простатите
- В при цистите
- Гпри тромбозе вен таза

101 КАКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ОБУСЛОВЛЕН СИМПТОМ ВЫДЕЛЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ГНОЙНОГО ЭКССУДАТА ИЗ УРЕТРЫ ВО ВРЕМЯ ДЕФЕКАЦИИ?

- А простатитом
- Бколликулитом
- В везикулитом
- Ггнойным циститом

102 КАКОВА ОПТИМАЛЬНАЯ И БЕЗВРЕДНАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ АЗОТНОКИСЛОГО СЕРЕБРА ДЛЯ ПРИЖИГАНИЯ СЕМЕННОГО БУГОРКА ПРИ КОЛЛИКУЛИТЕ

- А 8%
- Б15%
- В 20%
- Г1 %

103 ОПТИМАЛЬНЫЙ ДОСТУП ПРИ ВСКРЫТИИ ЭМПИЕМЫ СЕМЕННОГО ПУЗЫРЬКА

- А ишиоректальный
- Бчреспузырный
- В по Мак-Уортеру
- Гпироговский

104 ПОКАЗАНИЯМИ К УРЕТРОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А хронический уретрит
- Бпередний уретрит
- В задний уретрит

Гострый уретрит

105 НЕСОМНЕННЫМ ПРИЗНАКОМ УРЕТРИТА ПРИ ТРЕХСТАКАННОЙ ПРОБЕ МОЖЕТ БЫТЬ

- А наличие лейкоцитов в первой порции мочи
- Бналичие лейкоцитов во второй порции мочи
- В наличие лейкоцитов в третьей порции мочи
- Гналичие лейкоцитов во всех порциях мочи

106 ПРИ КАКОМ УРЕТРИТЕ РАЗВИВАЕТСЯ БОЛЕЗНЬ РЕЙТЕРА?

- А хламидийном
- Бгонорейном
- В вирусном
- Гмикоплазменном

107 СИНДРОМ РЕЙТЕРА ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

- А во всех перечисленных случаях
- Бгонорейном уретрите
- В микоплазменном уретрите
- Гдизентерии

108 БОЛЕЗНЬ РЕЙТЕРА ОБУСЛОВЛЕНА

- А генетическими факторами
- Бналичием антител к возбудителю
- В аллергической реакцией
- Гснижением иммунитета

109 ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ ТРИХОМОНАДНОМ УРЕТРИТЕ ДЛИТСЯ

- А 10 дней
- Б20 дней
- В 15 дней
- Г5 дней

110 ДЛЯ ВЫРАЩИВАНИЯ ВИРУСОВ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- А клеточные среды
- Багар-агар
- В мясной бульон
- Гкартофельно-глицериновая среда

111 КАКОВА ТАКТИКА ПРИ ПЕРЕКРУТЕ ЯИЧКА?

- А активно-оперативная
- Бблокада семенного канатика

В физиотерапия (УВЧ)

Гвыжидательная

112 ТАКТИКА ПРИ ОСТРЫХ СЕРОЗНЫХ ЭПИДИДИМИТАХ

А оперативное дренирование органов мошонки

Борхиэпидидимэктомия

В эпидидимэктомия

Гвскрытие придатка яичка

113 СКОЛЬКО ТИПОВ ГИДАТИД МОЖЕТ ИМЕТЬ ЯИЧКО И ЕГО ПРИДАТОК?

А четыре

Бодин

В пять

Гтри

114 СИМПТОМЫ ОСТРОГО ОРХИТА

А отек и боль в мошонке

Бгемоспермия

В гипертермия

Гболи в промежности

115 ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОБСТРУКТИВНОЙ АСПЕРМИИ

А эпидидимовазоанастомоз

Бдренирование мошонки

В тестикуловазоанастомоз

Гискусственная инсеминация

116 ЧЕМ ОБРАЗОВАН ГЕМАТОТЕСТИКУЛЯРНЫЙ БАРЬЕР?

А оболочкой канальца и цитоплазмой клеток Сертоли

Бсперматидами

В клетками Лейдига

Гсперматогониями

117 КАКАЯ БАКТЕРИАЛЬНАЯ ФЛОРА ЧАЩЕ ПРИСУТСТВУЕТ В МОЧЕ ПРИ ОСТРОМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЭПИДИДИМИТЕ?

А микрофлора отсутствует

Бсинегнойная палочка

В протей

Гклебсиелла

118 ЧЕМ ОСЛОЖНЯЕТСЯ ДВУСТОРОННИЙ ЭПИДИДИМИТ, ЛЕЧЕННЫЙ КОНСЕРВАТИВНО?

- А атрофией яичка
- Бобструктивной аспермией
- В олигоспермией
- Гперекрутом яичка

119

ЧЕМ ОБЪЯСНЯЕТСЯ ЧАСТОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЯИЧЕК ПРИ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ?

- А тропизмом вирусов к паренхиме яичек
- Бхорошим кровоснабжением тестикул
- В рефлюксом мочи
- Гнизкой температурой

120 Яичко кровоснабжается за счет

- А внутренней семенной вены
- Бвнутренней семенной артерии
- В ренальной вены
- Гнижней простатической артерии

121 СКОЛЬКО ОБОЛОЧЕК ИЛИ СЛОЕВ ЯИЧКА НУЖНО ВСКРЫТЬ ПРИ ПОДХОДЕ К НЕМУ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ?

- А семь
- Бпять
- В четыре
- Гшесть

122 ПРИ КАКОЙ ЭТИОЛОГИИ ПРОЦЕССА ВОЗНИКАЕТ ОРХОЭПИДИДИМИТ?

- А туберкулез
- Бгонорея
- В хламидиоз
- Гбруцеллез

123 В КАКОМ ВОЗРАСТЕ ВОЗМОЖНЫ ИСТИННЫЕ ОРХИТЫ?

- А до 13 лет
- Бдо 25 лет
- В до 70 лет
- Гдо 5 лет

124 КАКОЙ ФЕРМЕНТ ВЫРАБАТЫВАЕТ ПРИДАТОК ЯИЧКА?

- А корнитин
- Бфибриногеназу
- В дегидрогеназу
- Гвезикулазу

125 НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО ДИАГНОЗ ТУБЕРКУЛЕЗА ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ МОЖНО ПОСТАВИТЬ ПРИ

- А биологической пробе
- Бмикроскопии мочи
- В микроскопии эякулята
- Гпосеве мочи и эякулята на специальные питательные среды

126 ДЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ХАРАКТЕРНО

- А все перечисленное выше
- Брецидивизирующий характер заболевания
- В наличие свищей
- Гвторичное поражение

127 ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПОРАЖЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ПОКАЗАНА

- А ничего из вышеперечисленного
- Бтуберкулостатическая терапия
- В оперативное лечение
- Гпункция

128 ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ПРОИЗВОДИТСЯ

- А после туберкулостатической терапии
- Бпосле назначения антибиотиков широкого спектра действия
- В в любом из перечисленных вариантов
- Гдо туберкулостатической терапии

129 ДЛЯ ДИУРЕТИЧЕСКОЙ СТАДИИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО

- А развитие на 2-3-й сутки от начала заболевания
- Бразвитие на 10-14-е сутки от начала заболевания
- В развитие через 3-6 мес от начала заболевания
- Гсуточное количество мочи не превышает 200-300 мл

130 НЕЗАВИСИМО ОТ ЭТИОЛОГИИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАЗНАЧАЮТ

- А осмотические диуретики
- Бгемодиализ, не ранее 14 - 16-го дня от начала заболевания
- В препараты калия
- Гвнутривенное 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 клубочковой 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
Ганаэробы

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 ХЛАМИДИОЗ?

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 кларитромицин
- Бамоксициллин
- В полимиксин
- Гпефлоксацин

145 КАКИМ МЕТОДОМ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ МИКОПЛАЗМЫ И УРЕАПЛАЗМЫ?

- А культуральный метод
- Бметод непрямой иммунофлюоресценции
- В метод молекулярной гибридизации
- Гуреазные тесты

146 КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ НАЗНАЧАЮТСЯ ПРИ МИКОПЛАЗМЕННО-УРЕАПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ?

- А доксициклин
- Бкарбециллин
- В гентамици
- Гклафоран

147 КАКОВА КЛИНИКА РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ФОРМЫ ГЕРПЕСА I И II ТИПА?

- А отсутствие интоксикации
- Ботсутствие высокой температуры тела
- В в виде ОРВИ
- Гафтозный стоматит

148 КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ В ЛЕЧЕНИИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА?

- А тинидазол
- Бмакмирор
- В метилурацил
- Ггоссипол

149 КАКОВЫ ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОБСТРУКТИВНОЙ АСПЕРМИИ?

- А все стадии сперматогенеза
- Бклетки Сертоли
- В клетки Лейдига
- Гсперматогонии

150 ЧТО ОЗНАЧАЕТ ТЕРМИН «АЗООСПЕРМИЯ»?

- А наличие клеток сперматогенеза при отсутствии спермиев
- Бналичие неподвижных форм спермиев

В наличие дегенеративных форм спермиев
Готсутствие спермиев

151 ЧТО ОЗНАЧАЕТ ТЕРМИН «АСПЕРМИЯ»?

А отсутствие спермиев и клеток сперматогенеза
Ботсутствие клеток сперматогенеза
В единичные спермии в полях зрения
Гналичие клеток сперматогенеза

152 УКАЖИТЕ НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ PH ЭЯКУЛЯТА

А 7,2-7,8
Б8,0-8,6
В 5,0-5,4
Г4,5-4,8

153 КАКОВА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЦИКЛА СПЕРМАТОГЕНЕЗА?

А 72 дня
Б50 ч
В 48 дней
Г90 дней

154 КАКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СПЕРМАТОГРАММЫ ОЖИДАЮТСЯ ПОСЛЕ ХРОНИЧЕСКОГО ДВУСТОРОННЕГО ЭПИДИДИМИТА, ЛЕЧЕННОГО КОНСЕРВАТИВНО?

А аспермия
Болигозооспермия
В тератоспермия
Гастенозооспермия

155 НАЗОВИТЕ НОРМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО СПЕРМАТОЗОИДОВ В 1 МЛ ЭЯКУЛЯТА

А 20 - 40 млн/мл
Б5 - 10 млн/мл
В 100 - 200 тыс./мл
Г180 - 200 млн/мл

156 КАКИМ МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЯЮТ КОЛИЧЕСТВО СПЕРМАТОЗОИДОВ?

А в камере Горяева
Бметод Курцпрока-Миллера
В метод Морозова
Гметод 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 «ТЕРАТОЗОСПЕРМИЯ»?

- 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 эпидидимокутанеостомия

172 КАКИЕ ИЗ ГОРМОНАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ВЛИЯЮТ НА ПОДВИЖНОСТЬ СПЕРМАТОЗОИДОВ?

- А андриол
- Б синэстрол
- В андрокур
- 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 гангиопротекторы

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
- Бкефзол
- В цеклор
- Гтиенам

178 КАКОЙ ИЗ ПРЕПАРАТОВ ДОСТИГАЕТ ВЫСОКОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ В ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЕ?

- А сумамед
- Бпалин
- В фурагин
- Гканамицин

179 К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ СОЛКОУРОВАК?

- А иммуномодуляторы
- Бхинолоны
- В тетрациклины
- Гангиопротекторы

180 КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ОКАЗЫВАЕТ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ?

- А левамизол
- Бспирамицин
- В нетромицин
- Гпалин

181 К КАКОЙ ГРУППЕ ОТНОСИТСЯ ГЕНТАМИЦИН?

- А аминогликозиды
- Бнитрофураны
- В макролиды
- Гцефалоспорины

182 К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ СУЛЬФАТЕН?

- А сульфаниламиды
- Бпенициллины
- В аминогликозиды
- Гнитрофураны

183 К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ ЛЕВАНТИН?

- А фторхинолоны
- Бнитрофураны

В тетрациклины
Гаминогликозиды

184 К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ ПРЕПАРАТ ПЕНТОКСИФИЛИН?

А ангиопротекторы
Баминогликозиды
В пенициллины
Гфторхинолоны

185 КАКОЙ ИЗ ПРЕПАРАТОВ СНИЖАЕТ УРОВЕНЬ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ В МОЧЕ И КРОВИ?

А милурит
Бпенициллин
В рифампицин
Гнитроксолин

186 К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ ПИМИДЕЛЬ?

А хинолоны
Бтетрациклины
В пенициллины
Гаминогликозид

187 К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ АЦИКЛОВИР?

А противовирусные
Бангиопротекторы
В иммуномодуляторы
Гаминогликозиды

188 ПЕРЕЧИСЛИТЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ УРОДИНАМИКИ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

А урофлоуметрия
Бцистография
В хромоцистоскопия
Гуретроцистоскопия

189 НАЗОВИТЕ УРОДИНАМИЧЕСКИЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ФАЗЫ НАКОПЛЕНИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

А ретроградная цистометрия
Бсфинктерометрия
В электромиография
Гпрофилометрия уретры

190 НАЗОВИТЕ ФУНКЦИЮ ДЕТРУЗОРА В ФАЗЕ ЭВАКУАЦИИ

- А сокращение
- Бснижение сокращения
- В снижение расслабления
- Грасслабление

191 НАЗОВИТЕ ФУНКЦИИ СФИНКТЕРОВ В ФАЗЕ НАКОПЛЕНИЯ

- А сокращение
- Бснижение расслабления
- В нет функции
- Гснижение 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.
- Б25 — 40 см вод.ст.
- В 45 — 60 см вод.
- Г65 — 80 см вод. ст.

194 ДАВЛЕНИЕ В УРЕТРЕ В ФАЗЕ НАКОПЛЕНИЯ ДОЛЖНО

- А превышать давление в мочевом пузыре
- Ббыть меньше давления в мочевом пузыре
- В повышаться по мере наполнения мочевого пузыря
- Гоставаться постоянно низким по мере наполнения мочевого пузыря

195 НАЗОВИТЕ ПРИЧИНЫ ОБРАЗОВАНИЯ АКУШЕРСКИХ МОЧЕПОЛО-ВЫХ СВИ-
ЩЕЙ

- А хирургическая травма мочевого пузыря во время акушерско-гинекологических пособий
- Бнарушение трофики тканей пузырно-генитальной области
- В задержка мочеиспускания после акушерско-гинекологических пособий
- Гхроническая 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
- Бдренирование зоны мочевого затека

В реконструктивные операции
 Гнефрэктомия (при одностороннем повреждении)

197 НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ ФОРМЫ НЕФРОГЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

А атеросклеротический стеноз почечной артерии
 Баневризма почечной артерии
 В сдавление почечной артерии извне
 Ганомалии развития аорты

198 НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ПРИЧИНЫ ПАРЕНХИМАТОЗНОЙ ФОРМЫ НЕФРОГЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

А гломерулонефрит
 Бопухоль или киста паренхимы почки
 В поликистоз почек
 Ггубчатая почка

199 ПРИ НЕФРОГЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НАБЛЮДАЕТСЯ

А повышение образования ренина
 Буменьшение образования ангиотензина
 В повышение артериального давления в сосудах почки
 Гповышенное выведение натрия

200 КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ НЕФРОГЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А неэффektivностью гипотензивной терапии
 Бчастыми гипертоническими кризами
 В высоким систолическим, нормальным диастолическим давлением
 Готносительно 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
 Бувеличение почки
 В низкая концентрация рентгеноконтрастного вещества на поздних стадиях
 Гинтенсивное контрастирование чашечно-лоханочной системы на ранних снимках

202 ПОКАЗАНИЕ К НЕФРЭКТОМИИ ПРИ НЕФРОГЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

А инфаркт почки с отсутствием функции
 Бстеноз проксимальной трети почечной артерии

В стеноз средней трети почечной артерии
Ганевризма почечной артерии

203 ПРИ ПОЧЕЧНОЙ АНГИОГРАФИИ ДЛЯ АНЕВРИЗМЫ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ ХАРАКТЕРНО

А мешкообразное расширение почечной артерии
Блокализация в проксимальной трети почечной артерии, без распространения на внутрипочечные ветви
В локализация в дистальной трети почечной артерии с распространением на внутрипочечные 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 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

Гниктурия

209 ХАРАКТЕР ГЕМАТУРИИ ПРИ ОСТРОМ ЦИСТИТЕ

- А терминальный
- Бинициальный
- 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

Бболи
В поллакиурии
Гтерминальной гематурии

216 САМОЕ ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ЦИСТИТА

А пиелонефрит
Блейкоплакия мочевого пузыря
В малакоплакия мочевого пузыря
Гперитонит

217 ДЛЯ ЦИСТИТА ХАРАКТЕРНА СЛЕДУЮЩАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

А частое болезненное мочеиспускание, обычно в конце его
Бсхваткообразные острые боли внизу живота с частым мочеиспусканием, но без болей
В рези в конце мочеиспускания
Ггнойные выделения из уретры, рези в начале мочеиспускания

218 ПРИ КАКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ЦИСТИТА МОЖЕТ БЫТЬ ПЕРИТОНИТ?

А при гангренозной
Бпри опухолевой
В при лучевой
Гпри послеоперационной

219 НАЗОВИТЕ ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЙ ПРИЗНАК ЦИСТАЛГИИ ОТ ЦИСТИТА

А отсутствие лейкоцитурии
Бимперативные позывы
В неполное опорожнение мочевого пузыря
Ггенитально-пузырная дисфункция мочевого пузыря

220 КАКОЕ СОВРЕМЕННОЕ НАЗВАНИЕ НАИБОЛЕЕ ПОЛНО ОТРАЖАЕТ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКУЮ СУЩНОСТЬ ЦИСТАЛГИИ?

А Какое современное название наиболее полно отражает патогенетическую сущность цисталгии?

Бгенитально-пузырная дисфункция мочевого пузыря
В уретральный синдром у женщин
Гнервная поллакиурия

221 КАКИЕ НЕРВЫ ОБЕСПЕЧИВАЮТ РЕЗЕРВУАРНУЮ ФУНКЦИЮ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ?

А гипогастральные
Бтазовые
В половые
Гпростатические

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

Бгиперкальциемии
В оксалатурии
Ггиперурикемии

229 СОДЕРЖАНИЕ КАЛЬЦИЯ В КРОВИ ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА

А 2,24 ммоль/л
Б1,76ммоль/л
В 1,94 ммоль/л
Г5,74 ммоль/л

230 СОДЕРЖАНИЕ КАЛЬЦИЯ В МОЧЕ ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА

А 4,55 ммоль/сут
Б5,74 ммоль/сут
В 0,98 ммоль/сут
Г3,82 ммоль/сут

231 САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО ПРИ

А коралловидном (одностороннем) камне почки
Бпиелонефрите в активной фазе
В двустороннем уролитиазе
Гмигрирующем камне единственной почки

232 САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО ПРИ

А калькулезном пиелонефрите в фазе ремиссии
Бреакции мочи рН 8,2 (у больных уролитиазом)
В терминальной стадии хронической почечной недостаточности
Гострой почечной недостаточности

233 ПРИ УРАТАХ НЕ СЛЕДУЕТ УПОТРЕБЛЯТЬ

А мясную пищу
Бмолочную пищу
В овощи и фрукты некислых сортов
Гминеральную воду «Боржоми»

234 ПРИ ОКСАЛАТАХ НЕ СЛЕДУЕТ УПОТРЕБЛЯТЬ

А молоко
Бблюда из перловой крупы
В блюда из гречневой крупы
Гхлеб из пшеничной муки

235 ПРИ ФОСФАТАХ НЕ СЛЕДУЕТ УПОТРЕБЛЯТЬ

А овощи и фрукты некислых сортов

Бминеральную воду «Арзни»
В блюда из ячневой крупы
Говоци и фрукты кислых сортов

236 ПРИ УРАТАХ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ

А блемарен
Бмарелин
В жженная магнезия
Галмагель

237 ПРИ ОКСАЛАТАХ И ЩЕЛОЧНОЙ МОЧЕ ПОКАЗАНЫ

А марена красильная
Блист ортосифона
В бикарбонат натрия
Гглюконат кальция

238 ПРИ ОКСАЛАТАХ И КИСЛОЙ МОЧЕ НЕ ПОКАЗАНЫ

А аскорбиновая кислота
Бсолимок
В пиридоксин
Глист ортосифона

239 ПРИ ФОСФАТАХ ПОКАЗАНЫ

А солуран
Ббикарбонат натрия
В метионин
Гуродан

240 ФЕРМЕНТ УРЕАЗА СПОСОБСТВУЕТ

А подщелачиванию мочи
Бобразованию уратов
В подкислению мочи
Гулучшению реабсорбции

241 КАКИЕ ИЗ ПРИВЕДЕННЫХ ЛЕКАРСТВ СПОСОБСТВУЮТ КАМНЕОБРАЗОВАНИЮ?

А тетрациклин
Блевомецетин
В пенициллин
Глидаза

242 КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЛЕКАРСТВ ДАЮТ ПОДКИСЛЯЮЩИЙ ЭФФЕКТ?

А хлористый аммоний

Баевит

В ацетат натрия

Галмагель

243 КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЛЕКАРСТВ ДАЮТ ПОДЩЕЛАЧИВАЮЩИЙ ЭФФЕКТ?

А ацетат натрия

Бвитамин С

В роватинекс

Гпиридоксин

244 КАКИЕ ИЗ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСЯТСЯ К ЦИТРАТНЫМ СМЕСЯМ?

А блемарен

Бмилурит

В аллопуринол

Гпиридоксин

245 КАКИЕ ИЗ ПРЕПАРАТОВ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ ПРИ ВОСХОДЯЩЕМ ЛИТОЛИЗЕ?

А фермент террилитин

Ббикарбонат натрия

В физиологический раствор

Гдистиллированная вода

246 КАКИЕ ВИДЫ КАМНЕЙ ПОДЛЕЖАТ ВОСХОДЯЩЕМУ ЛИТОЛИЗУ?

А фосфаты кальция

Боксалаты магния

В оксалаты кальция

Гураты

247 КАКИЕ ВИДЫ КАМНЕЙ И МОЧЕВЫХ ДИАТЕЗОВ ПОДЛЕЖАТ НИСХОДЯЩЕМУ ЛИТОЛИЗУ?

А уратурия

Бфосфаты

В оксалурия

Гоксалаты кальция

248 ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕКИСЛОГО УРОЛИТИАЗА ПОКАЗАНЫ

А цитратные смеси

Бфитин

В ниерон

Гсульфат магния

249 В РЕЗУЛЬТАТЕ НАРУШЕНИЯ ПУРИНОВОГО ОБМЕНА ОБРАЗУЮТСЯ

- А оксалаты
- Бфосфаты магния
- В карбонаты кальция
- Гфосфаты кальция

250 ЭМБРИОНАЛЬНАЯ ЗАКЛАДКА ПОЧЕК У ЧЕЛОВЕКА ПРОИСХОДИТ

- А на 3-й неделе
- Бна 4-м месяце развития эмбриона
- В на 4-й неделе
- Гна 2-м месяце

251 СРАЩЕНИЕ ПОЧЕК ОТНОСИТСЯ К АНОМАЛИЯМ

- А взаимоотношения
- Бколичества
- В положения
- Глоханок и мочеточников

252 ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ СРАЩЕННЫХ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ

- А статическая сцинтиграфия
- Бэхография
- В обзорная рентгенография
- Гэкскреторная урография

253 НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ВИД СРАЩЕНИЯ ПОЧЕК

- А подковообразная почка
- Бгалетообразная почка
- В сигмовидная почка
- Гуглообразная почка

254 НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ВИД ДИСТОПИИ ПОЧЕК

- А поясничная
- Бподвздошная
- В тазовая
- Гвнутригрудная

255 НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ АНОМАЛИЕЙ РАЗВИТИЯ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ

- А удвоение лоханок и мочеточников

Бгипоплазия
В аплазия
Гдистопия

256 МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ДИСТОПИРОВАННОЙ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ

А эхография
Бобзорная рентгенография
В анализ мочи
Гхромоцистоскопия

257 МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ УПОРНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ДИСТОПИИ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ

А нефрэктомия
Бпластика лоханки
В резекция нижнего полюса
Гношение бандажа

258 ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ АПЛАЗИИ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ

А ангиография
Бэкскреторная урография
В динамическая ренография
Гстатическая сцинтиграфия

259 ГИПОПЛАЗИЯ ПОЧКИ - ЭТО АНОМАЛИЯ

А структуры
Бколичества
В взаимоотношения
Гположения

260 ПЕРЕКРЕСТНАЯ ДИСТОПИЯ ПОЧКИ - ЭТО АНОМАЛИЯ

А положения
Бвзаимоотношения
В структуры
Гколичества

261 СИМПТОМЫ, ТИПИЧНЫЕ ДЛЯ ГИПОПЛАЗИИ ПОЧКИ

А артериальная гипертензия
Бпочечная колика
В гематурия
Гдизурия

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 перенесенной беременности
- Б внутриутробной инфекции

В экзогенных интоксикаций
Гиперэстрогении у беременной матери

282 КАК ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ГИПОСПАДИЯ?

- А 1 случай на 150 - 300 новорожденных
- Б1 случай на 50000 новорожденных
- В 1 случай на 100000 новорожденных
- Г1 случай на 50 новорожденных

283 КАК ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ЭПИСПАДИЯ?

- А 1 случай на 50000 новорожденных
- Б1 случай на 100000 новорожденных
- В 1 случай на 50 новорожденных
- Г1 случай на 500 000 новорожденных

284 ОСНОВНЫМИ СИМПТОМАМИ ВРОЖДЕННОГО ДИВЕРТИКУЛИТА МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА ЯВЛЯЮТСЯ

- А затрудненное и болезненное мочеиспускание
- Бострая задержка мочи
- В озноб
- Гниктурия

285 В КАКИХ СЛУЧАЯХ ВРОЖДЕННОЕ УДВОЕНИЕ УРЕТРЫ НЕ ТРЕБУЕТ ЛЕЧЕНИЯ?

- А если добавочная уретра не инфицирована
- Бпри макрогематурии
- В если добавочная уретра инфицирована
- Гпри затруднении мочеиспускания

286 ВРОЖДЕННЫЕ КЛАПАНООБРАЗНЫЕ СУЖЕНИЯ МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО

- А в мембранозном и предстательном отделах уретры
- Бв головчатом отделе уретры
- В в кавернозном отделе уретры
- Гвообще не встречаются

287 СКРЫТЫЙ ПОЛОВОЙ ЧЛЕН ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

- А порока развития
- Бвоспалительных заболеваний полового члена
- В травмы полового члена
- Гопухоли полового члена

288 КАКУЮ ОПЕРАЦИЮ ВЫПОЛНЯЮТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СКРЫТОГО ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

- А по Баирову
- Бпо Дюплею
- В по Тиршу
- Гпо Савченко

289 ПЕРЕПОНЧАТЫЙ ПОЛОВОЙ ЧЛЕН ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

- А порока развития
- Бвоспаления кожи полового члена
- В опухоли полового члена
- Гтравмы полового члена

290 К АНОМАЛИЯМ ПОЛОЖЕНИЯ ЯИЧКА ОТНОСЯТСЯ

- А паховая ретенция
- Ббрюшная ретенция
- В эктопия
- Гвсе перечисленное выше

291 К СТРУКТУРНЫМ АНОМАЛИЯМ ЯИЧКА ОТНОСЯТСЯ

- А ничего из перечисленного ниже
- Бмонорхизм
- В анорхизм
- Гполиорхизм

292 К КОЛИЧЕСТВЕННЫМ АНОМАЛИЯМ ЯИЧКА ОТНОСЯТСЯ

- А ничего из перечисленного выше
- Бсиндром Клайнфелтера
- В синдром Шерешевского-Тернера
- Гсиндром дель Кастильо

293 ИСТИННЫЙ ГЕРМАФРОДИТИЗМ - ЭТО

- А структурная аномалия яичка
- Баномалия положения яичка
- В двойственное строение наружных половых органов
- Гаплазия гонад

294 ПОЛ ЭМБРИОНА ЗАВИСИТ ОТ

- А Сперматозоида
- Бсостояния эндокринной системы родителей
- В овуляторного цикла
- Гвсе 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 X-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 гладьевидная 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
- Гбез сочетанной травмы органов брюшной полости

308 ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ УСЛОВИЕМ ВНУТРИБРЮШИННОГО РАЗРЫВА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ?

- А переполненный мочевой пузырь
- Бперелом костей таза
- В опорожненный мочевой пузырь
- Гтравма нижней части живота

309 КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЗНАКОВ НАЗЫВАЕТСЯ СИМПТОМОМ ЗЕЛЬДОВИЧА?

- А неадекватный отток жидкости при промывании полости мочевого пузыря
- Бпоступление крови из уретры
- В острая задержка мочи
- Гмучительные позывы к мочеиспусканию

310 СРОЧНОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО ПРИ

- А диагностированном разрыве мочевого пузыря
- Бподозрении на внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря
- В подозрении на перитонит
- Гострой задержке мочи

311 ПРИ ВНУТРИБРЮШИННОМ РАЗРЫВЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПЕРИТОНИТ РАЗВИВАЕТСЯ ЧЕРЕЗ

- А 10-12 ч
- Б1 сут
- В 1-2 ч
- Г2 сут

312 ДРЕНИРОВАНИЕ ОКОЛОПУЗЫРНОГО ПРОСТРАНСТВА ПО БУЯЛЬСКОМУ-МАКУОРТЕРУ ВЫПОЛНЯЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ

- А опорожнения урогематомы и предупреждения развития тазовой флегмоны
- Бпредупреждения возникновения мочевых свищей
- В ревизии области шейки мочевого пузыря
- Гостановки кровотечения

313 НАЛОЖЕНИЕ ЭПИЦИСТОСТОМЫ ПОКАЗАНО ПРИ

- А любой локализации разрыва мочевого пузыря
- Бвнебрюшинном разрыве мочевого пузыря
- В обширной гематоме в околопузырной клетчатке
- Гпрофузной гематурии

314 КАКОЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ЦЕННЫМ В ДИАГНОСТИКЕ РАЗРЫВОВ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ?

- А цистография в прямой и боковой проекциях
- Босадочная цистография
- В обзорная и экскреторная урография
- Гполицистография

315 В КАКИХ СЛУЧАЯХ ДОПУСТИМО ДРЕНИРОВАНИЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЧЕРЕЗ УРЕТРУ?

- А при ранениях мочевого пузыря во время операции (у женщин)
- Бпри внебрюшинных разрывах мочевого пузыря
- В при сроке менее 24 ч после травмы
- Гпри 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
- Ботсутствие (невозможность) мочеиспускания при переполненном мочевом пузыре
- В постоянное выделение капель крови из уретры
- Готсутствие позыва к мочеиспусканию более 12 ч

317 В каких случаях необходимо дренирование брюшной полости?

- А при всех внутрибрюшинных разрывах мочевого пузыря
- Бпри сочетании разрыва мочевого пузыря с травмой кишечника
- В если внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря произошел более 24 ч назад
- Гпри явлениях гнойного перитонита

318 СРЕДИ ОТКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЮТСЯ

- А разрывы и надрывы уздечки полового члена
- Бколото-резаные раны
- В колотые раны
- Грезаные раны

319 ПРИ ПОЛНОЙ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ АМПУТАЦИИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ОТСЕЧЕННЫЙ ОРГАН ЦЕЛЕСООБРАЗНО СОХРАНЯТЬ В ТЕЧЕНИЕ

- А 24 ч
- Б48 ч
- В 1 ч
- Г2 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 ретроградия

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 комбинированной 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 эпизиостомия

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 5 этапов
- Г 2 этапа

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

Эпителий капсулы клубочков

345 ПЕРВОЕ МЕСТО ПО ЧАСТОТЕ РАЗВИТИЯ РАКА ПОЧКИ ЗАНИМАЕТ

А светлоклеточный рак

Бопухоль Гравитца

В аденокарцинома

Гпочечный рак

346 СКОЛЬКО ЛЕТ ПРОХОДИТ ОТ МОМЕНТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОПУХОЛЕВОЙ КЛЕТКИ ДО КЛИНИЧЕСКОГО ПРОЯВЛЕНИЯ?

А 2 - 7 лет

Б4 года

В 5лет

Г1 год

347 КАКОВА СКОРОСТЬ РОСТА РАКА ПОЧЕЧНОЙ ПАРЕНХИМЫ У МОЛОДЫХ?

А 2 см в год

Б3см в год

В 4 см в год

Г5 см в год

348 КАКОВА СКОРОСТЬ РОСТА РАКА ПОЧЕЧНОЙ ПАРЕНХИМЫ У ПОЖИЛЫХ?

А 1 см в год

Б2 см в год

В 3см в год

Г4 см в год

349 С ПОМОЩЬЮ КАКОГО МЕТОДА МОЖНО ВЫЯВИТЬ ОПУХОЛИ ПОЧЕЧНОЙ ПАРЕНХИМЫ МЕНЕЕ 1,5 - 2 СМ В ДИАМЕТРЕ?

А фармакоангиография

Бэксреторная урография

В УЗИ

Гретроградная пиелография

350 КАКОЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ПОЧКИ ПРИМЕНЯЕТСЯ В ВИДЕ СКРИНИНГ-ТЕСТА?

А ультразвуковое сканирование

Бкомпьютерная томография

В почечная ангиография

Гнефросцинтиграфия

351 РАК ПОЧКИ ЧАЩЕ МЕТАСТАЗИРУЕТ В

- А легкие
- Бпечень
- В головной мозг
- Гпозвоночник

352 КАКОЙ ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ ПРИ ОПУХОЛИ ПОЧКИ У ДЕТЕЙ?

- А чрезбрюшинный
- Бторакоабдоминальный
- В торакальный
- Гпо Нагамацу

353 КАКАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ РАКЕ ЛОХАНКИ

- А нефроуретерэктомия
- Брасширенная нефрэктомия
- В резекция лоханки
- Градикальная лимфаденэктомия

354 В КАКОЙ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЙ ПРОЦЕСС ВЫХОДИТ ЗА ПРЕДЕЛЫ ФИБРОЗНОЙ КАПСУЛЫ ПОЧКИ?

- А T3
- БT4
- В T5
- ГT1

355 РАК МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ У

- А пациентов в возрасте от 50 до 70 лет
- Бмолодых людей
- В деревенских жителей
- Гженщин

356 СРЕДИ ОПУХОЛЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРЕВАЛИРУЮТ

- А эпителиальные опухоли
- Бсаркомы
- В феохромоцитомы
- Гэндометриозные опухоли

357 ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

- А фибромиома
- Баденокарциома
- В первичный гипернефроидный рак
- Гсаркома

358 ДЛЯ ПАПИЛЛЯРНОГО РАКА ХАРАКТЕРНО

- А ворсинки имеют тупые концы и склонны к некрозу
- Бинфильтрирующий рост, опухоль как бы стелется по стенкам пузыря
- В эмбриональное происхождение из остатков урахуса
- Гтонкая ножка

359 ЧАЩЕ ВСЕГО МЕТАСТАЗЫ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ НАБЛЮДАЮТСЯ В

- А регионарных лимфатических узлах таза, в области подвздошных и запирательных сосудов
- Бмиокарде
- В кавернозных телах полового члена
- Гкоже

360 ПОКАЗАТЕЛИ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ РАКА

- А клетки едва дифференцируются, как переходный эпителий
- Бнекоторая вариабельность размеров и формы клеток, их ядер
- В соединительнотканый центр покрыт правильными рядами клеток эпителия
- Гбазальные клетки правильной формы

361 ДЛЯ СТАДИИ T1 ХАРАКТЕРНО

- А поражение слизистой оболочки, инфильтрация субэпителиальной соединительной ткани
- Бопухоль инфильтрирует внутреннюю половину толщины мышечной оболочки
- В прорастание всей толщины стенки пузыря и инфильтрация паравезикальной клетчатки
- Гопухоль прорастает в глубокие слои мышечной оболочки

362 ДЛЯ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ХАРАКТЕРНО

- А сравнительно позднее метастазирование
- Ботсутствие боли длительное время
- В боль в костях таза
- Граннее метастазирование

363 ДЛЯ САРКОМЫ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ХАРАКТЕРНО

- А высокая злокачественность
- Бчаще встречается у пожилых людей
- В раннее метастазирование
- Гмедленный 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

Граковые 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 неизмененными, 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
- Брезко выраженной раковой кахексии
- В при двух опухолевых образованиях
- Гострой и хронической почечной, выраженной печеночной недостаточности

371 ХИМИОТЕРАПИЯ ПРИ РАКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

- А проводимая в послеоперационном периоде, способствует подавлению или уничтожению остатков опухолевой ткани
- Бв сочетании с хирургическим и лучевым лечением применяется редко
- В наиболее эффективна, как самостоятельный метод лечения
- Гприменяемая регионарно методом внутриартериальных инфузий, не отличается высокой эффективностью

372 ПРОФИЛАКТИКА РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРЕДПОЛАГАЕТ

- А своевременное лечение воспалительных, трофических и паразитарных заболеваний мочевого пузыря
- Буменьшение приема жидкости пациентами «группы риска»
- В обследование пациентов с дивертикулами мочевого пузыря проводится в случае возникновения макрогематурии
- Гпроведение 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
- Бшейки мочевого пузыря
- В куперовых желез
- Гсеменных пузырьков

374 В ПРОЦЕССЕ РОСТА ДГПЖ ПРЕДСТАТЕЛЬНАЯ ЖЕЛЕЗА

- А оттесняется к периферии, превращаясь в хирургическую капсулу
- Бгипертрофируется
- В остается без изменений
- Гпрорастает аденоматозной тканью

375 КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА ДГПЖ НАИМЕНЕЕ ВЫРАЖЕНА ПРИ

- А ректальной форме
- Бсмешанной форме
- В асимметрии боковых долей по величине
- Гсочетании ДГПЖ и хронического простатита

376 МЕХАНИЗМ ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКИ МОЧИ ПРИ ДГПЖ ОБУСЛОВЛЕН

А нарушением координированной работы детрузора и замыкательного аппарата мочевого пузыря

Бсопутствующим баланопоститом

В наличием дивертикулов мочевого пузыря

Гхроническим пиелонефритом

377 РАЗВИТИЕ ДГПЖ ОБУСЛОВЛЕНО

А повышенной активностью 5-а-редуктазы

Бснижением образования эстрогенов

В половыми дизритмиями

Гпреобладанием в рационе растительной пищи

378 ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА НИКТУРИИ ПРИ ДГПЖ

А прилив крови в вены таза, веностаз в подслизистом слое предстательной части уретры

Бразвитие хронического пиелонефрита

В атрофия предстательной железы

Гректальная форма ДГПЖ

379 Для первой стадии ДГПЖ характерно

А при мочеиспускании мочевого пузыря полностью опорожняется, остаточной мочи нет

Бколичество остаточной мочи 50 - 400 мл

В пузырно-мочеточниковые рефлюксы

Гмочеиспускание в несколько этапов, сопровождающееся чувством неполного опорожнения мочевого пузыря

380 ОСЛОЖНЕНИЯ ДГПЖ

А цистит

Брак полового члена

В рак предстательной железы

Грак почки

381 ПРИ РЕКТАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ ДЛЯ ДГПЖ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ

А консистенция узлов эластическая или плотно-эластическая

Бплотные узлы хрящевидной консистенции

В асимметрия предстательной железы

Гинфильтраты, нарушающие целостность капсулы, идущие к окружающим тканям

382 ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ СКАНИРОВАНИИ ДЛЯ ДГПЖ ХАРАКТЕРНО

А овальная форма, симметричность, однородная мелкогранулярная эхоструктура

Бсимметричные гиперэхогенные очаги

В интенсивные, ограниченные, эхологически плотные участки с акустической тенью

Гнеоднородная эхоструктура, деформация предстательной железы, увеличение ее в ширину

384 Экстренная аденомэктомия предполагает

А полное исключение катетеризации мочевого пузыря на предыдущих этапах и в стационаре

Бвременное отведение мочи посредством эпицистостомии

В обязательное обследование пациента с использованием радиоизотопных методов

Гпроведение операции в первые 6 -36 ч после задержки мочи

385 ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ЭКСТРЕННОЙ АДЕНОМЭКТОМИИ

А острый пиелонефрит

Бдавление аденомой интрамуральной части мочеточников

В большие размеры аденомы

Гкамень мочевого пузыря

386 ПОКАЗАНИЯ К ПЛАНОВОЙ АДЕНОМЭКТОМИИ

А вторая стадия ДГПЖ

БХПН

В острый пиелонефрит, уросепсис

Гподозрение на рак в аденоме

387 ПОКАЗАНИЯ К ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

А плотная консистенция, пузырная форма ДГПЖ

Бопухоль мочевого пузыря

В осложнения, вызванные ушиванием ложа предстательной железы при аденомэктомии

Гбольшой размер аденомы (масса больше 70 г)

388 ОСЛОЖНЕНИЯ, ВЫЗВАННЫЕ УШИВАНИЕМ ЛОЖА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ АДЕНОМЭКТОМИИ

А рубцовый стеноз шейки мочевого пузыря

Бкровотечение

В рак почки

Грецидив ДГПЖ

389 ПРЕИМУЩЕСТВА БЕСШОВНОГО ВЕДЕНИЯ ЛОЖА ПРИ АДЕНОМЭКТОМИИ

А меньшая травматичность и эффект вымывания из ложа

ДГПЖ фибринолитических веществ

Брадикальное 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 °С

393 ЧТО ОЗНАЧАЕТ ПОНЯТИЕ «ТЕРМОТЕРАПИЯ»?

- А 55-80 °С
- Б 40-45 °С
- В 80-100 °С
- Г температурный режим 37—38 °С

394 КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРОИСХОДЯТ В ТКАНИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ МИКРОВОЛНОВОЙ ТЕРМОТЕРАПИИ?

- А геморагический 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 геморагическая 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.

№1: 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.

- В 1 Предварительный диагноз?
- Э - МКБ. Коралловидный камень левой почки. Калькулезный пионефроз слева.
- Р2 - Диагноз поставлен верно.

R1 - Диагноз поставлен неполностью - часть нозологий упущена.

R0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Какие дополнительные обследования необходимо провести?

Э - Для уточнения диагноза необходимо УЗИ почек с цветовым доплеровским картированием (ЦДК). МСКТ органов мочеполовой системы с контрастированием. Оценить биохимические показатели (креатинин, мочевины).

R2 - Указаны все методы исследования. Ответ обоснован.

R1 - Указаны не все исследования либо перечислены не все методики исследования не обоснована цель их назначения.

R0 - Указаны неверные методы исследования.

В 3 Какой из методов лечения показан больному. Обоснуйте.

Э - Оперативное вмешательство в объеме нефруретерэктомия слева. Т.к. левая почка не функционирует, из мочеточника поступает гной.

R2 - Правильно выбран метод лечения. Правильно обоснован метод лечения.

R1 - Правильно указан способ лечения, но не обоснованы показания.

R0 - Ответ неверен полностью.

В 4 Какое обстоятельство позволяет выполнить оперативное вмешательство в запланированном объеме, если таковое показано.

Э - Т.к. левая почка не функционирует, а у правой почки полностью сохранена функция и отсутствующи конкременты и новообразования.

R2 - Перечислены все обстоятельства правильно.

R1 - Ответ верен только частично.

R0 - Ответ полностью неверен.

В 5 Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике заболевания.

Э - Профилактическое обследование (УЗИ почек 1 раз в год). Избегать переохлаждения. Исключить из рациона острую пищу, алкоголь. Лечение воспалительных осложнений, своевременное оперативное лечение.

R2 - Ответ верен

R1 - Указана только часть мероприятий

R0 - Ответ неверен.

№2: 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.

В 1 Предварительный диагноз?

- Э - Поликистоз почек - врожденное заболевание, наследуемое по доминантному типу.
- R2 - Диагноз поставлен верно.
- R1 - Диагноз поставлен неполностью - часть нозологий упущена.
- R0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Укажите признаки, симптомы данного заболевания.

Э - Пальпируемые образования являются почками. Наличие двустороннего увеличения почек с неровной поверхностью, признаки артериальной гипертензии, хронического пиелонефрита и почечной недостаточности позволяют предположить у больной это заболевание.

- R2 - Указаны все признаки, симптомы. Ответ обоснован.
- R1 - Указаны не все признаки и симптомы.
- R0 - Ответ неверен.

В 3 Какие дополнительные исследования необходимы для его уточнения

Э - Для уточнения диагноза показано: УЗИ, мультиспиральная компьютерная томография, сцинтиграфия почек, экскреторная урография, ренография.

- R2 - Перечислены все методы исследования
- R1 - Указано только часть методов исследования
- R0 - Ответ неверен полностью.

В 4 Какова лечебная тактика. Какие осложнение является абсолютным показанием для оперативного вмешательства. Укажите название операции.

Э - Показано проведение гипотензивной и дезинтоксикационной терапии, назначение средств, улучшающих микроциркуляцию, молочно-растительная диета. Осложнения: нагноение кист. Операция: игнипунктура.

- R2 - Перечислены все обстоятельства правильно.
- R1 - Ответ верен только частично.
- R0 - Ответ полностью неверен.

В 5 5.Перечислите меры вторичной профилактики.

5.

Э - Прием уроантисептиков, гипотензивных препаратов, средств улучшающих кровообращение.

- R2 - Ответ верен
- R1 - Указана только часть мероприятий
- R0 - Ответ неверен.

№3: 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.

В 1 Какое заболевание следует заподозрить?

Э - Макрогематурия. Новообразование правой почки (?), правого мочеточника (?)

Р2 - Диагноз поставлен верно.

Р1 - Диагноз поставлен неполностью - часть нозологий не указана.

Р0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Каков план обследования больного?

Э - 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.

Р2 - Указаны все методы исследования

Р1 - Методы исследования указаны частично

Р0 - Ответ неверен.

В 3 Ваш выбор лечения?

Э - 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.

Р2 - Ответ полный. Указаны все виды лечения.

Р1 - Указана только часть

Р0 - Ответ неверен полностью.

№4: У мальчика 4 лет затрудненное мочеиспускание тонкой нитевидной струей; при каждом мочеиспускании отмечается растягивание в виде шара препунциального мешка.

В 1 Предварительный диагноз? Определение заболевания?

Э - 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.

Р2 - Диагноз поставлен верно.

Р1 - Диагноз поставлен верно, но без объяснения патологии

Р0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Классификация заболевания.

Э - 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.

R2 - Указаны все стадии правильно.

R1 - Указаны не все стадии заболевания, либо указаны неправильно.

R0 - Ответ полностью не верен.

В 3 Какова лечебная тактика?

Э - Циркумцизия - это процедура иссечения крайней плоти полового члена. Инструментальное расширение препунциального отверстия

R2 - Правильно выбран метод лечения. Правильно обоснован метод лечения.

R1 - Правильно указан способ лечения, но не обоснованы показания. Либо перечислены не все методы

R0 - Ответ неверен полностью.

В 4 Перечислите меры первичной профилактики.

Э - Информирование матери о необходимости выполнения постоянных попыток открыть головку полового члена с момента рождения мальчика. Профилактика баланопостита (избегать воспалительного процесса) – гигиена наружных половых органов.

R2 - Ответ верен.

R1 - Ответ верен только частично.

R0 - Ответ полностью неверен.

№5: 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.

В 1 Диагноз? Определение?

Э - 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.

R2 - Диагноз поставлен верно. Определение указано верно.

R1 - Только часть ответа указано правильно.

R0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Каков генез заболевания?

Э - Врожденное заболевание – результат нарушения процесса миграции яичка в мошонку.

R2 - Полностью правильный ответ

R1 - Ответ частично правильный

R0 - Ответ неверен.

В 3 Нужны ли дополнительные методы исследования?

Э - УЗИ пахового канала справа, УЗИ органов мошонки с ЦДК.

R2 - Ответ правильный

R1 - В ответе есть ошибки.

R0 - Ответ неверен полностью.

В 4 Какова лечебная тактика?

Э - Необходимо оперативное лечение: орхипексия справа. Орхипексия —прикрепление яичка к соседним тканям с помощью швов.

R2 - Все ответы правильные

R1 - Ответ верен только частично.

R0 - Ответ полностью неверен.

В 5 Перечислите меры профилактики: а) для матери с учетом последующих беременностей; б) для ребенка.

Э - а) исключение тератогенных воздействий во время 2-го триместра беременности; б) ежегодный проф. осмотр для исключения онкопатологии.

R2 - Ответ верен

R1 - Ответ частично верен.

R0 - Ответ неверен.

№6: 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.

В 1 Диагноз?

Э - Врожденный гидронефроз на почве уретеровазального конфликта справа.

R2 - Диагноз поставлен верно.

R1 - Только часть ответа указано правильно.

R0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Каков генез заболевания?

Э - Врожденное заболевание – результат нарушения оттока мочи из полостной системы правой почки в результате сдавления пиелоуретерального сегмента мочеточника аберрантным сосудом.

R2 - Полностью правильный ответ

R1 - Ответ частично правильный

R0 - Ответ неверен.

В 3 Нужны ли дополнительные методы исследования?

Э - МСКТ мочеполовой системы с контрастированием.

R2 - Ответ правильный

R1 - В ответе есть ошибки.

R0 - Ответ неверен полностью.

В 4 Какова лечебная тактика?

Э - Необходимо оперативное лечение: пластика пиелоуретерального сегмента справа по Хайнесу-Андерсену.

R2 - Все ответы правильные

R1 - Ответ верен только частично.

R0 - Ответ полностью неверен.

В 5 Перечислите меры вторичной профилактики.

Э - Диспансерное наблюдение. Профилактика воспалительных заболеваний почек. Избегать переохлаждения. Контрольное УЗИ 1 раз в 6 месяцев.

R2 - Ответ верен

R1 - Ответ частично верен.

R0 - Ответ неверен.

№7: 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 выбухание с точечным устьем. На экскреторной урограмме справа чашечно-лоханочная система и мочеточник не изменены, слева - расширение тазового отдела мочеточника в виде «головы кобры».

В 1 Диагноз?

Э - Уретероцеле слева. Уретероцеле — сужение устья мочеточника, приводящее к образованию шаровидного и кистовидного выпячивания внутрипузырного отдела мочеточника, состоящего из двух слоёв слизистой оболочки — внутри мочеточника и снаружи мочевого пузыря, ввиду чего происходит нарушение оттока мочи и возникновение уретрогидронефротической трансформации и хронического пиелонефрита.

R2 - Диагноз поставлен верно. Определение указано верно.

R1 - Только часть ответа указано правильно.

P0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Каков генез заболевания?

Э - Врожденное заболевание; результат неправильного развития (значительного сужения) устья мочеточника и нарушения оттока мочи.

P2 - Полностью правильный ответ

P1 - Ответ частично правильный

P0 - Ответ неверен.

В 3 Нужны ли дополнительные методы исследования?

Э - МСКТ мочеполовой системы с контрастированием. УЗИ мочевого пузыря, УЗИ почек.

P2 - Ответ правильный

P1 - В ответе есть ошибки.

P0 - Ответ неверен полностью.

В 4 Какова лечебная тактика?

Э - Необходимо оперативное лечение: эндоскопическое рассечение устья левого мочеточника.

P2 - Все ответы правильные

P1 - Ответ верен только частично.

P0 - Ответ полностью неверен.

В 5 Перечислите меры вторичной профилактики.

Э - Диспансерное наблюдение с детского возраста.

P2 - Ответ верен

P1 - Ответ частично верен.

P0 - Ответ неверен.

№8: 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.

В 1 Диагноз?

Э - Правосторонний нефроптоз 2ст. Нефроптоз (опущение почки) — патологическое состояние, характеризующееся избыточной подвижностью почки и нарушением нормальных анатомических взаимоотношений органов мочеполовой системы

R2 - Диагноз поставлен верно. Определение указано верно.

R1 - Только часть ответа указано правильно.

R0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Каков генез заболевания?

Э - Врожденное заболевание, развившееся в результате неправильного развития фиксирующего аппарата почек.

R2 - Полностью правильный ответ

R1 - Ответ частично правильный

R0 - Ответ неверен.

В 3 Нужны ли дополнительные методы исследования?

Э - МСКТ мочеполовой системы с контрастированием. Необходимы дополнительные методы обследования: экскреторная урография с ортостатической пробой.

R2 - Ответ правильный

R1 - В ответе есть ошибки.

R0 - Ответ неверен полностью.

В 4 Какова лечебная тактика?

Э - Выбор лечебной тактики в зависимости от состояния уродинамики: при отсутствии нарушения – консервативная терапия, при наличии нарушения уродинамики, сохраняющегося болевого синдрома, частые обострения пелонефрита – нефропексия.

R2 - Все ответы правильные

R1 - Ответ верен только частично.

R0 - Ответ полностью неверен.

В 5 Перечислите меры вторичной профилактики.

Э - Диспансерное наблюдение у уролога с детского возраста. Ограничение физических нагрузок, ношение почечного бандажа, лечебная физкультура.

R2 - Ответ верен

R1 - Ответ частично верен.

R0 - Ответ неверен.

№9: 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.

В 1 Диагноз?

Э - Варикоцеле слева 3 ст. Варикоцеле — расширение вен гроздьевидного сплетения семенного канатика.

Р2 - Диагноз поставлен верно. Определение указано верно.

Р1 - Только часть ответа указано правильно.

Р0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Каков генез заболевания?

Э - Врожденное заболевание; результат неправильного развития несостоятельность клапанного механизма вен или положения левой почечной вены (анатомическая особенность).

Р2 - Полностью правильный ответ

Р1 - Ответ частично правильный

Р0 - Ответ неверен.

В 3 Нужны ли дополнительные методы исследования?

Э - Флебография. УЗИ органов мошонки с ЦДК. Спермограмма (оценить нарушение сперматогенеза)

Р2 - Ответ правильный

Р1 - В ответе есть ошибки.

Р0 - Ответ неверен полностью.

В 4 Какова лечебная тактика?

Э - 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..

Р2 - Все ответы правильные

Р1 - Ответ верен только частично.

Р0 - Ответ полностью неверен.

В 5 Перечислите меры вторичной профилактики.

Э - Диспансерное наблюдение уролога с детского возраста. Ограничение физических нагрузок в вертикальном положении, ношение тугих плавок.

Р2 - Ответ верен

Р1 - Ответ частично верен.

Р0 - Ответ неверен.

№10: Больная 36 лет жалуется на быструю утомляемость, слабость, сухость во рту, тошноту. Страдает гипертонической болезнью, которая плохо коррегируется терапией. При пальпации области живота определяются увеличенные бугристые почки, больше справа. В клиническом анализе мочи

– лейкоцитурия, микрогематурия, гипоизостенурия. В анализе крови - анемия, азотемия.

В 1 Каков Ваш предварительный диагноз.

Э - Вероятно 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.

Р2 - Диагноз поставлен верно.

Р1 - Только часть ответа указано правильно.

Р0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Каков генез заболевания?

Э - Поликистоз - врожденное заболевание, наследуемое по доминантному типу.

Р2 - Полностью правильный ответ

Р1 - Ответ частично правильный

Р0 - Ответ неверен.

В 3 Нужны ли дополнительные методы исследования?

Э - Для уточнения диагноза показано: УЗИ, МСКТ, сцинтиграфия почек.

Р2 - Ответ правильный

Р1 - В ответе есть ошибки.

Р0 - Ответ неверен полностью.

В 4 Какова лечебная тактика. Какое осложнение является абсолютным показанием для оперативного вмешательства, название операции?

Э - Показано проведение антибактериальной, гипотензивной и дезинтоксикационной терапии, назначение средств, улучшающих микроциркуляцию, молочно-растительная диета, слабительные. Нагноение кист. Операция: игнипунктура

Р2 - Все ответы правильные

Р1 - Ответ верен только частично.

Р0 - Ответ полностью неверен.

В 5 Перечислите меры вторичной профилактики.

Э - Диета, постоянный прием уроантисептиков, средств, улучшающих кровообращение, гипотензивных препаратов.

- P2 - Ответ верен
- P1 - Ответ частично верен.
- P0 - Ответ неверен.

№11: Пациент 55 лет поступил в урологическую клинику с DS: «Киста правой почки». По результатам обследования выявлена парапелльвикальная киста правой почки 4,5 × 3,0 см. На экскреторных урограммах лоханка справа не выполняется, гидрокаликоз всех групп чашечек.

- В 1 Каков Ваш предварительный диагноз.
- Э - Парапелльвикальная киста правой почки.

- P2 - Диагноз поставлен верно.
- P1 - Только часть ответа указано правильно.
- P0 - Диагноз поставлен неверно.

- В 2 Почему не выполняется лоханка

- Э - Лоханка правой почки сдавлена парапелльвикальной кистой.

- P2 - Полностью правильный ответ
- P1 - Ответ частично правильный
- P0 - Ответ неверен.

- В 3 Какое дополнительное обследование необходимо провести

Э - Для уточнения диагноза необходимо провести УЗ почек и мочевого пузыря. МСКТ почек.

- P2 - Ответ правильный
- P1 - В ответе есть ошибки.
- P0 - Ответ неверен полностью.

- В 4 Какой из методов оперативного лечения предпочтителен.

Э - Предпочтителен метод оперативного лечения: минилюмботомия, иссечение парапелльвикальной кисты почки.

- P2 - Все ответы правильные
- P1 - Ответ верен только частично.
- P0 - Ответ полностью неверен.

- В 5 Перечислите меры вторичной профилактики.

- Э - Диспансерное наблюдение уролога с детского возраста.

- P2 - Ответ верен
- P1 - Ответ частично верен.
- P0 - Ответ неверен.

№12: Больной М., 45 лет последние 3 месяца отмечает периодические подъемы температуры до 380С 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.

В 1 Каков Ваш предварительный диагноз.

Э - Клиническая картина характерна для камня правой почки. Предварительный диагноз: Камень правой почки.

- P2 - Диагноз поставлен верно.
- P1 - Только часть ответа указано правильно.
- P0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

Э - Для уточнения диагноза необходимо проведения УЗИ почек ,мочевого пузыря. МСКТ мочеполовой системы.

- P2 - Полностью правильный ответ
- P1 - Ответ частично правильный
- P0 - Ответ неверен.

В 3 Какой из методов обследования в данном случае даст наиболее достоверную информацию.

- Э - МСКТ
- P2 - Ответ правильный
- P1 - В ответе есть ошибки.
- P0 - Ответ неверен полностью.

В 4 Какие рентгенологические признаки указывают на то, что тень на обзорной урограмме имеет отношение к мочевым путям.

Э - Расширение полостной системы правой почки по УЗИ почек.

- P2 - Все ответы правильные
- P1 - Ответ верен только частично.
- P0 - Ответ полностью неверен.

В 5 Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.

Э - Здоровый образ жизни. Отказ от вредных привычек.

Высокая водная нагрузка не менее 2,5 л в день.

- P2 - Ответ верен
- P1 - Ответ частично верен.
- P0 - Ответ неверен.

№13: 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.

В 1 Каков Ваш предварительный диагноз.

Э - Клиническая картина характерна для левосторонней почечной колики. Предварительный DS: Камень левого мочеточника.

- P2 - Диагноз поставлен верно.
- P1 - Только часть ответа указано правильно.
- P0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

Э - Для уточнения диагноза необходимо проведение УЗИ почек, обзорной, экскреторной урографии.

- P2 - Полностью правильный ответ
- P1 - Ответ частично правильный
- P0 - Ответ неверен.

В 3 Меры первой (доврачебной) и врачебной помощи

- Э - Спазмолитики, обезболивание, теплая ванна.
- P2 - Ответ правильный
- P1 - В ответе есть ошибки.
- P0 - Ответ неверен полностью.

В 4 Какие заболевания могут «симулировать» указанное заболевание

- Э - Заболевания кишечника, позвоночника (остеохондроз).
- P2 - Все ответы правильные
- P1 - Ответ верен только частично.
- P0 - Ответ полностью неверен.

В 5 Перечислите мероприятия по первичной профилактике заболевания.

- Э - Здоровый образ жизни, диета, повышенный прием жидкости.
- P2 - Ответ верен
- P1 - Ответ частично верен.
- P0 - Ответ неверен.

№14: 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.

В 1 Каков Ваш предварительный диагноз.

- Э - Камень левого мочеточника. Пострениальная анурия.

- P2 - Диагноз поставлен верно.
- P1 - Только часть ответа указано правильно.
- P0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

- Э - Для уточнения диагноза необходимо проведение обзорной урографии, УЗИ почек.

- P2 - Полностью правильный ответ
- P1 - Ответ частично правильный
- P0 - Ответ неверен.

В 3 Можно ли рассматривать состояние больной как неотложную ситуацию.

- Э - Анурия – неотложное состояние.

- P2 - Ответ правильный
- P1 - В ответе есть ошибки.
- P0 - Ответ неверен полностью.

В 4 Укажите способы ликвидации осложнения основного заболевания.

Э - Катетеризация левого мочеточника, стентирование, пункционная нефростомия, уретеролитотомия с нефростомией.

- P2 - Все ответы правильные
- P1 - Ответ верен только частично.
- P0 - Ответ полностью неверен.

В 5 Перечислите мероприятия по первичной профилактике заболевания.

Э - Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, диета. Регулярное профилактическое обследование (УЗИ почек), Санаторно-курортное лечение.

- P2 - Ответ верен
- P1 - Ответ частично верен.
- P0 - Ответ неверен.

№15: 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.

В 1 Каков Ваш предварительный диагноз.

Э - Камень мочевого пузыря. ДГПЖ 2 ст. Хронический цистит. Хронический пиелонефрит

- P2 - Диагноз поставлен верно.
- P1 - Только часть ответа указано правильно.
- P0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

Э - Для уточнения диагноза необходимо проведение УЗИ мочевого пузыря, обзорной, экскреторной урографий, урофлоуметрии.

- P2 - Полностью правильный ответ
- P1 - Ответ частично правильный
- P0 - Ответ неверен.

В 3 Какой из методов обследования в данном случае даст наиболее достоверную информацию

- Э - Цистоскопия.
- P2 - Ответ правильный

- P1 - В ответе есть ошибки.
- P0 - Ответ неверен полностью.

В 4 Чем обусловлено данное заболевание.

Э - Камень мочевого пузыря может быть результатом инфравезикальной обструкции, хронического цистита.

- P2 - Все ответы правильные
- P1 - Ответ верен только частично.
- P0 - Ответ полностью неверен.

В 5 Перечислите возможные мероприятия по третичной профилактике заболевания.

Э - Лечение воспалительных осложнений со стороны мочевых путей.

- P2 - Ответ верен
- P1 - Ответ частично верен.
- P0 - Ответ неверен.

№16: 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 - $5,9 \cdot 10^9$ /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.

- В 1 Каков Ваш предварительный диагноз.
- Э - Мочекаменная болезнь. Коралловидный камень левой почки.
- P2 - Диагноз поставлен верно.
- P1 - Только часть ответа указано правильно.
- P0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Осложнения основного заболевания.

Э - Калькулезный пионефроз, нефросклероз слева.

- P2 - Полностью правильный ответ
- P1 - Ответ частично правильный
- P0 - Ответ неверен.

В 3 Каков, вероятнее всего, химический состав камня.

- Э - Фосфат.
- P2 - Ответ правильный
- P1 - В ответе есть ошибки.
- P0 - Ответ неверен полностью.

В 4 Какая лечебная тактика? Показания для оперативного лечения?

Э - Для устранения источника инфекции и интоксикации показана нефрэктомия слева.

- P2 - Все ответы правильные
- P1 - Ответ верен только частично.
- P0 - Ответ полностью неверен.

В 5 Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.

Э - Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, диета. Регулярное профилактическое обследование (УЗИ почек).

- P2 - Ответ верен
- P1 - Ответ частично верен.
- P0 - Ответ неверен.

№17: 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.

В 1 Каков Ваш предварительный диагноз.

Э - Рецидив стриктуры ПУС (пиелоуретрального сегмента) слева, гидронефроз слева. Камни левой почки.

- P2 - Диагноз поставлен верно.
- P1 - Только часть ответа указано правильно.
- P0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

Э - Для уточнения диагноза необходимо проведение МСКТ почек, посев мочи на БАК флору и антибиограмму.

Р2 - Полностью правильный ответ

Р1 - Ответ частично правильный

Р0 - Ответ неверен.

В 3 Какие рентгенологические признаки указывают на то, что тень на обзорной урограмме имеет отношение к мочевым путям.

Э - Расширение полостной системы левой почки.

Р2 - Ответ правильный

Р1 - В ответе есть ошибки.

Р0 - Ответ неверен полностью.

В 4 Предпочтительный метод оперативного лечения.

Э - Перкутанная нефролитолапаксия слева. Рассечение стриктуры ПУС, стентирование мочеточника.

Р2 - Все ответы правильные

Р1 - Ответ верен только частично.

Р0 - Ответ полностью неверен.

В 5 Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике заболевания.

Э - Лечение воспалительных осложнений со стороны мочевых путей.

Р2 - Ответ верен

Р1 - Ответ частично верен.

Р0 - Ответ неверен.

№18: 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.

В 1 Предварительный диагноз.

Э - Мочекаменная болезнь. Камень левого мочеточника. Постренальная анурия.

Р2 - Предварительный диагноз поставлен верно

P1 - Предварительный диагноз неполный, или указано неверное осложнение

P0 - Диагноз поставлен неверно

В 2 Какие дополнительные обследования необходимо провести

Э - Описание эталонного ответа на вопрос 2

P2 - Для уточнения диагноза необходимо выполнить клинический анализ крови, клинический анализ мочи, биохимический анализ крови, УЗИ почек, обзорная урография, МСКТ почек.

P1 - Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования

P0 - Методы обследования не указаны

В 3 Можно ли рассматривать состояние больного как неотложную ситуацию.

Э - Анурия – неотложное состояние. Анурия – полное прекращение выделения мочи или выделение не более 50 мл мочи в сутки.

P2 - Указано, что ситуация неотложная. Дано определение

P1 - Указано, что ситуация неотложная. Не дано определение

P0 - Ситуация не расценена как неотложная. Определение не дано.

В 4 Укажите способы ликвидации осложнения основного заболевания.

Э - Катетеризация левого мочеточника, установка внутреннего мочеточникового стента слева, чрескожная нефростомия. Уретеролитотрипсия

P2 - Указаны все способы ликвидации осложнения

P1 - Указаны не все способы ликвидации осложнения

P0 - Способы ликвидации осложнения не указаны

В 5 С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику

Э - 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

P2 - Указаны все варианты для дифференциальной диагностики

P1 - Перечислены не все варианты для дифференциальной диагностики

P0 - Варианты для дифференциальной диагностики не указаны

№19: 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, малоблезненно, плотной консистенции, четких изменений в придатке не обнаружено, паховые лимфоузлы не увеличены. На экскреторных урограммах определяется отклонение правого мочеточника латерально.

В 1 Предварительный диагноз.

Э - Опухоль правого яичка, вероятно, метастазы в тазовые лимфатические узлы.

P2 - Диагноз установлен верно с локализацией основного процесса и вторичных изменений

R1 - Диагноз установлен верно с локализацией основного процесса. Вторичные изменения не выявлены или выявлены с неправильной локализацией

R0 - Диагноз установлен неверно

В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

Э - Для уточнения диагноза необходимо клинический анализ крови и мочи, определение ЛДГ, альфафетопротеина, Бэта-ХГЧ, УЗИ почек, КТ, МРТ, гистологическое исследование опухоли (тонкоигольная пункционная биопсия).

R2 - Указаны лабораторные и инструментальные виды исследований. Указаны основные онкомаркеры опухоли яичка

R1 - Не указаны лабораторные или инструментальные виды исследований.

Указаны лабораторные и инструментальные виды исследований. Не указаны основные онкомаркеры опухоли яичка

R0 - Не указаны методы дополнительных исследований

В 3 Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.

Э - Гистологическое исследование опухоли (тонкоигольная пункционная биопсия).

R2 - Указан наиболее информативный метод с детальным описанием

R1 - Указан наиболее информативный метод без детального описания

R0 - Наиболее информативный метод не указан

В 4 От чего зависит объем вероятного оперативного вмешательства.

Э - От гистологического строения опухоли. Доброкачественная или злокачественная. Злокачественная (Герминогенные и негерминогенные.) Наличие или отсутствие метастазов. Стадия заболевания

R2 - Указаны все параметры, определяющие объем вмешательства

R1 - Указаны параметры, от которых зависит объем оперативного вмешательства не полностью

R0 - параметры, определяющие объем вмешательства не указаны

В 5 Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике.

Э - Орхэктомия в 6 лет

R2 - Профилактическая мера указана верно

R1 - Профилактическая мера указана в другом объеме (не радикально)

R0 - Профилактическая мера не указана

№20: 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.

В 1 Предварительный диагноз.

- Э - Рак мочевого пузыря с вовлечением в процесс устья левого мочеточника.
- R2 - Диагноз установлен верно с уточнением локализации и распространения
- R1 - Диагноз установлен верно без уточнения локализации и распространения
- R0 - Диагноз установлен неверно

В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

Э - Для уточнения диагноза необходимо выполнение клинических, биохимических анализов крови и мочи, УЗИ почек и мочевого пузыря. МРТ малого таза. МСКТ мочевыделительной системы. ТУР биопсия мочевого пузыря с использованием в том числе фотодинамических методов

R2 - Указаны и лабораторные, и инструментальные методы исследования

R1 - Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования. Или не указаны все основные методы для оценки состояния органов мочевыделительной системы

R0 - Не указаны дополнительные методы исследования

В 3 Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.

Э - Биопсия опухоли с последующим гистологическим исследованием. Выполняется с помощью трансуретральной резекции стенки мочевого пузыря в том числе с использованием фотодинамических методов.

R2 - Указан наиболее информативный метод диагностики с пояснением механизма его

R1 - Указан наиболее информативный метод диагностики без уточнения механизма его

R0 - Не указан наиболее информативный метод диагностики, или указан иной менее информативный метод

В 4 План лечения.

Э - Лечение оперативное: резекция мочевого пузыря с уретероцистостомией.

R2 - Указан оптимальный метод лечения с учетом распространения опухоли

R1 - Указан метод лечения без учета распространения опухоли

R0 - Метод лечения не указан

В 5 Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике.

Э - Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек (курение), исключение профессиональных вредностей (контакт с ароматическими аминами, фосфоорганическими веществами, ионизирующее излучение производство красок, полимеров)

R2 - Указаны меры первичной профилактики с пояснением и уточнением возможных этиологических факторов

R1 - Указаны меры профилактики без пояснения и уточнения возможных этиологических факторов

R0 - Меры первичной профилактики не указаны.

№21: 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.

- В 1 Предварительный диагноз.
- Э - Рак простаты.
- Р2 - Диагноз установлен верно
- Р1 - Диагноз установлен с нечетко определенной нозологией (например гиперплазия простаты)
- Р0 - Диагноз установлен неверно
-
- В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
- Э - Для уточнения диагноза необходимо выполнение ТРУЗИ простаты, определение уровня ПСА (простатспецифического антигена). МРТ малого таза.
- Р2 - Указаны и лабораторные, и инструментальные методы исследования
- Р1 - Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования.
- Р0 - Не указаны дополнительные методы исследования
-
- В 3 Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.
- Э - Биопсия простаты с последующим гистологическим исследованием. Выполняется трансректальная мультифокальная 12 точечная биопсия под УЗ контролем. Возможно выполнение трансректальной или промежностной биопсии под МРТ наведением.
- Р2 - Указаны метод и описание его вариантов
- Р1 - Указан только метод без описания его вариантов
- Р0 - Неверное указание наиболее достоверного метода диагностики
-
- В 4 От чего зависит выбор метода лечения больного. Поясните.
- Э - От стадии заболевания. При стадии 1-2стадии – радикальная простатэктомия, при 3-4стадии – орхэктомия, гормонотерапия, лучевая, химиотерапия
- Р2 - Указан параметр с пояснением
- Р1 - Указан параметр без пояснения
- Р0 - Указан неверный параметр или не указан вовсе
-
- В 5 Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике.
- Э - 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
- Р2 - Указаны меры вторичной профилактики полно
- Р1 - Указаны меры профилактики неполно
- Р0 - Меры вторичной профилактики не указаны.

№22: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.

В 1 Предварительный диагноз.

Э - Гиперплазия простаты 2 стадии

P2 - Диагноз установлен верно

P1 - Диагноз установлен верно без уточнения стадии

P0 - Диагноз установлен неверно

В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

Э - Для уточнения диагноза необходимо выполнение ТРУЗИ простаты, определение уровня ПСА (простатспецифического антигена). Урофлуометрия, определение IPSS

P2 - Указаны и лабораторные, и инструментальные методы исследования

P1 - Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования.

P0 - Не указаны дополнительные методы исследования

В 3 От чего зависит вид оперативного вмешательства. Поясните.

Э - 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 – позадилонная аденомэктомия.

P2 - Указаны оба критерии выбора метода операции

P1 - Указан 1 критерий выбора метода операции

P0 - Неверное указание критериев выбора метода операции или отсутствие указания критериев.

В 4 Какой параметр определяет стадию заболевания.

Э - Наличие остаточной мочи. В норме объем остаточной мочи не превышает 50 мл

P2 - Указан параметр с пояснением

P1 - Указан параметр без пояснения

P0 - Указан неверный параметр или не указан вовсе

В 5 Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике.

Э - Здоровый образ жизни, наблюдение у уролога.

P2 - Указаны меры вторичной профилактики полно

P1 - Указаны меры профилактики неполно

P0 - Меры вторичной профилактики не указаны.

№23: 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.

В 1 Предварительный диагноз.

- Э - Гиперплазия простаты, камень мочевого пузыря.
- R2 - Диагноз установлен верно
- R1 - Диагноз установлен с нечетко определенной нозологией
- R0 - Диагноз установлен неверно

В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

- Э - Для уточнения диагноза необходимо УЗИ мочевого пузыря и почек, пальцевой ректальный осмотр. ПСА крови
- R2 - Указаны и лабораторные, и инструментальные методы исследования
- R1 - Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования.
- R0 - Не указаны дополнительные методы исследования

В 3 Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.

- Э - Обзорная урография и УЗИ мочевого пузыря. Позволят выявить увеличенную простату с остаточной мочой, конкремент мочевого пузыря, обусловленный инфравезикальной обструкцией
- R2 - Указаны метод и результат
- R1 - Указан только метод без описания результата
- R0 - Неверное указание наиболее достоверного метода диагностики

В 4 Каков объем предполагаемого оперативного вмешательства Какое исследование его точно определит.

- Э - Аденомэктомия в сочетании с цистолитотомией. При наличии лейкоцитурии (клинический анализ мочи) – цистолитотомия и цистостомия.
- R2 - Указан метод с определяющим исследованием и уточнением в зависимости от результата исследования.
- R1 - Указан метод без определяющего исследования
- R0 - Указан неверный метод и неверное определяющее исследование

В 5 Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике.

- Э - Здоровый образ жизни, наблюдение у уролога, прием уроантисептиков.
- R2 - Указаны меры вторичной профилактики полно
- R1 - Указаны меры профилактики неполно
- R0 - Меры вторичной профилактики не указаны.

№24: 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 2-3лет отмечал умеренное затруднение мочеиспускания, учащение его ночью до 2-3раз, ослабление струи мочи.

В 1 Предварительный диагноз.

- Э - Доброкачественная гиперплазия простаты, острая задержка мочеиспускания.

- P2 - Диагноз установлен верно
- P1 - Диагноз установлен верно, не указано осложнение.
- P0 - Диагноз установлен неверно

В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

Э - Для уточнения диагноза необходимо осмотреть больного ректально, ТРУЗИ простаты, УЗИ почек и мочевого пузыря, клинические и биохимические анализы крови, определить уровень ПСА.

- P2 - Указаны и лабораторные, и инструментальные методы исследования
- P1 - Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования.
- P0 - Не указаны дополнительные методы исследования

В 3 Объем оказания неотложной помощи.

Э - Катетеризация мочевого пузыря, при технической невозможности – цистостомия (Троакарная или открытая).

P2 - Указана суть неотложной помощи, сформулированы методы ее оказания с разновидностями

P1 - Указана только суть неотложной помощи, или сформулированы методы ее оказания без подробного описания разновидностей

P0 - Не указан метод неотложной помощи

В 4 Какой параметр определяет стадию заболевания.

Э - Наличие остаточной мочи, показатели азотистого обмена.

P2 - Указаны все определяющие параметры.

P1 - Не указан 1 из параметров

P0 - Параметры не указаны

В 5 Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике.

Э - Здоровый образ жизни, наблюдение у уролога, своевременное оперативное лечение.

P2 - Указаны меры вторичной профилактики полно

P1 - Указаны меры профилактики неполно

P0 - Меры вторичной профилактики не указаны.

№25: 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.

В 1 Предварительный диагноз.

Э - Доброкачественная гиперплазия простаты 3 стадии. ХПН. Полиурия

P2 - Диагноз установлен верно

R1 - Диагноз установлен верно, но без указания стадии и осложнений

R0 - Диагноз установлен неверно

В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

Э - Для уточнения диагноза необходимо: пальцевой ректальный осмотр, ТРУЗИ, определение уровня ПСА, мочевины, креатинина. УЗИ почек и мочевого пузыря

R2 - Указаны и лабораторные, и инструментальные методы исследования

R1 - Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования.

R0 - Не указаны дополнительные методы исследования

В 3 От чего зависит вид оперативного вмешательства. Поясните.

Э - У больного явные признаки ХПН на фоне аденомы простаты, что является показанием к цистостомии.

R2 - Указан параметр, от которого зависит вид оперативного вмешательства с пояснением

R1 - Указан параметр без пояснения

R0 - Не указан параметр, от которого зависит вид оперативного вмешательства

В 4 Какой параметр определяет стадию заболевания.

Э - Наличие остаточной мочи, показатели азотистого обмена.

R2 - Указаны все определяющие параметры.

R1 - Не указан 1 из параметров

R0 - Параметры не указаны

В 5 Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике.

Э - Здоровый образ жизни, наблюдение у уролога, своевременное оперативное лечение.

R2 - Указаны меры вторичной профилактики полно

R1 - Указаны меры профилактики неполно

R0 - Меры вторичной профилактики не указаны.

№26: 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.

В 1 Предварительный диагноз.

Э - Клиническая картина характерна для опухоли почки.

R2 - Диагноз установлен верно. Указан орган, котором локализуется патологический процесс

R1 - Упоминание об онкопатологии, но без указания локализации патологического процесса

R0 - Диагноз установлен неверно

- В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
- Э - Для уточнения диагноза необходимо УЗИ почек, обзорная, экскреторная урография, МРТ, МСКТ, клинические и биохимические анализы крови и мочи
- Р2 - Указаны и лабораторные, и инструментальные методы исследования
- Р1 - Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования.
- Р0 - Не указаны дополнительные методы исследования
- В 3 Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.
- Э - МСКТ мочевыделительной системы с внутривенным болюсным контрастированием, определением ангиоархитектоники патологического процесса
- Р2 - Указан метод с пояснением
- Р1 - Указан метод без пояснения
- Р0 - Не указан метод
- В 4 Каков объем оперативного вмешательства, если таковое показано.
- Э - Радикальная нефрэктомия с лимфаденэктомией.
- Р2 - Указаны полный объем
- Р1 - Объем указан неполностью
- Р0 - Объем указан неверно
- В 5 Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике.
- Э - Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек.
- Р2 - Указаны меры первичной профилактики полно
- Р1 - Указаны меры профилактики неполно
- Р0 - Меры первичной профилактики не указаны.

№27: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.

- В 1 Предварительный диагноз.
- Э - Клиническая картина характерна для опухоли правой почки.
- Р2 - Диагноз установлен верно. Указан орган, в котором локализуется патологический процесс
- Р1 - Упоминание об онкопатологии, но без указания локализации патологического процесса
- Р0 - Диагноз установлен неверно
- В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

Э - Для уточнения диагноза необходимо УЗИ почек, обзорная, экскреторная урография, МРТ, МСКТ, клинические и биохимические анализы крови и мочи

R2 - Указаны и лабораторные, и инструментальные методы исследования

R1 - Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования.

R0 - Не указаны дополнительные методы исследования

В 3 О каком осложнении говорит наличие правостороннего варикоцеле.

Э - О наличии флотирующего тромба в нижней полой вене.

R2 - Указано осложнение с четкой локализацией

R1 - Указано осложнение, локализация указана неверно или не указана

R0 - Не указано осложнение

В 4 Каков объем оперативного вмешательства, если таковое показано.

Э - Радикальная нефрэктомия с лимфаденэктомией и тромбэктомией.

R2 - Указаны полный объем

R1 - Объем указан неполностью

R0 - Объем указан неверно

В 5 Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике.

Э - Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек.

R2 - Указаны меры первичной профилактики полно

R1 - Указаны меры профилактики неполно

R0 - Меры первичной профилактики не указаны.

№28: 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 rectum: 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.

В 1 Предварительный диагноз.

Э - Проведенное обследование выявило наличие аденомы простаты 2 ст.

R2 - Диагноз установлен верно. Указан орган, в котором локализуется патологический процесс и стадия

R1 - Диагноз установлен верно. Указан орган, в котором локализуется патологический процесс без указания стадии

R0 - Диагноз установлен неверно

В 2 Какой параметр определяет стадию заболевания.

Э - Наличие остаточной мочи, определяемой по данным УЗИ мочевого пузыря.

- P2 - Параметр указан верно, есть пояснение
- P1 - Параметр указан верно, без пояснения
- P0 - Параметр не указан, или указан неверно

В 3 Какова в данном случае тактика лечения.

Э - Отсутствие у больного явлений почечной недостаточности и острого пиелонефрита дает возможность выполнить одномоментную аденомэктомию.

- P2 - Указана тактика с пояснением
- P1 - Указана тактика без пояснения
- P0 - Тактика указана неверно или не указана

В 4 Какие осложнения данного заболевания возможны. Как называется последняя стадия этого заболевания и чем она характеризуется.

Э - 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.

- P2 - Ответ на вопрос полный
- P1 - Ответ на вопрос не полный (менее 3 осложнений)
- P0 - Ответ неверный, осложнения не указаны

В 5 Укажите меры третичной профилактики

- Э - Прием уроантисептиков в течение 6 мес.
- P2 - Указаны меры третичной профилактики полно
- P1 - Указаны меры профилактики неполно
- P0 - Меры третичной профилактики не указаны.

№29: 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.

В 1 Каким заболеванием страдает больной.

Э - Больной страдает аденомой простаты (аденомой периуретральных желез, доброкачественной гиперплазией простаты).

- P2 - Диагноз установлен верно. Указаны различные наименования конкретной нозологии
- P1 - Диагноз установлен верно. Варианты наименований конкретной нозологии не указаны
- P0 - Диагноз установлен неверно

В 2 Какие осложнения возникли у данного больного.

Э - Острая задержка мочеиспускания. Острый пиелонефрит слева.

Р2 - Указаны все осложнения

Р1 - Указаны не все осложнения

Р0 - Осложнения не указаны

В 3 Какие осложнения данного заболевания возможны.

Э - Острый или хронический обструктивный пиелонефрит; ХПН; острая задержка мочи; кровотечение из варикозно расширенных вен шейки мочевого пузыря; хронический цистит; камни мочевого пузыря.

Р2 - Указаны все осложнения

Р1 - Указано не менее 3 осложнений

Р0 - Осложнения не указаны

В 4 Какие обследования необходимо провести для подтверждения диагноза. Каковы неотложные лечебные мероприятия в данном случае.

Э - Пальцевое ректальное исследование простаты. Обзорная, экскреторная урография; анализы крови; исследование состояния сердечно-сосудистой системы. Наложение эпицистостомического дренажа, массивная антибактериальная и детоксикационная терапия.

Р2 - Ответ на вопрос полный (указаны обследования и лечебные мероприятия)

Р1 - Ответ на вопрос не полный (указаны только обследования или лечебные мероприятия, или неверное указание или методов обследования или лечебных мер)

Р0 - Ответ неверный. Не указаны методы обследования и лечебные меры

В 5 Укажите меры третичной профилактики

Э - Наблюдение у уролога.

Р2 - Указаны меры третичной профилактики полно

Р1 - Указаны меры профилактики неполно

Р0 - Меры первичной профилактики не указаны.

№30: Девочка 12 лет страдает хроническим циститом с обострениями до 2-3раз 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. АД130/100 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 пиелоэктазия, расширение нижней трети левого мочеточника.

В 1 Предварительный диагноз.

Э - Клиническая картина характерна для пузырно-мочеточниково-лоханочного рефлюкса. Хронического рефлюксогенного пиелонефрита(рефлюкс-нефропатии).

Р2 - Диагноз установлен верно. Полный ответ

Р1 - Диагноз установлен верно. Неполный ответ

P0 - Диагноз установлен неверно

В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

Э - Для уточнения диагноза необходима микционная цистоуретрография.(цистоуретрография в момент мочеиспускания)

P2 - Указан метод с пояснением

P1 - Указаны метод без пояснения

P0 - Метод обследования не указан

В 3 Укажите признаки осложнения основного заболевания.

Э - Нефросклероз (неровность контура почек слева).

P2 - Указано осложнение с пояснением

P1 - Указано осложнение без пояснения

P0 - Признаки осложнения не указаны

В 4 С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику.

Э - Мочекаменная болезнь. Рентгеннегативный камень мочеточника.

P2 - Ответ на вопрос полный (указана нозология и характеристика субстрата)

P1 - Ответ на вопрос не полный

P0 - Ответ неверный.

В 5 Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике заболевания.

Э - Антибактериальная терапия (прием уроантисептиков курсами). Принудительное мочеиспускание через 2,5- 3 часа.

P2 - Указаны меры вторичной профилактики полно

P1 - Указаны меры профилактики неполно

P0 - Меры первичной профилактики не указаны.

№31: 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-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.

В 1 Предварительный диагноз.

Э - Клиническая картина характерна для острого гнойного пиелонефрита.

P2 - Диагноз установлен верно. Полный ответ

P1 - Диагноз установлен верно. Неполный ответ

P0 - Диагноз установлен неверно

- В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
- Э - УЗИ почек с цветным доплеровским картированием, МСКТ мочевыделительной системы с внутривенным болюсным контрастированием
- Р2 - Указан метод с пояснением
- Р1 - Указаны метод без пояснения
- Р0 - Метод обследования не указан
-
- В 3 Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.
- Э - МСКТ мочевыделительной системы с внутривенным болюсным контрастированием
- Р2 - Указан метод с пояснением
- Р1 - Указан метод без пояснения
- Р0 - Указан неверный метод
-
- В 4 С чем связано вынужденное положение больного.
- Э - Гнойный процесс в почке осложнился паранефритом, псоитом.
- Р2 - Ответ на вопрос полный (указана нозология и характеристика субстрата)
- Р1 - Ответ на вопрос не полный
- Р0 - Ответ неверный.
-
- В 5 Перечислите возможные мероприятия по третичной профилактике заболевания.
- Э - Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, исследование и коррекция изменений иммунной системы.
- Р2 - Указаны меры вторичной профилактики полно
- Р1 - Указаны меры профилактики неполно
- Р0 - Меры первичной профилактики не указаны.

№32: У женщины 20 лет на следующий день после переохлаждения появилось учащенное, болезненное мочеиспускание, терминальная гематурия, боли внизу живота. Температура не повышена.

- В 1 Предварительный диагноз.
- Э - Клиническая картина характерна для острого цистита.
- Р2 - Диагноз установлен верно. Полный ответ (указана нозология и течение процесса)
- Р1 - Диагноз установлен верно. Неполный ответ
- Р0 - Диагноз установлен неверно
-
- В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
- Э - УЗИ почек, мочевого пузыря; общий анализ мочи, посев мочи. Клинический анализ крови
- Р2 - Указаны и лабораторные, и инструментальные методы исследования

P1 - Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования.

P0 - Не указаны дополнительные методы исследования

В 3 Какой метод обследования необходимо выполнить после стихания воспалительных явлений

Э - Цистоскопия. Так как метод инвазивный и применяется наполнение мочевого пузыря с возможным возникновением рефлюксов ПМР

P2 - Указан метод с пояснением

P1 - Указан метод без пояснения

P0 - Указан неверный метод

В 4 Какие виды гематурий Вам известны.

Э - Инициальная, тотальная, терминальная.

P2 - Ответ на вопрос полный (указана 3 вида)

P1 - Ответ на вопрос не полный (указано не менее 2 видов)

P0 - Ответ неверный. Или указан 1 вид

В 5 Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.

Э - Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, исследование и коррекция изменений иммунной системы, общая гигиена, гигиена половой жизни.

P2 - Указаны меры вторичной профилактики полно

P1 - Указаны меры профилактики неполно

P0 - Меры первичной профилактики не указаны.

№33: 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.

В 1 Предварительный диагноз.

Э - Клиническая картина характерна для обострения хронического цистита на почве других заболеваний мочевого пузыря, уретры, почек, возможно специфического характера.

P2 - Диагноз установлен верно. Полный ответ (указана нозология и дано пояснение фоновых заболеваний)

P1 - Диагноз установлен верно. Неполный ответ

P0 - Диагноз установлен неверно

В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

Э - УЗИ почек, мочевого пузыря; обзорная, экскреторная урография, общий анализ мочи, посев мочи. Клинический анализ крови

P2 - Указаны и лабораторные, и инструментальные методы исследования

P1 - Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования.

P0 - Не указаны дополнительные методы исследования

В 3 Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.

Э - Цистоскопия, посев мочи на ВК.

P2 - Указаны все методы

P1 - Указан 1 метод

P0 - Метод не указан или указан неверный метод

В 4 Какое заболевание наиболее вероятно.

Э - Туберкулез органов мочевыделительной системы. Поражение мочевого пузыря

P2 - Ответ на вопрос полный

P1 - Ответ на вопрос не полный

P0 - Ответ неверный

В 5 Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.

Э - Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, исследование и коррекция изменений иммунной системы, общая гигиена, гигиена половой жизни.

P2 - Указаны меры первичной профилактики полно

P1 - Указаны меры профилактики неполно

P0 - Меры первичной профилактики не указаны.

ВидКод Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса

№34: 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.

В 1 Предварительный диагноз.

Э - Клиническая картина характерна для острого гнойного пиелонефрита, паранефрита справа

P2 - Диагноз установлен верно. Полный ответ

P1 - Диагноз установлен верно. Неполный ответ

P0 - Диагноз установлен неверно

В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

Э - Обзорная, экскреторная урография, УЗИ почек, ЦДК; общий анализ мочи, посев мочи. МСКТ мочевого пузыря с внутривенным болюсным контрастированием

P2 - Указаны и лабораторные, и инструментальные методы исследования

P1 - Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования.

P0 - Не указаны дополнительные методы исследования

В 3 Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.

Э - МСКТ мочевого пузыря с внутривенным болюсным контрастированием, УЗИ почек с ЦДК

P2 - Указаны все методы

P1 - Указан 1 метод

P0 - Метод не указан или указан неверный метод

В 4 При каких данных УЗИ показано оперативное лечение. Укажите объем оперативного вмешательства.

Э - При наличии очага ишемии почечной паренхимы. Операция: люмботомия, ревизия правой почки, возможно иссечение карбункула, декапсуляция почки, дренирование забрюшинного пространства.

P2 - Ответ на вопрос полный

P1 - Ответ на вопрос не полный

P0 - Ответ неверный

В 5 Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.

Э - Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, исследование и коррекция изменений иммунной системы. Профилактика гнойничковых поражений кожи.

P2 - Указаны меры первичной профилактики полно

P1 - Указаны меры профилактики неполно

P0 - Меры первичной профилактики не указаны.

№35: 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.

В 1 Предварительный диагноз.

Э - Новообразование мочевого пузыря. Рак мочевого пузыря.

P2 - Диагноз установлен верно. Полный ответ с указанием локализации, характера поражения (добро/злокачественное)

P1 - Диагноз установлен верно. Неполный ответ

P0 - Диагноз установлен неверно

В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

Э - Для уточнения диагноза необходимо клинические анализы крови и мочи, биохимические анализы крови, УЗИ почек и мочевого пузыря, органов брюшной полости, R-графия легких. МРТ малого таза

R2 - Указаны и лабораторные, и инструментальные методы исследования

R1 - Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования.

R0 - Не указаны дополнительные методы исследования

В 3 Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.

Э - Биопсия опухоли с последующим гистологическим исследованием. Выполняется с помощью трансуретральной резекции

R2 - Метод описан полно

R1 - Метод описан неполно

R0 - Метод не указан или указан неверный метод

В 4 План лечения.

Э - Лечение оперативное: ТУР опухоли мочевого пузыря. Возможно проведение внутрипузырной химиотерапии при мышечноинвазивном раке. Цистэктомия в зависимости от стадии опухоли по TNM

R2 - Ответ на вопрос полный

R1 - Ответ на вопрос не полный

R0 - Ответ неверный

В 5 Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.

Э - Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, исключение профессиональных вредностей.

R2 - Указаны меры первичной профилактики полно

R1 - Указаны меры профилактики неполно

R0 - Меры первичной профилактики не указаны.

№36: 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 мочевой пузырь не определяется. Лабораторные данные - ОАК: Нв – 112г/л; L-12,8x10⁹/л, Э – 1%; Ю-1%, П-6%; С-77%, Л. – 15%; ОАМ: L – 3 в п/зр, Ег – 4-5 в п/зр.

В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз.

Э - Острый (не исключается гнойный) калькулезный правосторонний пиелонефрит. Обтурирующий камень интрамурального отдела правого мочеточника. Правосторонняя почечная колика.

Р2 - Диагноз поставлен верно.

Р1 - Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена.

Р0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Определите чем обусловлена клиническая картина.

Э - Клиническая картина обусловлена обтурацией мигрирующим из почки камнем правого мочеточника, последующим развитием на этом фоне острого пиелонефрита.

Р2 - Ответ дан верно.

Р1 - Клиническая картина обоснована не в полном объеме: часть патологий упущена.

Р0 - Клиническая картина обоснована неверно.

В 3 Какие методы обследования дадут наиболее достоверную информацию о характере заболевания.

Э - Лучевые методы: МСКТ, УЗИ и ДГ почек, экскреторная урография (с возможным проведением экскурсионной урографии, отсроченных R- снимков).

Р2 - Методы обследования указаны верно.

Р1 - Методы обследования указаны неполностью: названы не все методы обследования.

Р0 - Методы обследования указаны неверно.

В 4 Какой лечебный алгоритм целесообразен в данном случае.

Э - 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.

Р2 - Лечебный алгоритм определен в полном объеме.

Р1 - Лечебный алгоритм определен неполностью: часть лечебных мероприятий упущена.

Р0 - Лечебный алгоритм определен неверно.

В 5 Выпишите рецепт на цефотаксим.

Э - 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.3-5минут 2 раза в сутки.

Р2 - Рецепт выписан верно.

Р1 - Рецепт выписан с грамматическими ошибками,либо неверно указаны дозировки препарата или режим приема.

Р0 - Рецепт выписан неверно.

№37: 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.

В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз.

Э - Камень интрамурального отдела левого мочеточника. Левосторонняя почечная колика.

Р2 - Диагноз поставлен верно.

Р1 - Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена.

Р0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Чем обусловлена клиническая картина

Э - Клиническая картина обусловлена миграцией камня из почки в интрамуральный отдел левого мочеточника.

Р2 - Клиническая картина оценена верно и полностью

Р1 - Клиническая картина оценена неполностью, часть патологий упущена

Р0 - Клиническая картина оценена неверно

В 3 Ка Какие заболевания органов брюшной полости требуют проведения дифференциальной диагностики.

Э - Заболевания, сопровождающиеся клиникой "острого живота" (острая кишечная непроходимость, прободная язва желудка или ДПК, острый панкреатит, острый холецистит, острый аппендицит и другие).

Р2 - Группа заболеваний определена верно, указано не менее пяти основных патологических состояний.

Р1 - Группа заболеваний определена верно, названо менее пяти основных патологических состояний.

Р0 - Группа заболеваний определена неверно.

В 4 Какие методы обследования дадут наиболее достоверную информацию о характере заболевания.

Э - Лучевые методы: УЗИ/ДГ почек, мочеточников, мочевого пузыря; МСКТ, экскреторная урография (с возможным проведением экскурсионной урографии, отсроченных R-снимков).

Р2 - Группа методов определена верно, указаны все методы обследования.

Р1 - Группа методов определена верно, указаны все методы обследования.

Р0 - Группа методов определена неверно.

В 5 Выпишите рецепт на раствор атропина.

Э - 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

P2 - Рецепт выписан верно.

P1 - Рецепт выписан с грамматическими ошибками, либо неверно указаны дозировки препарата или режим приема.

P0 - Рецепт выписан неверно.

№38: 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.

В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз.

Э - Камень интрамурального отдела правого мочеточника. Правосторонняя почечная колика.

P2 - Диагноз поставлен верно.

P1 - Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена.

P0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Какие дополнительные исследования необходимо произвести для уточнения и подтверждения диагноза.

Э - Для уточнения диагноза необходимо провести общий анализ мочи и крови, УЗИ почек, мочеточников, мочевого пузыря, обзорную и экскреторную урографию, МСКТ.

P2 - Указаны все методы обследования.

P1 - Указаны не все методы обследования.

P0 - Методы обследования не указаны или указаны неверно.

В 3 Перечислите методы лечения основного патологического состояния.

Э - Горячая ванна, внутримышечное, внутривенное введение спазмолитика/аналгетика, блокада семенного канатика/круглой связки матки по Лорин-Элштейну, катетеризация мочеточника, уретеропиелоскопия.

P2 - Методы лечения основного патологического состояния указаны верно и в полном объеме.

P1 - Методы лечения основного патологического состояния указаны верно, но не полном объеме.

P0 - Методы лечения основного патологического состояния указаны неверно или не указаны совсем.

В 4 Перечислите возможные осложнения.

Э - Острый калькулезный пиелонефрит, постренальная анурия (при обтурации мочеточника единственной функционирующей почки), острый гидронефроз, форникальное кровотечение.

P2 - Возможные осложнения указаны верно и полном объеме.

P1 - Возможные осложнения указаны верно, но не в полном объеме.

P0 - Возможные осложнения указаны неверно или не указаны совсем.

В 5 Выпишите рецепт на спазмолитический препарат.

Э - Rp.: Sol No-spani2% 2,0

D.t.d. N 10 in amp

S. В мышцу по 2 мл 1-2раза в день.

P2 - Рецепт выписан верно.

P1 - Рецепт выписан с грамматическими ошибками, либо неверно указаны дозировки препарата или режим приема.

P0 - Рецепт выписан неверно.

№39: 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 познанием. 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.

В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз.

Э - Острый вторичный левосторонний паранефрит, калькулезный левосторонний пиелонефроз, коралловидный камень левой почки.

- P2 - Диагноз поставлен верно.
- P1 - Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена.
- P0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Определите план обследования больной для уточнения диагноза.

Э - 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).

- P2 - Указаны все методы обследования в полном объеме.
- P1 - Указаны не все методы обследования, часть методов упущена.
- P0 - Методы обследования не указаны или указаны неверно.

В 3 Назовите возможные осложнения данного заболевания.

Э - Калькулезный пионефроз, нефросклероз слева, уросепсис, септический шок, ОПН, ХПН.

- P2 - Возможные осложнения указаны верно и в полном объеме.
- P1 - Возможные осложнения указаны верно, но не в полном объеме.
- P0 - Возможные осложнения указаны неверно или не указаны совсем.

В 4 Какой лечебный алгоритм целесообразен в данном случае.

Э - 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.

- P2 - Лечебный алгоритм определен верно и в полном объеме.
- P1 - Лечебный алгоритм определен верно, но не в полном объеме, часть лечебных мероприятий указана неверно или не указана совсем.
- P0 - Лечебный алгоритм определен неверно.

В 5 Выпишите рецепт на фуросемид.

Э - Rp. : Furosemidi 0,04 D.t.d. N 10 in tabul.

S. по 1/2 т. 1 раз в день.

- P2 - Рецепт выписан верно.
- P1 - Рецепт выписан с грамматическими ошибками, либо неверно указаны дозировки препарата или режим приема.
- P0 - Рецепт выписан неверно.

№40: 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.

В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз.

Э - Уратный нефролитиаз, обострение хронического, левостороннего пиелонефрита, не исключается острый гнойный калькулезный пиелонефрит слева.

P2 - Диагноз поставлен верно.

P1 - Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена.

P0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 С какими заболеваниями мочевой системы нужно провести дифференциальную диагностику.

Э - Восходящий, на фоне хронического цистита и пиелонефрита, пузырномочеточниковый рефлюкс, нефротуберкулез слева;

P2 - Все заболевания указаны верно и в полном объеме.

P1 - Заболевания указаны верно, но часть патологических состояний упущена.

P0 - Все заболевания указаны неверно.

В 3 Какие дополнительные исследования необходимо произвести для уточнения и подтверждения диагноза.

Э - 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.

P2 - Указаны все методы обследования в полном объеме.

P1 - Указаны не все методы обследования, часть методов упущена.

P0 - Методы обследования не указаны или указаны неверно.

В 4 Определите тактику лечения.

Э - 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.

P2 - Лечебный алгоритм определен верно и в полном объеме.

P1 - Лечебный алгоритм определен верно, но не в полном объеме, часть лечебных мероприятий указана неверно или не указана совсем.

P0 - Лечебный алгоритм определен неверно.

В 5 Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.

Э - 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.

P2 - Мероприятия по первичной профилактике заболевания указаны верно и в полном объеме.

P1 - Мероприятия по первичной профилактике заболевания указаны верно, но не в полном объеме, часть мероприятий упущена или определена неверно.

P0- Мероприятия по первичной профилактике заболевания указаны неверно.

7.1.2. Оценочные материалы для промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится на 2 курсе в форме кандидатского экзамена. Для приема кандидатского экзамена создается комиссия по приему кандидатского экзамена, состав которой утверждается ректором.

Состав экзаменационной комиссии формируется из числа научно-педагогических работников Института (в том числе работающих по совместительству) в количестве не более 5 человек, и включает в себя председателя, заместителя председателя и членов экзаменационной комиссии. В состав экзаменационной комиссии могут включаться научно-педагогические работники других организаций.

Кандидатский экзамен проводится по экзаменационным билетам, каждый из которых состоит из 3-х вопросов.

Экзаменатор может задавать аспиранту дополнительные вопросы, выходящие за пределы вопросов билета. Результат экзамена объявляется аспиранту непосредственно после окончания работы комиссии по приему кандидатского экзамена.

Перечень вопросов для кандидатского экзамена:

1. Диагностика и клиника мочекаменной болезни.
2. Урофлоуметрия. Методика, расшифровка урофлоурограмм.
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 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.

7.2. Критерии оценки, шкалы оценивания по видам оценочных материалов

7.2.1. Критерии оценки

№ п/п	Наименование оценочных материалов	Краткая характеристика оценочных материалов	Представление оценочных материалов в фонде	Примерные критерии оценивания
1	Собеседование	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и	Контрольные вопросы для собеседования	Полнота раскрытия темы; Знание основных понятий в рамках обсуждаемого вопроса, их взаимосвязей

		рассчитанное на выяснение объема знаний, обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.		<p>между собой и с другими вопросами дисциплины; Знание основных методов изучения обсуждаемого вопроса;</p> <p>Знание основных практических проблем и следствий в рамках обсуждаемого вопроса;</p> <p>Наличие представления о перспективных направлениях разработки рассматриваемого вопроса.</p>
2	Ситуационные задачи	Проблемная задача на основе реальной профессионально-ориентированной ситуации, имеющая варианты решений. Позволяет оценить умение применить знания и аргументированный выбор варианта решения.	Набор ситуационных задач	Грамотность определения содержащейся в задаче проблемы; корректность оперирования профессиональной терминологией при анализе и решении задачи; адекватность применяемого способа решения ситуационной задачи
3	Тестовые задания	Система заданий, позволяющая стандартизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.	Фонд тестовых заданий	Критерии оценки вопросов теста в зависимости от типов формулируемых вопросов.

7.2.2. Шкалы оценивания по видам оценочных материалов

В процессе текущего контроля оценивается самостоятельная работа аспиранта, полнота выполнения типовых контрольных заданий, уровень усвоения учебных материалов по отдельным разделам дисциплины, работа с научной литературой.

Текущий контроль:

Тестовые задания

Оценка	Описание
Отлично	90-100% правильных ответов;
Хорошо	80-89% правильных ответов;
Удовлетворительно	71-79% правильных ответов
Неудовлетворительно	70% и менее правильных ответов.

Ситуационные задачи

Оценка	Описание
Отлично	Демонстрирует полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены, получены исчерпывающие ответы на все вопросы.
Хорошо	Демонстрирует значительное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены.
Удовлетворительно	Демонстрирует частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены.
Неудовлетворительно	Демонстрирует непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу. Выполненная попытка решить задачу неправильная.

Собеседование

Оценка	Описание ответа
«Отлично»	Обучающийся исчерпывающе знает весь программный материал, отлично понимает и прочно усвоил его. На вопросы (в пределах программы) дает правильные, сознательные и уверенные ответы. В различных практических заданиях умеет самостоятельно пользоваться полученными знаниями. В устных ответах и письменных работах пользуется литературно правильным языком и не допускает ошибок.
«Хорошо»	Обучающийся знает весь требуемый программой материал, хорошо понимает и прочно усвоил его. На вопросы (в пределах программы) отвечает без затруднений. Умеет применять полученные знания в практических заданиях. В устных ответах пользуется литературным языком и не делает грубых ошибок. В письменных работах допускает только незначительные ошибки.
«Удовлетворительно»	Обучающийся обнаруживает знание основного программного учебного материала. При применении знаний на практике испытывает не-

Оценка	Описание ответа
	которые затруднения и преодолевает их с небольшой помощью преподавателя. В устных ответах допускает ошибки при изложении материала и в построении речи. В письменных работах делает ошибки.
«Не удовлетворительно»	Обучающийся обнаруживает незнание большей части программного материала, отвечает, как правило, лишь на наводящие вопросы преподавателя, неуверенно. В письменных работах допускает частые и грубые ошибки.

Промежуточная аттестация

Промежуточная аттестация проводится в форме кандидатского экзамена. Устный ответ аспиранта оценивается по четырехбалльной системе: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

Общие требования к ответу. При сдаче кандидатского экзамена по научной специальности обучающийся должен показать знание современной отечественной и зарубежной литературы по проблематике основной дисциплины научной специальности, уметь осуществлять доказательство научных проблем с помощью сравнительно-сопоставительного анализа, выявлять закономерности и тенденции научных парадигм в рассматриваемых вопросах. Обучающийся должен демонстрировать способность к творческому и критическому мышлению, четко понимать смысл поставленного вопроса, а также аргументировать собственную точку зрения на основе теоретического и практического современного знания. Понимание проблемы, научная корректность, краткость и ясность в изложении ответа, владение современной информацией, использование последних публикаций по проблеме, которая поднимается в конкретном вопросе, обогащают ответ. Для подготовки ответа используются экзаменационные листы.

Оценка «Отлично»

Основные вопросы раскрыты полно и глубоко, с использованием дополнительного материала; материал по научной специальности изложен последовательно и логически; отсутствуют ошибки; выводы и обобщения достаточно аргументированы.

Оценка «Хорошо»

Изложена проблематика, круг задач и методических подходов в области исследования; основные вопросы раскрыты недостаточно полно и глубоко; в ответе на вопрос допущены незначительные ошибки; изложение материала недостаточно систематизировано и последовательно; выводы и обобщения аргументированы, но содержат отдельные неточности.

Оценка «Удовлетворительно»

В усвоении программного материала выявлены существенные пробелы; основные положения раскрыты поверхностно; ответ не основывается на достаточном знании науки и медицины; допущены существенные ошибки, отсутствуют аргументированные выводы.

Оценка «Неудовлетворительно»

Не сформулирована проблема или сформулирована неверно; обсуждаемая проблема не проанализирована; незнание большей части информации по научной специальности; незнание ключевых понятий вышеназванной области знания.

8. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

8.1. Основная литература

Название основной литературы	Наличие в библиотеке или электронной библиотечной системе (ЭБС)
1. НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ / С. Л. Коварский, Л. Б. Меновщикова - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/970406793V0043.html	www.rosmedlib.ru
2. Травмы органов мошонки. Иллюстрированное руководство / С. К. Яровой, Р. А. Хромов, Е. В. Касатонова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 112 с. - ISBN 978-5-9704-5741-2. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457412.html	www.rosmedlib.ru
3. СИНДРОМ ОТЁЧНОЙ МОШОНКИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ / С. Г. Врублевский - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/970406793V0040.html	www.rosmedlib.ru
4. Медицинская реабилитация при заболеваниях и повреждениях органов мочевыделения / Епифанов В. А., Корчажкина Н. Б. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 528 с. - ISBN 978-5-9704-5267-7. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970452677.html	www.rosmedlib.ru
5. ЭМБРИОГЕНЕЗ ОРГАНОВ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ / С. Н. Николаев - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/970406793V0030.html	www.rosmedlib.ru
6. Мужское бесплодие и хирургические заболевания органов половой системы / Жиборев Б. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 304 с. - ISBN 978-5-9704-4537-2. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970445372.html	www.rosmedlib.ru
7. АНОМАЛИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И УРЕТРЫ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ / С. Л. Коварский, Л. Б. Меновщикова - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/970406793V0034.html	www.rosmedlib.ru

8.2. Дополнительная литература

Название дополнительной литературы	Наличие в библиотеке или электронной библиотечной системе (ЭБС)
1. Хламидийная инфекция: эволюция взглядов / А. А. Хрянин, О. В. Решетников. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 208 с. - ISBN 978-5-9704-5594-4. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970455944.html	www.rosmedlib.ru
2. Урология. От симптомов к диагнозу и лечению. Иллюстрированное руководство: учеб. пособие / под ред. П. В. Глыбочко, Ю. Г. Аляева, Н. А. Григорьева - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 148 с. - ISBN 978-5-9704-2846-7. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428467.html	www.rosmedlib.ru
3. Урология. Обучающие модули / П. В. Глыбочко, Ю. Г. Аляев - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 184 с. - ISBN 978-5-9704-3537-3. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970435373.html	www.rosmedlib.ru
4. Урология : учебник / под ред. С. Х. Аль-Шукри. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 640 с. - ISBN 978-5-9704-6609-4. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970466094.html	www.rosmedlib.ru
5. Урология. Стандарты медицинской помощи / сост. А. С. Дементьев, Н. И. Журавлева, С. Ю. Кочетков, Е. Ю. Чепанова - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 208 с. (Серия "Стандарты медицинской помощи") - ISBN 978-5-9704-3893-0. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438930.html	www.rosmedlib.ru
6. Лапароскопические и ретроперитонеоскопические операции в урологии / Кадыров Зиёратшо Абдуллоевич, Рамишвили Владимир Шотаевич, Сулейманов Сулейман Исрафилович, Одилов Аминджон Юсупович, Фаниев Михаил Владимирович, Гигиадзе Отари Владимирович, Демин Никита Валерьевич, Зокиров Нурали Зоирович - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 488 с. - ISBN 978-5-9704-3901-2. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970439012.html	www.rosmedlib.ru

8.3. Современные профессиональные базы данных

- Медико-биологический информационный портал для специалистов <http://www.medline.ru>;
- Медицинский сервер "MedLinks.Ru - Вся медицина в Интернет" <http://www.medlinks.ru>;
- Медицинский портал <http://www.medportal.ru>
- Медицинский видеопортал Med-Edu.ru <http://www.med-edu.ru/>
- Портал российского врача МЕДВЕСТНИК <https://medvestnik.ru/>

8.4. Информационные справочные системы

- Рубрикатор клинических рекомендаций <http://cr.rosminzdrav.ru/>
- Международная классификация болезней 10-го пересмотра <https://mkb-10.com/>
- Информационно-аналитический портал Remedium.ru <http://www.remedium.ru>
- Энциклопедия лекарств от РЛС <https://www.rlsnet.ru>

9. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Наименование специальных помещений и помещений для самостоятельной работы	Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы	Перечень лицензионного программного обеспечения. Реквизиты подтверждающего документа
Учебная аудитория для проведения учебных занятий	Стол преподавателя, кресло преподавателя, стулья, комплект технических средств обучения (миникомпьютер с доступом к информационно-телекоммуникационной сети Интернет, монитор, телевизор), негатоскоп, доски настенные, учебно-наглядные пособия.	Комплект лицензионного программного обеспечения: MS Windows 10 (Лицензия №69002855) MS Office 2016 (Лицензия №69440824) NetPolice Pro (Лицензия №1316087)
Учебная аудитория для проведения учебных занятий	Стол, стулья, лампа фокусная на стойке, кушетка, весы с ростометром, гинекологическое кресло, ультразвуковой аппарат портативный. Тренажер для отработки навыков по гинекологии. Анатомическая модель женского таза, для отработки навыков по акушерству и гинекологии. Наглядные пособия по акушерству. Тренажер отработки навыков катетеризации мочевого пузыря КАТ-профи с электронным контролером. Тренажер для катетеризации (мужчина). Тренажер для катетеризации (женщина).	
Помещение для проведения практических занятий, практик (<i>Операционная урологического отделения 1</i>) Санкт-Петербургское государственное бюджетное учрежде-	Аппарат наркозно-дыхательный GE Carestation 620 – 1 шт.; Аппарат наркозно-дыхательный GE Carestation 620– 1 шт.; Аппарат наркозно-дыхательный GE Carestation 620 – 1 шт.; ИВЛ Са-	

<p>ние здравоохранения Клиническая больница Святителя Луки (194044, г. Санкт-Петербург, ул. Чугунная, д. 46, литер А)</p>	<p>rescape R860 – 1 шт.; Система обогрева пациента Covidien WarmTouch – 1 шт.; Система обогрева пациента Covidien WarmTouch – 1 шт.; УЗИ Flex Focus 1202 – 1 шт.; Стол операционный Merivaara Promerix – 3 шт.; Аппарат наркозно-дыхательный GE Carestation 650с – 3 шт.; Монитор пациента GE Carescape B650 – 3 шт.; Робот-хирург DAVINCI SS 4000 – 1 шт.; Инсуффлятор OLYMPUS UHI-4 – 3 шт.; Светильник операционный Merivaara Q-Flow 4i – 3 шт.; Светильник операционный Merivaara Q-Flow 8i – 1 шт.; Светильник операционный Merivaara Q-Flow 6i – 2 шт.; Удерживающие ремни Merivaara 11081 - – 1 шт.; Монитор Sony LMD-X310ST – 5 шт.; Монитор Sony LMD-X550ST – 4 шт.; Монитор пациента B125 – 2 шт.; Видеорегистратор OLYMPUS OTV-S300 – 2 шт.; Аппарат электрохирургический OLYMPUS ESG-400 – 2 шт.; Ультразвуковой генератор OLYMPUS USG-400 – 2 шт.; Система морцелляции Richard Wolf Suction Pump – 1 шт.; Richard Wolf Motor Control – 1 шт.; Дефибрилятор-монитор AXION ДКИ-Н-11 – 1 шт.; Аппарат для переливания крови LivaNova XTRA – 1 шт.; Видеорегистратор OLYMPUS OTV-S400 – 1 шт.; Ксеноновый источник света OLYMPUS CLV-S400 – 1 шт.; Автоклав VacuKlav 24 VL+–2 шт.; Аппарат ультразвуковой для инструментов Ultrawave – 2 шт.; Шкаф для хранения стерильных эндоскопов и стерильных инструментов «СПДС-5-ШСК» – 1 шт.; Стерилизатор для инструментов Medisafe Sonic Irrigator – 1 шт.</p>	
<p>Помещение для проведения практических занятий, практик (Патолого-анатомическая лаборатория)</p>	<p>Автоматический гистологический процессор Tissue-Tek VIP 6 с принадлежностями – 1 шт.; Иммуностейнер автоматический Ventana</p>	

<p>Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения Клиническая больница Святителя Луки (194044, г. Санкт-Петербург, ул. Чугунная, д. 46, литер А)</p>	<p>BenchMark ХТ с принадлежностями – 1 шт.; Инкубатор лабораторный серии в исполнении 1МН100-S – 1 шт.; Криоконсоль Tissue-Tek TEC 5 СС – 2 шт.; Микроскоп медико-биологический Nikon Eclipse Ni-U исследовательский с системой архивации документов информации – 1 шт.; Микроскоп медицинский прямой ВХ43F для лабораторных исследований с принадлежностями – 1 шт.; Микроскоп для лабораторных исследований Axio Imager со штативом А2 с принадлежн. – 1 шт.; Микротом-Криостат Cryo3 с системой дезинфекции с принадлежностями – 1 шт.; Микротом ротационный Accu-Cut – 1 шт.; Микротом ротационный Accu-Cut 200 с принадлежностями – 1 шт.; Модульная система заливки тканей в парафин Tissue-Tek TEC 5 с принадлежностями – 1 шт.; Санный микротом Slide2003 – 1 шт.; Станция вырезки операционного материала HYGECO (Франция) – 1 шт.; Аквадистиллятор медицинский электрический АЭ-25 – 1 шт.; Водяная баня расплавления срезов, круглая (240412) – 1 шт.; Водяная баня с перемешиванием для проведения исследования (4л) – 2 шт.; Ванночка с электро подогревом и возможностью регулирования температура для расплавления морфологических препаратов «СЛАЙДБАНЯ-30/60» - 1 шт.; Высокоскоростная центрифуга Microspin-12 с принадлежностями – 1 шт.; Микроскоп OLIMPYS медицинский прямой 23 для лабораторных исследований с принадлежностями – 1 шт.; Микротом малый санный ESM – 1 шт.; Термостат электрический суховоздушный ТС-1/80 СПУ (камера нерж. сталь) – 1 шт.; Настольные электронные весы ВСП-6.2-4К ЛАДОГА – 1шт.; Станция для ав-</p>	
--	---	--

томатического выделения нуклеиновых кислот EZ1 с принадлежностями – 1 шт.; Отсасыватель медицинский OM-1 – 1 шт.; Амплификатор нукиновых кислот Applied Biosystems QuantStudio 5 с гибридизационно-флуоресцентной детекцией продуктов ПЦР в режиме реального времени – 1 шт.; Центрифуга-встряхиватель медицинская серия CM, CM-70M-09 – 1 шт.; Вортекс персональный V-1 plus – 2 шт.; Термостат типа «Драй-блок» TDB-120 в вариантах исполнения Термостат TDB-120 с крышкой и термоблоком А-53 – 1 шт.; Бокс абактериальной воздушной среды для работы с ДНК-пробами при проведении ПЦР-диагностики БАВ-ПЦР «Ламинар-С» - 1 шт.; Система водоочистительная лабораторная, вариант исполнения: Milli-Q – 1 шт.; Центрифуга лабораторная серии Allegra с принадлежностями – 1 шт.; Микроцентрифуга Microfuge 20 с принадлежностями – 1 шт.; Шкаф химический вытяжной ШВ «Ламинар-С»-1,3 – 1 шт.; Морозильник биомедицинский низкотемпературный DW-86 – 1 шт.; Система диагностическая для мультипараметрического флуоресцентного анализа Luminex, с принадлежностями - 1 шт.; Термостат электрический для проведения полимеразной цепной реакции (ПЦР) ДНК Veriti Thermal Cycler, с принадлежностями – 1 шт.; Термошейкер PST-60HL-4 – 1 шт.; Дозаторы пипеточные переменного объема Eppendorf Research Plus 05-10 мкл – 3 шт.; Дозаторы пипеточные переменного объема Eppendorf Research Plus 10-100 мкл – 2 шт.; Дозаторы пипеточные переменного объема Eppendorf Research Plus 20-200 мкл – 2 шт.; Дозаторы пипеточные переменного объема Eppendorf Research Plus 100-1000 мкл –

	2 шт.; Дозаторы пипеточные переменного объема Eppendorf Research Plus 10-100 мкл – 1 шт.; Дозаторы пипеточные переменного объема Eppendorf Research Plus 30-300 мкл – 1 шт.	
<p>Помещение для проведения практических занятий, практик (Клинико-диагностическая лаборатория) Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения Клиническая больница Святителя Луки (194044, г. Санкт-Петербург, ул. Чугунная, д. 46, литер А)</p>	Автоматическая система анализа мочи в составе: Автоматический анализатор микроскопии осадка мочи и Анализатор мочи / IRIS International Inc / iQ200 Sprint-2 шт.; Автоматический инкубатор (термостат) для инкубирования гелевых карт и пробирок DG Therm / Grifols / DG Therm-3 шт.; Автоматический коагулометр ACL TOP 500 / ACL TOP / ACL TOP 500-1 шт.; Автоматический коагулометрический анализатор для in vitro диагностики ACL Elite Pro / ACL / ACL Elite Pro-1 шт.; Анализатор / GEM Premier / 3500-1 шт.; Анализатор автоматический биохимический Rx Imola / Rx Imola / Rx Imola-1 шт.; Анализатор автоматический СОЭ ф."Greiner Bio-one" / sade rate screener / sade rate screener 20/ii (srs 20/ii)-1 шт.; Анализатор мочи / Aution Eleven / 4020-1 шт.; анализатор мочи / РОКЕТСЕМ / PU-4010-1 шт.; Анализатор общего белка в моче фотометрический / Белур / 600-2 шт.; Аппарат для окраски мазков / Siemens Healthineers НЕМА-ТЕК / НЕМА-ТЕК 2000-2 шт.; Биохимический анализатор / AU / 480-1 шт.; Биохимический анализатор DimensionXPand / Dimension / Dimension xpand plus-1 шт.; Гематологический анализатор / МЕК / 8222К-1 шт.; Гематологический анализатор / МЕК / 6510К-1 шт.; Микроскоп Olympus / Olympus / CX21FS1-3-5-2 шт.; Микроскоп биологический / Leica / DM500-2 шт.; Микроскоп биологический / Leica / DM1000-2 шт.; Мочевая станция в составе анализаторов / IQ и Aution Max / AX4030-2 шт.;	

	Мультицентрифуга CM-6m / Elmi / CM-6m-3 шт.; охлаждающий инкубатор / FRIOCELL / FRIOCELL-2 шт.; перемешиватель / ротамикс / RM-1L-1 шт.	
Помещение для проведения практических занятий, практик (<i>Иммунохимическая лаборатория</i>) Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения Клиническая больница Святителя Луки (194044, г. Санкт-Петербург, ул. Чугунная, д. 46, литер А)	Анализатор иммунохимический / Architect / i2000sr-1 шт.; анализатор критических состояний / I Stat / 300 G-1 шт.; анализатор критических состояний / I Stat / 300 G-1 шт.; Анализатор критических состояний / iSTAT / system-1 шт.; Микроскоп биологический / Leica / DM500-2 шт.; Микроскоп биологический / Leica / DM1000-2 шт.; Мочевая станция в составе анализаторов / IQ и Aution Max / AX4030-2 шт.; Мультицентрифуга CM-6m / Elmi / CM-6m-3 шт.; охлаждающий инкубатор / FRIOCELL / FRIOCELL-2 шт.; перемешиватель / ротамикс / RM-1L-1 шт.; Экспресс анализатор иммун. / Veda. LAB Ease Reader+ / Veda. LAB Ease Reader+-1 шт.	
Помещение для самостоятельной работы,	Планшетные компьютеры с подключением к сети «Интернет» и обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду; Стол учебный - 5 шт.; Стул учебный – 10 шт.; интерактивный комплект для обучения в составе NewLine TrueTouch TT7518RS/Компьютер OPS500-501-H/Документ-камера SMART SDC-550; мобильная стойка Digis DSM-P106C.	

10. СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ УСЛОВИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ-ИНВАЛИДОВ И ОБУЧАЮЩИХСЯ-ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Указанные ниже условия инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья применяются при наличии указанных лиц в группе обучающихся в зависимости от нозологии заболеваний или нарушений в работе отдельных органов.

Обучение обучающихся с нарушением слуха

Обучение обучающихся с нарушением слуха выстраивается через реализацию следующих педагогических принципов:

- наглядности,

- индивидуализации,
- коммуникативности на основе использования информационных технологий, разработанного учебно-дидактического комплекса, включающего пакет специальных учебно-методических презентаций
- использования учебных пособий, адаптированных для восприятия обучающимися с нарушением слуха.

К числу проблем, характерных для лиц с нарушением слуха, можно отнести:

- замедленное и ограниченное восприятие;
- недостатки речевого развития;
- недостатки развития мыслительной деятельности;
- пробелы в знаниях; недостатки в развитии личности (неуверенность в себе и неоправданная зависимость от окружающих, низкая коммуникабельность, эгоизм, пессимизм, заниженная или завышенная самооценка, неумение управлять собственным поведением);
- некоторое отставание в формировании умения анализировать и синтезировать воспринимаемый материал, оперировать образами, сопоставлять вновь изученное с изученным ранее; хуже, чем у слышащих сверстников, развит анализ и синтез объектов. Это выражается в том, что глухие и слабослышащие меньше выделяют в объекте детали, часто опускают мало заметные, но существенные признаки.

При организации образовательного процесса со слабослышащей аудиторией необходима особая фиксация на артикуляции выступающего - следует говорить громче и четче, подбирая подходящий уровень.

Специфика зрительного восприятия слабослышащих влияет на эффективность их образной памяти - в окружающих предметах и явлениях они часто выделяют несущественные признаки. Процесс запоминания у обучающихся с нарушенным слухом во многом опосредуется деятельностью по анализу воспринимаемых объектов, по соотнесению нового материала с усвоенным ранее.

Некоторые основные понятия изучаемого материала обучающимся необходимо объяснять дополнительно. На занятиях требуется уделять повышенное внимание специальным профессиональным терминам, а также использованию профессиональной лексики. Для лучшего усвоения специальной терминологии необходимо каждый раз писать на доске используемые термины и контролировать их усвоение.

Внимание в большей степени зависит от изобразительных качеств воспринимаемого материала: чем они выразительнее, тем легче слабослышащим обучающимся выделить информативные признаки предмета или явления.

В процессе обучения рекомендуется использовать разнообразный наглядный материал. Сложные для понимания темы должны быть снабжены как можно большим количеством наглядного материала. Особую роль в обучении лиц с нарушенным слухом, играют видеоматериалы. По возможности, предъявляемая видеоинформация может сопровождаться текстовой бегущей строкой или сурдологическим переводом.

Видеоматериалы помогают в изучении процессов и явлений, поддающихся видеофиксации, анимация может быть использована для изображения различных динамических моделей, не поддающихся видеозаписи.

Обучение обучающихся с нарушением зрения.

Специфика обучения слепых и слабовидящих обучающихся заключается в следующем:

- дозирование учебных нагрузок;
- применение специальных форм и методов обучения, оригинальных учебников и наглядных пособий, а также оптических и тифлопедагогических устройств, расширяющих познавательные возможности обучающихся;
- специальное оформление учебных кабинетов;
- организация лечебно-восстановительной работы;

– усиление работы по социально-трудовой адаптации.

Во время проведения занятий следует чаще переключать обучающихся с одного вида деятельности на другой.

Во время проведения занятия педагоги должны учитывать допустимую продолжительность непрерывной зрительной нагрузки для слабовидящих обучающихся. К дозированию зрительной работы надо подходить строго индивидуально.

Искусственная освещенность помещений, в которых занимаются обучающиеся с пониженным зрением, должна составлять от 500 до 1000 лк, поэтому рекомендуется использовать дополнительные настольные светильники. Свет должен падать с левой стороны или прямо. Ключевым средством социальной и профессиональной реабилитации людей с нарушениями зрения, способствующим их успешной интеграции в социум, являются информационно-коммуникационные технологии.

Ограниченность информации у слабовидящих обуславливает схематизм зрительного образа, его скудность, фрагментарность или неточность.

При слабовидении страдает скорость зрительного восприятия; нарушение бинокулярного зрения (полноценного видения двумя глазами) у слабовидящих может приводить к так называемой пространственной слепоте (нарушению восприятия перспективы и глубины пространства), что важно при черчении и чтении чертежей.

При зрительной работе у слабовидящих быстро наступает утомление, что снижает их работоспособность. Поэтому необходимо проводить небольшие перерывы.

Слабовидящим могут быть противопоказаны многие обычные действия, например, наклоны, резкие прыжки, поднятие тяжестей, так как они могут способствовать ухудшению зрения. Для усвоения информации слабовидящим требуется большее количество повторений и тренировок.

При проведении занятий в условиях повышенного уровня шума, вибрации, длительных звуковых воздействий, может развиваться чувство усталости слухового анализатора и дезориентации в пространстве.

При лекционной форме занятий слабовидящим следует разрешить использовать звукозаписывающие устройства и компьютеры, как способ конспектирования, во время занятий.

Информацию необходимо представлять исходя из специфики слабовидящего обучающегося: **крупный шрифт (16–18 размер)**, дисковый накопитель (чтобы прочитать с помощью компьютера со звуковой программой), аудиофайлы. Всё записанное на доске должно быть озвучено.

Необходимо комментировать свои жесты и надписи на доске и передавать словами то, что часто выражается мимикой и жестами. При чтении вслух необходимо сначала предупредить об этом. Не следует заменять чтение пересказом.

При работе на компьютере следует использовать принцип максимального снижения зрительных нагрузок, дозирование и чередование зрительных нагрузок с другими видами деятельности, использование специальных программных средств для увеличения изображения на экране или для озвучивания информации; — принцип работы с помощью клавиатуры, а не с помощью мыши, в том числе с использованием «горячих» клавиш и освоение слепого десятипальцевого метода печати на клавиатуре.

Обучение обучающихся с нарушением опорно-двигательного аппарата (ОДА).

Обучающиеся с нарушениями ОДА представляют собой многочисленную группу лиц, имеющих различные двигательные патологии, которые часто сочетаются с нарушениями в познавательном, речевом, эмоционально-личностном развитии. Обучение обучающихся с нарушениями ОДА должно осуществляться на фоне лечебно-восстановительной работы, которая должна вестись в следующих направлениях: посильная медицинская коррекция двигательного дефекта; терапия нервно-психических отклонений.

Специфика поражений ОДА может замедленно формировать такие операции, как сравнение, выделение существенных и несущественных признаков, установление причинно-следственной зависимости, неточность употребляемых понятий.

При тяжелом поражении нижних конечностей руки присутствуют трудности при овладении определенными предметно-практическими действиями.

Поражения ОДА часто связаны с нарушениями зрения, слуха, чувствительности, пространственной ориентации. Это проявляется замедленном формировании понятий, определяющих положение предметов и частей собственного тела в пространстве, неспособности узнавать и воспроизводить фигуры, складывать из частей целое. В письме выявляются ошибки в графическом изображении букв и цифр (асимметрия, зеркальность), начало письма и чтения с середины страницы.

Нарушения ОДА проявляются в расстройстве внимания и памяти, рассредоточенности, сужении объёма внимания, преобладании слуховой памяти над зрительной. Эмоциональные нарушения проявляются в виде повышенной возбудимости, проявлении страхов, склонности к колебаниям настроения.

Продолжительность занятия не должна превышать 1,5 часа (в день 3 часа), после чего рекомендуется 10—15-минутный перерыв. Для организации учебного процесса необходимо определить учебное место в аудитории, следует разрешить обучающемуся самому подбирать комфортную позу для выполнения письменных и устных работ (сидя, стоя, облокотившись и т.д.).

При проведении занятий следует учитывать объём и формы выполнения устных и письменных работ, темп работы аудитории и по возможности менять формы проведения занятий. С целью получения лицами с поражением опорно-двигательного аппарата информации в полном объеме звуковые сообщения нужно дублировать зрительными, использовать наглядный материал, обучающие видеоматериалы.

При работе с обучающимися с нарушением ОДА необходимо использовать методы, активизирующие познавательную деятельность учащихся, развивающие устную и письменную речь и формирующие необходимые учебные навыки.

Физический недостаток существенно влияет на социальную позицию обучающегося, на его отношение к окружающему миру, следствием чего является искажение ведущей деятельности и общения с окружающими. У таких обучающихся наблюдаются нарушения личностного развития: пониженная мотивация к деятельности, страхи, связанные с передвижением и перемещением, стремление к ограничению социальных контактов.

Эмоционально-волевые нарушения проявляются в повышенной возбудимости, чрезмерной чувствительности к внешним раздражителям и пугливости. У одних отмечается беспокойство, суетливость, расторможенность, у других - вялость, пассивность и двигательная заторможенность.

При общении с человеком в инвалидной коляске, нужно сделать так, чтобы ваши глаза находились на одном уровне. На неё нельзя облокачиваться.

Всегда необходимо лично убеждаться в доступности мест, где запланированы занятия.

Лица с психическими проблемами могут испытывать эмоциональные расстройства. Если человек, имеющим такие нарушения, расстроен, нужно спросить его спокойно, что можно сделать, чтобы помочь ему. Не следует говорить резко с человеком, имеющим психические нарушения, даже если для этого имеются основания. Если собеседник проявляет дружелюбность, то такой обучающийся будет чувствовать себя спокойно.

При общении с людьми, испытывающими затруднения в речи, не допускается перебивать и поправлять. Необходимо быть готовым к тому, что разговор с человеком с затрудненной речью займет больше времени.

Необходимо задавать вопросы, которые требуют коротких ответов или кивка.

Общие рекомендации по работе с обучающимися-инвалидами и обучающимися-лицами с ограниченными возможностями здоровья.

- Использование указаний, как в устной, так и письменной форме;
- Поэтапное разъяснение заданий;
- Последовательное выполнение заданий;
- Повторение обучающимися инструкции к выполнению задания;
- Обеспечение аудио-визуальными техническими средствами обучения;
- Разрешение использовать диктофон для записи ответов учащимися;
- Составление индивидуальных планов занятий, позитивно ориентированных и учитывающих навыки и умения обучающегося.