

УТВЕРЖДЕНА

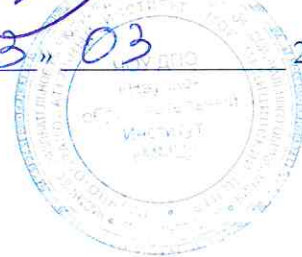
Директор
ЧОУ ДПО «Научно-образовательный
Институт ММЦ»



Фомина М.В.

«23» 03

2026 г.



РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ПРАКТИКИ
основной профессиональной образовательной программы
высшего образования – уровень подготовки кадров высшей квалификации
(ординатура)
Специальность: 31.08.68 Урология

«ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ (КЛИНИЧЕСКАЯ) ПРАКТИКА
(БАЗОВАЯ ЧАСТЬ)»

Длительность обучения: 2160 академических часов

Трудоемкость: 60 ЗЭТ

Форма обучения: очная

Санкт-Петербург

2026 г.

1. ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ

1.1. Цели и задачи практики

Цели практики:

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

Задачи практики:

Сформировать у обучающихся компетенции, включающие в себя способность/готовность:

К осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;

1. К проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными;
2. К определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем;
3. К ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании урологической медицинской помощи;
4. К оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации;
5. К применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации;
6. К формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;
7. К применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях;
8. К участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей;
9. К организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации.

1.2. Место практики в структуре основной профессиональной образовательной программы

Производственная (клиническая) практика (базовая часть) относится к базовой части Блока 2 «Практики» ОПОП ВО по специальности 31.08.68 Урология.

Производственная (клиническая) практика (базовая часть) проводится непрерывно в комплексе с теоретической подготовкой.

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

Урология

Знания: методов опроса, физикального осмотра, клинического обследования урологического больного в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания; особенностей биохимических, инструментальных, патологоанатомических исследований у урологических больных; основных симптомов и синдромов урологических заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра; этиологии, патогенеза и мер профилактики наиболее часто встречающихся урологических заболеваний; современной классификации урологических заболеваний; клинической картины, особенностей течения и возможных осложнений наиболее распространенных урологических заболеваний; методов диагностики, диагностических возможностей методов непосредственного исследования урологического больного; современных методов клинического, лабораторно-инструментального обследования урологических больных (включая эндоскопические, рентгенологические методы ультразвуковую диагностику); современных методов применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания у пациентов с урологическими заболеваниями в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара; механизмов действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, медицинских показаний и противопоказаний к их применению у урологических больных; осложнений, вызванных их применением; современных методов немедикаментозного лечения урологических заболеваний в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара.

Умения: проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование урологического больного в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания; интерпретировать результаты современных лабораторно-инструментальных исследований, морфологического анализа биопсийного, операционного и секционного материала при урологических заболеваниях; выявлять у урологических пациентов основные патологические симптомы и синдромы урологического заболевания; определять у пациента основные патологические состояния, симптомы, синдромы урологического заболевания, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра; поставить предварительный диагноз; наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достаточного результата; подобрать индивидуальный вид оказания помощи урологическому пациенту в соответствии с ситуацией, оказать первичную помощь, сформулировать направление на госпитализацию; сформулировать клинический диагноз; разработать план лечения, с учетом протекания болезни и ее лечения; составлять план лечения урологического заболевания с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, и клиническими рекомендациями (протоколами лечения) в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара; назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание больным с урологическими заболеваниями с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи и клиническими рекомендациями в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара; оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания у пациентов с урологическими заболеваниями

Навыки: владения методами общеклинического обследования урологических больных; методикой постановки урологического диагноза на основании результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований и с учетом законов течения урологического заболевания; методами диагностики основных

патологических состояний, симптомов, синдромов урологических заболеваний, анализом результатов обследования, алгоритмом формулировки клинического диагноза, в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем способностью синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих; анализом информации о клинической картине, особенностях течения и возможных осложнениях наиболее распространенных урологических заболеваний; сопоставлением данных клинической картины наиболее распространенных урологических заболеваний с результатами лабораторно-инструментальных методов исследования; навыком определения тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами в зависимости от клинико-лабораторных данных; навыками организации персонализированного лечения урологического пациента, в том числе беременных женщин, пациентов пожилого и старческого возраста, оценки эффективности и безопасности лечения в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара

Общественное здоровье и здравоохранение

Знания: взаимоотношения «врач-пациент», взаимоотношения в коллективе; морально-этические нормы, правила и принципы профессионального врачебного поведения, права пациента и врача, основы современного медицинского законодательства; принципы ведения дискуссий в условиях плюрализма мнений и основные способы разрешения конфликтов; основные направления психологии, психологию личности и малых групп; основные принципы маркетинга медицинских услуг; основные направления психологии, психологию личности и малых групп; основы организации профилактики; основы организации медицинской деятельности; основы применения статистического метода; возможности использования статистических показателей при оценке состояния здоровья населения и деятельности медицинских организаций.

Умения: обеспечивать рабочие отношения с другими членами коллектива; организовать работу младшего и среднего медицинского персонала в медицинских организациях; применять нормы законодательства в конкретных практических ситуациях; соблюдать и защищать права врачей и пациентов; соблюдать правила поведения врача с позиций современного маркетинга; планировать собственную деятельность и работу рабочей группы; давать распоряжения персоналу; осуществлять контроль исполнения; проводить базовую статистическую обработку данных; анализировать и оценивать качество медицинской помощи, состояние здоровья населения и влияние на него факторов окружающей и производственной среды.

Навыки: изложения собственной точки зрения, анализа и логического мышления, морально-этической аргументации, ведения дискуссий и круглых столов, применения принципов врачебной деонтологии и медицинской этики; навыками информирования пациентов и их родственников в соответствии с требованиями правил «информированного согласия»; общения с людьми; формирования приказов; формирования планов, принятия решений; применения показателей, характеризующих состояние здоровья населения, и результатов деятельности организаций и подразделений здравоохранения, навыками владения методикой расчета показателей медицинской статистики.

Педагогика

Знания: нормативно-правовой базы организации обучения по направлению здравоохранение, психологических основ обучения, основных принципов дидактики; психологических аспектов мотивации к сохранению здоровья, основных понятий теории личности.

Умения: планировать проведение семинарских и практических занятий; планировать проведение профилактических встреч.

Навыки: подготовки правильно построенных презентаций для использования в учебном процессе; подготовки правильно построенных презентаций для использования в просветительной работе.

Гигиена и эпидемиология чрезвычайных ситуаций

Знания: принципов предупреждения возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий; принципов организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, правил оказания медицинской помощи при стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях; современных методов, средств, способов проведения лечебно-эвакуационных мероприятий при оказании медицинской помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях; организации медико-санитарного обеспечения населения при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций; санитарно-гигиенических и противоэпидемиологических мероприятий при эвакуации населения; мероприятий по защите населения при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях; правил и порядков медицинской эвакуации; принципов сортировки пострадавших в чрезвычайных ситуациях.

Умения: проводить профилактические и противоэпидемические мероприятия; организовывать защиту населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки; оказывать медицинскую помощь при стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях; выполнять лечебно-эвакуационные мероприятия по оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, определять вид и объем оказываемой медицинской помощи пострадавшим; оказывать врачебную помощь пострадавшим в очагах поражения при чрезвычайных ситуациях и на этапах медицинской эвакуации; проводить сердечно-легочную реанимацию при терминальных состояниях; проводить мероприятия противошоковой терапии; организовать медицинскую помощь и эвакуацию при чрезвычайных ситуациях.

Навыки: владения методами оценки медико-тактической обстановки в очагах чрезвычайных ситуаций и очагах массового поражения; методикой проведения основных мероприятий по защите пациентов от поражающих факторов чрезвычайных ситуаций; навыками организации и проведения основных мероприятий по санитарной и специальной обработке; методикой оценки состояний угрожающих жизни; алгоритмом проведения медицинской сортировки, способами оказания медицинской помощи и медицинской эвакуации пострадавших; навыком выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях; методами оценки медико-тактической обстановки в очагах чрезвычайных ситуаций и очагах массового поражения; алгоритмом проведения медицинской сортировки, способами оказания медицинской помощи и медицинской эвакуации пострадавших в чрезвычайных ситуациях; навыками организации и проведения основных мероприятий по санитарной и специальной обработке методами ведения отчетной документации, способностями оценивать эффективность взаимодействия при ликвидации последствий чрезвычайной ситуации с другими службами ЧС.

Микробиология

Знания: принципов предупреждения возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий; принципов организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, правил оказания медицинской помощи при стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях.

Умения: проводить профилактические и противоэпидемические мероприятия; организовывать защиту населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении

радиационной обстановки; оказывать медицинскую помощь при стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях.

Навыки: владения методами оценки медико-тактической обстановки в очагах чрезвычайных ситуаций и очагах массового поражения; методикой проведения основных мероприятий по защите пациентов от поражающих факторов чрезвычайных ситуаций; методикой организации и проведения основных мероприятий по санитарной и специальной обработке.

А также знания, умения и навыки, формируемые дисциплинами по выбору вариативной части ОПОП ВО.

1.3. Место проведения практики

В соответствии с учебным планом практика «Производственная (клиническая) практика (базовая часть)» проводится на 1–2 курсах.

Производственная (клиническая) практика (базовая часть) может проводиться в структурных подразделениях Института в аудиториях, оборудованных мультимедийными и иными средствами обучения, позволяющими использовать симуляционные технологии с типовыми наборами профессиональных моделей и результатов лабораторных и инструментальных исследований.

Производственная (клиническая) практика (базовая часть) может проводиться в организациях, осуществляющих деятельность в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации (далее – профильная организация). В этом случае организация практической подготовки обучающихся в форме практики осуществляется на основании договора об организации практической подготовки обучающихся, заключаемого между Институтом и медицинской организацией либо организацией, осуществляющей производство лекарственных средств, организацией, осуществляющей производство и изготовление медицинских изделий, аптечной организацией, судебно-экспертным учреждением или иной организацией, осуществляющей деятельность в сфере охраны здоровья.

Для лиц с ограниченными возможностями здоровья (при наличии) выбор мест прохождения практик осуществляется с учетом состояния здоровья и требований по доступности.

1.4. Способы проведения практики

Способы проведения производственной (клинической) практики (базовая часть):

- стационарная;
- выездная.

Стационарная практика проводится в Институте или в иных профильных организациях и учреждениях, расположенных на территории города Санкт-Петербург.

Выездной является практика, которая проводится за пределами места нахождения Института.

1.5. Роль производственной (клинической) практики (базовая часть) в формировании компетенций выпускника

Производственная (клиническая) практика (базовая часть) участвует в формировании у выпускников следующих профессиональных компетенций: ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-7; ПК-8; ПК-9; ПК-10; ПК-11, ПК-12.

1.6. Требования к результатам освоения практики

№	Компетенции	В результате практики обучающиеся должны:
---	-------------	---

п/п	Индекс	Содержание	Знать	Уметь	Владеть
1	ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	1)основные мероприятия, направленные на укрепление здоровья, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	1)организовывать и проводить мероприятия, направленные на укрепление здоровья, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	1)основами формирования здорового образа жизни и мер первичной профилактики заболеваний человека
2	ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	1)основы организации и проведения различных методов скрининга социально значимых заболеваний 2)определять объём и последовательность исследований, обоснованно строить алгоритм обследования пациента	1)документировать диагностическую информацию, проводить описание результатов обследования с оформлением протокола исследования и заключения, квалифицированно оформлять медицинское заключение 2)давать	1)современными методиками проведения исследования органов и систем человеческого организма в различные возрастные периоды 2)современными методиками архивирования, передачи и хранения результатов

				рекомендации лечащему врачу о дальнейшем плане исследования больного	
3	ПК-3	готовность к проведению противоэпидеми- ческих мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	организацию врачебного контроля за состоянием здоровья населения с урологическими заболеваниями, принципы проведения противоэпидеми- ческих мероприятий в чрезвычайных ситуациях	Организовать и провести противоэпидеми- ческие мероприятия, в том числе в условиях распространения новой коронавирусной инфекции	методами, обеспечивающими защиту населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки и стихийных бедствиях, методами защиты пациентов в условиях распространения новой коронавирусной инфекции
4	ПК-4	готовность к применению социально- гигиенических методик сбора и медико- статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	порядок практического применения социально- гигиенических методик сбора и медико- статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков с целью анализа рисков и заболеваемости урологическими заболеваниями; методы ведения медицинской учетно-отчетной документации	собирать, рассчитывать и анализировать основные показатели здоровья взрослых и подростков; работать с персональными данными пациентов и сведениями, составляющими врачебную тайну; вести медицинскую документацию, в том числе и в электронном виде.	навыками ведения типовой учетно- отчетной медицинской документации, сбора информации о заболеваемости населения; навыками расчета и анализа статистических показателей, характеризующих состояние здоровья взрослых и подростков.
5	ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов,	1)общие вопросы организации урологической помощи в РФ, организация работы скорой и	1)получить информацию о заболевании 2)применить объективные методы	1)комплексом методов стандартного урологического обследования 2)основными

		синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	неотложной помощи 2) анатомию, эмбриологию и топографическую анатомию мочевыделительной и мужской половой систем 3) основные вопросы нормальной и патологической физиологии мочевыделительной и мужской половой систем 4) причины возникновения патологических процессов в организме, механизмы их развития 5) клинические симптомы основных урологических заболеваний, критерии диагностики, принципы лечения и профилактики 6) основные методы параклинического обследования в урологической клинике, включая общие исследования, рентгенологическое, магнитно-резонансные, радиоизотопные и ультразвуковые методы, уродинамические исследования 7) показания и противопоказания	исследования 3) выявить общие и специфические признаки урологического заболевания 4) оценивать динамику симптоматики при ведении больных с заболеваниями мочевыделительной системы 5) оценить тяжесть состояния больного, в том числе определить необходимость реанимационных мероприятий 6) определить план реанимационных мероприятий 7) определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, функциональных), интерпретировать полученные данные, определить показания к госпитализации 8) провести дифференциальную диагностику основных урологических заболеваний 9) обосновать клинический диагноз, схему, план и тактику ведения больного 10) определить возможные	принципами диагностики и лечения мочекаменной болезни 3) основными принципами диагностики и лечения эректильной дисфункции и мужского бесплодия 4) основными принципами диагностики и лечения инфекционно-воспалительных заболеваний мочевыделительной и мужской половой систем 5) основными принципами диагностики и лечения паразитарных заболеваний мочевыделительной и мужской половой систем 6) основными принципами диагностики и лечения туберкулеза мочевыделительной системы 7) основными принципами диагностики и лечения опухолей мочевыделительной и мужской половой систем 8) основными принципами диагностики и лечения аномалий развития мочевыделительной
--	--	---	---	--	--

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

			заболеваний, критерии диагностики, принципы лечения и профилактики 6) основные методы параклинического обследования в урологической клинике, включая общие исследования, рентгенологическое, магнитно-резонансные, радиоизотопные и ультразвуковые методы, уродинамические исследования 7) показания и противопоказания к проведению параклинического обследования урологического больного	основных урологических заболеваний 6) обосновать клинический диагноз, схему, план и тактику ведения больного 7) дать оценку течения заболевания, предусмотреть возможные осложнения и осуществить их профилактику	заболеваний мочевыделительной и мужской половой систем 6) основными принципами диагностики и лечения туберкулеза мочевыделительной системы 7) основными принципами диагностики и лечения опухолей мочевыделительной и мужской половой систем 8) основными принципами диагностики и лечения аномалий развития мочевыделительной и мужской половой систем 9) основными принципами диагностики и лечения травматических поражений мочевыделительной и мужской половой систем 10) основными принципами диагностики и лечения неотложных состояний в урологии
7	ПК-7	готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	Особенности патологии у пострадавших в ЧС, алгоритмы оказания неотложной помощи и сердечно-легочной реанимации	Оказывать медицинскую помощь пострадавшим в ЧС, в том числе оказывать неотложную помощь и проводить сердечно-	Навыками в организации оказания медицинской помощи в ЧС, навыками оказания неотложной помощи и навыками

				легочную реанимацию	проведения сердечно-легочной реанимации
8	ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	1)возможности физиотерапии и ЛФК, показания и противопоказания к физиотерапии и ЛФК, санаторно-курортному лечению 2)основы рационального питания и принципы диетотерапии в урологической клинике	1)определить программу реабилитационных мероприятий 2)решить вопрос о трудоспособности больного 3)применять в повседневной работе достижения информационных технологий и статистические методы	1)основными принципами реабилитации больных, перенесших оперативное лечение по поводу различных заболеваний органов мочевыделительной и мужской половой систем
9	ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	1)принципы формирования у населения пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	1)формировать у населения пациентов и членов их семей мотивацию, направленную на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	1)владеть принципами формирования у населения пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих
10	ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	1)законодательство РФ 2)Локальные номенклатурные акты учреждения 3)принципы организации урологической помощи населению РФ	1)организовать работу урологического отделения и смежных специалистов	1)применением законов и положений в сфере организации урологической помощи
11	ПК- 11	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с	1)законодательство РФ 2)Локальные номенклатурные акты учреждения 3)принципы	1)оценивать качество медицинской помощи	1)применением законов и положений в сфере организации урологической

		использованием основных медико-статистических показателей	организации урологической помощи населению РФ		помощи и медицинской статистики в отделениях урологического профиля
12	ПК-12	готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	Принципы организации лечебно-эвакуационных мероприятий в ЧС, порядок организации развертывания и работы учреждений здравоохранения в условиях массового поступления пострадавших в ЧС.	Проводить медицинскую сортировку пострадавших в ЧС, проводить мероприятия по перестройке работы учреждения здравоохранения для приема пострадавших в ЧС.	Методикой проведения медицинской сортировки в ЧС.

1.7. Форма контроля: зачет с оценкой, 1 и 2 курс.

2. ОБЪЁМ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ (КЛИНИЧЕСКОЙ) ПРАКТИКИ (БАЗОВАЯ ЧАСТЬ)

Общая трудоёмкость практики «Производственная (клиническая) практика (базовая часть)» составляет 60 зачётных единиц.

Вид работы	Всего часов	1 курс	2 курс
Контактная работа	148,4	84,2	64,2
Самостоятельная работа: выполнение работ в профильной организации, симуляционная отработка практических умений и навыков в структурных подразделениях Института, ведение дневника	2011,6	779,8	1231,8
Консультации в ходе практики	148	84	64
Промежуточная аттестация: <i>зачёт с оценкой (кчз)</i>	0,4	0,2	0,2
Общая трудоемкость, академ. час	2160	864	1296

3. СОДЕРЖАНИЕ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ (КЛИНИЧЕСКОЙ) ПРАКТИКИ (БАЗОВАЯ ЧАСТЬ)

Разделы производственной (клинической) практики (базовая часть) по видам работ:

1. Работа в профильной организации

№ п/п	Тема	Вид деятельности	Формируемые профессиональные компетенции
1.	Заболевание почек и мочевыводящих путей	Участие в клинических разборах, разбор историй болезни, самостоятельный анализ лабораторных и инструментальных исследований.	ПК-1, ПК-2, ПК-3; ПК-4 ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
2	Заболевания предстательной железы	Участие в клинических разборах, разбор историй болезни, самостоятельный анализ лабораторных и инструментальных исследований.	ПК-1, ПК-2, ПК-3; ПК-4 ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
3.	Заболевания наружных половых органов	Участие в клинических разборах, разбор историй болезни, самостоятельный анализ лабораторных и инструментальных исследований.	ПК-1, ПК-2, ПК-3; ПК-4 ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
4.	Онкоурология	Участие в клинических разборах, разбор историй болезни, самостоятельный анализ лабораторных и инструментальных исследований.	ПК-1, ПК-2, ПК-3; ПК-4 ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
5.	Клинико-диагностическое поликлиническое отделение	Участие в клинических разборах, разбор историй болезни, самостоятельный анализ лабораторных и инструментальных исследований.	ПК-1, ПК-2, ПК-3; ПК-4 ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12

2. Симуляционная отработка практических умений и навыков (на базе структурных подразделений Института)

Сердечно-легочная реанимация			
2.1.	Базисная сердечно-легочная реанимация	Изучение современных принципов базисной сердечно-легочной реанимации, в том числе в условиях ЧС. Тестирование. Отработка навыков базисной сердечно-легочной реанимации на манекенах. Отработка навыка использования автоматического наружного дефибриллятора	ПК-7, ПК-12
2.2.	Расширенная сердечно-	Изучение современных принципов	ПК-7, ПК-12

легочная реанимация. Оказание медицинской помощи в экстренной форме. Навыки эвакуации в условиях ЧС	расширенной сердечно-легочной реанимации, в том числе в условиях ЧС. Тестирование. Отработка навыков проведения ИВЛ с приспособлениями. Изучение принципов диагностики и лечения шока. Изучение принципов диагностики и лечения острого коронарного синдрома	
---	--	--

4. ФОРМЫ ОТЧЁТНОСТИ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ (КЛИНИЧЕСКОЙ) ПРАКТИКЕ (БАЗОВАЯ ЧАСТЬ)

В соответствии с Положением о порядке проведения практики по программам подготовки кадров высшей квалификации – программам ординатуры в ходе практики ординатор ведет дневник, в структуру которого, в том числе, входит отчет по практике. Ежедневно дневник подписывается сотрудником профильной организации, непосредственно курирующим работу данного ординатора. По итогам прохождения практики ординатор сдает зачет с оценкой (дифференцированный зачет).

4.1. Отчет работы ординатора в профильной организации:

Виды работ в профильной организации	Всего часов:	
	1 курс	2 курс
Работа в профильной организации:	779,8	1231,8
Работа в отделении...		
Работа в ...		
Работа в ...		

4.2.

О Т Ч Ё Т

Ординатора _____ курса
о выполнении программы производственной (клинической) практики (базовая часть)

Перечень видов работ, отрабатываемых в профильной организации

Перечень умений и навыков	Итоговое кол-во выполненных манипуляций
1. Получение информации о заболевании, применение объективных методов обследования больного, выявление общих и специфических признаков заболевания;	
2. Оценка тяжести состояния больного, принятие необходимых мер для выведения больного из такого состояния, определение объема и последовательности реанимационных мероприятий, оказание необходимой срочной помощи;	
3. Определение специальных методов исследования (лабораторные, рентгенологические и функциональные);	

4.	Определение показаний для госпитализации и организация ее;	
5.	Проведение дифференциальной диагностики, обоснование клинического диагноза, плана и тактики ведения больного;	
6.	Оценка электрокардиограммы, спирограммы, данных рентгенологического обследования и заключение по ним;	
7.	Определение степени нарушения гомеостаза и выполнение мероприятий по его нормализации;	
8.	Назначение необходимых лекарственных средств и других лечебных мероприятий;	
9.	Определение вопросов трудоспособности больного – временной или стойкой;	
10.	Проведение необходимых противоэпидемических мероприятий при выявлении инфекционного больного;	
11.	Проведение диспансеризации здоровых и больных;	
12.	Оформление медицинской документации, предусмотренной законодательством по здравоохранению	
13.	Забор материала из мочеиспускательного канала	
14.	Исследование стенки уретры на прямом буже	
15.	Введение бужа, массаж уретры на прямом буже, введение катетера при острой задержке мочи	
16.	Проведение инстилляции лекарственных веществ в уретру	
17.	Выполнение уретроскопии и лечебной тампонады	
18.	Взятие материала из мочеполовых органов	
19.	Оформление экстренных извещений	
20.	Оформление больничного листа	
21.	Пальпация почек, мочевого пузыря, органов мошонки, стенок влагалища, уретры и кавернозных тел	
22.	Интерпретация данных лабораторных исследований	
23.	Интерпретации данных лучевого исследования (обзорной и экскреторной урографии)	
24.	Интерпретации данных лучевого исследования (МРТ)	
25.	Интерпретации данных лучевого исследования (КТ)	
26.	Интерпретации данных лучевого исследования (УЗИ органов брюшной полости)	
27.	Интерпретации данных лучевого исследования (УЗИ почек)	
28.	Интерпретации данных лучевого исследования (УЗИ мочевого пузыря)	
29.	Катетеризация мочевого пузыря	
30.	Бужирование уретры	
31.	Надлобковая капиллярная пункция мочевого пузыря	

32. Уретроскопия	
33. Цистоскопия	
34. Хромоцистоскопия	
35. Катетеризация мочеочника	
36. Биопсия стенки мочевого пузыря	
37. Электрокоагуляция папиллярной опухоли	
38. Цистолитотрипсия	
39. Выполнение и оценка результатов урофлоуметрии и цистометрии	
40. Оценка и описание обзорного снимка мочевой системы	
41. Представление больных на МСЭ	
42. Оформление медицинской документации на больных для МСЭ	
43. Оформление санаторно-курортной карты	
44. Участие в составлении годового отчета урологического отделения или кабинета	
45. Оформление документации для страховой компании	
46. Применение методов физиотерапевтического лечения	

При проведении промежуточной аттестации в форме зачёта с оценкой по окончании практики учитываются следующие составляющие:

- оценка за ведение и оформление дневника практики, в том числе отчета;
- оценка руководителя от профильной организации за полноту отработки задания практики, проявленные личностные профессиональные характеристики и качество освоенных навыков;
- оценка по результатам тестирования и собеседования с руководителем практики от Института.

По результатам обучения в ходе практической подготовки в форме практики, защиты отчетных документов, содержащихся в дневнике по практике, руководителем практики от Института фиксируются результаты освоения компетенции в Аттестационном листе.

Оценка руководителя практики от института заносится в ведомость/индивидуальную ведомость и зачетную книжку ординатора (за исключением оценки «неудовлетворительно»).

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

5.1. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ, ШКАЛЫ ОЦЕНИВАНИЯ ПО ВИДАМ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

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

п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
		позволяющая стандартизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.	заданий по урологии	вопросов теста в зависимости от типов формулируемых вопросов.

Практические навыки

Оценка «отлично» выставляется, если необходимые практические навыки, предусмотренные рабочей программой практики, сформированы полностью и подкреплены теоретическими знаниями.

Оценка «хорошо» выставляется, если необходимые практические навыки, предусмотренные рабочей программой практики, сформированы недостаточно, но подкреплены теоретическими знаниями без пробелов.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если необходимые практические навыки, предусмотренные рабочей программой практики, в основном сформированы, но теоретические знания освоены частично.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если необходимые практические навыки, предусмотренные в рамках прохождения практики, не сформированы.

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.

Тесты

Границы в процентах	Оценка
85-100	Отлично
65-84	Хорошо
55-64	Удовлетворительно
0-54	Неудовлетворительно

5.2.ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

5.2.1. Оценочные средства для текущего контроля

Перечень умений и навыков

№ п/п	Перечень умений и навыков
1.	Получить информацию о заболевании, применить объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки заболевания;
2.	Оценить тяжесть состояния больного, принять необходимые меры для выведения больного из такого состояния, определить объем и последовательность реанимационных мероприятий, оказать необходимую срочную помощь;
3.	Определить специальные методы исследования (лабораторные, рентгенологические и функциональные);
4.	Определить показания для госпитализации и организовать ее;
5.	Провести дифференциальную диагностику, обосновать клинический диагноз, план и тактику ведения больного;
6.	Оценить электрокардиограмму, спирограмму, данные рентгенологического обследования и дать по ним заключение;
7.	Определить степень нарушения гомеостаза и выполнить все мероприятия по его нормализации;
8.	Назначить необходимые лекарственные средства и другие лечебные мероприятия;
9.	Определить вопросы трудоспособности больного – временной или стойкой нетрудоспособности;
10.	Провести необходимые противоэпидемические мероприятия при выявлении инфекционного больного;
11.	Провести диспансеризацию здоровых и больных, уметь анализировать результаты;
12.	Оформить медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению
13.	Забор материала из мочеиспускательного канала
14.	Исследование стенки уретры на прямом буже
15.	Введение бужа, массаж уретры на прямом буже, введение катетера при острой задержке мочи
16.	Проведение инстилляций лекарственных веществ в уретру
17.	Выполнение уретроскопии и лечебной тампонады
18.	Взятие материала из мочеполовых органов
19.	Оформление экстренных извещений
20.	Оформление больничного листа
21.	Пальпация почек, мочевого пузыря, органов мошонки, стенок влагалища, уретры и кавернозных тел
22.	Интерпретация данных лабораторных исследований
23.	Интерпретации данных лучевого исследования (обзорной и экскреторной урографии, МРТ, КТ, УЗИ органов брюшной полости, почек, мочевого пузыря)
24.	Катетеризация мочевого пузыря

25.	Бужирование уретры
26.	Надлобковая капиллярная пункция мочевого пузыря
27.	Уретроскопия, цистоскопия, хромоцистоскопия, катетеризация мочеочника, биопсия стенки мочевого пузыря, электрокоагуляция папиллярной опухоли
28.	Цистолитотрипсия
29.	Выполнение и оценка результатов урофлоуметрии и цистометрии
30.	Оценка и описание обзорного снимка мочевой системы
31.	Представление больных на МСЭ
32.	Оформление медицинской документации на больных для МСЭ
33.	Оформление санаторно-курортной карты
34.	Участие в составлении годового отчета урологического отделения или кабинета
35.	Оформление документации для страховой компании
36.	Применения методов физиотерапевтического лечения

5.2.2. Оценочные средства

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

Контрольные вопросы

Диагностика и клиника мочекаменной болезни.

1. Диагностика и клиника мочекаменной болезни.
2. Урофлоуметрия. Методика, расшифровка 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. Уретероскопия. 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 цистэктомии.
101. Фармакотерапия эректильной дисфункции.
102. Опухоли мочевого пузыря. Консервативное лечение (внутрипузырная иммунотерапия, фотодинамическая терапия).
103. Особенности эндовидеохирургических операций у уроандрологических больных.
104. Лечение мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря.
105. Эндоскопические методы лечения стриктур уретры.
106. Иммунологическое бесплодие. Эфферентные методы лечения.
107. Осложнения острого пиелонефрита. Консервативное и хирургическое лечение.
108. Тактика ведения беременных с гидронефрозом.
109. Лечение поверхностного рака мочевого пузыря.
110. Принципы антибактериальной терапии воспалительных заболеваний почек.
111. Эндоскопическая уретеролитотрипсия. Показания, методика, осложнения
112. Трансуретральная резекция при лечении рака мочевого пузыря.

113. Консервативное лечение и профилактика уролитиаза.
114. Диета при оксалатном, фосфатном, уратном и смешанном уролитиазе.
115. Особенности физиотерапии урологических больных.
116. Физиотерапия при лечении эректильной дисфункции. Показания, противопоказания.

Тестовые задания

001 ПОЧЕЧНАЯ КОЛИКА - СИМПТОМОКОМПЛЕКС, КОТОРЫЙ ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- А камнях почек и мочеточников
- Б кисте почки
- В ренальной гипертензии
- Г поликистозе почек

002 ПОВЕДЕНИЕ БОЛЬНОГО ПРИ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКЕ

- А беспрерывно меняет положение тела
- Б лежа на боку
- В вынужденное положение сидя на стуле
- Г вертикальное положение

003 ТИПИЧНАЯ ИРРАДИАЦИЯ БОЛЕЙ ПРИ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКЕ

- А в паховую область, бедро, половые органы
- Б в плечо, лопатку
- В в мечевидный отросток грудины
- Г в эпигастральную область

004 НАЗОВИТЕ РЕДКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ

- А бактериотоксический шок
- Б простатит
- В варикоцеле
- Г уретероцеле

005 ПРИ КАКОМ СИМПТОМОКОМПЛЕКСЕ ПУЛЬС НЕ БЫВАЕТ УЧАЩЕННЫМ, ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ВАЖНЫМ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ?

- А почечная колика
- Б перитонит
- В апостематозный пиелонефрит
- Г острый холецистит

006 КАКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОЖЕТ ПОДТВЕРДИТЬ ИЛИ ИСКЛЮЧИТЬ НАЛИЧИЕ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ С ОСТРЫМИ ХИРУРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

- А хромоцистоскопия
- Б урофлоуметрия
- В венотестикулография
- Г компьютерная томография почек

007 КАКОЙ ВИД НОВОКАИНОВОЙ БЛОКАДЫ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ С ОСТРЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ?

- А блокада семенного канатика или круглой связки матки
- Б пресакральная
- В хлорэтиловая
- Г пред пузырная

008 С ПОМОЩЬЮ КАКОЙ ПРОБЫ МОЖНО ПОЛУЧИТЬ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ЛОКАЛИЗАЦИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В МОЧЕВОЙ СИСТЕМЕ?

- А двухстаканная проба мочи
- Б проба Реберга
- В проба Каковского-Аддиса
- Г проба Нечипоренко

009 НАЗОВИТЕ САМЫЙ РАСПРОСТРАНЕННЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА

- А микционная цистография
- Б экскреторная урография
- В уретрография
- Г цистоскопия

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

- А уретроскопия
- Б цистоскопия
- В урофлоуметри
- Г уретероскопия

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

- А пиелоскопия
- Б уретроскопия
- В цистоскопия
- Г эхография

012 ПИЕЛОНЕФРИТ ЯВЛЯЕТСЯ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

- А инфекционно-воспалительным
- Б наследственным
- В аллергическим
- Г сосудистым

013 ОСНОВНОЙ (ВЕДУЩИЙ) МИКРОБНЫЙ ВОЗБУДИТЕЛЬ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ

- А кишечная палочка

- Б клебсиелла
- В синегнойная палочка
- Г стафилококк

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

- А 90-80 мм рт. ст.
- Б 80 - 70 мм рт. ст.
- В 70 - 60 мм рт. ст.
- Г 100 - 90 мм рт. ст.

015 В КАКОМ ВОЗРАСТЕ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПИЕЛОНЕФРИТ У ЖЕНЩИН?

- А молодом
- Б пожилом
- В старческом
- Г в детском

016 ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЙ ФАКТОР ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕВОЧЕК

- А вульвовагиниты
- Б переохлаждение
- В гипо- и авитаминоз
- Г несоблюдение туалета наружных половых органов

017 ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЙ ФАКТОР ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

- А снижение иммунореактивности организма
- Б травма
- В нарушение пассажа мочи
- Г нефропатии

018 ПУТЬ ИНФИЦИРОВАНИЯ ПОЧКИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ (НЕОБСТРУКТИВНОМ) ПИЕЛОНЕФРИТЕ

- А гематогенный
- Б лимфогенный
- В по стенке мочеточника
- Г по просвету мочеточника

019 ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЙ ФАКТОР ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВТОРИЧНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

- А нарушение оттока мочи
- Б переохлаждение
- В инфекция
- Г нарушение лимфооттока

020 ЧАСТЫЙ ВОЗБУДИТЕЛЬ ГЕМАТОГЕННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

- А стафилококк
- Б стрептококк
- В синегнойная палочка
- Г протей

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

- А бактериурия
- Б цилиндрурия
- В альбуминурия
- Г лейкоцитурия

022 ЛАБОРАТОРНЫЙ ПРИЗНАК, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙ ГНОЙНУЮ ФАЗУ ВОСПАЛЕНИЯ В ПОЧКЕ

- А лейкоцитурия
- Б эритроцитурия
- В кристаллурия
- Г бактериурия

023 КАКОЕ МЕСТО ПО ЧАСТОТЕ ЗАНИМАЕТ ПИЕЛОНЕФРИТ СРЕДИ ПОЧЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

- А первое
- Б второе
- В третье
- Г четвертое

024 КАКАЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ОСОБЕННОСТЬ ПРЕДОПРЕДЕЛЯЕТ КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ВТОРИЧНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА?

- А лоханочно-почечные рефлюксы
- Б нарушение лимфооттока
- В венозный застой
- Г вирулентность микробной флоры

025 ПРОЯВЛЕНИЕМ КАКОГО ПРОЦЕССА ЯВЛЯЕТСЯ ОЗНОБ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ?

- А прорыва бактерий в кровеносное русло
- Б инфицирования мочевых путей
- В лихорадки
- Г нарушения оттока мочи

026 ЧТО ИГРАЕТ ОСНОВНУЮ РОЛЬ В РАСПРОСТРАНЕНИИ ИНФЕКЦИИ ПРИ УРИНОГЕННОМ (ВОСХОДЯЩЕМ) ПИЕЛОНЕФРИТЕ?

- А пузырно-мочеточниковый рефлюкс
- Б расстройство кровообращения
- В гипотония мочевых путей

Г нарушение иннервации

027 ОСТРЫЙ ПЕРВИЧНЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОСЛОЖНЯЕТСЯ

- А апостематозным нефритом
- Б сморщенной почкой
- В артериальной гипертензией
- Г пионефрозом

028 ПИЕЛОНЕФРИТ БЕРЕМЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ ЧАСТО СЛЕДСТВИЕМ

- А латентно протекающей хронической инфекции
- Б впервые возникшего острого процесса
- В эндогенных очагов инфекции
- Г воспалительного процесса в гениталиях

029 МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АПОСТЕМАТОЗНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕНЫ

- А в корковом слое
- Б в мозговом слое
- В в чашках
- Г в лоханке

030 В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО СЕРОЗНОГО И ГНОЙНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

- А экскурсионная внутривенная урография
- Б обзорный снимок мочевых путей
- В клиническая картина
- Г ультразвуковое исследование почек

031 КАКИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ

- А пенициллины
- Б тетрациклины
- В аминогликозиды
- Г цефалоспорины

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

- А 1 мес
- Б 2 - 2 дня
- В 1 нед
- Г 2 нед

033 ПРИ НЕКРОЗЕ ПОЧЕЧНЫХ СОСОЧКОВ ЧАСТЫМ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А макрогематурия

- Б лейкоцитурия
- В бактериурия
- Г цилиндрурия

034 КАКОЙ ПАРАНЕФРИТ ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ ВСТРЕЧАЕТСЯ ЧАЩЕ?

- А задний
- Б нижний
- В верхний
- Г боковой

035 ПРИ КАКОЙ ФОРМЕ ПИЕЛОНЕФРИТА МАССА ПОЧКИ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ?

- А при ксантогранулематозном
- Б при первичном
- В при вторичном
- Г при эмфизематозном

036 В КАКОЙ СТАДИИ ПИЕЛОНЕФРИТА МАССА ПОЧКИ УМЕНЬШАЕТСЯ?

- А при сморщенной почке
- Б при остром серозном воспалении
- В при карбункуле почки
- Г при жировом перерождении почки

037 В КАКИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫЙ РЕФЛЮКС?

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

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

- А Богдалека
- Б Льето
- В Пти
- Г Лесгафта-Грюнфельда

039 БАКТЕРИЕМИЧЕСКИЙ ШОК ЯВЛЯЕТСЯ

- А острой формой течения уросепсиса
- Б острой формой с 2-3 атаками
- В острой формой и последующим затяжным течением
- Г подострой формой

040 ОСОБУЮ ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ ЦЕННОСТЬ ПРИ НЕКРОЗЕ ПОЧЕЧНЫХ СОСОЧКОВ ИМЕЕТ

- А ретроградная пиелография
- Б обзорная рентгенография мочевых путей

- В экскреторная урография
- Г ультразвуковое исследование

041 С ПОМОЩЬЮ КАКОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ НАЛИЧИЕ ГАЗА В КИШЕЧНИКЕ МОЖНО ОТДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОТ ГАЗА В ОКОЛОПОЧЕЧНОЙ КЛЕТЧАТКЕ?

- А компьютерная томография
- Б экскреторная урография
- В обзорный снимок почек
- Г ультразвуковое исследование почек

042 ДЛЯ КАКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ПИЕЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРЕН СИМПТОМ ХОДСОНА

- А хронического
- Б ксантогранулематозного
- В острого
- Г гестационного

043 НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ПУТЬ ПРОНИКНОВЕНИЯ ИНФЕКЦИИ ПРИ ВТОРИЧНОМ ПАРАНЕФРИТЕ

- А из гнойного очага в почке (карбункул, абсцесс почки)
- Б гематогенный
- В лимфогенный
- Г из соседних органов

044 КАКОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ПОСОБИЕ ЧАЩЕ ВЫПОЛНЯЕТСЯ ПРИ ОДИНОЧНОМ КАРБУНКУЛЕ ПОЧКИ?

- А иссечение карбункула, декапсуляция почки
- Б нефрэктомия
- В резекция почки
- Г уретеролиз

045 КАКАЯ ОПЕРАЦИЯ ПОКАЗАНА ПРИ АПОСТЕМАТОЗНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ?

- А декапсуляция почки
- Б нефрэктомия
- В резекция почки
- Г чрескожная пункционная нефростомия

046 ОСЛОЖНЕНИЕМ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ПОДДИАФРАГМАЛЬНЫЙ АБСЦЕСС?

- А карбункул почки
- Б холецистит
- В пиелонефрит
- Г пионефроз

047 НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ УРОЛОГИЧЕСКАЯ ПРИЧИНА ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

- А пиелонефрит
- Б пионефроз
- В паранефрит
- Г поликистоз почек

048 НАЗОВИТЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ, КОТОРЫЕ МОЖНО ПРИМЕНЯТЬ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ БЕРЕМЕННЫХ

- А хромоцистоскопия
- Б обзорный снимок мочевых путей
- В ретроградная пиелография
- Г экскреторная урография

049 КАКОВА ДОЛЖНА БЫТЬ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ?

- А 2 мес
- Б 3-4 мес
- В 5-6мес
- Г 2 нед

050 ЧТО СЧИТАЕТСЯ КРИТЕРИЕМ ПРОДОЛЖЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ?

- А бактериурия
- Б эритроцитурия
- В цилиндрурия
- Г клиническая картина

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

- А забор средней порции струи мочи
- Б капиллярной пункцией
- В интраоперационно
- Г забор первой порции струи мочи

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

- А острый пиелонефрит
- Б острый уретрит
- В острый эпидидимит
- Г острый цистит

053 С КАКОГО МЕРОПРИЯТИЯ НАЧИНАЕТСЯ ЛЕЧЕНИЕ ВТОРИЧНОГО ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА?

- А устранение нарушений пассажа мочи
- Б антибактериальная терапия
- В иммунотерапия
- Г детоксикационное лечение

054 С ПОМОЩЬЮ КАКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МОЖНО ВЫЯВИТЬ

УМЕНЬШЕНИЕ ПАРЕНХИМЫ ПОЧКИ НА РАННИХ СТАДИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА?

- А ренокортикальный индекс
- Б хромоцистоскопия
- В экскреторная урография
- Г статическая сцинтиграфия

055 САМОЕ ОПАСНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

- А бактериотоксический шок
- Б гепаторенальный синдром
- В некроз почечных сосочков
- Г анурия

056 ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С УРОСЕПСИСОМ НУЖНО СОЗДАТЬ ВЫСОКИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ ПРЕПАРАТА

- А в крови
- Б в гнойном очаге
- В в других органах
- Г в почечной паренхиме

057 ИМЕЮТСЯ ЛИ ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ ПРИ БАКТЕРИОТОКСИЧЕСКОМ ШОКЕ, И ЕСЛИ ДА, ТО КОГДА НУЖНО ПРОИЗВОДИТЬ ОПЕРАЦИЮ?

- А после выведения из шока
- Б через 1-2 дня после шока
- В через 3-4 дня после шока
- Г через 5 - 6 дней после шока

058 ДО КАКОГО УРОВНЯ СНИЖАЕТСЯ ДИУРЕЗ В НАЧАЛЕ БАКТЕРИОТОКСИЧЕСКОГО ШОКА?

- А менее 30 - 25 мл/ч
- Б 90-80 мл/ч
- В 70-60 мл/ч
- Г 50-40 мл/ч

059 С КАКОГО МЕРОПРИЯТИЯ ДОЛЖНО НАЧИНАТЬСЯ ВЫВЕДЕНИЕ БОЛЬНОГО ИЗ БАКТЕРИОТОКСИЧЕСКОГО ШОКА?

- А восстановление объема циркулирующей крови
- Б устранение ДВС-синдрома
- В коррекция электролитных нарушений
- Г уменьшение азотемии

060 КАКИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О ДВУСТОРОННЕМ ВОСПАЛИТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ В ПОЧКАХ?

- А азотемия
- Б бактериурия
- В пиурия
- Г альбуминурия

061 В КАКОМ ПЕРИОДЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОСТРОМ

ПИЕЛОНЕФРИТЕ МОГУТ БЫТЬ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ?

- А начальный период
- Б период разгара
- В период осложнений
- Г период обратного развития

062 ПРИ КАКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА МОЖЕТ ОТСУТСТВОВАТЬ ПИУРИЯ?

- А в корковом веществе
- Б в собирательных трубках
- В в фиброзной капсуле
- Г в фиброзной капсуле и малых чашечках

063 НА КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ МОЖЕТ УКАЗЫВАТЬ ПОЯВЛЕНИЕ ИКТЕРИЧНОСТИ СКЛЕР И КОЖИ ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ?

- А гепаторенальный синдром
- Б хроническая почечная недостаточность
- В холецистит
- Г желчнокаменная болезнь

064 ПРИ ВОСХОДЯЩЕМ (УРИНОГЕННОМ) ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ОТДЕЛЬНЫЕ ОЧАГИ ИНФЕКЦИИ В ПОЧКЕ РАСПОЛАГАЮТСЯ

- А веерообразно в виде клиньев от лоханки до поверхности почки
- Б диффузно в паренхиме
- В вдоль внутридолевых сосудов
- Г вдоль собирательных трубочек

065 ПРИ КАКОМ ВИДЕ РЕФЛЮКСА НАБЛЮДАЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА?

- А при пиелофорникальном
- Б при пиелолимфатическом
- В при пиелосинусном
- Г при пиелотубулярном

066 В КАКОЙ СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАСТУПАЕТ НАРУШЕНИЕ АЗОТОВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПОЧЕК?

- А интермиттирующая
- Б терминальная
- В компенсированная
- Г латентная

067 В ДИАГНОСТИКЕ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРЕДНИЗОЛОНОВЫЙ ТЕСТ?

- А педункулит
- Б острый пиелонефрит
- В пионефроз
- Г ксантогранулематозный пиелонефрит

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

- А бактериальный
- Б нетрихомонозный
- В инфекционный
- Г негонококковый

069 К КАКОЙ ГРУППЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСИТСЯ ХЛАМИДИЙНЫЙ ПРОСТАТИТ?

- А к воспалительным неспецифическим ЗППП
- Б к венерическим
- В к бактериальным грамотрицательным
- Г к заболеваниям, передающимся половым путем

070 КАКОЙ ВОЗРАСТ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ СТРАДАЮЩИХ ПРОСТАТИТОМ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ?

- А простатитом болеют теперь и юноши, и больные с аденомой ПЖ
- Б средний, 30-45 лет
- В старший возраст, 46-60 лет
- Г пожилой возраст

071 УКАЖИТЕ 2 ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПРОСТАТИТА?

- А рост урогенитальных инфекций, передающихся половым путем
- Б снижение воспитательной роли школы
- В уменьшение объема санитарной пропаганды
- Г уменьшение пропаганды классической литературы и искусства

072 КАКАЯ ИЗ ГРАМОТРИЦАТЕЛЬНЫХ БАКТЕРИЙ НЕ СОДЕРЖИТ ОБОЛОЧКИ?

- А уреаплазмы, микоплазмы
- Б кишечная палочка
- В протейные бактерии
- Г хламидии

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

- А при гарднереллезе
- Б при инфицировании урогенитальным вирусом герпеса
- В при выявлении микоплазм
- Г при уреаплазмозе

074 КАКОВЫ ВРОЖДЕННЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРОСТАТИТА?

- А все перечисленные факторы
- Б обширные венозные анастомозы предстательной железы с венами таза
- В отсутствие мышечных жомов выводных протоков ацинусов в задней уретре, гипогонизма
- Г анатомическая близость всех добавочных половых желез и затрудненный отток секрета предстательной железы; Д. все перечисленное выше

075 КАКИЕ АРТЕРИИ КРОВΟΣНАБЖАЮТ ПРЕДСТАТЕЛЬНУЮ ЖЕЛЕЗУ?

- А верхние и нижние правые и левые простатические артерии
- Б сигмовидная артерия
- В верхние геморроидальные
- Г нижние геморроидальные

076 НАЗОВИТЕ 2 ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ПРИОБРЕТЕННЫХ ФАКТОРА ПРОСТАТИТА

- А задний уретрит, стриктура уретры
- Б цистит
- В варикозное расширение геморроидальных вен, стриктура уретры
- Г колит

077 КАКИЕ ПРИНЦИПЫ, ПОЛОЖЕННЫЕ В ОСНОВУ КЛАССИФИКАЦИЙ ПРОСТАТИТОВ, СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ ПРАВИЛЬНЫМИ?

- А все перечисленные
- Б клинический
- В этиологический
- Г патогенетический

078 КАКОВЫ ПРИЧИНЫ ОСТРОГО ПРОСТАТИТА?

- А уретрит
- Б пиелонефрит
- В цистит
- Г колит

079 ПЕРЕЧИСЛИТЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРОСТАТИТА

- А конгестия вен таза и предстательной железы
- Б анатомические особенности строения выводных протоков ацинусов предстательной железы
- В артериальное кровоснабжение предстательной железы, его особенности
- Г иммунологический

080 НАЗОВИТЕ ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ ОСТРОГО КАТАРАЛЬНОГО ПРОСТАТИТА

- А умеренная, но острая боль в промежности
- Б терминальная гематурия
- В диарея
- Г поллакиурия

081 КАКОВЫ ПОКАЗАТЕЛИ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ОСТРОМ ФОЛЛИКУЛЯРНОМ ПРОСТАТИТЕ?

- А негомогенная по консистенции ПЖ, в которой пальпируются очажки-инфильтраты
- Б уменьшенная в размерах предстательная железа
- В асимметрия предстательной железы, флюктуация одной доли ее
- Г обычные размеры и консистенция ПЖ, выраженная болезненность

082 КАКОВЫ ВОЗМОЖНЫЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ МОЧИ И

СЕКРЕТА ПЖ ПРИ ОСТРОМ ПРОСТАТИТЕ?

- А общий анализ мочи, выделенной во время акта дефекации
- Б анализ секрета ПЖ (нативного препарата)
- В двухстаканная проба
- Г трехстаканная проба

083 КАКОВЫ УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОГО ГНОЙНО-ПАРЕНХИМАТОЗНОГО ПРОСТАТИТА?

- А значительно увеличены размеры ПЖ, эхопозитивные (пестрые) образования
- Б слегка увеличенные размеры ПЖ, гомогенная консистенция ее
- В предстательная железа умеренно увеличена, видны эхонегативные образования
- Г предстательная железа увеличена, гомогенна, вдается в просвет мочевого пузыря, остаточная моча - 120 мл

084 ПРИЗНАКИ «СИМПТОМА ЗАКРЫТОЙ ДОЛИ» ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПРОСТАТИТЕ

- А ректально одна из долей увеличена, при пальпации отмечается баллотирование и флюктуация; вторая доля обычных размеров, консистенции
- Б обе доли слегка напряжены, болезненны
- В обе доли ПЖ не увеличены в размерах, обычной гомогенной консистенции; пальпация одной доли болезненна
- Г одна доля ПЖ утолщена, тестовидной консистенции, безболезненна; другая доля несколько увеличена, напряжена, гомогенна, болезненна

085 УКАЖИТЕ ВЕДУЩИЙ СИМПТОМ КОНГЕСТИВНОГО ПРОСТАТИТА

- А «тусклость» оргазма
- Б боль в промежности
- В снижение либидо
- Г уменьшение эректильной составляющей

086 КАК ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ УРЕТРОПРОСТАТИТА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ТРЕХСТАКАННОЙ ПРОБЫ?

- А лейкоцитурия в первой порции
- Б лейкоцитурия в третьей порции
- В лейкоцитурия в первой и третьей порции
- Г тотальная лейкоцитурия во всех трех порциях мочи

087 ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ АНАЛИЗА СЕКРЕТА ПЖ ПРИ ЕЕ АТОНИИ (ПРОСТАТОРЕЕ) СЛЕДУЮЩИЕ

- А лейкоциты 12 - 17 в поле зрения, лецитиновые зерна в уменьшенном количестве
- Б лейкоциты сплошь покрывают поле зрения, лецитиновые тельца в небольшом количестве
- В лейкоциты скоплениями в отдельных полях зрения, лецитиновые тельца в умеренном количестве
- Г лейкоциты 30 — 40 в поле зрения, лецитиновые зерна в уменьшенном количестве

088 КАКОЙ САМЫЙ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ АНАЛИЗОВ СЕКРЕТА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПИРОГЕНАЛОТЕРАПИИ?

- А лейкоциты сплошь покрывают поле зрения
- Б лейкоциты 20—30 в поле зрения, лецитиновые зерна в небольшом количестве
- В лейкоциты 10 —12 в поле зрения, лецитиновые зерна в небольшом количестве
- Г лейкоциты до 100 в поле зрения

089 КАКОВА НАЧАЛЬНАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА ПИРОГЕНАЛА ДЛЯ ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ?

- А 2,5мкг
- Б 3 мкг
- В 4 мкг
- Г 1мкг

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

- А четвертый
- Б первый
- В второй
- Г третий

091 ВРЕМЯ НАЧАЛА МАССАЖА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ДРЕНИРОВАНИЯ ПРИ ПИРОГЕНАЛОТЕРАПИИ ИЛИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИММУНОПРОТЕКТОРАМИ

- А спустя 1—2 дня от начала этиотропной антиинфекционной терапии
- Б через 4 дня от начала пирогеналотерапии
- В после окончания пирогеналотерапии
- Г на третий день ее проведения

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

- А антибиотики фторхинолонового ряда
- Б тетрациклины и макролиды
- В аминогликозиды
- Г нитрофураны

093 ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ГЛАВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ПРИКРЫТИЯ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ХЛАМИДИЙНЫХ ПРОСТАТИТОВ?

- А антигрибковые препараты
- Б сердечные средства
- В витамины
- Г препараты, улучшающие функцию печени и трентал

094 КАКУЮ ИЗ НОВОКАИНОВЫХ БЛОКАД МОЖНО РЕКОМЕНДОВАТЬ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРОСТАТИТОВ?

- А парапростатическую
- Б паранефральную

- В пресакральную
- Г позадилоновую

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

- А андриол
- Б метилтестостерон
- В тестостерона пропионат
- Г омнадрен

096 КАКОВЫ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АТОНИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ?

- А мелипрамин
- Б массаж предстательной железы, восходящий душ
- В диатермия предстательной железы
- Г антибактериальная терапия

097 ЛУЧШАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ АППАРАТНАЯ ТЕРАПИЯ ПРОСТАТИТА

- А электролазерная на аппарате «Ярило»
- Б диатермия предстательной железы
- В ультразвуковая терапия
- Г лазерная

098 УКАЖИТЕ ОСНОВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СКЛЕРОЗА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ

- А гормональное
- Б антибактериальное
- В с применением фермента лидазы
- Г хирургическое

099 КАКОВА ЛОКАЛИЗАЦИЯ БОЛИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВЕЗИКУЛИТЕ?

- А глубоко в тазу, в паховой области
- Б в позадилоновой области
- В в прямой кишке
- Г в крестце

100 ПРИ КАКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВОЗМОЖНА ГЕМОСПЕРМИЯ?

- А при везикулите
- Б при простатите
- В при цистите
- Г при тромбозе вен таза

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

- А простатитом
- Б колликулитом

- В везикулитом
- Г гнойным циститом

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

- А 8%
- Б 15%
- В 20%
- Г 1 %

103 ОПТИМАЛЬНЫЙ ДОСТУП ПРИ ВСКРЫТИИ ЭМПИЕМЫ СЕМЕННОГО ПУЗЫРЬКА

- А ишиоректальный
- Б чреспузырный
- В по Мак-Уортеру
- Г пироговский

104 ПОКАЗАНИЯМИ К УРЕТРОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А хронический уретрит
- Б передний уретрит
- В задний уретрит
- Г острый уретрит

105 НЕСОМНЕННЫМ ПРИЗНАКОМ УРЕТРИТА ПРИ ТРЕХСТАКАННОЙ ПРОБЕ МОЖЕТ БЫТЬ

- А наличие лейкоцитов в первой порции мочи
- Б наличие лейкоцитов во второй порции мочи
- В наличие лейкоцитов в третьей порции мочи
- Г наличие лейкоцитов во всех порциях мочи

106 ПРИ КАКОМ УРЕТРИТЕ РАЗВИВАЕТСЯ БОЛЕЗНЬ РЕЙТЕРА?

- А хламидийном
- Б гонорейном
- В вирусном
- Г микоплазменном

107 СИНДРОМ РЕЙТЕРА ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

- А во всех перечисленных случаях
- Б гонорейном уретрите
- В микоплазменном уретрите
- Г дизентерии

108 БОЛЕЗНЬ РЕЙТЕРА ОБУСЛОВЛЕНА

- А генетическими факторами
- Б наличием антител к возбудителю
- В аллергической реакцией
- Г снижением иммунитета

109 ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ ТРИХОМОНАДНОМ УРЕТРИТЕ ДЛИТСЯ

- А 10 дней
- Б 20 дней
- В 15 дней
- Г 5 дней

110 ДЛЯ ВЫРАЩИВАНИЯ ВИРУСОВ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- А клеточные среды
- Б агар-агар
- В мясной бульон
- Г картофельно-глицериновая среда

111 КАКОВА ТАКТИКА ПРИ ПЕРЕКРУТЕ ЯИЧКА?

- А активно-оперативная
- Б блокада семенного канатика
- В физиотерапия (УВЧ)
- Г выжидательная

112 ТАКТИКА ПРИ ОСТРЫХ СЕРОЗНЫХ ЭПИДИДИМИТАХ

- А оперативное дренирование органов мошонки
- Б орхиэпидидимэктомия
- В эпидидимэктомия
- Г вскрытие придатка яичка

113 СКОЛЬКО ТИПОВ ГИДАТИД МОЖЕТ ИМЕТЬ ЯИЧКО И ЕГО ПРИДАТОК?

- А четыре
- Б один
- В пять
- Г три

114 СИМПТОМЫ ОСТРОГО ОРХИТА

- А отек и боль в мошонке
- Б гемоспермия
- В гипертермия
- Г боли в промежности

115 ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОБСТРУКТИВНОЙ АСПЕРМИИ

- А эпидидимовазоанастомоз
- Б дренирование мошонки
- В тестикуловазоанастомоз
- Г искусственная инсеминация

116 ЧЕМ ОБРАЗОВАН ГЕМАТОТЕСТИКУЛЯРНЫЙ БАРЬЕР?

- А оболочкой канальца и цитоплазмой клеток Сертоли
- Б сперматидами
- В клетками Лейдига
- Г сперматогониями

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

- А микрофлора отсутствует
- Б синегнойная палочка
- В протей

Г клебсиелла

118 ЧЕМ ОСЛОЖНЯЕТСЯ ДВУСТОРОННИЙ ЭПИДИДИМИТ, ЛЕЧЕННЫЙ КОНСЕРВАТИВНО?

- А атрофией яичка
- Б обструктивной аспермией
- В олигоспермией
- Г перекрутом яичка

119

ЧЕМ ОБЪЯСНЯЕТСЯ ЧАСТОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЯИЧЕК ПРИ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ?

- А тропизмом вирусов к паренхиме яичек
- Б хорошим кровоснабжением тестикул
- В рефлюксом мочи
- Г низкой температурой

120 Яичко кровоснабжается за счет

- А внутренней семенной вены
- Б внутренней семенной артерии
- В ренальной вены
- Г нижней простатической артерии

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

- А семь
- Б пять
- В четыре
- Г шесть

122 ПРИ КАКОЙ ЭТИОЛОГИИ ПРОЦЕССА ВОЗНИКАЕТ ОРХОЭПИДИДИМИТ?

- А туберкулез
- Б гонорея
- В хламидиоз
- Г бруцеллез

123 В КАКОМ ВОЗРАСТЕ ВОЗМОЖНЫ ИСТИННЫЕ ОРХИТЫ?

- А до 13 лет
- Б до 25 лет
- В до 70 лет
- Г до 5 лет

124 КАКОЙ ФЕРМЕНТ ВЫРАБАТЫВАЕТ ПРИДАТОК ЯИЧКА?

- А корнитин
- Б фибриногеназу
- В дегидрогеназу
- Г везикулазу

125 НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО ДИАГНОЗ ТУБЕРКУЛЕЗА ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ МОЖНО ПОСТАВИТЬ ПРИ

- А биологической пробе
- Б микроскопии мочи

- В микроскопии эякулята
- Г посева мочи и эякулята на специальные питательные среды

126 ДЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ХАРАКТЕРНО

- А все перечисленное выше
- Б рецидивирующий характер заболевания
- В наличие свищей
- Г вторичное поражение

127 ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПОРАЖЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ПОКАЗАНА

- А ничего из вышеперечисленного
- Б туберкулостатическая терапия
- В оперативное лечение
- Г пункция

128 ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ПРОИЗВОДИТСЯ

- А после туберкулостатической терапии
- Б после назначения антибиотиков широкого спектра действия
- В в любом из перечисленных вариантов
- Г до туберкулостатической терапии

129 ДЛЯ ДИУРЕТИЧЕСКОЙ СТАДИИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО

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

130 НЕЗАВИСИМО ОТ ЭТИОЛОГИИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАЗНАЧАЮТ

- А осмотические диуретики
- Б гемодиализ, не ранее 14 - 16-го дня от начала заболевания
- В препараты калия
- Г внутривенное введение подкисляющих растворов

131 К РАЗВИТИЮ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЧАЩЕ ПРИВОДИТ

- А гломерулонефрит
- Б септический аборт
- В массивное кровотечение
- Г отравление этиленгликолем

132 ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО

- А уменьшение числа функционирующих нефронов
- Б алкалоз
- В гипокалиемия
- Г артериальная гипотензия

133 КОМПЕНСИРОВАННАЯ СТАДИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А увеличением суточного диуреза
- Б снижением 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
- Г анаэробы

138 К КАКОМУ СЕРОТИПУ ОТНОСИТСЯ CHLAMYDIA TRACHOMATIS?

- А D-K
- Б L1-L3
- В T1-T2
- Г M1-M2

139 КАКАЯ ФОРМА ХЛАМИДИЙ СЧИТАЕТСЯ ИНФЕКЦИОННОЙ?

- А элементарное тельце
- Б ретикулярное
- В промежуточное
- Г элементарное и ретикулярное

140 КАКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ВЫЗЫВАЕТ УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ ХЛАМИДИОЗОВ?

- А болезнь Рейтера
- Б кавернит
- В баланопостит
- Г болезнь Пейрони

141 КАКОЙ ПУТЬ ЗАРАЖЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ ПРИ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЯХ?

- А половой
- Б гематогенный

- В пищевой
- Г лимфогенный

142 ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ УРОГЕНИТАЛЬНОМ ХЛАМИДИОЗЕ ПРОДОЛЖАЕТСЯ

- А 10-15 дней
- Б 40 — 60 дней
- В 120-150 дней
- Г 1 — 3 дня

143 САМЫЙ БЫСТРЫЙ И НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА

- А ПИ (прямая иммунофлюоресценция)
- Б ИФА (иммуноферментный анализ)
- В РСК (реакция связывания комплемента)
- Г ПЦР (полимеразноцепная реакция)

144 КАКИЕ ИЗ ПРЕПАРАТОВ ДАЮТ АНТИХЛАМИДИЙНЫЙ ЭФФЕКТ?

- А кларитромицин
- Б амоксициллин
- В полимиксин
- Г пefлоксацин

145 КАКИМ МЕТОДОМ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ МИКОПЛАЗМЫ И УРЕАПЛАЗМЫ?

- А культуральный метод
- Б метод непрямой иммунофлюоресценции
- В метод молекулярной гибридизации
- Г уреазные тесты

146 КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ НАЗНАЧАЮТСЯ ПРИ МИКОПЛАЗМЕННО-УРЕАПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ?

- А доксициклин
- Б карбециллин
- В гентамици
- Г клафоран

147 КАКОВА КЛИНИКА РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ФОРМЫ ГЕРПЕСА I И II ТИПА?

- А отсутствие интоксикации
- Б отсутствие высокой температуры тела
- В в виде ОРВИ
- Г афтозный стоматит

148 КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ В ЛЕЧЕНИИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА?

- А тинидазол
- Б макмирор
- В метилурацил
- Г госсипол

149 КАКОВЫ ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОБСТРУКТИВНОЙ АСПЕРМИИ?

- А все стадии сперматогенеза

- Б клетки Сертоли
- В клетки Лейдига
- Г сперматогонии

150 ЧТО ОЗНАЧАЕТ ТЕРМИН «АЗООСПЕРМИЯ»?

- А наличие клеток сперматогенеза при отсутствии спермиев
- Б наличие неподвижных форм спермиев
- В наличие дегенеративных форм спермиев
- Г отсутствие спермиев

151 ЧТО ОЗНАЧАЕТ ТЕРМИН «АСПЕРМИЯ»?

- А отсутствие спермиев и клеток сперматогенеза
- Б отсутствие клеток сперматогенеза
- В единичные спермии в полях зрения
- Г наличие клеток сперматогенеза

152 УКАЖИТЕ НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ PH ЭЯКУЛЯТА

- А 7,2-7,8
- Б 8,0-8,6
- В 5,0-5,4
- Г 4,5-4,8

153 КАКОВА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЦИКЛА СПЕРМАТОГЕНЕЗА?

- А 72 дня
- Б 50 ч
- В 48 дней
- Г 90 дней

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

- А аспермия
- Б олигозооспермия
- В тератоспермия
- Г астенозооспермия

155 НАЗОВИТЕ НОРМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО СПЕРМАТОЗОИДОВ В 1 МЛ ЭЯКУЛЯТА

- А 20 - 40 млн/мл
- Б 5 - 10 млн/мл
- В 100-200 тыс./мл
- Г 180-200 млн/мл

156 КАКИМ МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЯЮТ КОЛИЧЕСТВО СПЕРМАТОЗОИДОВ?

- А в камере Горяева
- Б метод Курцрока-Миллера
- В метод Морозова
- Г метод Баскина

157 КАКИЕ НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВЯЗКОСТИ ЭЯКУЛЯТА?

- А 0,3 - 0,5 см
- Б 0,1-0,2 см

- В 5-10 см
- Г 3 —5 см

158 КАКИЕ НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СОДЕРЖАНИЯ ЛЕЙКОЦИТОВ В СЕКРЕТЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ?

- А 0-1-6 в поле зрения
- Б 10-15 в поле зрения
- В 20-25 в поле зрения
- Г 25-100 в поле зрения

159 КАКИЕ ИЗ ГОРМОНОВ ОТНОСЯТСЯ К ГОНАДОТРОПНЫМ?

- А фолликулостимулирующий
- Б тироксин
- В прогестерон
- Г эстрадиол

160 КАКИЕ ГОРМОНЫ СЧИТАЮТСЯ ПОЛОВЫМИ?

- А эстрадиол
- Б лютеинизирующий
- В фолликулостимулирующий
- Г прогестерон

161 КАКИМ МЕТОДОМ ОКРАСКИ МОЖНО ПОДТВЕРДИТЬ НЕКРОСПЕРМИЮ?

- А по Морозову
- Б по Папаниколау
- В по Рубенкову
- Г по Романовскому-Гимзе

162 КАКИЕ НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРОЛАКТИНА?

- А 60-380 МЕ/л
- Б 400-500 МЕ/л
- В 20-40 МЕ/л
- Г 500-800 МЕ/л

163 КАКИМ СЧИТАЕТСЯ НОРМАЛЬНЫЙ ЦВЕТ ЭЯКУЛЯТА?

- А беловато-серый
- Б красный
- В красно-желтый
- Г желтый

164 КАКОЙ ОБЪЕМ ЭЯКУЛЯТА СЧИТАЕТСЯ НОРМАЛЬНЫМ?

- А 3 -5 мл
- Б 1-1,5 мл
- В 7-8 мл
- Г 10-15 мл

165 КАКОЙ ОБЪЕМ ЭЯКУЛЯТА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ СИНДРОМЕ СЕРТОЛИЕВЫХ КЛЕТОК?

- А 3 — 5 мл
- Б 8— 10 мл
- В 0,5 — 1 мл
- Г 10— -15 мл

166 ЧТО ОЗНАЧАЕТ ТЕРМИН «ТЕРАТОЗООСПЕРМИЯ»?

- А наличие дегенеративных форм сперматозоидов
- Б нормальные формы сперматозоидов
- В наличие молодых форм сперматозоидов
- Г уменьшение количества сперматозоидов

167 КАКОВА ДЫХАТЕЛЬНАЯ СПОСОБНОСТЬ СПЕРМАТОЗОИДОВ ПО МЕТОДУ ШЕРГИНА?

- А 23 — 75 мин
- Б 20-90 мин
- В 60-120 мин
- Г 20 — 25 мин

168 КАКОВА ЧАСТОТА ОПРЕДЕЛЕНИЯ Х-ПОЛОВОГО ХРОМАТИНА У МУЖЧИН?

- А 0-4%
- Б 50-100%
- В 300-400%
- Г 10-15%

169 КАКОВА ЧАСТОТА ОПРЕДЕЛЕНИЯ Х-ПОЛОВОГО ХРОМАТИНА У ЖЕНЩИН?

- А 10-50%
- Б 100-200%
- В 10-15%
- Г 50-30%

170 КАКИЕ БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЫ ПРОВОДЯТСЯ ПРИ ОТНОСИТЕЛЬНОМ БЕСПЛОДИИ В БРАКЕ?

- А перекрестно-пенетрационная
- Б феномен кристаллизации
- В симптом зрачка
- Г посткоитальная

171 КАКОЙ СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМАХ МУЖСКОГО СЕКРЕТОРНОГО БЕСПЛОДИЯ?

- А ЭКО (экстракорпоральное оплодотворение) СД
- Б искусственная инсеминация СД
- В эпидидимовазоанастомоз
- Г эпидидимокутанеонеостомия

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 ангиопротекторы

175 К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ НОЛИЦИН?

- А хинолоны
- Б макролиды
- В цефалоспорины
- Г пенициллины

176 КАКОЙ ИЗ ПРЕПАРАТОВ ВОЗДЕЙСТВУЕТ НА ХЛАМИДИЙНУЮ ИНФЕКЦИЮ?

- А ципринол
- Б амикоцин
- В леворин
- Г полимиксин

177 КАКОЙ ИЗ ПРЕПАРАТОВ ВОЗДЕЙСТВУЕТ НА ВСЮ УРОГЕНИТАЛЬНУЮ ИНФЕКЦИЮ?

- А квинтор
- Б кефзол
- В цеклор
- Г тиенам

178 КАКОЙ ИЗ ПРЕПАРАТОВ ДОСТИГАЕТ ВЫСОКОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ В ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЕ?

- А сумамед
- Б палин
- В фурагин
- Г канамицин

179 К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ СОЛКОУРОВАК?

- А иммуномодуляторы
- Б хинолоны
- В тетрациклины
- Г ангиопротекторы

180 КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ОКАЗЫВАЕТ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ?

- А левамизол
- Б спирамицин
- В нетромицин
- Г палин

181 К КАКОЙ ГРУППЕ ОТНОСИТСЯ ГЕНТАМИЦИН?

- А аминогликозиды
- Б нитрофураны

- В макролиды
- Г цефалоспорины

182 К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ СУЛЬФАТЕН?

- А сульфаниламиды
- Б пенициллины
- В аминогликозиды
- Г нитрофураны

183 К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ ЛЕВАНТИН?

- А фторхинолоны
- Б нитрофураны
- В тетрациклины
- Г аминогликозиды

184 К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ ПРЕПАРАТ ПЕНТОКСИФИЛЛИН?

- А ангиопротекторы
- Б аминогликозиды
- В пенициллины
- Г фторхинолоны

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

- А милурит
- Б пенициллин
- В рифампицин
- Г нитроксолин

186 К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ ПИМИДЕЛЬ?

- А хинолоны
- Б тетрациклины
- В пенициллины
- Г аминогликозид

187 К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ АЦИКЛОВИР?

- А противовирусные
- Б ангиопротекторы
- В иммуномодуляторы
- Г аминогликозиды

188 ПЕРЕЧИСЛИТЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ УРОДИНАМИКИ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

- А урофлоуметрия
- Б цистография
- В хромоцистоскопия
- Г уретроцистоскопия

189 НАЗОВИТЕ УРОДИНАМИЧЕСКИЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ФАЗЫ НАКОПЛЕНИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

- А ретроградная цистометрия
- Б сфинктерометрия

- В электромиография
- Г профилометрия уретры

190 НАЗОВИТЕ ФУНКЦИЮ ДЕТРУЗОРА В ФАЗЕ ЭВАКУАЦИИ

- А сокращение
- Б снижение сокращения
- В снижение расслабления
- Г расслабление

191 НАЗОВИТЕ ФУНКЦИИ СФИНКТЕРОВ В ФАЗЕ НАКОПЛЕНИЯ

- А сокращение
- Б снижение расслабления
- В нет функции
- Г снижение сокращения

192 ДАЙТЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТЕРМИНУ «СТРЕССОВОЕ НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ»

- А «потеря» мочи при физической нагрузке, кашле, смехе, изменении положения тела
- Б «потеря» мочи при пузырных, уретральных фистулах
- В ночное непроизвольное мочеиспускание
- Г «потеря» мочи при переполнении мочевого пузыря

193 НОРМАЛЬНОЕ ВНУТРИПУЗЫРНОЕ ДАВЛЕНИЕ РАВНО

- А 12 — 20 см вод. ст.
- Б 25 — 40 см вод.ст.
- В 45 — 60 см вод.
- Г 65 — 80 см вод. ст.

194 ДАВЛЕНИЕ В УРЕТРЕ В ФАЗЕ НАКОПЛЕНИЯ ДОЛЖНО

- А превышать давление в мочевом пузыре
- Б быть меньше давления в мочевом пузыре
- В повышаться по мере наполнения мочевого пузыря
- Г оставаться постоянно низким по мере наполнения мочевого пузыря

195 НАЗОВИТЕ ПРИЧИНЫ ОБРАЗОВАНИЯ АКУШЕРСКИХ МОЧЕПОЛО-ВЫХ СВИЩЕЙ

- А хирургическая травма мочевого пузыря во время акушерско-гинекологических пособий
- Б нарушение трофики тканей пузырно-генитальной области
- В задержка мочеиспускания после акушерско-гинекологических пособий
- Г хроническая инфекция нижних мочевых путей

196 ВАША ТАКТИКА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ТАЗОВОГО ОТДЕЛА МОЧЕТОЧНИКА В ХОДЕ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ПОСОБИЙ СРОКОМ БОЛЕЕ 1 СУТ

- А пункционная или открытая нефростомия, дренирование зоны затека
- Б дренирование зоны мочевого затека
- В реконструктивные операции
- Г нефрэктомия (при одностороннем повреждении)

197 НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ ФОРМЫ НЕФРОГЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

- А атеросклеротический стеноз почечной артерии
- Б аневризма почечной артерии

- В сдавление почечной артерии извне
- Г аномалии развития аорты

198 НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ПРИЧИНЫ ПАРЕНХИМАТОЗНОЙ ФОРМЫ НЕФРОГЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

- А гломерулонефрит
- Б опухоль или киста паренхимы почки
- В поликистоз почек
- Г губчатая почка

199 ПРИ НЕФРОГЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НАБЛЮДАЕТСЯ

- А повышение образования ренина
- Б уменьшение образования ангиотензина
- В повышение артериального давления в сосудах почки
- Г повышенное выведение натрия

200 КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ НЕФРОГЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А неэффективностью гипотензивной терапии
- Б частыми гипертоническими кризами
- В высоким систолическим, нормальным диастолическим давлением
- Г относительно частыми жалобами на головную боль, слабость

201 ПРИ ЭКСКРЕТОРНОЙ УРОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗОМ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ СО СТОРОНЫ ПОРАЖЕНИЯ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

- А замедление появления рентгеноконтрастного вещества в чашечно-лоханочной системе на стороне поражения
- Б увеличение почки
- В низкая концентрация рентгеноконтрастного вещества на поздних стадиях
- Г интенсивное контрастирование чашечно-лоханочной системы на ранних снимках

202 ПОКАЗАНИЕ К НЕФРЭКТОМИИ ПРИ НЕФРОГЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

- А инфаркт почки с отсутствием функции
- Б стеноз проксимальной трети почечной артерии
- В стеноз средней трети почечной артерии
- Г аневризма почечной артерии

203 ПРИ ПОЧЕЧНОЙ АНГИОГРАФИИ ДЛЯ АНЕВРИЗМЫ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ ХАРАКТЕРНО

- А мешкообразное расширение почечной артерии
- Б локализация в проксимальной трети почечной артерии, без распространения на 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
- Г никтурия

209 ХАРАКТЕР ГЕМАТУРИИ ПРИ ОСТРОМ ЦИСТИТЕ

- А терминальный
- Б инициальный
- В интермиттирующий
- Г тотальный и терминальный

210 ЧТО ТАКОЕ РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ЦИСТИТ?

- А 3 обострения за год
- Б 1 обострение в месяц
- В 1 обострение за год
- Г 2 обострения за год

211 ПРИ КАКОМ ЦИСТИТЕ НЕ НУЖНО ПРОИЗВОДИТЬ ЦИСТОСКОПИЮ?

- А при остром первичном цистите
- Б паразитарном
- В лучевом
- Г интерстициальном

212 ПРИ КАКОМ ЦИСТИТЕ НАБЛЮДАЕТСЯ УПОРНОЕ, РЕЦИДИВИРУЮЩЕЕ ТЕЧЕНИЕ, ВЕДУЩЕЕ К ИНВАЛИДНОСТИ БОЛЬНЫХ?

- А интерстициальном
- Б аллергическом
- В дисгормональном

Г нейрогенном

213 ПРИ КАКОМ ЦИСТИТЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ ЯЗВА ЛИНЕЙНОЙ ФОРМЫ?

- А интерстициальном
- Б кандидомикозном
- В лучевом
- Г аллергическом

214 У КАКОЙ КАТЕГОРИИ БОЛЬНЫХ НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛЯТЬ НАЛИЧИЕ ОСТАТОЧНОЙ МОЧИ ПРИ ЦИСТИТЕ?

- А при сахарном диабете
- Б у больных пиелонефритом
- В у больных лучевым циститом
- Г при нейрогенном мочевом пузыре

215 БЕЗ КАКОГО СИМПТОМА НЕЛЬЗЯ ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ ЦИСТИТА?

- А лейкоцитурии
- Б боли
- В поллакиурии
- Г терминальной гематурии

216 САМОЕ ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ЦИСТИТА

- А пиелонефрит
- Б лейкоплакия мочевого пузыря
- В малакоплакия мочевого пузыря
- Г перитонит

217 ДЛЯ ЦИСТИТА ХАРАКТЕРНА СЛЕДУЮЩАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- А частое болезненное мочеиспускание, обычно в конце его
- Б схваткообразные острые боли внизу живота с частым мочеиспусканием, но без болей
- В рези в конце мочеиспускания
- Г гнойные выделения из уретры, рези в начале мочеиспускания

218 ПРИ КАКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ЦИСТИТА МОЖЕТ БЫТЬ ПЕРИ-ТОНИТ?

- А при гангренозной
- Б при опухолевой
- В при лучевой
- Г при послеоперационной

219 НАЗОВИТЕ ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЙ ПРИЗНАК ЦИСТАЛГИИ ОТ ЦИСТИТА

- А отсутствие лейкоцитурии
- Б императивные позывы
- В неполное опорожнение мочевого пузыря
- Г генитально-пузырная дисфункция мочевого пузыря

220 КАКОЕ СОВРЕМЕННОЕ НАЗВАНИЕ НАИБОЛЕЕ ПОЛНО ОТРАЖАЕТ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКУЮ СУЩНОСТЬ ЦИСТАЛГИИ?

- А Какое современное название наиболее полно отражает патогенетическую сущность цисталгии?
- Б генитально-пузырная дисфункция мочевого пузыря

- В уретральный синдром у женщин
- Г нервная поллакиурия

221 КАКИЕ НЕРВЫ ОБЕСПЕЧИВАЮТ РЕЗЕРВУАРНУЮ ФУНКЦИЮ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ?

- А гипогастральные
- Б тазовые
- В половые
- Г простатические

222 Морфологическим субстратом какой формы цистита является эозинофильный инфильтрат?

- А аллергической
- Б интерстициальной
- В химической
- Г инфекционной

223 ГДЕ РАСПОЛАГАЕТСЯ ИСТОЧНИК ГЕМАТУРИИ ПРИ ТЕРМИНАЛЬНОМ ЕЕ ХАРАКТЕРЕ?

- А в шейке мочевого пузыря
- Б в уретре
- В в почке
- Г в дивертикуле уретры

224 КАКОЙ СИМПТОМ ПРИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ЦИСТИТА ИСЧЕЗАЕТ БЫСТРЕЕ?

- А дизурия
- Б бактериурия
- В лейкоцитурия
- Г гематурия

225 КАКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕ ПОКАЗАНЫ ПРИ ОСТРОМ ЦИСТИТЕ?

- А промывание мочевого пузыря, инсталляции лекарственных веществ
- Б тепловые процедуры
- В антигистаминные препараты
- Г спазмолитические препараты

226 КАКОМУ ФАКТОРУ ОТВОДИЛОСЬ ВЕДУЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ЦИСТИТОВ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ?

- А нервно-психическому фактору
- Б охлаждению
- В авитаминозу
- Г обменному фактору

227 ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЩАВЕЛЕВОКИСЛОГО УРОЛИТИАЗА ПОКАЗАНЫ

- А пиридоксин
- Б восходящий литолиз
- В нисходящий литолиз
- Г аскорбиновая кислота

228 ДЕЙСТВИЕ ПРЕПАРАТА МАРЕЛИНА НАПРАВЛЕНО НА СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ

- А фосфатурии
- Б гиперкальциемии
- В оксалатурии
- Г гиперурикемии

229 СОДЕРЖАНИЕ КАЛЬЦИЯ В КРОВИ ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА

- А 2,24 ммоль/л
- Б 1,76ммоль/л
- В 1,94 ммоль/л
- Г 5,74 ммоль/л

230 СОДЕРЖАНИЕ КАЛЬЦИЯ В МОЧЕ ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА

- А 4,55 ммоль/сут
- Б 5,74 ммоль/сут
- В 0,98 ммоль/сут
- Г 3,82 ммоль/сут

231 САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО ПРИ

- А коралловидном (одностороннем) камне почки
- Б пиелонефрите в активной фазе
- В двустороннем уролитиазе
- Г мигрирующем камне единственной почки

232 САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО ПРИ

- А калькулезном пиелонефрите в фазе ремиссии
- Б реакции мочи рН 8,2 (у больных уролитиазом)
- В терминальной стадии хронической почечной недостаточности
- Г острой почечной недостаточности

233 ПРИ УРАТАХ НЕ СЛЕДУЕТ УПОТРЕБЛЯТЬ

- А мясную пищу
- Б молочную пищу
- В овощи и фрукты некислых сортов
- Г минеральную воду «Боржоми»

234 ПРИ ОКСАЛАТАХ НЕ СЛЕДУЕТ УПОТРЕБЛЯТЬ

- А молоко
- Б блюда из перловой крупы
- В блюда из гречневой крупы
- Г хлеб из пшеничной муки

235 ПРИ ФОСФАТАХ НЕ СЛЕДУЕТ УПОТРЕБЛЯТЬ

- А овощи и фрукты некислых сортов
- Б минеральную воду «Арзни»
- В блюда из ячневой крупы
- Г овощи и фрукты кислых сортов

236 ПРИ УРАТАХ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ

- А блемарен
- Б марелин
- В жженая магнезия
- Г алмагель

237 ПРИ ОКСАЛАТАХ И ЩЕЛОЧНОЙ МОЧЕ ПОКАЗАНЫ

- А марена красильная
- Б лист ортосифона
- В бикарбонат натрия
- Г глюконат кальция

238 ПРИ ОКСАЛАТАХ И КИСЛОЙ МОЧЕ НЕ ПОКАЗАНЫ

- А аскорбиновая кислота
- Б солимок
- В пиридоксин
- Г лист ортосифона

239 ПРИ ФОСФАТАХ ПОКАЗАНЫ

- А солуран
- Б бикарбонат натрия
- В метионин
- Г уродан

240 ФЕРМЕНТ УРЕАЗА СПОСОБСТВУЕТ

- А подщелачиванию мочи
- Б образованию уратов
- В подкислению мочи
- Г улучшению реабсорбции

241 КАКИЕ ИЗ ПРИВЕДЕННЫХ ЛЕКАРСТВ СПОСОБСТВУЮТ КАМНЕОБРАЗОВАНИЮ?

- А тетрациклин
- Б левомицетин
- В пенициллин
- Г лидаза

242 КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЛЕКАРСТВ ДАЮТ ПОДКИСЛЯЮЩИЙ ЭФФЕКТ?

- А хлористый аммоний
- Б аевит
- В ацетат натрия
- Г алмагель

243 КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЛЕКАРСТВ ДАЮТ ПОДЩЕЛАЧИВАЮЩИЙ ЭФФЕКТ?

- А ацетат натрия
- Б витамин С
- В роватинекс
- Г пиридоксин

244 КАКИЕ ИЗ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСЯТСЯ К ЦИТРАТНЫМ СМЕСЯМ?

- А блемарен
- Б милурит
- В аллопуринол
- Г пиридоксин

245 КАКИЕ ИЗ ПРЕПАРАТОВ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ ПРИ ВОСХОДЯЩЕМ ЛИТОЛИЗЕ?

- А фермент террилитин
- Б бикарбонат натрия
- В физиологический раствор
- Г дистиллированная вода

246 КАКИЕ ВИДЫ КАМНЕЙ ПОДЛЕЖАТ ВОСХОДЯЩЕМУ ЛИТОЛИЗУ?

- А фосфаты кальция
- Б оксалаты магния
- В оксалаты кальция
- Г ураты

247 КАКИЕ ВИДЫ КАМНЕЙ И МОЧЕВЫХ ДИАТЕЗОВ ПОДЛЕЖАТ НИСХОДЯЩЕМУ ЛИТОЛИЗУ?

- А уратурия
- Б фосфаты
- В оксалурия
- Г оксалаты кальция

248 ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕКИСЛОГО УРОЛИТИАЗА ПОКАЗАНЫ

- А цитратные смеси
- Б фитин
- В ниерон
- Г сульфат магния

249 В РЕЗУЛЬТАТЕ НАРУШЕНИЯ ПУРИНОВОГО ОБМЕНА ОБРАЗУЮТСЯ

- А оксалаты
- Б фосфаты магния
- В карбонаты кальция
- Г фосфаты кальция

250 ЭМБРИОНАЛЬНАЯ ЗАКЛАДКА ПОЧЕК У ЧЕЛОВЕКА ПРОИСХОДИТ

- А на 3-й неделе
- Б на 4-м месяце развития эмбриона
- В на 4-й неделе
- Г на 2-м месяце

251 СРАЩЕНИЕ ПОЧЕК ОТНОСИТСЯ К АНОМАЛИЯМ

- А взаимоотношения
- Б количества
- В положения
- Г лоханок и мочеточников

252 Определяющим методом диагностики сращенных почек является

- А статическая сцинтиграфия
- Б эхография
- В обзорная рентгенография
- Г экскреторная урография

253 НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ВИД СРАЩЕНИЯ ПОЧЕК

- А подковообразная почка
- Б галетообразная почка
- В сигмовидная почка
- Г углообразная почка

254 НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ВИД ДИСТОПИИ ПОЧЕК

- А поясничная
- Б подвздошная
- В тазовая
- Г внутригрудная

255 НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ АНОМАЛИЕЙ РАЗВИТИЯ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ

- А удвоение лоханок и мочеточников
- Б гипоплазия
- В аплазия
- Г дистопия

256 МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ДИСТОПИРОВАННОЙ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А эхография
- Б обзорная рентгенография
- В анализ мочи
- Г хромоцистоскопия

257 МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ УПОРНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ДИСТОПИИ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А нефрэктомия
- Б пластика лоханки
- В резекция нижнего полюса
- Г ношение бандажа

258 ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ АПЛАЗИИ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А ангиография
- Б экскреторная урография
- В динамическая ренография
- Г статическая сцинтиграфия

259 ГИПОПЛАЗИЯ ПОЧКИ - ЭТО АНОМАЛИЯ

- А структуры
- Б количества
- В взаимоотношения
- Г положения

260 ПЕРЕКРЕСТНАЯ ДИСТОПИЯ ПОЧКИ - ЭТО АНОМАЛИЯ

- А положения
- Б взаимоотношения
- В структуры
- Г количества

261 СИМПТОМЫ, ТИПИЧНЫЕ ДЛЯ ГИПОПЛАЗИИ ПОЧКИ

- А артериальная гипертензия
- Б почечная колика

- В гематурия
- Г дизурия

262 МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ГИПОПЛАЗИИ ПОЧКИ

- А нефрэктомия
- Б нефропексия
- В резекция почки
- Г реваскуляризация почки

263 КАКОЕ МЕСТО ПО ЧАСТОТЕ СРЕДИ ДРУГИХ АНОМАЛИЙ ЗАНИМАЕТ УДВОЕНИЕ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ?

- А первое
- Б второе
- В третье
- Г четвертое

264 СИМПТОМАМИ НАДСФИНКТЕРНОЙ ЭКТОПИИ УСТЬЯ МОЧЕТОЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ

- А боли в поясничной области
- Б поллакиурия
- В отсутствие произвольного мочеиспускания
- Г артериальная гипертензия

265 КАКАЯ ОПЕРАЦИЯ НАИБОЛЕЕ РАДИКАЛЬНА ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ?

- А уретеропиелонеоанастомоз по Андерсону-Хайнсу
- Б уретеролиз
- В интубационная уретеротомия по Мариону
- Г уретеропиелопластика по Фолею

266 При инфицированном гидронефрозе II стадии показана

- А пиелостомия
- Б уретеролиз
- В пиелопликация
- Г уретеропиелонеоанастомоз

267 МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА

- А микционная цистография
- Б экскреторная урография
- В ретроградная цистография
- Г цистоскопия

268 МЕТОД ВЫБОРА ЛЕЧЕНИЯ ГИДРОНЕФРОЗА ПРИ УДВОЕНИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

- А мочеточниково-лоханочный анастомоз
- Б нефрэктомия
- В геминефрэктомия
- Г пластика лоханки

269 ПРИ КАКОЙ ВЕЛИЧИНЕ СОЛИТАРНОЙ КИСТЫ ПОЧКИ ПОКАЗАНА ОПЕРАЦИЯ

- А при сдавлении лоханки

- Б 10-20 мм
- В 20-30 мм
- Г 40-50 мм

270 МЕТОД ДИАГНОСТИКИ СОЛИТАРНОЙ КИСТЫ ПОЧКИ

- А экскреторная урография
- Б ретроградная пиелография
- В люмботомия
- Г ангиосцинтиграфия

271 ПЛАСТИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ ПОКАЗАНА ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ

- А II стадии
- Б III стадии
- В IV стадии
- Г при инфицированном гидронефрозе

272 НЕФРЭКТОМИЯ ПОКАЗАНА ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ

- А III стадии
- Б I стадии
- В II стадии
- Г во всех случаях

273 ГИПОСПАДИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

- А задержки или нарушения формирования уретры
- Б родовой травмы
- В неправильного расположения плода в матке
- Г преждевременных родов

274 ВСЕ СЛЕДУЮЩЕЕ НИЖЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ГИПОСПАДИИ, КРОМЕ

- А отсутствия на большем или меньшем протяжении верхней стенки мочеиспускательного канала
- Б искривления полового члена
- В недоразвития губчатой части уретры
- Г врожденных аномалий уретры

275 КОГДА НЕОБХОДИМО ОПЕРИРОВАТЬ БОЛЬНЫХ С ГИПОСПАДИЕЙ И ЭПИСПАДИЕЙ?

- А в первые годы жизни
- Б после 15 лет
- В после 20 лет
- Г в 25 лет

276 КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПОСПАДИИ?

- А по Сесилу—Калпу
- Б по Винкельману
- В по Иваниссевичу
- Г по Лопаткину

277 КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРИ ЭПИСПАДИИ?

- А по Державину

- Б по Андерсону —Хайнсу
- В по Лидскому
- Г по Иваниссевичу

278 В КАКИЕ СРОКИ ЭМБРИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА ПОЯВЛЯЕТСЯ ГИПОСПАДИЯ И ЭПИСПАДИЯ?

- А на 9-й неделе
- Б на 25-й неделе
- В на 30 —35-й неделе
- Г на 2 —3-м месяце

279 С КАКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ МОШОНОЧНУЮ И ПРОМЕЖНОСТНУЮ ГИПОСПАДИЮ?

- А с ложным женским гермафродитизмом
- Б с гипоплазией яичек
- В с эктопией полового члена
- Г с поликистозом почек

280 КАКИЕ ФОРМЫ ГИПОСПАДИИ НЕ ТРЕБУЮТ ОПЕРАТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ?

- А головчатая и гипоспадия дистальной стволковой 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
- Г гиперэстрогении у беременной матери

282 КАК ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ГИПОСПАДИЯ?

- А 1 случай на 150 - 300 новорожденных
- Б 1 случай на 50000 новорожденных
- В 1 случай на 100000 новорожденных
- Г 1 случай на 50 новорожденных

283 КАК ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ЭПИСПАДИЯ?

- А 1 случай на 50000 новорожденных
- Б 1 случай на 100000 новорожденных
- В 1 случай на 50 новорожденных
- Г 1 случай на 500 000 новорожденных

284 ОСНОВНЫМИ СИМПТОМАМИ ВРОЖДЕННОГО ДИВЕРТИКУЛИТА МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА ЯВЛЯЮТСЯ

- А затрудненное и болезненное мочеиспускание
- Б острая задержка мочи
- В озноб
- Г никтурия

285 В КАКИХ СЛУЧАЯХ ВРОЖДЕННОЕ УДВОЕНИЕ УРЕТРЫ НЕ ТРЕБУЕТ ЛЕЧЕНИЯ?

- А если добавочная уретра не инфицирована
- Б при макрогематурии
- В если добавочная уретра инфицирована
- Г при затруднении мочеиспускания

286 ВРОЖДЕННЫЕ КЛАПАНООБРАЗНЫЕ СУЖЕНИЯ МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО

- А в мембранозном и предстательном отделах уретры
- Б в головчатом отделе уретры
- В в кавернозном отделе уретры
- Г вообще не встречаются

287 СКРЫТЫЙ ПОЛОВОЙ ЧЛЕН ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

- А порока развития
- Б воспалительных заболеваний полового члена
- В травмы полового члена
- Г опухоли полового члена

288 КАКУЮ ОПЕРАЦИЮ ВЫПОЛНЯЮТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СКРЫТОГО ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

- А по Баирову
- Б по Дюплею
- В по Тиршу
- Г по Савченко

289 ПЕРЕПОНЧАТЫЙ ПОЛОВОЙ ЧЛЕН ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

- А порока развития
- Б воспаления кожи полового члена
- В опухоли полового члена
- Г травмы полового члена

290 К АНОМАЛИЯМ ПОЛОЖЕНИЯ ЯИЧКА ОТНОСЯТСЯ

- А паховая ретенция
- Б брюшная ретенция
- В эктопия
- Г все перечисленное выше

291 К структурным аномалиям яичка относятся

- А ничего из перечисленного ниже
- Б монорхизм
- В анорхизм
- Г полиорхизм

292 К КОЛИЧЕСТВЕННЫМ АНОМАЛИЯМ ЯИЧКА ОТНОСЯТСЯ

- А ничего из перечисленного выше
- Б синдром Клайнфелтера
- В синдром Шерешевского—Тернера
- Г синдром дель Кастильо

293 ИСТИННЫЙ ГЕРМАФРОДИТИЗМ - ЭТО

- А структурная аномалия яичка
- Б аномалия положения яичка

- В двойственное строение наружных половых органов
- Г аплазия гонад

294 ПОЛ ЭМБРИОНА ЗАВИСИТ ОТ

- А Сперматозоида
- Б состояния эндокринной системы родителей
- В овуляторного цикла
- Г все перечисленное выше имеет значение

295 ФОРМИРОВАНИЕ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ В МУЖСКОМ ЭМБРИОНЕ УПРАВЛЯЕТСЯ

- А андрогенами
- Б фолликулостимулирующим гормоном
- В лютеинизирующим гормоном
- Г пролактином

296 СИНДРОМ ДЕЛЬ КАСТИЛЬО ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- А терминальной аплазией
- Б наличием дополнительной 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 ладьевидная ямка уретры

299 КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПРИ ТРАВМЕ ПОЧКИ?

- А гематурия
- Б почечная колика
- В гипертермия
- Г падение артериального давления

300 КАКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНА ПРИ СУБКАПСУЛЯРНОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ПОЧКИ?

- А динамическое наблюдение в стационаре, соблюдение постельного режима в течение 3 нед
- Б исключение физических нагрузок в течение 3 мес
- В массивная антибактериальная терапия
- Г наблюдение за пациентом в амбулаторных условиях

301 КАКОЙ ИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ТРАВМЫ ПОЧЕК?

- А обзорная рентгенография мочевых путей и экскреторная урография
- Б ультразвукография
- В ретроградная пиелография
- Г термография

302 ЧТО ТАКОЕ СУБКАПСУЛЯРНЫЙ РАЗРЫВ ПОЧКИ?

- А повреждение почки с сохранением поверхностной капсулы
- Б надрыв или перфорация полостной системы почки
- В повреждение паренхимы почки с надрывом капсулы до 1 см
- Г повреждение магистральных сосудов в области ворот почки

303 ПРИ КАКОМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ НЕОБХОДИМО ЗАПОДОЗРИТЬ ТРАВМУ ПОЧКИ?

- А перелом ребер
- Б перелом конечностей
- В перелом ключицы
- Г перелом костей таза

304 ПРИ КАКОМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ РАЗВИВАЕТСЯ ПОЧЕЧНАЯ КОЛИКА?

- А субкапсулярное повреждение почки
- Б множественные разрывы почечной паренхимы и капсулы
- В гематома в области ворот почки
- Г отрыв почечной ножки

305 ОПТИМАЛЬНЫЕ СРОКИ ПОСТЕЛЬНОГО РЕЖИМА ПРИ ГЕМАТУРИИ

- А 3-4 нед
- Б 3 мес
- В до 1 года
- Г 1-2 ч

306 ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ДЛЯ РЕШЕНИЯ ВОПРОСА О ВОЗМОЖНОСТИ НЕФРЭКТОМИИ ПРИ ТРАВМЕ?

- А функция контралатеральной почки
- Б степень повреждения почки
- В продолжающееся кровотечение
- Г наличие урогематомы

307 КРИТЕРИЙ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ПОЧЕК

- А без повреждения кожных покровов
- Б повреждения почек без нарушения целостности полостной системы
- В без повреждения сосудистой ножки
- Г без сочетанной травмы органов брюшной полости

308 ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ УСЛОВИЕМ ВНУТРИБРЮШИННОГО РАЗРЫВА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ?

- А переполненный мочевой пузырь
- Б перелом костей таза
- В опорожненный мочевой пузырь
- Г травма нижней части живота

309 КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЗНАКОВ НАЗЫВАЕТСЯ СИМПТОМОМ

ЗЕЛЬДОВИЧА?

- А неадекватный отток жидкости при промывании полости мочевого пузыря
- Б поступление крови из уретры
- В острая задержка мочи
- Г мучительные позывы к мочеиспусканию

310 СРОЧНОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО ПРИ

- А диагностированном разрыве мочевого пузыря
- Б подозрении на внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря
- В подозрении на перитонит
- Г острой задержке мочи

311 ПРИ ВНУТРИБРЮШИННОМ РАЗРЫВЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПЕРИТОНИТ РАЗВИВАЕТСЯ ЧЕРЕЗ

- А 10-12 ч
- Б 1 сут
- В 1-2 ч
- Г 2 сут

312 ДРЕНИРОВАНИЕ ОКОЛОПУЗЫРНОГО ПРОСТРАНСТВА ПО БУАЛЬСКОМУ-МАКУОРТЕРУ ВЫПОЛНЯЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ

- А опорожнения урогематомы и предупреждения развития тазовой флегмоны
- Б предупреждения возникновения мочевых свищей
- В ревизии области шейки мочевого пузыря
- Г остановки кровотечения

313 НАЛОЖЕНИЕ ЭПИЦИСТОСТОМЫ ПОКАЗАНО ПРИ

- А любой локализации разрыва мочевого пузыря
- Б внебрюшинном разрыве мочевого пузыря
- В обширной гематоме в околопузырной клетчатке
- Г профузной гематурии

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

- А цистография в прямой и боковой проекциях
- Б осадочная цистография
- В обзорная и экскреторная урография
- Г полицистография

315 В КАКИХ СЛУЧАЯХ ДОПУСТИМО ДРЕНИРОВАНИЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЧЕРЕЗ УРЕТРУ?

- А при ранениях мочевого пузыря во время операции (у женщин)
- Б при внебрюшинных разрывах мочевого пузыря
- В при сроке менее 24 ч после травмы
- Г при линейных разрывах мочевого пузыря не более 3 см длиной

316 ЧТО ЭТО ТАКОЕ - ЛОЖНАЯ (КРОВАВАЯ) АНУРИЯ?

- А выделение нескольких капель крови или мочи при попытке мочеиспускания
- Б отсутствие (невозможность) мочеиспускания при переполненном мочевом пузыре
- В постоянное выделение капель крови из уретры

Г отсутствие позыва к мочеиспусканию более 12 ч

317 В каких случаях необходимо дренирование брюшной полости?

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

318 СРЕДИ ОТКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЮТСЯ

- А разрывы и надрывы уздечки полового члена
- Б колото-резаные раны
- В колотые раны
- Г резаные раны

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

- А 24 ч
- Б 48 ч
- В 1 ч
- Г 2 ч

320 КАКИЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПОКАЗАНЫ ДЛЯ ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТА КОЖИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА?

- А операция Диттеля или Рейха
- Б операция Иванисевича
- В операция Винкельмана
- Г операция Нечипоренко

321 ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПЕРЕСЕЧЕНИЯ ОДНОГО ИЗ КАВЕРНОЗНЫХ ТЕЛ ЯВЛЯЕТСЯ

- А искривление полового члена
- Б подъем температуры тела
- В озноб
- Г уретроррагия

322 ЭКСТРАВАГИНАЛЬНАЯ ГЕМАТОМА МОШОНКИ СВЯЗАНА С

- А повреждением общей влагалищной оболочки или сосудов семенного канатика
- Б разрывом белочной оболочки придатка яичка
- В повреждением межтканевых промежутков, не проникающим в общую влагалищную оболочку
- Г повреждением кожи мошонки

323 ОБРАЗОВАНИЕ ИНТРАВАГИНАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ОРГАНОВ МОШОНКИ СВЯЗАНО С

- А разрывом белочной оболочки придатка яичка
- Б повреждением подкожной жировой клетчатки
- В повреждением сосудов семенного канатика
- Г повреждением межтканевых промежутков, не проникающих в общую влагалищную оболочку

324 АУТОИММУННОЕ БЕСПЛОДИЕ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ЯИЧКА СВЯЗАНО С

- А нарушением гематотестикулярного барьера
- Б нарушением лимфооттока от яичка
- В выпадением яичка
- Г перенесенными операциями

325 КАКОВЫ 2 ОСНОВНЫХ СИМПТОМА РАЗРЫВА УРЕТРЫ?

- А уретроррагия
- Б боль в промежности
- В гематурия
- Г потекание мочи

326 КАКОЙ ОСНОВНОЙ ВНЕШНИЙ ПРИЗНАК ПЕРЕЛОМА КОСТЕЙ ТАЗА ПРИ СОЧЕТАНИИ С РАЗРЫВОМ УРЕТРЫ?

- А больной не может стоять на ногах
- Б бледность кожных покровов
- В слабость, адинамия
- Г уретроррагия

327 КАКОВЫ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ НАРУШЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У МУЖЧИН С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ СТРУКТУРАМИ УРЕТРЫ?

- А наличие спермы в моче
- Б азооспермия
- В аспермия
- Г асперматизм

328 УКАЖИТЕ ДВА ВЕДУЩИХ СИМПТОМА НАРУШЕНИЯ КОПУЛЯТИВНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ СО СТРИКТУРАМИ УРЕТРЫ?

- А снижение копулятивной функции в зависимости от обострения хронического простатита и колликулита
- Б преждевременная эякуляция
- В тусклость оргазма
- Г снижение либидо

329 КАКИМ СПОСОБОМ УРЕТРОГРАФИИ МОЖНО УСТАНОВИТЬ ДЛИНУ ЗАДНЕЙ ЧАСТИ УРЕТРЫ ПРИ БОЛЬШОЙ СТРИКТУРЕ УРЕТРЫ С МОЧЕПУЗЫРНЫМ СВИЩОМ?

- А восходящей уретрографией в сочетании с проведением булжа через мочепузырный свищ в шейку и заднюю уретру
- Б комбинированный восходящей и нисходящей уретрографией
- В антеградной уретрографией
- Г восходящей уретрографией

330 КАКАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ С ПРИСТЕНОЧНЫМ ЗАКРЫТЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ УРЕТРЫ?

- А выжидательная тактика с капиллярными пункциями мочевого пузыря
- Б попытка введения постоянного катетера
- В срочная операция - первичный шов уретры
- Г эпицистостомия

331 В ПРЕДЕЛАХ КАКОГО ПЕРИОДА ВРЕМЕНИ МОЖНО ПРИ РАЗРЫВЕ УРЕТРЫ

ПРОИЗВЕСТИ ПЕРВИЧНЫЙ ШОВ (ПЕРВИЧНУЮ ПЛАСТИКУ)?

- А первые 24 ч
- Б 2 дня
- В 3-4 дня
- Г 1 нед

332 КАКОЕ КОЛИЧЕСТВО ЭТАПОВ ВКЛЮЧАЕТ ОПЕРАЦИЯ УРЕТРОПЛАСТИКИ КОЖЕЙ МОШОНКИ ПО РУСАКОВУ ПРИ СТРИКТУРАХ ДЛИНОЙ 3,5-7 СМ?

- А 4 этапа
- Б 6 этапов
- В 5этапов
- Г 2этапа

333 КАКОВЫ ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ ТОННЕЛИЗАЦИИ ПО ФРОНШТЕЙНУ?

- А постгонорейные стриктуры большой протяженности, но с ограниченным участком сужения
- Б относительные стриктуры
- В длиной до 3 см
- Г посттравматические стриктуры уретры длиной 2 см; Б. длиной 3 см

334 УКАЖИТЕ ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ СТРИКТУР УРЕТРЫ?

- А фермент лидаза (гиалуронидаза)
- Б стекловидное тело
- В алоэ
- Г антибактериальные препараты

335 ДЛЯ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ СИМПТОМАТИЧЕСКОГО ВАРИКОЦЕЛЕ?

- А опухоль почки
- Б нефроптоз
- В гидронефроз
- Г поликистоз

336 КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ СЛЕДУЕТ ИСКЛЮЧИТЬ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПРИ МАКРОГЕМАТУРИИ?

- А опухоль почки
- Б пиелонефрит
- В цистит
- Г нефроптоз

337 РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ОПУХОЛИ ПОЧКИ

- А дефект наполнения лоханки, ампутация одной или нескольких чашечек
- Б контрастные тени в проекции почки
- В увеличение размеров почки
- Г расширение полостной системы

338 КАКАЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ У ДЕТЕЙ?

- А эмбриональная аденомиосаркома
- Б гипернефроидный рак
- В семинома
- Г аденокарцинома

339 НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ТИП ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ ОПУХОЛИ ПОЧКИ

- А темноклеточный
- Б аденоматозной
- В саркомоподобный
- Г железистый

340 КАКОЕ НАЗВАНИЕ ОПУХОЛИ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРАВИЛЬНЫМ, И ОНО ПОЛУЧИЛО ШИРОКОЕ РАСПРОСТРАНЕНИЕ?

- А светлоклеточный рак почки
- Б темноклеточный
- В опухоль Гравитца
- Г аденокарцинома

341 КАКАЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ ЛОХАНКИ ВСТРЕЧАЕТСЯ ЧАЩЕ?

- А папиллярный рак
- Б саркома
- В слизисто-железистый рак
- Г ангиома

342 НАЗОВИТЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННУЮ ОПУХОЛЬ ПОЧКИ, КОТОРАЯ ДЛИТЕЛЬНОЕ ВРЕМЯ ИМЕЕТ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ

- А саркома
- Б аденокарцинома
- В полиморфно-клеточный рак
- Г эмбриональный рак

343 НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ НЕИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛИ ПОЧЕК

- А ультразвуковое сканирование
- Б компьютерная томография
- В почечная ангиография
- Г экскреторная урография

344 ПЕРВОЕ МЕСТО ПО ЧАСТОТЕ РАЗВИТИЯ РАКА ПОЧКИ ЗАНИМАЕТ

- А эпителий проксимальных канальцев
- Б фибробластоподобные клетки мозгового слоя почки
- В эпителий почечных сосудов
- Г эпителий капсулы клубочков

345 ПЕРВОЕ МЕСТО ПО ЧАСТОТЕ РАЗВИТИЯ РАКА ПОЧКИ ЗАНИМАЕТ

- А светлоклеточный рак
- Б опухоль Гравитца
- В аденокарцинома
- Г почечный рак

346 СКОЛЬКО ЛЕТ ПРОХОДИТ ОТ МОМЕНТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОПУХО-ЛЕВОЙ КЛЕТКИ ДО КЛИНИЧЕСКОГО ПРОЯВЛЕНИЯ?

- А 2 —7 лет
- Б 4 года
- В 5лет

Г 1 год

347 КАКОВА СКОРОСТЬ РОСТА РАКА ПОЧЕЧНОЙ ПАРЕНХИМЫ У МОЛОДЫХ?

А 2 см в год

Б 3 см в год

В 4 см в год

Г 5 см в год

348 КАКОВА СКОРОСТЬ РОСТА РАКА ПОЧЕЧНОЙ ПАРЕНХИМЫ У ПОЖИЛЫХ?

А 1 см в год

Б 2 см в год

В 3 см в год

Г 4 см в год

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

А фармакоангиография

Б экскреторная урография

В УЗИ

Г ретроградная пиелография

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

А ультразвуковое сканирование

Б компьютерная томография

В почечная ангиография

Г нефросцинтиграфия

351 РАК ПОЧКИ ЧАЩЕ МЕТАСТАЗИРУЕТ В

А легкие

Б печень

В головной мозг

Г позвоночник

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

А чрезбрюшинный

Б торакоабдоминальный

В торакальный

Г по Нагасацу

353 КАКАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ РАКЕ ЛОХАНКИ

А нефроуретерэктомия

Б расширенная нефрэктомия

В резекция лоханки

Г радикальная лимфаденэктомия

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

А Т3

- Б Т4
- В Т5
- Г Т1

355 РАК МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ У

- А пациентов в возрасте от 50 до 70 лет
- Б молодых людей
- В деревенских жителей
- Г женщин

356 СРЕДИ ОПУХОЛЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРЕВАЛИРУЮТ

- А эпителиальные опухоли
- Б саркомы
- В феохромоцитомы
- Г эндометриозные опухоли

357 ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

- А фибромиома
- Б аденокарциома
- В первичный гипернефроидный рак
- Г саркома

358 ДЛЯ ПАПИЛЛЯРНОГО РАКА ХАРАКТЕРНО

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

359 Чаще всего метастазы рака мочевого пузыря наблюдаются в

- А регионарных лимфатических узлах таза, в области подвздошных и запирательных сосудов
- Б миокарде
- В кавернозных телах полового члена
- Г коже

360 ПОКАЗАТЕЛИ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ РАКА

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

361 ДЛЯ СТАДИИ T1 ХАРАКТЕРНО

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

362 ДЛЯ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ХАРАКТЕРНО

- А сравнительно позднее метастазирование

- Б отсутствие боли длительное время
- В боль в костях таза
- Г раннее метастазирование

363 ДЛЯ САРКОМЫ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ХАРАКТЕРНО

- А высокая злокачественность
- Б чаще встречается у пожилых людей
- В раннее метастазирование
- Г медленный рост

364 ПРИ ЦИТОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОСАДКА МОЧИ

- А частота положительных цитологических заключений у больных раком мочевого пузыря достигает 70 %
- Б частота положительных цитологических исследований не превышает 5 —10 %
- В флюоресцентная микроскопия мало информативна
- Г раковые клетки имеют одинаковую форму и размеры с клетками эпителия

365 ОСНОВНОЙ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ СИМПТОМ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

- А имеется дефект наполнения, но контуры мочевого пузыря остаются 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
- Б резко выраженной раковой кахексии
- В при двух опухолевых образованиях
- Г острой и хронической почечной, выраженной печеночной недостаточности

371 ХИМИОТЕРАПИЯ ПРИ РАКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

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

372 ПРОФИЛАКТИКА РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРЕДПОЛАГАЕТ

- А своевременное лечение воспалительных, трофических и паразитарных заболеваний мочевого пузыря
- Б уменьшение приема жидкости пациентами «группы риска»
- В обследование пациентов с дивертикулами мочевого пузыря проводится в случае возникновения макрогематурии
- Г проведение цистоскопии не реже 1 раза в 2 года пациентам, лечившимся по поводу опухолей мочевого пузыря

373 АДЕНОМА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ — ЭТО ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ, КОТОРАЯ РАЗВИВАЕТСЯ ИЗ

- А краниальной (центральной) области предстательной железы
- Б шейки мочевого пузыря
- В куперовых желез
- Г семенных пузырьков

374 В ПРОЦЕССЕ РОСТА ДГПЖ ПРЕДСТАТЕЛЬНАЯ ЖЕЛЕЗА

- А оттесняется к периферии, превращаясь в хирургическую капсулу
- Б гипертрофируется
- В остается без изменений
- Г прорастает аденоматозной тканью

375 КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА ДГПЖ НАИМЕНЕЕ ВЫРАЖЕНА ПРИ

- А ректальной форме
- Б смешанной форме
- В асимметрии боковых долей по величине
- Г сочетании ДГПЖ и хронического простатита

376 МЕХАНИЗМ ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКИ МОЧИ ПРИ ДГПЖ ОБУСЛОВЛЕН

- А нарушением координированной работы детрузора и замыкательного аппарата мочевого пузыря

- Б сопутствующим баланопоститом
- В наличием дивертикулов мочевого пузыря
- Г хроническим пиелонефритом

377 РАЗВИТИЕ ДГПЖ ОБУСЛОВЛЕНО

- А повышенной активностью 5-α-редуктазы
- Б снижением образования эстрогенов
- В половыми дизритмиями
- Г преобладанием в рационе растительной пищи

378 ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА НИКТУРИИ ПРИ ДГПЖ

- А прилив крови в вены таза, веностаз в подслизистом слое предстательной части уретры
- Б развитие хронического пиелонефрита
- В атрофия предстательной железы
- Г ректальная форма ДГПЖ

379 Для первой стадии ДГПЖ характерно

- А при мочеиспускании мочевого пузыря полностью опорожняется, остаточной мочи нет
- Б количество остаточной мочи 50 — 400 мл
- В пузырно-мочеточниковые рефлюксы
- Г мочеиспускание в несколько этапов, сопровождающееся чувством неполного опорожнения мочевого пузыря

380 ОСЛОЖНЕНИЯ ДГПЖ

- А цистит
- Б рак полового члена
- В рак предстательной железы
- Г рак почки

381 ПРИ РЕКТАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ ДЛЯ ДГПЖ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ

- А консистенция узлов эластическая или плотно-эластическая
- Б плотные узлы хрящевидной консистенции
- В асимметрия предстательной железы
- Г инфильтраты, нарушающие целостность капсулы, идущие к окружающим тканям

382 ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ СКАНИРОВАНИИ ДЛЯ ДГПЖ ХАРАКТЕРНО

- А овальная форма, симметричность, однородная мелкогранулярная эхоструктура
- Б симметричные гиперэхогенные очаги
- В интенсивные, ограниченные, эхологически плотные участки с акустической тенью
- Г неоднородная эхоструктура, деформация предстательной железы, увеличение ее в ширину

384 Экстренная аденомэктомия предполагает

- А полное исключение катетеризации мочевого пузыря на предыдущих этапах и в стационаре
- Б временное отведение мочи посредством эпицистостомии
- В обязательное обследование пациента с использованием радиоизотопных методов
- Г проведение операции в первые 6 — 36 ч после задержки мочи

385 ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ЭКСТРЕННОЙ АДЕНОМЭКТОМИИ

- А острый пиелонефрит
- Б сдавление аденомой интрамуральной части мочеточников
- В большие размеры аденомы
- Г камень мочевого пузыря

386 ПОКАЗАНИЯ К ПЛАНОВОЙ АДЕНОМЭКТОМИИ

- А вторая стадия ДГПЖ
- Б ХПН
- В острый пиелонефрит, уросепсис
- Г подозрение на рак в аденоме

387 ПОКАЗАНИЯ К ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

- А плотная консистенция, пузырная форма ДГПЖ
- Б опухоль мочевого пузыря
- В осложнения, вызванные ушиванием ложа предстательной железы при аденомэктомии
- Г большой размер аденомы (масса больше 70 г)

388 ОСЛОЖНЕНИЯ, ВЫЗВАННЫЕ УШИВАНИЕМ ЛОЖА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ АДЕНОМЭКТОМИИ

- А рубцовый стеноз шейки мочевого пузыря
- Б кровотечение
- В рак почки
- Г рецидив ДГПЖ

389 ПРЕИМУЩЕСТВА БЕСШОВНОГО ВЕДЕНИЯ ЛОЖА ПРИ АДЕНОМЭКТОМИИ

- А меньшая травматичность и эффект вымывания из ложа ДГПЖ фибринолитических веществ
- Б радикальное удаление ДГПЖ
- В удаление конкрементов мочевого пузыря во время операции
- Г возможность тщательной ревизии мочевого пузыря для исключения опухоли и дивертикулов

390 ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ АДЕНОМЭКТОМИИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ У ПАЦИЕНТОВ С

- А варикозным расширением вен нижних конечностей
- Б ректальной формой ДГПЖ
- В дивертикулами мочевого пузыря
- Г малыми размерами ДГПЖ

391 ОСТРЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ ПОСЛЕ АДЕНОМЭКТОМИИ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ У БОЛЬНЫХ

- А после неоднократных катетеризаций мочевого пузыря в предоперационном периоде
- Б при небольших размерах ДГПЖ
- В с нарушением функций почек
- Г которым проводилась вазорезекция

392 ЧТО ОЗНАЧАЕТ ПОНЯТИЕ «ГИПЕРТЕРМИЯ»?

- А 42-45°C

- Б 37-39°C
- В 70—100°C
- Г 50-70 °C

393 ЧТО ОЗНАЧАЕТ ПОНЯТИЕ «ТЕРМОТЕРАПИЯ»?

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

394 КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРОИСХОДЯТ В ТКАНИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕ-ЛЕЗЫ ПРИ МИКРОВОЛНОВОЙ ТЕРМОТЕРАПИИ?

- А геморрагический эффект
- Б коагуляционный некроз
- В макроскопический некроз
- Г химический ожог

395 КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРОИСХОДЯТ В ТКАНИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕ-ЛЕЗЫ ПРИ РАДИОЧАСТОТНОЙ ТЕРМОТЕРАПИИ?

- А макроскопический некроз
- Б антипролиферативный эффект
- В геморрагическая болезнь
- Г коагуляционный некроз

396 КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ НАСТУПАЮТ В ТКАНИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕ-ЛЕЗЫ 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 ЖЕ-ЛЕЗЫ (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, секрция и экскреция не нарушены, слева - «немая» почка.

В 1 Предварительный диагноз?

Э - МКБ. Коралловидный камень левой почки. Калькулезный пионефроз слева.

P2 - Диагноз поставлен верно.

P1 - Диагноз поставлен неполностью - часть нозологий упущена.

P0 - 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).

P2 - Указаны все методы исследования. Ответ обоснован.

P1 - Указаны не все исследования либо перечислены не все методики исследования не обоснована цель их назначения.

P0 - 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.

P2 - Правильно выбран метод лечения. Правильно обоснован метод лечения.

P1 - Правильно указан способ лечения, но не обоснованы показания.

P0 - 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 отсутствуют конкременты и новообразования.

P2 - Перечислены все обстоятельства правильно.

P1 - Ответ верен только частично.

P0 - 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.

P2 - Ответ верен

P1 - Указана только часть мероприятий

P0 - 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.

P2 - Диагноз поставлен верно.

P1 - Диагноз поставлен неполностью - часть нозологий упущена.

P0 - 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.

P2 - Указаны все признаки, симптомы. Ответ обоснован.

P1 - Указаны не все признаки и симптомы.

P0 - 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.

P2 - Перечислены все методы исследования

P1 - Указано только часть методов исследования

P0 - 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.

P2 - Перечислены все обстоятельства правильно.

P1 - Ответ верен только частично.

P0 - Ответ полностью неверен.

В 5 5.Перечислите меры вторичной профилактики.

5.

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

P2 - Ответ верен

P1 - Указана только часть мероприятий

P0 - 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 (?)

P2 - Диагноз поставлен верно.

P1 - Диагноз поставлен неполностью - часть нозологий не указана.

P0 - 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.

P2 - Указаны все методы исследования

P1 - Методы исследования указаны частично

P0 - Ответ неверен.

В 3 Ваш выбор лечения?

Э - При выявлении новообразование почки показана радикальная хирургическая тактика. При новообразовании паренхимы почки до 3 см – резекция почки, если более 3-х см с прорастанием в лоханку – нефрэктомия. При Ст лоханки – нефроуретерэктомия справа с трансуретральной резекцией устья мочеточника правой почки. В послеоперационном периоде комбинированная химиотерапия и лучевая терапия.

P2 - Ответ полный. Указаны все виды лечения.

P1 - Указана только часть

P0 - 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.

P2 - Диагноз поставлен верно.

P1 - Диагноз поставлен верно, но без объяснения патологии

P0 - 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

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

В 4 Какова лечебная тактика?

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

P2 - Все ответы правильные

P1 - Ответ верен только частично.

P0 - 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.

P2 - Ответ верен

P1 - Ответ частично верен.

P0 - 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.

P2 - Диагноз поставлен верно.

P1 - Только часть ответа указано правильно.

P0 - 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 aberrantным сосудом.

P2 - Полностью правильный ответ

P1 - Ответ частично правильный

P0 - Ответ неверен.

В 3 Нужны ли дополнительные методы исследования?

Э - МСКТ мочеполовой системы с контрастированием.

P2 - Ответ правильный

P1 - В ответе есть ошибки.

P0 - Ответ неверен полностью.

В 4 Какова лечебная тактика?

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

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

- P2 - Ответ верен
- P1 - Ответ частично верен.
- P0 - 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 выпячивание с точечным устьем. На экскреторной урограмме справа чашечно-лоханочная система и мочеточник не изменены, слева - расширение тазового отдела мочеточника в виде «головой 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 уретерогидронефротической трансформации и хронического пиелонефрита.

- P2 - Диагноз поставлен верно. Определение указано верно.
- P1 - 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

P2 - Диагноз поставлен верно. Определение указано верно.

P1 - Только часть ответа указано правильно.

P0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Каков генез заболевания?

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

P2 - Полностью правильный ответ

P1 - Ответ частично правильный

P0 - Ответ неверен.

В 3 Нужны ли дополнительные методы исследования?

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

P2 - Ответ правильный

P1 - В ответе есть ошибки.

P0 - 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 пиелонефрита — нефропексия.

P2 - Все ответы правильные

P1 - Ответ верен только частично.

P0 - 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.

P2 - Ответ верен

P1 - Ответ частично верен.

P0 - 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 гроздевидного сплетения семенного канатика.

P2 - Диагноз поставлен верно. Определение указано верно.

P1 - Только часть ответа указано правильно.

P0 - 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).

P2 - Полностью правильный ответ

P1 - Ответ частично правильный

P0 - Ответ неверен.

В 3 Нужны ли дополнительные методы исследования?

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

P2 - Ответ правильный

P1 - В ответе есть ошибки.

P0 - 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 венозный 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.

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. Ограничение физических нагрузок в вертикальном положении, ношение тугих плавок.

P2 - Ответ верен

P1 - Ответ частично верен.

P0 - Ответ неверен.

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

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

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.

P2 - Диагноз поставлен верно.

P1 - Только часть ответа указано правильно.

P0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Каков генез заболевания?

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

P2 - Полностью правильный ответ

P1 - Ответ частично правильный

P0 - Ответ неверен.

В 3 Нужны ли дополнительные методы исследования?

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

P2 - Ответ правильный

P1 - В ответе есть ошибки.

P0 - 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

P2 - Все ответы правильные

P1 - Ответ верен только частично.

P0 - 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 парапельвикальная 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 - Парапельвикальная 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 парапельвикальной 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 парапельвикальной 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 38,0°C 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. Постренальная 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 - $5,9 \cdot 10^9/\text{л}$; СОЭ 56 мм/час. На обзорной урограмме тень конкремента коралловидной формы в проекции левой почки 4х6 см. На серии экскреторных урограмм контрастного вещества в проекции левой почки не определяется. Функция правой почки не изменена. На радиоизотопной ренограмме: справа - сосудистая, секреторная и экскреторная составляющие кривой не нарушены, слева - "немая" почка. На ангиограммах: резкое обеднение сосудистого рисунка слева; ангиоархитектоника справа не нарушена. Цистоскопия: видно выделение густого гноя в виде "пасты из тюбика" из левого устья.

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.

R1 - Только часть ответа указано правильно.

R0 - 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.

R2 - Полностью правильный ответ

R1 - Ответ частично правильный

R0 - 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.

R2 - Ответ правильный

R1 - В ответе есть ошибки.

R0 - Ответ неверен полностью.

В 4 Предпочтительный метод оперативного лечения.

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

R2 - Все ответы правильные

R1 - Ответ верен только частично.

R0 - Ответ полностью неверен.

В 5 Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике заболевания.

Э - Лечение воспалительных осложнений со стороны мочевых путей.

R2 - Ответ верен

R1 - Ответ частично верен.

R0 - 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.

R2 - Предварительный диагноз поставлен верно

R1 - Предварительный диагноз неполный, или указано неверное осложнение

R0 - 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

P1 - Диагноз установлен верно с локализацией основного процесса. Вторичные изменения не выявлены или выявлены с неправильной локализацией

P0 - 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).

P2 - Указаны лабораторные и инструментальные виды исследований. Указаны основные онкомаркеры опухоли яичка

P1 - Не указаны лабораторные или инструментальные виды исследований.

Указаны лабораторные и инструментальные виды исследований. Не указаны основные

онкомаркеры опухоли яичка

P0 - 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).

P2 - Указан наиболее информативный метод с детальным описанием

P1 - Указан наиболее информативный метод без детального описания

P0 - 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

P2 - Указаны все параметры, определяющие объем вмешательства

P1 - Указаны параметры, от которых зависит объем оперативного вмешательства не полностью

P0 - параметры, определяющие объем вмешательства не указаны

В 5 Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике.

Э - Орхэктомия в 6 лет

P2 - Профилактическая мера указана верно

P1 - Профилактическая мера указана в другом объеме (не радикально)

P0 - 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.

P2 - Диагноз установлен верно с уточнением локализации и распространения

P1 - Диагноз установлен верно без уточнения локализации и распространения

P0 - 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

P2 - Указаны и лабораторные, и инструментальные методы исследования

P1 - Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования. Или не указаны все основные методы для оценки состояния органов мочевыделительной системы

P0 - 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.

P2 - Указан наиболее информативный метод диагностики с пояснением механизма его

P1 - Указан наиболее информативный метод диагностики без уточнения механизма его

P0 - Не указан наиболее информативный метод диагностики, или указан иной менее информативный метод

В 4 План лечения.

Э - Лечение оперативное: резекция мочевого пузыря с уретероцистостомией.

P2 - Указан оптимальный метод лечения с учетом распространения опухоли

P1 - Указан метод лечения без учета распространения опухоли

P0 - 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)

P2 - Указаны меры первичной профилактики с пояснением и уточнением возможных этиологических факторов

P1 - Указаны меры профилактики без пояснения и уточнения возможных этиологических факторов

P0 - 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.

P2 - Диагноз установлен верно

P1 - Диагноз установлен с нечетко определенной нозологией (например, гиперплазия простаты)

P0 - 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.

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 - Биопсия простаты с последующим гистологическим исследованием. Выполняется трансректальная мультифокальная 12 точечная биопсия под УЗ контролем. Возможно выполнение трансректальной или промежностной биопсии под МРТ наведением.

- P2 - Указаны метод и описание его вариантов
- P1 - Указан только метод без описания его вариантов
- P0 - Неверное указание наиболее достоверного метода диагностики

В 4 От чего зависит выбор метода лечения больного. Поясните.

Э - От стадии заболевания. При стадии 1-2 стадии – радикальная простатэктомия, при 3-4 стадии – орхэктомия, гормонотерапия, лучевая, химиотерапия

- P2 - Указан параметр с пояснением
- P1 - Указан параметр без пояснения
- P0 - 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

- P2 - Указаны меры вторичной профилактики полно
- P1 - Указаны меры профилактики неполно
- P0 - 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 внутривезикулярном росте – трансвезикулярная аденомэктомия. При объеме более 60 г и парауретральном росте – позадилонная аденомэктомия.

- P2 - Указаны оба критерия 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.
- P2 - Диагноз установлен верно
- P1 - Диагноз установлен с нечетко определенной нозологией
- P0 - 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
- 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 - Обзорная урография и УЗИ мочевого пузыря. Позволят выявить увеличенную простату с остаточной мочой, конкремент мочевого пузыря, обусловленный инфравезикальной обструкцией
- P2 - Указаны метод и результат
- P1 - Указан только метод без описания результата
- P0 - 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.
- P2 - Указан метод с определяющим исследованием и уточнением в зависимости от результата исследования.
- P1 - Указан метод без определяющего исследования
- P0 - Указан неверный метод и неверное определяющее исследование

- В 5 Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике.
- Э - Здоровый образ жизни, наблюдение у уролога, прием уроантисептиков.
- P2 - Указаны меры вторичной профилактики полно

- P1 - Указаны меры профилактики неполно
P0 - 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 2-3 лет отмечал умеренное затруднение мочеиспускания, учащение его ночью до 2-3 раз, 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 - Добракачественная гиперплазия простаты 3 стадии. ХПН. Полиурия
 P2 - Диагноз установлен верно
 P1 - Диагноз установлен верно, но без указания стадии и осложнений
 P0 - 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
 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 - У больного явные признаки ХПН на фоне аденомы простаты, что является показанием к цистостомии.
 P2 - Указан параметр, от которого зависит вид оперативного вмешательства с пояснением
 P1 - Указан параметр без пояснения
 P0 - Не указан параметр, от которого зависит вид оперативного вмешательства
- 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.

№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.
 P2 - Диагноз установлен верно. Указан орган, котором локализуется патологический процесс
 P1 - Упоминание об онкопатологии, но без указания локализации патологического процесса
 P0 - 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 Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.

- Э - МСКТ мочевого пузыря с внутривенным болюсным контрастированием, определением ангиоархитектоники патологического процесса
R2 - Указан метод с пояснением
R1 - Указан метод без пояснения
R0 - Не указан метод

В 4 Каков объем оперативного вмешательства, если таковое показано.

- Э - Радикальная нефрэктомия с лимфаденэктомией.
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.

№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.
R2 - Диагноз установлен верно. Указан орган, в 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
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 флотирующей 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.
 - P2 - Указаны полный объем
 - P1 - Объем указан неполностью
 - P0 - Объем указан неверно
-
- В 5 Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике.
 - Э - Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек.
 - P2 - Указаны меры первичной профилактики полно
 - P1 - Указаны меры профилактики неполно
 - P0 - 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. 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.
 - P2 - Диагноз установлен верно. Указан орган, в котором локализуется патологический процесс и стадия
 - P1 - Диагноз установлен верно. Указан орган, в котором локализуется патологический процесс без указания стадии
 - P0 - 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

B 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 поллакиирии, 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.

B 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

B 2 Какие осложнения возникли у данного больного.

Э - Острая задержка мочеиспускания. Острый пиелонефрит слева.

P2 - Указаны все осложнения

P1 - Указаны не все осложнения

P0 - Осложнения не указаны

B 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.

P2 - Указаны все осложнения

P1 - Указано не менее 3 осложнений

P0 - Осложнения не указаны

B 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.

P2 - Ответ на вопрос полный (указаны обследования и лечебные мероприятия)

P1 - Ответ на вопрос не полный (указаны только обследования или лечебные мероприятия, или неверное указание или методов обследования или лечебных мер)

P0 - Ответ неверный. Не указаны методы обследования и лечебные меры

B 5 Укажите меры третичной профилактики

- Э - Наблюдение у уролога.
- P2 - Указаны меры третичной профилактики полно
- P1 - Указаны меры профилактики неполно
- P0 - 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 пиелозктазия, расширение нижней трети левого мочеточника.

- В 1 Предварительный диагноз.
- Э - Клиническая картина характерна для пузырно-мочеточниково-лоханочного рефлюкса. Хронического рефлюксгенного пиелонефрита(рефлюкс-нефропатии).
- P2 - Диагноз установлен верно. Полный ответ
- P1 - Диагноз установлен верно. Неполный ответ
- P0 - Диагноз установлен неверно

- В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
- Э - Для уточнения диагноза необходима микционная цистоуретрография.(цистоуретерография 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 380С, 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.

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 мочевого выделительной системы с внутривенным болюсным контрастированием

P2 - Указан метод с пояснением

P1 - Указаны метод без пояснения

P0 - Метод обследования не указан

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

Э - МСКТ мочевого выделительной системы с внутривенным болюсным контрастированием

P2 - Указан метод с пояснением

P1 - Указан метод без пояснения

P0 - Указан неверный метод

В 4 С чем связано вынужденное положение больного.

Э - Гнойный процесс в почке осложнился паранефритом, псоитом.

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 третичной профилактике заболевания.

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

P2 - Указаны меры вторичной профилактики полно

P1 - Указаны меры профилактики неполно

P0 - 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.

P2 - Диагноз установлен верно. Полный ответ (указана нозология и течение процесса)

- P1 - Диагноз установлен верно. Неполный ответ
 P0 - Диагноз установлен неверно
- В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
 Э - УЗИ почек, мочевого пузыря; 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 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.

ВидКодТекст 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 мочевыделительной системы 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, Р-графия легких. МРТ малого таза

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

P2 - Метод описан полно

P1 - Метод описан неполно

P0 - Метод не указан или указан неверный метод

В 4 План лечения.

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

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, исключение профессиональных вредностей.

P2 - Указаны меры первичной профилактики полно

P1 - Указаны меры профилактики неполно

P0 - 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: Нб – 112г/л; L- 12,8х10⁹/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.

P2 - Диагноз поставлен верно.

P1 - Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена.

P0 - 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.

P2 - Ответ дан верно.

P1 - Клиническая картина обоснована не в полном объеме: часть патологий упущена.

P0 - 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).

P2 - Методы обследования указаны верно.

P1 - Методы обследования указаны неполностью: названы не все методы обследования.

P0 - 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.

P2 - Лечебный алгоритм определен в полном объеме.

P1 - Лечебный алгоритм определен неполностью: часть лечебных мероприятий упущена.

P0 - 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.

P2 - Рецепт выписан верно.

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

P0 - 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 подвздошную 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 мочевой пузырь не определяется.

В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз.

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

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

В 2 Чем обусловлена клиническая картина

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

P2 - Клиническая картина оценена верно и полностью

P1 - Клиническая картина оценена неполностью, часть патологий упущена

P0 - 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).

P2 - Группа заболеваний определена верно, указано не менее пяти основных патологических состояний.

P1 - Группа заболеваний определена верно, названо менее пяти основных патологических состояний.

P0 - 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).

P2 - Группа методов определена верно, указаны все методы обследования.

P1 - Группа методов определена верно, указаны все методы обследования.

P0 - 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 в 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 в 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-spani 2% 2,0

D.t.d. N 10 in amp

S. В мышцу по 2 мл 1-2 раза 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 познабливанием. Амбулаторно терапевтом проводилось лечение по поводу обострения хронического пиелонефрита. Ухудшение состояния в течение 5 дней - усилились боли в левой поясничной области, сопровождающиеся гипертермией, ознобами, потливостью, слабостью. Объективно: положение вынужденное, левая нижняя конечность согнута в коленном и тазобедренном суставах. Разгибание левой нижней конечности вызывает усиление боли в подвздошной области. Общее состояние средней тяжести, кожные покровы сухие. Температура тела – 38,2°C. Пульс 98 ударов в 1 минуту, ритмичен, АД 34

– 100/60 мм. рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в левой пояснично-подреберной области, где определяется напряжение мышц. Пальпация не информативна из-за массивной подкожно-жировой клетчатки. Симптом XII ребра (+) слева. На обзорной урограмме в проекции левой почки выявлена тень коралловидного конкремента размером 4х6 см, контур m.psoas четко не визуализируется.

В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз.

Э - Острый вторичный левосторонний паранефрит, калькулезный левосторонний пионефроз, 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: Hb – 110г/л; L- 12,9х10⁹/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 мочевого камня (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 1,5-2 литров 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.

№41: Больная 55 лет поступила в Городскую больницу скорой медицинской помощи с жалобами на интенсивные боли в правой поясничной области ноющего характера, учащенное, малыми порциями мочеиспускание, гипертермию до 39°C, ознобы, потливость, слабость. Анамнез: считает себя больной в течение 10 лет. Ранее ухудшение состояния, как правило, наступало после переохлаждения. Амбулаторное лечение, проводимое участковым терапевтом в течение 2-3 недель антибактериальными препаратами, спазмолитиками, отварами мочегонных трав, купировало атаки на протяжении 8 месяцев. В последний год стала наблюдать появление мутной мочи, на фоне субфебрилитета. Последнее обострение заболевания в течение недели, с момента появления вышеописанных жалоб. Участковым терапевтом направлена на стационарное лечение. Объективно: состояние тяжелое, кожа и видимые слизистые бледно – розового цвета, пульс 96 уд./мин, АД 100/60 мм.рт.ст., язык сухой, живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье, где наблюдается напряжение мышц передней брюшной стенки. Симптом XII ребра (+) справа. ОАМ: лейкоциты сплошь покрывают поле зрения, эритроцитов – 8-10 в п/зр. ОАК: НВ 100 г/л; Л - 12, 8x10⁹/л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ 56 мм/час. На обзорной урограмме в проекции правой почки выявлена тень подозрительная на конкремент размерами 2x3 см. Картина "немой" почки справа наблюдается на радиоизотопной нефросцинтиграмме.

В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз.

Э - Острый правосторонний калькулезный пиелонефрит, пионефроз, нефросклероз справа, обтурирующий камень лоханки правой почки, обострение хронического цистита.

P2 - Диагноз поставлен верно.

P1 - Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена.

P0 - Диагноз поставлен неверно.

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

Э - Для уточнения диагноза необходимо провести общий анализ мочи и крови, биохимический анализ крови, посев мочи на ВК, УЗИ почек, мочеточников, мочевого пузыря, МСКТ, цистоскопия с возможной катетеризацией правого мочеточника.

Р2 - Указаны все методы обследования в полном объеме.

Р1 - Указаны не все методы обследования, часть методов упущена.

Р0 - Методы обследования не указаны или указаны неверно.

В 3 Чем обусловлена клиническая картина.

Э - На фоне рецидивирующего хронического цистита развился восходящий правосторонний пиелонефрит с вторичным камнеобразованием, формированием обтурирующего камня лоханки правой почки, калькулезного пиелонефроза

Р2 - Этапность развития патологического состояния растолкована верно, указаны все патологические элементы заболевания в полном объеме.

Р1 - Этапность развития патологического состояния растолкована верно, но указаны не все патологические элементы заболевания.

Р0 - Этапность развития патологического состояния растолкована неверно.

В 4 Определите лечебную тактику для данной больной.

Э - При подтверждении диагноза, наличии деструктивных изменений в паренхиме правой почки – срочная открытая операция: ревизия правой почки, пиелолитотомия, пиелонефростомия, дренирование забрюшинного пространства, возможна и нефрэктомия; в послеоперационном периоде: детоксикационная, антибактериальная инфузионная терапии.

Р2 - Лечебный алгоритм определен верно и в полном объеме.

Р1 - Лечебный алгоритм определен верно, но не в полном объеме, часть лечебных мероприятий указана неверно или не указана совсем.

Р0 - Лечебный алгоритм определен неверно.

В 5 Выпишите рецепт на викасол.

Э - Rp.: S. Vicasoli 1% 1, 0

D.t.d. N 6 in amp

S. По 1 мл в мышцу 2 раза в день.

Р2 - Рецепт выписан верно.

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

Р0 - Рецепт выписан неверно.

№42: Больную 35 лет последние 3 месяца беспокоят приступообразные боли в правой пояснично-подреберной области, иррадиирующие в пах, сопровождающиеся субфебрилитетом, познабливанием. Приступы болей легко купировались спазмолитиками, анальгетиками. Возникший же вчера приступ болей плохо купировался приемом лекарственных препаратов. Сегодня присоединилась высокая (до 38,0°C) температура тела с ознобами, была однократная рвота. Доставлена в стационар бригадой скорой помощи. Объективно: общее состояние средней тяжести, кожные покровы сухие, температура тела – 38,2°C. Пульс 98 уд. /мин, ритмичен, АД – 110/60 мм. рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в правой пояснично-подреберной области. Симптом XII ребра

(+) слева. ОАМ: лейкоцитов 7-8 в поле зрения, эритроцитов – 8-10 в п/зр., соли оксалаты +++, ОАК: НВ 110 г/л; Л - 9, 8x10⁹/л, незначительный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ 26 мм/час. Рентгенологически на уровне поперечного отростка L³ справа

обнаружена тень, подозрительная на конкремент размерами 1,2х0,8 см. На экскреторных урограммах через 10, 30 минут функция правой почки снижена, определяется правосторонний гидронефроз, мочеточник четко не определяется. Слева визуализируется неизменная почка, чашечно-лоханочная система, мочеточник.

В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз.

Э - Обтурирующий камень верхней трети правого мочеточника, острый калькулезный пиелонефрит.

P2 - Диагноз поставлен верно.

P1 - Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена.

P0 - Диагноз поставлен неверно.

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

Э - Для уточнения диагноза необходимо выполнить отсроченную урографию через 1,2 часа, УЗИ + ДГ почек.

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 Какой из современных методов обследования дает наиболее достоверную информацию в данном случае.

Э - МСКТ с контрастированием, УЗИ + ДГ почек.

P2 - Указаны основные современные методы обследования в полном объеме.

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

P0 - Методы обследования не указаны или указаны неверно.

В 4 Определите лечебную тактику для данной больной.

Э - При подтверждении диагноза, отсутствии деструктивных изменений в паренхиме правой почки – срочное восстановление уродинамики: катетеризация правого мочеточника/пункционная нефропиелостомия, в последующем – ДЛТ, нефролитолапаксия. При невозможности консервативно-инструментального восстановления пассажа мочи – открытая нефропиелолитотомия + детоксикационная, антибактериальная терапия

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 платифиллин.

Э - .Rp.: Platyphyllini hydrotartratis 0,005

D.t.d. N 12 in tabul.

S. по 1т. 2-3 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.

№43: Больная 26 лет обратилась к врачу - урологу с жалобами на учащенное мочеиспускание, боли в правой пахово-подвздошной области. Болеет в течение недели. Приступообразные боли легко купируются спазмолитиками. Объективно: состояние

удовлетворительное. Температура тела 36,7°C. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Почки не пальпируются, симптом XII ребра (-) с обеих сторон. ОАМ: лейкоцитов 4-5 в поле зрения, эритроцитов – 2-3 в п/зр., соли оксалаты +++. ОАК: НВ – 110 г/л; Л – 6,9x10⁹/л, сдвига лейкоцитарной формулы нет, СОЭ 12 мм/час. На обзорной урограмме в проекции нижней трети правого мочеточника выявлена тень 0,4*0,2 см, подозрительная на конкремент. На экскреторных урограммах изменений со стороны почек, чашечно-лоханочных систем не выявлено, определяется незначительное расширение правого мочеточника над указанной тенью.

В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз.

Э - Мелкий камень нижней трети правого мочеточника.

P2 - Диагноз поставлен верно.

P1 - Диагноз поставлен неполностью, неверно указан размер конкремента или локализация не уточнена.

P0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Какие заболевания могут «симулировать» данную патологию.

Э - Острый аппендицит, острый аднексит, острый цистит, заболевания позвоночника, спинного мозга.

P2 - Заболевания указаны верно, в полном объеме.

P1 - Заболевания указаны верно, но не в полном объеме.

P0 - Заболевания указаны неверно.

В 3 Перечислите рентгенологические признаки, указывающие на то, что тень имеет отношение к мочевым путям.

Э - Симптом «указательного пальца» (Лихтенберга) - на экскреторных урограммах определяется незначительное расширение правого мочеточника над указанной тенью.

P2 - Рентгенологический признак указан верно, дано полное определение симптома.

P1 - Рентгенологический признак указан верно, не дано полное определение симптома.

P0 - Рентгенологический признак указан не верно.

В 4 Определите объем лечебных мероприятий для данной больной.

Э - Консервативная терапия: спазмолитики, анальгетики, обильное питье/водные нагрузки, растительные диуретики, физиотерапевтические мероприятия, ЛФК.

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 профилактике заболевания.

Э - Здоровый образ жизни, избегать однообразного питания, малого употребления жидкости.

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

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

P0 - Мероприятия по профилактике заболевания указаны неверно.

№44: Накануне обращения у больного 50 лет возникли приступы острых болей в пояснично-подреберных областях, которые сопровождались тошнотой, рвотой. Они плохо купировались спазмолитиками и анальгетиками. В течение 18 часов нет позывов

на мочеиспускание. В анамнезе: 3 года назад был подобный приступ почечной колики слева с последующим самостоятельным отхождением небольшого камня кирпично-красного цвета. Объективно: общее состояние средней тяжести, кожные покровы сухие. Температура тела – 37,2°C. Пульс 88 уд./ мин. ритмичен, АД – 110/60 мм. рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в пояснично-подреберных областях. Симптом XII ребра (+) с обеих сторон. При пальпации и перкуссии над лобком мочевого пузыря не определяется. ОАК: НВ 110 г/л; Л-10,8х10⁹/л, незначительный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ 26 мм/час. По данным УЗИ отмечается 2-стороннее расширение чашечно-лоханочных систем и верхней трети мочеточников до гиперэхогенных образований диаметром 0,8 см, с акустической тенью. На обзорной урограмме теней подозрительных на конкременты не выявлено. На экскреторных урограммах через 10, 30 мин отмечается снижение функции почек в виде отсутствия контрастного вещества в лоханках, мочеточниках, мочевом пузыре. Мочи из мочевого пузыря при катетеризации не получено.

В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз.

Э - Острая постренальная анурия, уратный нефролитиаз, 2-сторонние обтурирующие камни верхней трети мочеточников.

P2 - Диагноз поставлен верно.

P1 - Диагноз поставлен неполностью, часть нозологий упущена или локализация конкрементов не уточнена.

P0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести для подтверждения диагноза.

Э - Для уточнения диагноза необходимо выполнить МСКТ, в том числе и с контрастированием.

P2 - Метод обследования и дополнение к нему указаны верно.

P1 - Метод обследования указан верно, дополнение не указано.

P0 - Метод обследования и дополнение к нему указаны неверно.

В 3 Можно ли рассматривать состояние больной как неотложную ситуацию

Э - Обтурирующие камни мочеточников, постренальная анурия – неотложное состояние, требующее срочного восстановления пассажа, мочи из почки

P2 - Ответ обоснован и указан верно.

P1 - Ответ обоснован и указан верно, неотложный метод лечения не указан.

P0 - Ответ не обоснован или указан не верно.

В 4 Укажите способы ликвидации осложнения основного заболевания.

Э - Катетеризация / стентирование хотя бы одного мочеточника, пункционная нефростомия. При отсутствии возможности такого восстановления пассажа мочи - уретеролитотомия с нефростомией.

P2 - Способы ликвидации осложнения указаны верно.

P1 - Способы ликвидации осложнения указаны не полностью, упущена часть мероприятий.

P0 - Способы ликвидации осложнения указаны не верно.

В 5 Выпишите рецепт на но-шпу.

Э - Rp.: Sol No-spani 2% 2,0

D.t.d. N 10 in amp.

S. В мышцу по 2 мл 1-2 раза в день

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

№45: Больного 65 лет беспокоят боли внизу живота иррадиирующие в головку полового члена, бесплодные позывы на мочеиспускание. Оперирован по поводу аденомы предстательной железы 2 года назад. Самостоятельное мочеиспускание в послеоперационном периоде восстановилось.

Первый года после операции периодически лечился амбулаторно по поводу обострения хронического цистита. Ухудшение состояния последние 2 месяца, когда стал замечать учащенное с режями мочеиспускание, прерывистость струи мочи, периодически примесь крови в последних порциях мочи. За медицинской помощью не обращался, занимался самолечением. При отсутствии самостоятельного мочеиспускания в течении 6 часов вызвал «скорую помощь». Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы не изменены. Температура тела 36,7°C. Пульс 68 уд./мин, АД – 130/60 мм. рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот правильной формы, над лоном имеется старый окрепший послеоперационный рубец, где при пальпации отмечается болезненность, и определяется перерастянутый мочевой пузырь. Симптом XII ребра (-) с обеих сторон. Катетером из мочевого пузыря выведено до 600 мл мочи розоватого цвета. При ректальном исследовании: рецидив аденомы не выявлен.

- В 1 Установите предварительный диагноз
- Э - Острая задержка мочи. Камень мочевого пузыря, хронический цистит.
- P2 - Диагноз поставлен верно.
- P1 - Диагноз поставлен неполностью, часть нозологий упущена.
- P0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Какие дополнительные обследования необходимы для подтверждения диагноза.

- Э - Для уточнения диагноза необходимо выполнить ОАМ, ОАК, биохимический анализ крови с определением уровня мочевины, креатинина, УЗИ мочевого пузыря и почек, обзорную и экскреторную урографию с нисходящей цистографией, МСКТ, уретроцистоскопию.
- 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 Каким осложнением обусловлено данное состояние.

- Э - Острая задержка мочи возникает в результате вклинения в шейку мочевого пузыря камня, образовавшегося на фоне инфравезикальной обструкции, инородных тел (лигатуры после операции), хронического цистита.
- P2 - Осложнение указано верно. Ответ обоснован верно.
- P1 - Осложнение указано верно, обоснование дано неполностью.
- P0 - Осложнение указано не верно.

В 4 Определите лечебную тактику

- Э - При одиночном камне без воспалительных явлений со стороны мочевого пузыря показана - цистолитотрипсия. При наличии цистита, множественных камней – открытое оперативное вмешательство: цистолитотомия с возможной цистостомией.
- 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 но-шпу.

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.

№46: В приемный покой ГБ доставлен больной 37 лет с жалобами на повторяющиеся в течение суток боли в поясничной области слева, сопровождающиеся рвотой, повышение температуры тела до 37,2° С При осмотре пациент ведет себя беспокойно, температура тела 36,6° С, пульс 76 уд./мин, АД140/70 мм.рт.ст. Почки не пальпируются, при наличии болезненности в левой подреберно-поясничной,(+) симптоме XII ребра слева

. ОАМ: лейкоцитов 6-8в поле зрения, эритроцитов – до 10 в п/зр.ОАК: НВ 110 г/л; Л – 10,9х10⁹/л без сдвига лейкоцитарной формулы влево, СОЭ - 18 мм/час. Рентгенологически на обзорной урограмме в проекции левой почки определяется «плотная тень» размерами 1,0х1,2 см. При УЗИ почек выявлено увеличение размеров левой почки без четких очаговых изменений в паренхиме, расширение чашечно-лоханочной системы с наличием гиперэхогенного образования размерами 1,0х1,2 см в области левого пиелоретерального сегмента, с «акустической тенью».

В 1 Установите предварительный диагноз

Э - Обтурирующий камень пиелоретерального сегмента слева, почечная колика слева.

P2 - Диагноз поставлен верно.

P1 - Диагноз поставлен не полностью, локализация конкремента указана не верно упущена.

P0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Какие дополнительные обследования необходимы для подтверждения диагноза.

Э - Биохимический анализ крови с определением уровня мочевины, креатинина, фибриногена, проведение МСКТ, ДГ почек, экскреторной урографии.

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 Чем обусловлена клиническая картина.

Э - Клиническая картина обусловлена обтурацией камнем пиелоретерального сегмента слева, быстрым повышением внутрилоханочного и интерстициального давления.

P2 - Этиология развития заболевания в данном случае определена и обоснована верно.

P1 - Этиология развития заболевания в данном случае определена верно, но обоснована не полностью.

P0 - Этиология развития заболевания в данном случае определена не верно.

В 4 Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.

Э - Своевременная профилактика, диагностика и лечение мочекаменной болезни, здоровый образ жизни, необходимо избегать однообразного питания, малого употребления жидкости.

Р2 - Мероприятия по первичной профилактике заболевания указаны верно и в полном объеме.

Р1 - Мероприятия по первичной профилактике заболевания указаны верно, но не в полном объеме, часть мероприятий упущена или определена неверно.

Р0 - Мероприятия по первичной профилактике заболевания указаны неверно.

В 5 Определите лечебную тактику

Э - Учитывая размеры камня необходимо срочное восстановление пассажа мочи из левой почки катетеризацией/стентированием мочеточника, лоханки левой почки, либо пункционной нефропиелостомией с последующим проведением ДЛТ, КЛТ либо открытой пиелолитотомией.

Р2 - Лечебный алгоритм определен верно и в полном объеме.

Р1 - Лечебный алгоритм определен верно, но не в полном объеме, часть лечебных мероприятий указана неверно или не указана совсем.

Р0 - Лечебный алгоритм определен неверно.

№47: Больной 45 лет доставлен в ГБ с жалобами на интенсивные боли в поясничных областях, больше справа, повышением температуры тела до 37,8°C. Из анамнеза выяснено, что многие годы лечится амбулаторно по поводу подагры, мочекишечного диатеза и хронического пиелонефрита. После употребления алкоголя, обильной мясной пищи 2 дня тому назад заметил появление мочи кирпично-красного цвета и отметил уменьшение ее количества. При осмотре: общее состояние средней тяжести, кожные покровы сухие, наблюдается деформация 1 плюснефаланговых суставов стоп без отека и гиперемии кожи. Температура тела – 37,9°C. Пульс 98 уд./мин, АД – 160/80 мм. рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий болезненный в пояснично-подреберных областях, больше справа. Почки четко не пальпируются. Симптом XII ребра слабо (+) с обеих сторон. ОАМ: лейкоциты ед. в поле зрения, эритроциты до 10 в п/зр, соли ураты +++++. ОАК: Hb – 110г/л; L- 12,9x10⁹/л. без сдвига формулы, СОЭ 36 мм/час. На обзорной урограмме теней подозрительных на конкремент в проекции органов мочевой системы не выявлено. При УЗИ почек отмечается 2-стороннее расширение чашечно-лоханочных систем с обеих сторон и нижней трети правого мочеточника где визуализируется гиперэхогенное включение до 0,5 см в диаметре.

В 1 Установите предварительный диагноз

Э - Острая уратная нефропатия, мочевого криз с развитием острой интратенальной и постренальной почечной недостаточности, уратный нефролитиаз, уратный камень нижней трети правого мочеточника.

Р2 - Диагноз поставлен верно.

Р1 - Диагноз поставлен не полностью, часть нозологий упущена

Р0 - Диагноз поставлен неверно.

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

Э - Острая почечная недостаточность на фоне отравления суррогатами алкоголя, пищевыми продуктами.

Р2 - Заболевания для дифференциального диагноза указаны верно и в полном

объеме.

P1 - Заболевания для дифференциального диагноза указаны верно, но уточняющие факторы упущены.

P0 - Заболевания для дифференциального диагноза указаны не верно или не указаны совсем.

В 3 Какие дополнительные обследования необходимы для подтверждения диагноза.

Э - Для уточнения диагноза необходимо провести общий анализ мочи и крови, биохимический анализ крови (уровень азота мочевины, креатинина, мочевой кислоты), УЗИ и ДГ почек, мочеточников, мочевого пузыря, МСКТ, катетеризация/стентирование правого мочеточника.

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 лечебную тактику для данного случая.

Э - Консервативная терапия: спазмолитики, анальгетики, катетеризация/стентирование правого мочеточника, при восстановлении пассажа мочи из правой почки - антибактериальная, детоксикационная, инфузионная терапия; препараты как для растворения мочевых камней (аллопуринол), так и для улучшения микроциркуляции; мочегонные препараты. При отсутствии эффекта от терапии - гемодиализ, гемосорбция.

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 часть факторов упущена.

P0 - Мероприятия по первичной профилактике заболевания указаны не верно.

№48: К терапевту обратился пациент 22 лет с жалобами на тупые боли в правой поясничной области, повышение температуры тела до 39,0°C и познабливание, снижение аппетита, тошноту и рвоту, слабость и потливость. Накануне лечился у хирурга по поводу фурункула правого предплечья, который и вскрывал гнойник. Состояние больного ухудшилось после 2 недель лечения - появилась гипертермия. Объективно: состояние средней тяжести. Температура тела 38,7 °C. Кожа и видимые слизистые обычной окраски, в средней трети правого предплечья на месте вскрытого фурункула имеется чистая, инфильтрации тканей нет. Визуально и рентгенологически со стороны зева, органов грудной клетки изменений не выявлено. Живот не вздут, мягкий, незначительно болезненный в правой подреберно-поясничной области. Почки не пальпируются, симптом XII ребра(-)с обеих сторон. ОАМ: лейкоцитов4-5в поле

зрения, эритроцитов –2-3в п/зр., соли оксалаты +++ . ОАК: НВ-110г/л; Л - 12, 8×10^9 /л, сдвига лейкоцитарной формулы нет, СОЭ 12 мм/ч. УЗИ почек: расширения ЧЛС не выявлено, нечетко лоцируется контур верхнего полюса правой почки, подвижность почки не снижена.

В 1 Установите предварительный диагноз

Э - Острый первичный серозный правосторонний пиелонефрит, возможно с формированием карбункула верхнего полюса правой почки.

P2 - Диагноз поставлен верно.

P1 - Диагноз поставлен не полностью, часть нозологий упущена

P0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Определите патогенез данного заболевания.

Э - При наличии первичного гнойного очага (фурункула правого предплечья) инфекция (скорее всего в данном случае – высокопатогенный плазмокоагулирующий стафилококк) гематогенным путем попала в паренхиму правую почку, развитию острого пиелонефрита способствовало и переохлаждение больного.

P2 - Патогенез данного заболевания определен верно и в полном объеме.

P1 - Патогенез данного заболевания определен верно, но часть элементов упущена.

P0 - Патогенез данного заболевания определен не верно.

В 3 Какие нужны дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.

Э - Биохимический анализ крови с определением мочевины, креатинина, фибриногена; ДГ почек, МСКТ с контрастированием, обзорная, экскреторная урография, в том числе и экскурсионная; бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам.

P2 - Указаны все дополнительные методы обследования в полном объеме.

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

P0 - Дополнительные методы обследования не указаны или указаны неверно.

В 4 Тактика лечения в данном случае.

Э - Срочная госпитализация в урологическое отделение, проведение патогенетической парентеральной антибактериальной, противовоспалительной, дезинтоксикационной, инфузионной терапий. При отсутствии эффекта от проводимой терапии в течение 1-1,5суток показано открытое оперативное вмешательство: ревизия почки с возможной декапсуляцией, рассечением/иссечением карбункула, дренированием чашечно-лоханочной системы, забрюшинного пространства.

P2 - Тактика лечения в данном случае определена верно, в полном объеме.

P1 - Тактика лечения в данном случае определена верно, но часть лечебных мероприятий упущена.

P0 - Тактика лечения в данном случае определена не верно.

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.

P2 - Рецепт выписан верно.

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

P0 - Рецепт выписан неверно.

№49: Больная 68 лет обратилась повторно к хирургу с жалобами на тупые боли в левой поясничной области, слабость, потливость, повышение температуры тела до 39,0° С, ознобы, снижение аппетита, тошноту и рвоту. Из анамнеза известно, что лечилась у хирурга по поводу абсцесса области левого плеча. После вскрытия гнояника на фоне проводимой антибактериальной терапии чувствовала себя удовлетворительно, хотя сохранялся субфебрилитет. Состояние пациентки ухудшилось 5 дней тому назад - появилась гипертермия. После приема аспирина наблюдалось лишь небольшое снижение температуры тела, а со вчерашнего дня гипертермия сопровождается потрясающими ознобами. Объективно: состояние больной тяжелое. Температура тела 39,7°С, тахикардия, АД90/50 мм.рт.ст. Кожа и видимые слизистые бледно-розовой окраски, в области левого плеча на месте

абсцесса – чистая поверхностная рана, вокруг него - незначительная инфильтрация подкожной клетчатки. Визуальных и рентгенологических изменений со стороны зева, органов грудной клетки не выявлено. Живот при пальпации мягкий, отмечается болезненность, напряжение мышц в левой пояснично-подреберной области. Почки не пальпируются, положительный симптом XII ребра слева. Отмечается сглаженность левой поясничной области. ОАК:НВ-110г/л; умеренно выраженный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, СОЭ – 52 мм/ч. На обзорной урограмме теней подозрительных на конкременты в проекции почек, по ходу мочевых путей, а так же контур левой поясничной мышцы не определяются. Отмечается выраженный сколиоз. УЗИ почек: деформация наружного контура левой почки, снижение подвижности ее при отсутствии расширения ЧЛС. Выявлена повышенная гидрофильность паренхимы левой почки, в верхнем и среднем сегментах ее зоны пониженной эхогенности с жидкостными включениями.

В 1 Установите предварительный диагноз

Э - Острый первичный гнойный левосторонний пиелонефрит, не исключаются карбункулы левой почки, эндотоксический шок.

P2 - Диагноз поставлен верно.

P1 - Диагноз поставлен не полностью, часть нозологий упущена

P0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Укажите причину и механизм развития данного заболевания.

Э - Высокопатогенный золотистый или белый стафилококк из гнойного очага в области левого плеча гематогенным путем попал в паренхиму левой почки, привел к развитию острого левостороннего пиелонефрита, а отсутствие адекватного своевременного лечения в условиях переохлаждения способствовало быстрому развитию деструктивных процессов в очагах воспаления.

P2 - Причина развития заболевания и механизм указаны полностью, верно.

P1 - Причина развития заболевания и механизм указаны верно, но не полностью, часть элементов упущена.

P0 - Причина развития заболевания и механизм указаны не верно.

В 3 Какие нужны дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.

Э - Биохимический анализ крови с определением мочевины, креатинина, фибриногена; экходоплерография левой почки, МСКТ с контрастированием; обзорная, экскреторная урография, в том числе и экскурсионная, бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности микроорганизмов антибактериальным препаратам.

P2 - Указаны все дополнительные методы обследования в полном объеме.

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

P0 - Дополнительные методы обследования не указаны или указаны неверно.

В 4 Тактика лечения в данном конкретном случае.

Э - Срочная госпитализация в урологическое отделение, предоперационная подготовка к неотложному хирургическому вмешательству (проведение противошоковой, патогенетической, противовоспалительной, дезинтоксикационной, инфузионной терапии). При сохранности функции противоположной почки, множественных карбункулах левой почки у пожилых больных целесообразно выполнение нефрэктомии.

P2 - Тактика лечения в данном случае определена верно, в полном объеме.

P1 - Тактика лечения в данном случае определена верно, но часть лечебных мероприятий упущена.

P0 - Тактика лечения в данном случае определена не верно.

В 5 Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике.

Э - Адекватное лечение абсцесса левого плеча для предупреждения гематогенного распространения высокопатогенной инфекции.

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

P1 - Мероприятия по первичной профилактике заболевания указаны верно, но часть факторов упущена.

P0 - Мероприятия по первичной профилактике заболевания указаны не верно.

№50: Больная 50 лет обратилась к урологу с жалобами на боли в левой поясничной области, учащенное болезненное мочеиспускание, повышение температуры тела до 38,0°C с познабливанием, слабость, потливость. Указанные симптомы отмечает в течение недели. В анамнезе частые рецидивы цистита на протяжении 5 лет. Неоднократно курсами принимала антибактериальные препараты, спазмолитики и отвары мочегонных трав по назначениям врача-терапевта. Лечение приносило облегчение на некоторое время. Стойкая дизурия с выделением мутной мочи малыми порциями, субфебрилитет наблюдается в последний год. Объективно: состояние больной средней тяжести, пульс 90 уд./мин, АД110/60мм. рт.ст., язык обложен белым налетом, влажный. Живот мягкий, болезненный в левом подреберье, где отмечается напряжение мышц брюшной стенки. Пальпация передней стенки брюшной полости, области подреберья неинформативна из-за массивной подкожно-жировой клетчатки. Симптом XII ребра (+) слева. ОАМ: лейкоциты сплошь покрывают поле зрения. ОАК: НВ 90 г/л; Л - 15,9х10⁹/л умеренный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ - 46 мм/ч. Теней конкрементов в проекции органов мочевой системы на обзорной урограмме не выявлено. На экскреторных урограммах функция правой почки не нарушена. Чашечно-лоханочная система левой почки представлена в виде множественных полостей неправильной формы, мочеточник четко не визуализируется. Буллезный отек, гиперемия области устья левого мочеточника из которого выделяется густой гной в виде "пасты из тюбика" выявлены при цистоскопии.

В 1 Установите предварительный диагноз

Э - Поликавернозный нефротуберкулез, туберкулезный пионефроз слева.

P2 - Диагноз поставлен верно.

P1 - Диагноз поставлен не полностью, часть нозологий упущена

P0 - Диагноз поставлен неверно.

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

Э - Биохимический анализ кров: уровень креатинина, азота мочевины, калия; посев

мочи на ВК; рентгенография органов грудной клетки; МСКТ с контрастированием, ретроградная уретеропиелогграфия слева.

P2 - Указаны все дополнительные методы обследования в полном объеме.

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

P0 - Дополнительные методы обследования не указаны или указаны неверно.

В 3 Чем обусловлена клиническая картина.

Э - Запущенным поликавернозным туберкулезом, туберкулезным пионефрозом слева вследствие неполного обследования по поводу часто рецидивирующего цистита, отсутствия консультации уролога, фтизиоуролога, своевременной диагностики нефротуберкулеза и адекватного специфического лечения.

P2 - Этиология развития заболевания в данном случае определена и обоснована верно.

P1 - Этиология развития заболевания в данном случае определена верно, но обоснована не полностью.

P0 - Этиология развития заболевания в данном случае определена не верно.

В 4 Возможные осложнения данного заболевания.

Э - Туберкулез мочевого пузыря, сморщивание последнего, вторичная генерализация туберкулеза.

P2 - Осложнения указаны верно.

P1 - Осложнения указаны верно, но некоторые патологические состояния не указаны.

P0 - Осложнения указаны не верно.

В 5 Тактика лечения в данном конкретном случае.

Э - Неоадьювантная, противотуберкулезная и полихимиотерапия не менее 10 дней с последующей нефрэктомией слева.

P2 - Тактика лечения в данном случае определена верно, в полном объеме.

P1 - Тактика лечения в данном случае определена верно, но часть лечебных мероприятий упущена.

P0 - Тактика лечения в данном случае определена не верно.

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ (КЛИНИЧЕСКОЙ) ПРАКТИКИ (БАЗОВАЯ ЧАСТЬ):

а) основная и дополнительная литература:	
1. Урология / А. И. Неймарк, Б. А. Неймарк, А. В. Давыдов [и др.] ; под редакцией А. И. Неймарк. — 2-е изд., стер. — Санкт-Петербург : Лань, 2023. — 172 с. — ISBN 978-5-507-45578-2. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/276440 2. Урология : учебник / А. В. Строцкий, А. А. Жебентяев, Н. А. Нечипоренко [и др.] ; под редакцией А. В. Строцкого. — 3-е изд., испр. — Минск : Новое знание, 2024. — 304 с. — ISBN 978-985-24-0708-3. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/513963 3. Нечипоренко, Н. А. Урология : учебное пособие / Н. А. Нечипоренко, А. Н. Нечипоренко, В. А. Филиппович. — Гродно : ГрГМУ, 2025. — 228 с. — ISBN 978-985-595-958-9. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/518464 4. Урология : учебное пособие / А. В. Строцкий, А. А. Жебентяев, Н. А. Нечипоренко, Д. Н. Руденко ; под редакцией А. В. Строцкого. — Минск : Новое знание, 2016. — 224 с. — ISBN 978-985-475-786-5. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/90704 5. Боковой, С. П. Неотложная урология : руководство / С. П. Боковой. — Архангельск : СГМУ, 2015. — 124 с. — ISBN 978-5-91702-202-4. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/365297 6. Чумаков, П. И. Урология: симптомы, диагноз, лечение : учебно-методическое пособие / П. И. Чумаков, Р. С. Францев, И. В. Павленко. — Ставрополь : СтГМУ, 2022. — 124 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/359792 7. 7.Общая и детская урология-андрология : учебное пособие / А. В. Гудков, В. С. Бощенко, С. П. Селиванов [и др.]. — Томск : СибГМУ, 2020. — 108 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/276278	https://e.lanbook.com
б) 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 МЕДВЕСТИК https://medvestnik.ru/	
в) 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	

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРАКТИКИ:

Наименование специальных помещений	Оснащенность специальных помещений	Перечень программного обеспечения. Реквизиты подтверждающего документа
Помещение, предусмотренное для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанное с медицинскими вмешательствами, оснащенное специализированным оборудованием и медицинскими изделиями, для проведения практических занятий, клинических практических занятий, практик Общество с ограниченной ответственностью «Мой медицинский центр Высокие технологии» (188632, Ленинградская область, м.р-н Всеволожский, с.п. Юкковское, тер. Клиника Белоостров, зд. 1, к. 1)	Стерилизатор паровой Автоклав MELAG Vacuklav 23 B+ Анализатор биохимический многоканальный ИВД, для использования вблизи пациента, с питанием от батареи Анализатор i-STAT 1 Analyzer (Model № 300-G) Анализатор газов крови ИВД, лабораторный, полуавтоматический Анализатор газов крови и электролитов лабораторный медицинский Gastat-navi Антистатическая клапанная камера/спейсер VORTEX тип 051 Апекслокатор эндодонтический Апекслокатор Райпекс 6 (Raupex 6) Аппарат высокочастотной искусственной вентиляции легких TwinStream Аппарат для гальванизации и лекарственного электрофореза автоматизированный "ЭЛФОР-ПРОФ" Аппарат для измерения артериального давления с детскими манжетами Omron M2 Basic с универсальной манжетой Аппарат рентгеновский диагностический цифровой передвижной GM85 Аппарат рентгеновский интраоральный HELIODENT Plus Аппарат для коротковолновой терапии Curapuls Аппарат для микроволновой терапии Radarmed 950+ Аппарат для пневмокомпрессорной профилактики тромбоэмболических осложнений и лимфостаза Physio 3 Pro Аппарат для проведения интрааортальной контрпульсации AC3 Optimus Аппарат искусственного кровообращения Stockert S5	

	Аппарат электрохирургический ArthroCare моделей: Coblator II Аппарат для электротерапии лимфатической и венозной систем, в исполнении «BodyDrain» Аппарат искусственной вентиляции лёгких Puritan Bennett 560 Аппарат криотерапевтический Cryo-6 Аппарат лазерный терапевтический HIRO TT Аппарат квантовый медицинский портативный диодный лазер A.R.C. Laser Аппарат магнитотерапии MAGCELL® с принадлежностями Аппарат ударно-волновой терапии BTL-5000 SWT Аппарат ультразвуковой диагностический серии М с принадлежностями, вариант исполнения: M9T Аудиометр импедансный Titan Бактерицидный облучатель/очиститель воздуха/устройство для обеззараживания и (или) фильтрации воздуха и (или) дезинфекции поверхностей "ОРУБН-3-3-"КРОНТ" (ДЕЗАР-3) Весы напольные медицинские электронные ВМЭН-150 Весы электронные для детей до 1 года ВЭНД-01-"Малыш"-15-С-5-Рм-А Дефибриллятор BeneHeart D3 Изделия для дыхательной и кислородной терапии АРЕХМЕД (мешки дыхательные реанимационные) Измерители артериального давления CS Medica CS-107 Ингалятор ультразвуковой UN-231 Коагулометр портативный «КоагуЧек ИксЭс» (CoaguChek XS) Комплекс для многосуточного мониторингирования ЭКГ (по Холтеру) и АД "Кардиотехника-07" Инфузомат BeneFusion eSP Насос шприцевой BeneFusion eSP Комплект противошоковый КПШ Контейнер (бак) многоразовый для сбора, хранения и транспортирования медицинских отходов классов А, Б, В, Г МК-03 «МедКом» (вид 123680), объемом 35,0 Контейнеры для хранения стерильных инструментов и материала Ermis Кресло для забора крови ДМ-5-004-01	
--	---	--

	Кровати функциональные с принадлежностями BETA 3LA450H Кушетка ДМ-5-001-01 Медицинский стол (тележка с полками) М-СС-80 Мойка медицинская ДМ-6-011-04 Оборудование эндоскопическое Karl Storz для визуализации и обработки изображения с принадлежностями IMAGE1 S CONNECT Набор-укладка многокомпонентная хирургическая одноразовая стерильная "ЗДРАВМЕДТЕХ" Набор хирургический малый Насос шприцевой BeneFusion eSP Негатоскоп медицинский, с электропитанием "Armed": 1-кадровый Набор бужей уретральных по DITTEL Облучатели-рециркуляторы воздуха ультрафиолетовые бактерицидные ОРУБ-3-3-«КРОНТ» Пикфлоуметр VITALOGRAPH Подушка кислородная марки MERIDIAN 40л Портативный пульсоксиметр MD300C2 Портативный электрокардиограф ELI 150C Ростомер РП Сейф для хранения лекарственных препаратов (шкаф с ключом) ДМ-6-001-07 Система высокоинтенсивной магнитотерапии BTL-6000 Super Inductive System Elite Сигнализатор паров этанола пороговый Lion Alcoblow Система инфузионная BeneFusion eVP Система мониторинга физиологических показателей BeneVision N1 Система ультразвуковая диагностическая медицинская Logiq e R8 Спирограф SpiroScout Стетофонендоскоп Duplex 2.0 Стимулятор магнитный ритмический "Neuro-MSX" Стойки инфузионные KaWe Столик процедурный передвижной ДМ-6-010-19 Стол перевязочный UniBase 30 Стол операционный UniBase 30 Термометр медицинский Omron Eco Temp Basic Холодильник для хранения	
--	---	--

	медикаментов ХФ-250-2 «Позис» Центральная система мониторинга BeneVision Экспресс-анализатор (глюкометр) портативный для определения уровня сахара в крови "Акку-Чек Актив" (Accu-Chek Active) Электрокардиограф ELI 150C Устройство для вспомогательного кровообращения Xenios Console с принадлежностями Штатив для длительных инфузионных вливаний на трех опорах ШВ-"ДЗМО"	
--	---	--

8. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОХОЖДЕНИЮ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ (КЛИНИЧЕСКОЙ) ПРАКТИКИ (БАЗОВАЯ ЧАСТЬ)

Контроль за участием ординаторов в оказании медицинской помощи гражданам осуществляет руководитель практики, назначенный из числа педагогических работников, который несет ответственность за проведение практической подготовки.

При прохождении производственной (клинической) практики (базовая часть) ординаторы ведут дневник ординатора, который содержит краткое описание курируемых больных (диагнозы заболеваний), перечень выполненных видов работ за период практики, в том числе диагностические и лечебные мероприятия; освоенные умения и практические навыки, приобретенные за период практики.

Подробные методические рекомендации по прохождению практики содержатся в методических материалах ОПОП ВО «Методические рекомендации по прохождению производственной (клинической) практики».

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

Для обучающихся-инвалидов и обучающихся-лиц с ограниченными возможностями здоровья выбор мест прохождения практик должен учитывать состояние здоровья и требования по доступности.

Создание безбарьерной среды должно учитывать потребности следующих категорий инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья:

- с нарушениями зрения;
- с нарушениями слуха;
- с ограничением двигательных функций.

Обеспечение доступности прилегающей к образовательной организации территории, входных путей, путей перемещения внутри здания для различных нозологий.

Территория организации места проведения практики должна соответствовать условиям беспрепятственного, безопасного и удобного передвижения маломобильных обучающихся, обеспечения доступа к зданиям и сооружениям, расположенным на нем. Требуется обеспечить доступность путей движения, наличие средств информационно-навигационной поддержки, дублирование лестниц пандусами или подъемными устройствами, оборудование лестниц и пандусов поручнями, контрастная окраска дверей и лестниц, выделение мест для парковки автотранспортных средств инвалидов.

В зданиях, предназначенных для прохождения практики обучающимися-инвалидами и обучающимися-лицами с ограниченными возможностями здоровья, требуется обеспечить

как минимум один вход, доступный для лиц с нарушением опорно-двигательного аппарата. Помещения, где могут находиться люди на креслах-колясках, следует размещать на уровне доступного входа. При ином размещении помещений по высоте здания, кроме лестниц, следует предусматривать пандусы, подъемные платформы для лиц с нарушением опорно-двигательного аппарата или лифты.

Комплексная информационная система для ориентации и навигации лиц с нарушением зрения в архитектурном пространстве организации должна включать визуальную, звуковую и тактильную информацию.

Наличие специальных рабочих мест для обучающихся-инвалидов и обучающихся-лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Оборудование специальных учебных мест предполагает увеличение размера зоны на одно место с учетом подъезда и разворота кресла-коляски, увеличения ширины прохода между рядами столов, замену двухместных столов на одноместные.

Наличие оборудованных санитарно-гигиенических помещений для обучающихся различных нозологий.

В организации проведения практики необходимо обустройство минимум одной туалетной кабины доступной для маломобильных обучающихся. В универсальной кабине и других санитарно-бытовых помещениях, предназначенных для пользования всеми категориями обучающихся-инвалидов и обучающихся-лиц с ограниченными возможностями здоровья следует предусматривать возможность установки откидных опорных поручней, штанг, поворотных или откидных сидений.

Наличие системы сигнализации и оповещения для обучающихся различных нозологий.

Проектные решения зданий организаций должны обеспечивать безопасность маломобильных обучающихся в соответствии с требованиями СНиП 21-01 и ГОСТ 12.1.004, с учетом мобильности обучающихся-инвалидов и обучающихся-лиц с ограниченными возможностями здоровья различных категорий, их численности и места нахождения в здании.

Особое внимание уделяется обеспечению визуальной, звуковой и тактильной информацией для сигнализации об опасности и других важных мероприятиях.

Пути движения к помещениям, зонам и местам обслуживания внутри здания должны соответствовать нормативным требованиям к путям эвакуации людей из здания.

При наличии среди обучающихся, проходящих практику, инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья обеспечиваются следующие материально-технические условия.

Наличие звукоусиливающей аппаратуры, мультимедийных средств и других технических средств приема-передачи учебной информации в доступных формах для ординаторов с нарушениями слуха.

Для слабослышащих обучающихся использование сурдотехнических средств является средством оптимизации учебного процесса, средством компенсации утраченной или нарушенной слуховой функции.

Технологии беспроводной передачи звука (FM-системы) являются эффективным средством для улучшения разборчивости речи в условиях профессионального обучения.

Помещения, в которых проходят практику обучающиеся с нарушением слуха, при необходимости будут оборудованы, компьютерной техникой, аудиотехникой (акустический усилитель и колонки), видеотехникой (мультимедийный проектор, телевизор), электронной доской, документ-камерой, мультимедийной системой. Особую роль в обучении слабослышащих также играют видеоматериалы.

При необходимости предусматривается применение брайлевской компьютерной техники, электронных луп, видеоувеличителей, программ невидимого доступа к информации, программ-синтезаторов речи и других технических средств приема-передачи учебной информации в доступных формах для лиц с нарушениями зрения.

Компьютерные тифлотехнологии базируются на комплексе аппаратных и программных средств, обеспечивающих преобразование компьютерной информации в доступные для незрячей и слабовидящей формы (звуковое воспроизведение, рельефно-точечный или укрупненный текст), и позволяют им самостоятельно работать на обычном персональном компьютере с программами общего назначения.

Программно-технические средства для лиц с нарушениями зрения, условно делятся на две группы: средства для усиления остаточного зрения и средства преобразования визуальной информации в аудио и тактильные сигналы.

Для слабовидящих обучающихся в аудиториях при необходимости будет предусмотрена возможность просмотра удаленных объектов (например, текста на доске или слайда на экране) при помощи видеоувеличителей для удаленного просмотра.

Наличие компьютерной техники, адаптированной для инвалидов и лиц с ОВЗ со специальным программным обеспечением, альтернативных устройств ввода информации и других технических средств приема-передачи учебной информации в доступных формах для лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Для обучающихся с нарушениями опорно-двигательного аппарата при необходимости будет предусмотрено использование альтернативных устройств ввода информации.

Рекомендуется использовать специальные возможности операционной системы Windows, таких как экранная клавиатура, с помощью которой можно вводить текст, настройка действий Windows при вводе с помощью клавиатуры или мыши.

Лист регистрации изменений

Номер изменения	Номера листов			Основание для внесения изменений	Подпись	Дата	Дата введения изменения
	замененных	новых	аннулированных				

УТВЕРЖДЕНА

Директор
ЧОУ ДПО «Научно-образовательный
Институт ММЦ»

 Фомина М.В.

«23» 03 2026 г.



ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ



Сертификат: 028DE39600D1B336874C86699DA48FEF6D
Владелец: ФОМИНА МАРИЯ ВЛАДИМИРОВНА
Действителен: с 13.01.2026 до 13.04.2027

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ПРАКТИКИ
основной профессиональной образовательной программы
высшего образования – уровень подготовки кадров высшей квалификации
(ординатура)

Специальность: 31.08.68 Урология

«ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ (КЛИНИЧЕСКАЯ) ПРАКТИКА
(ВАРИАТИВНАЯ ЧАСТЬ)»

Длительность обучения: 432 академических часа

Трудоемкость: 12 ЗЭТ

Форма обучения: очная

Санкт-Петербург

2026 г.

1. ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ

1.1. Цели и задачи практики

Цели практики:

Расширение и улучшение практических умений и навыков по специальности 31.08.68 Урология, полученных в процессе обучения в ординатуре, формирование профессиональных компетенций врача-уролога, приобретение дополнительного опыта в решении профессиональных задач.

Задачи практики:

Закрепить и дополнить у обучающихся компетенции, включающие в себя способность/готовность:

1. К осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;
2. К проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения;
3. К проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях;
4. К применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков;
5. К определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем;
6. К ведению и лечению пациентов с урологическими заболеваниями;
7. К оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации;
8. К применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации;
9. К формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;
10. К применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях;
11. К участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей;
12. К организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации.

1.2. Место практики в структуре основной профессиональной образовательной программы

Производственная (клиническая) практика (вариативная часть) относится к вариативной части Блока 2 «Практики» ОПОП ВО по специальности 31.08.68 Урология.

Производственная (клиническая) практика (вариативная часть) проводится дискретно.

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

Урология

Знания: методов опроса, физикального осмотра, клинического обследования урологического больного в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания; особенностей биохимических, инструментальных, патологоанатомических исследований у урологических больных; основных симптомов и синдромов урологических заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра; этиологии, патогенеза и мер профилактики наиболее часто встречающихся урологических заболеваний; современной классификации урологических заболеваний; клинической картины, особенностей течения и возможных осложнений наиболее распространенных урологических заболеваний; методов диагностики, диагностических возможностей методов непосредственного исследования урологического больного; современных методов клинического, лабораторно-инструментального обследования урологических больных (включая эндоскопические, рентгенологические методы ультразвуковую диагностику); современных методов применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания у пациентов с урологическими заболеваниями в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара; механизмов действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, медицинских показаний и противопоказаний к их применению у урологических больных; осложнений, вызванных их применением; современных методов немедикаментозного лечения урологических заболеваний в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара.

Умения: проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование урологического больного в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания; интерпретировать результаты современных лабораторно-инструментальных исследований, морфологического анализа биопсийного, операционного и секционного материала при урологических заболеваниях; выявлять у урологических пациентов основные патологические симптомы и синдромы урологического заболевания; определять у пациента основные патологические состояния, симптомы, синдромы урологического заболевания, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра; поставить предварительный диагноз; наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достаточного результата; подобрать индивидуальный вид оказания помощи урологическому пациенту в соответствии с ситуацией, оказать первичную помощь, сформулировать направление на госпитализацию; сформулировать клинический диагноз; разработать план лечения, с учетом протекания болезни и ее лечения; составлять план лечения урологического заболевания с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, и клиническими рекомендациями (протоколами лечения) в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара; назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание больным с урологическими заболеваниями с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи и клиническими рекомендациями в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара; оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания у пациентов с урологическими заболеваниями

Навыки: владения методами общеклинического обследования урологических больных; методикой постановки урологического диагноза на основании результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований и с учетом

законов течения урологического заболевания; методами диагностики основных патологических состояний, симптомов, синдромов урологических заболеваний, анализом результатов обследования, алгоритмом формулировки клинического диагноза, в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем способностью синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих; анализом информации о клинической картине, особенностях течения и возможных осложнениях наиболее распространенных урологических заболеваний; сопоставлением данных клинической картины наиболее распространенных урологических заболеваний с результатами лабораторно-инструментальных методов исследования; навыком определения тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами в зависимости от клинико-лабораторных данных; навыками организации персонализированного лечения урологического пациента, в том числе беременных женщин, пациентов пожилого и старческого возраста, оценки эффективности и безопасности лечения в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара

Общественное здоровье и здравоохранение

Знания: взаимоотношения «врач-пациент», взаимоотношения в коллективе; морально-этические нормы, правила и принципы профессионального врачебного поведения, права пациента и врача, основы современного медицинского законодательства; принципы ведения дискуссий в условиях плюрализма мнений и основные способы разрешения конфликтов; основные направления психологии, психологию личности и малых групп; основные принципы маркетинга медицинских услуг; основные направления психологии, психологию личности и малых групп; основы организации профилактики; основы организации медицинской деятельности; основы применения статистического метода; возможности использования статистических показателей при оценке состояния здоровья населения и деятельности медицинских организаций.

Умения: обеспечивать рабочие отношения с другими членами коллектива; организовать работу младшего и среднего медицинского персонала в медицинских организациях; применять нормы законодательства в конкретных практических ситуациях; соблюдать и защищать права врачей и пациентов; соблюдать правила поведения врача с позиций современного маркетинга; планировать собственную деятельность и работу рабочей группы; давать распоряжения персоналу; осуществлять контроль исполнения; проводить базовую статистическую обработку данных; анализировать и оценивать качество медицинской помощи, состояние здоровья населения и влияние на него факторов окружающей и производственной среды.

Навыки: изложения собственной точки зрения, анализа и логического мышления, морально-этической аргументации, ведения дискуссий и круглых столов, применения принципов врачебной деонтологии и медицинской этики; навыками информирования пациентов и их родственников в соответствии с требованиями правил «информированного согласия»; общения с людьми; формирования приказов; формирования планов, принятия решений; применения показателей, характеризующих состояние здоровья населения, и результатов деятельности организаций и подразделений здравоохранения, навыками владения методикой расчета показателей медицинской статистики.

Педагогика

Знания: нормативно-правовой базы организации обучения по направлению здравоохранение, психологических основ обучения, основных принципов дидактики; психологических аспектов мотивации к сохранению здоровья, основных понятий теории личности.

Умения: планировать проведение семинарских и практических занятий; планировать проведение профилактических встреч.

Навыки: подготовки правильно построенных презентаций для использования в учебном процессе; подготовки правильно построенных презентаций для использования в просветительной работе.

Гигиена и эпидемиология чрезвычайных ситуаций

Знания: принципов предупреждения возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий; принципов организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, правил оказания медицинской помощи при стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях; современных методов, средств, способов проведения лечебно-эвакуационных мероприятий при оказании медицинской помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях; организации медико-санитарного обеспечения населения при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций; санитарно-гигиенических и противоэпидемиологических мероприятий при эвакуации населения; мероприятий по защите населения при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях; правил и порядков медицинской эвакуации; принципов сортировки пострадавших в чрезвычайных ситуациях.

Умения: проводить профилактические и противоэпидемические мероприятия; организовывать защиту населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки; оказывать медицинскую помощь при стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях; выполнять лечебно-эвакуационные мероприятия по оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, определять вид и объем оказываемой медицинской помощи пострадавшим; оказывать врачебную помощь пострадавшим в очагах поражения при чрезвычайных ситуациях и на этапах медицинской эвакуации; проводить сердечно-легочную реанимацию при терминальных состояниях; проводить мероприятия противошоковой терапии; организовать медицинскую помощь и эвакуацию при чрезвычайных ситуациях.

Навыки: владения методами оценки медико-тактической обстановки в очагах чрезвычайных ситуаций и очагах массового поражения; методикой проведения основных мероприятий по защите пациентов от поражающих факторов чрезвычайных ситуаций; навыками организации и проведения основных мероприятий по санитарной и специальной обработке; методикой оценки состояний угрожающих жизни; алгоритмом проведения медицинской сортировки, способами оказания медицинской помощи и медицинской эвакуации пострадавших; навыком выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях; методами оценки медико-тактической обстановки в очагах чрезвычайных ситуаций и очагах массового поражения; алгоритмом проведения медицинской сортировки, способами оказания медицинской помощи и медицинской эвакуации пострадавших в чрезвычайных ситуациях; навыками организации и проведения основных мероприятий по санитарной и специальной обработке методами ведения отчетной документации, способностями оценивать эффективность взаимодействия при ликвидации последствий чрезвычайной ситуации с другими службами ЧС.

Микробиология

Знания: принципов предупреждения возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий; принципов организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, правил оказания медицинской помощи при стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях.

Умения: проводить профилактические и противоэпидемические мероприятия; организовывать защиту населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении

радиационной обстановки; оказывать медицинскую помощь при стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях.

Навыки: владения методами оценки медико-тактической обстановки в очагах чрезвычайных ситуаций и очагах массового поражения; методикой проведения основных мероприятий по защите пациентов от поражающих факторов чрезвычайных ситуаций; методикой организации и проведения основных мероприятий по санитарной и специальной обработке.

А также знания, умения и навыки, формируемые дисциплинами по выбору вариативной части ОПОП ВО.

1.3. Место проведения практики

В соответствии с учебным планом практика проводится на 2 курсе.

Производственная (клиническая) практика (вариативная часть) проводится в организациях, осуществляющих деятельность в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации (далее – профильная организация).

Организация практической подготовки обучающихся в форме практики осуществляется на основании договора об организации практической подготовки обучающихся, заключаемого между Институтом и медицинской организацией либо организацией, осуществляющей производство лекарственных средств, организацией, осуществляющей производство и изготовление медицинских изделий, аптечной организацией, судебно-экспертным учреждением или иной организацией, осуществляющей деятельность в сфере охраны здоровья.

Для лиц с ограниченными возможностями здоровья (при наличии) выбор мест прохождения практик осуществляется с учетом состояния здоровья и требований по доступности.

Промежуточная аттестация по Производственной (клинической) практике (вариативная часть) может проводиться в Институте.

1.4. Способы проведения практики

Способы проведения производственной (клинической) практики (вариативная часть):

- стационарная;
- выездная.

Стационарная практика проводится в профильных организациях и учреждениях, расположенных на территории города Санкт-Петербург.

Выездной является практика, которая проводится за пределами места нахождения Института.

1.5. Роль производственной (клинической) практики (вариативная часть) в формировании компетенций выпускника

Производственная (клиническая) практика (вариативная часть) участвует в формировании у выпускников следующих профессиональных компетенций: ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9; ПК-10; ПК-11.

1.6. Требования к результатам освоения практики

№ п/п	Компетенции		В результате практики обучающиеся должны:		
	Индекс	Содержание	Знать	Уметь	Владеть
1	ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	1)основные мероприятия, направленные на укрепление здоровья, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	1)организовывать и проводить мероприятия, направленные на укрепление здоровья, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	1)основами формирования здорового образа жизни и мер первичной профилактики заболеваний человека
2	ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	1)основы организации и проведения различных методов скрининга социально значимых заболеваний 2)определять объём и последовательность исследований, обоснованно строить алгоритм обследования пациента	1)документировать диагностическую информацию, проводить описание результатов обследования с оформлением протокола исследования и заключения, квалифицированно оформлять медицинское заключение 2)давать рекомендации лечащему врачу о дальнейшем плане	1)современными методиками проведения исследования органов и систем человеческого организма в различные возрастные периоды 2)современными методиками архивирования, передачи и хранения результатов

				исследования больного	
3	ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	1)общие вопросы организации урологической помощи в РФ, организация работы скорой и неотложной помощи 2)анатомию, эмбриологию и топографическую анатомию мочевыделительной и мужской половой систем 3)основные вопросы нормальной и патологической физиологии мочевыделительной и мужской половой систем 4)причины возникновения патологических процессов в организме, механизмы их развития 5)клинические симптомы основных урологических заболеваний, критерии диагностики, принципы лечения и профилактики 6)основные методы параклинического обследования в урологической клинике, включая общие исследования, рентгенологические, магнитно-резонансные, радиоизотопные и ультразвуковые методы, уродинамические исследования 7)показания и противопоказания к проведению параклинического обследования	1)получить информацию о заболевании 2)применить объективные методы исследования 3)выявить общие и специфические признаки урологического заболевания 4)оценивать динамику симптоматики при ведении больных с заболеваниями мочевыделительной системы 5)оценить тяжесть состояния больного, в том числе определить необходимость реанимационных мероприятий 6) определить план реанимационных мероприятий 7)определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, функциональных), интерпретировать полученные данные, определить показания к госпитализации 8)провести дифференциальную диагностику основных урологических заболеваний 9)обосновать клинический диагноз, схему, план и тактику ведения больного 10)определить возможные	1)комплексом методов стандартного урологического обследования 2)основными принципами диагностики и лечения мочекаменной болезни 3)основными принципами диагностики и лечения эректильной дисфункции и мужского бесплодия 4)основными принципами диагностики и лечения инфекционно-воспалительных заболеваний мочевыделительной и мужской половой систем 5) основными принципами диагностики и лечения паразитарных заболеваний мочевыделительной и мужской половой систем 6) основными принципами диагностики и лечения туберкулеза мочевыделительной системы 7) основными принципами диагностики и лечения опухолей мочевыделительной и мужской половой систем 8) основными принципами

			урологического больного	показания/противоп оказания к оперативному лечению, определить объем и метод хирургического вмешательства	диагностики и лечения аномалий развития мочевыделительн ой и мужской половой систем 9) основными принципами диагностики и лечения травматических поражений мочевыделительн ой и мужской половой систем 10) основными принципами диагностики и лечения неотложных состояний в урологии
4	ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании урологической медицинской помощи	1) общие вопросы организации урологической помощи в РФ, организация работы скорой и неотложной помощи 2) анатомию, эмбриологию и топографическую анатомию мочевыделительной и мужской половой систем 3) основные вопросы нормальной и патологической физиологии мочевыделительной и мужской половой систем 4) причины возникновения патологических процессов в организме, механизмы их развития 5) клинические симптомы основных урологических заболеваний, критерии диагностики,	1) оценивать динамику состояния урологических больных 2) оценить тяжесть состояния больного, в том числе определить необходимость реанимационных мероприятий 3) определить план реанимационных мероприятий 4) определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, функциональных), интерпретировать полученные данные, определить показания к госпитализации 5) провести дифференциальную диагностику основных урологических заболеваний	1) комплексом методов стандартного урологического обследования 2) основными принципами диагностики и лечения мочекаменной болезни 3) основными принципами диагностики и лечения эректильной дисфункции и мужского бесплодия 4) основными принципами диагностики и лечения инфекционно- воспалительных заболеваний мочевыделительн ой и мужской половой систем 5) основными принципами диагностики и лечения паразитарных

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

		курортном лечении			
6	ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	Принципы формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	Формировать у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	принципами к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих
7	ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	1)законодательство РФ 2)Локальные номенклатурные акты учреждения 3)принципы организации урологической помощи населению РФ	1)организовать работу урологического отделения и смежных специалистов	1)применением законов и положений в сфере организации урологической помощи
8	ПК-11	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	1)законодательство РФ 2)Локальные номенклатурные акты учреждения 3)принципы организации урологической помощи населению РФ	1)оценивать качество медицинской помощи	1)применением законов и положений в сфере организации урологической помощи и медицинской статистики в отделениях урологического профиля

1.7. Форма контроля: зачет с оценкой, 2 курс.

2. ОБЪЁМ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ (КЛИНИЧЕСКОЙ) ПРАКТИКИ (ВАРИАТИВНАЯ ЧАСТЬ)

Общая трудоёмкость практики «Производственная (клиническая) практика (вариативная часть)» составляет 12 зачётных единиц.

Вид работы	Всего часов	2 курс
Контактная работа	32,2	32,2
Самостоятельная работа: выполнение работ в профильной организации, ведение дневника	399,8	399,8
Консультации в ходе практики	32	32
Промежуточная аттестация: <i>зачёт с оценкой (кчз)</i>	0,2	0,2
Общая трудоемкость, академ. час	432	432

3. СОДЕРЖАНИЕ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ (КЛИНИЧЕСКОЙ) ПРАКТИКИ (ВАРИАТИВНАЯ ЧАСТЬ)

Разделы производственной (клинической) практики (вариативная часть) по видам работ:

1. Работа в профильной организации

№ п/п	Тема	Вид деятельности	Формируемые профессиональные компетенции
1.1.	Заболевание почек и мочевыводящих путей	Участие в клинических разборах, разбор историй болезни, самостоятельный анализ лабораторных и инструментальных исследований.	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
1.2	Заболевания предстательной железы	Участие в клинических разборах, разбор историй болезни, самостоятельный анализ лабораторных и инструментальных исследований.	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
1.3	Заболевания наружных половых органов	Участие в клинических разборах, разбор историй болезни, самостоятельный анализ лабораторных и инструментальных исследований.	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
1.4	Онкоурология	Участие в клинических разборах, разбор историй болезни, самостоятельный анализ лабораторных и инструментальных исследований.	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
1.5	Клинико-диагностическое поликлиническое отделение	Участие в клинических разборах, разбор историй болезни, самостоятельный анализ лабораторных и инструментальных исследований.	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

4. ФОРМЫ ОТЧЁТНОСТИ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ (КЛИНИЧЕСКОЙ) ПРАКТИКЕ (ВАРИАТИВНАЯ ЧАСТЬ)

В соответствии с Положением о порядке проведения практики по программам подготовки кадров высшей квалификации – программам ординатуры в ходе практики ординатор ведет дневник, в структуру которого, в том числе, входит отчет по практике. Ежедневно дневник подписывается сотрудником профильной организации, непосредственно курирующим работу данного ординатора. По итогам прохождения практики ординатор сдает зачет с оценкой (дифференцированный зачет).

4.1. Отчет работы ординатора в профильной организации:

Виды работ в профильной организации	Всего часов:
	2 курс
Работа в профильной организации:	399,8
Работа в ... отделении	
Работа в ...	
Работа в ...	

4.2.

О Т Ч Ё Т

Ординатора _____ курса _____ о выполнении программы производственной (клинической) практики (вариативная часть)

Перечень видов работ, отрабатываемых в профильной организации

Перечень умений и навыков	Итоговое кол-во выполненных манипуляций
1. Первичная хирургическая обработка ран	
2. Люмботомия	
3. Декапсуляция почки	
4. Уретероскопия	
5. Эпицистостомия	
6. Цистолитотомия	
7. Чреспузырная аденомэктомия	
8. Циркумцизия,	
9. Рассечение крайней плоти при невправляемом парафимозе	
10. Дренирование кавернозных тел при приапизме	
11. Орхэктомия	
12. Эпидидимэктомия	
13. Операция при гидроцеле (Винкельмана)	
14. Операция при гидроцеле (Бергмана)	
15. Операция при варикоцеле (Иванисевича)	
16. Операция при варикоцеле (Мармара)	
17. Новокаиновая блокада семенного канатика	
18. Катетеризация мочевого пузыря	
19. Надлобковая пункция мочевого пузыря	

20.	Мультифокальная биопсия предстательной железы под контролем УЗИ	
-----	---	--

При проведении промежуточной аттестации в форме зачёта с оценкой по окончании практики учитываются следующие составляющие:

- оценка за ведение и оформление дневника практики, в том числе отчета;
- оценка руководителя от профильной организации за полноту отработки задания практики, проявленные личностные профессиональные характеристики и качество освоенных навыков;
- оценка по результатам собеседования с руководителем практики от Института.

По результатам обучения в ходе практической подготовки в форме практики, защиты отчетных документов, содержащихся в дневнике по практике, руководителем практики от Института фиксируются результаты освоения компетенции в Аттестационном листе.

Оценка руководителя практики от института заносится в ведомость/индивидуальную ведомость и зачетную книжку ординатора (за исключением оценки «неудовлетворительно»).

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

5.1. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ, ШКАЛЫ ОЦЕНИВАНИЯ ПО ВИДАМ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

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

п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
		выбор варианта решения		способа решения ситуационной задачи
	Тестовое задание	Система заданий, позволяющая стандартизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.	Фонд тестовых заданий по урологии	Критерии оценки вопросов теста в зависимости от типов формулируемых вопросов.

Практические навыки

Оценка «отлично» выставляется, если необходимые практические навыки, предусмотренные рабочей программой практики, сформированы полностью и подкреплены теоретическими знаниями.

Оценка «хорошо» выставляется, если необходимые практические навыки, предусмотренные рабочей программой практики, сформированы недостаточно, но подкреплены теоретическими знаниями без пробелов.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если необходимые практические навыки, предусмотренные рабочей программой практики, в основном сформированы, но теоретические знания освоены частично.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если необходимые практические навыки, предусмотренные рабочей программой практики, не сформированы

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.

5.2.ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

5.2.1. Оценочные средства для текущего контроля

№п/п	Перечень умений и навыков
1.	Анализировать социально-значимые проблемы и процессы, использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах своей профессиональной деятельности;
2.	Проводить логический и аргументированный анализ, выступать с публичной речью, вести дискуссию и полемику, редактировать тексты профессионального содержания, осуществлять воспитательную и педагогическую деятельность, способствовать сотрудничеству и разрешению конфликтов;
3.	Использовать методы управления, организовывать работу исполнителей, находить и принимать ответственные управленческие решения в рамках своей профессиональной компетенции;
4.	Осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну;
5.	Анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний в конкретной группе заболеваний;
6.	Составить план обследования пациента, осуществить постановку диагноза на основании диагностического исследования, провести дифференциальный диагноз;
7.	Выполнить основные лечебные мероприятия при наиболее часто встречающихся заболеваниях среди пациентов той или иной группы нозологических форм, способных вызвать тяжелые осложнения и (или) летальный исход: заболевания нервной, иммунной, сердечно-сосудистой, эндокринной, дыхательной, пищеварительной, мочеполовой систем и крови;
8.	Своевременно выявлять жизнеопасные нарушения, использовать методики их немедленного устранения, осуществлять противошоковые мероприятия;
9.	Назначить больным адекватное лечение в соответствии с поставленным диагнозом, осуществлять алгоритм выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии больным с инфекционными и неинфекционными заболеваниями, беременностью и родами;
10.	Применять различные реабилитационные мероприятия (медицинские, социальные, психологические) при наиболее распространенных патологических состояниях и повреждениях организма;
11.	Давать рекомендации по выбору оптимального режима двигательной активности и диеты в зависимости от морфофункционального статуса, определять показания и противопоказания к назначению средств лечебной физкультуры, физиотерапии, рефлексотерапии, фитотерапии;

12.	Оказать первичную специализированную помощь пациентам с травмами почек, мочеточников, мочевого пузыря, уретры, полового члена, органов мошонки и их последствиями в условиях урологического отделения стационара или поликлиники
13.	Оказать первичную специализированную помощь пациентам с почечной коликой в условиях урологического отделения стационара или поликлиники
14.	Оказать первичную специализированную помощь пациентам с острой задержкой мочеиспускания в условиях урологического отделения стационара или поликлиники
15.	Оказать первичную специализированную помощь пациентам с постренальной анурией в условиях урологического отделения стационара
16.	Оказать первичную специализированную помощь пациентам с гемотампонадой мочевого пузыря в условиях урологического отделения стационара
17.	Обследовать пациентов с микро- и макрогематурией, их последствиями
18.	Обследовать детей и подростков с заболеваниями органов мочеполовой системы, их последствиями с учётом их анатомо-функциональных особенностей
19.	Проводить дифференциальную диагностику больных урологического профиля, используя алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учётом Международной статистической классификации болезней (МКБ); способностью и готовностью назначать урологическим пациентам адекватное лечение в соответствии с поставленным диагнозом
20.	Применять различные реабилитационные мероприятия (медицинские, социальные, психологические) при урологических заболеваниях
21.	Определять показания и противопоказания к назначению средств лечебной физкультуры, физиотерапии, рефлексотерапии, фитотерапии
22.	Выявлять жизнеопасные нарушения в организме, использовать методики их немедленного устранения, осуществлять противошоковые мероприятия
23.	Эпицистостомия, цистолитотомия
24.	Чреспузырная аденомэктомия
25.	Циркумцизия, рассечение крайней плоти при невправляемом парафимозе;
26.	Дренирование кавернозных тел при приапизме
27.	Орхэктомия
28.	Эпидидимэктомия
29.	Операции при гидроцеле (Винкельмана, Бергмана)
30.	Операции при варикоцеле (Иванисевича, Мармара)
31.	Новокаиновая блокада семенного канатика
32.	Мультифокальная биопсия предстательной железы под контролем УЗИ

5.2.2. Оценочные средства для промежуточной аттестации

Контрольные вопросы:

1. Диагностика и клиника мочекаменной болезни.
2. Урофлоуметрия. Методика, расшифровка урофлоуограмм.
3. Хронический пиелонефрит. Лечение, исходы, прогноз, профилактика.

4. Рентгеновские методы диагностики мочекаменной болезни.
5. Динамическая кавернозография. Показания, методика, осложнения.
6. Хронические циститы. Классификация, клиника, дифференциальная диагностика.
7. Ультразвуковая доплерография сосудов полового члена. Показания, методика, оценка результатов.
8. Методы обследования больных с недержанием мочи.
9. Уретероскопия. Показания, методика выполнения, профилактика осложнений
10. Электромиография бульбокавернозного рефлекса. Методика, оценка результатов.
11. Клиника и диагностика эректильной дисфункции.
12. Аномалии яичка. Классификация, диагностика, лечение.
13. Аномалии почек. Классификация, диагностика, лечение.
14. Уретроскопия. Показания, методика выполнения, профилактика осложнений.
15. Бесплодие у мужчин. Этиология, патогенез, классификация, методы диагностики.
16. Особенности урологической помощи в поликлиниках и стационарах.
17. Консервативное секреторного бесплодия у мужчин.
18. Цистоскопия. Показания, методика, оценка результатов.
19. Физиотерапия при лечении эректильной дисфункции. Показания, противопоказания.
20. Эферентные методы бесплодия у мужчин.
21. Термотерапия при ДГПЖ. Показания, методика.
22. Динамическая кавернозография. Показания, методика, осложнения.
23. Динамическая кавернозография. Расшифровка результатов исследования.
24. Спермограмма. Расшифровка основных показателей.
25. Рентгенологические методы диагностики аномалий развития почек. Расшифровка рентгенограмм.
26. Компьютерная томография в дифференциальной диагностике гидронефроза.
27. Принципы диспансеризации урологических больных.
28. Рентгенодиагностика стриктур уретры. Расшифровка уретрограмм.
29. Туберкулёз придатка яичка. Патогенез, клиника, диагностика и лечение
30. Приапизм. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
31. Острый цистит. Клиника, диагностика, лечение.
32. Эписпадия. Клиника, диагностика, хирургическое лечение.
33. Варикоцеле. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
34. Острый пиелонефрит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
35. Гипоспадия. Клиника, диагностика, хирургическое лечение.
36. Экстрофия мочевого пузыря. Клиника, диагностика, хирургическое лечение.
37. Хронический пиелонефрит. Классификация, клиника, диагностика и осложнения.
38. ДГПЖ. Этиология, патогенез, клиника, диагностика.
39. Диагностика и лечение опухолей почек.
40. Травмы почек. Этиология, патогенез, классификация, клиника травм и их осложнений, диагностика.
41. Болезнь Пейрони. Этиология, диагностика, консервативное лечение.
42. Травмы мочеточников. Классификация, клиническая симптоматика травм и осложнений.
43. Неспецифические уретриты. Этиология, патогенез, дифференциальная диагностика и лечение.
44. Травмы мочеточников. Лечение, прогноз и экспертиза нетрудоспособности.
45. Интерстициальный цистит. Особенности клиники. Диагностика, методы лечения.
46. Методы реконструктивной пластики полового члена при его утрате.
47. Аномалии полового члена. Диагностика, лечение.
48. Воспалительные заболевания яичка и придатка. Особенности клиники. Методы консервативного и оперативного лечения.

49. Баланопостит. Кавернит. Клиника, диагностика, лечение.
50. Гидронефроз. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
51. Нефроптоз. Клиника, диагностика, методы лечения
52. Рак предстательной железы. Этиология, патогенез, клиника, диагностика.
53. Опухоли мочевого пузыря. Радикальные операции, доступы, виды цистэктомий.
54. Протяжённые стриктуры мочеоточника. 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.
86. Ятрогенные повреждения мочеоточников и мочевого пузыря в акушерско-гинекологической практике. Методы хирургического лечения.
87. Хирургическое лечение васкулогенной эректильной дисфункции.
88. Консервативное лечение рака предстательной железы.
89. Цистоскопия. Показания, методика, оценка результатов.
90. Имплантационная хирургия эректильной дисфункции. Показания, профилактика осложнений.
91. Хирургическое лечение рака предстательной железы. Виды осложнений и их лечение.
92. Цисталгия. Классификация, диагностика, лечение.

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

Тестовые задания

Код Текст названия трудовой функции/ вопроса задания/ вариантов ответа

001 ПОЧЕЧНАЯ КОЛИКА — СИМПТОМОКОМПЛЕКС, КОТОРЫЙ ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- А камнях почек и мочеточников
- Б кисте почки
- В ренальной гипертензии
- Г поликистозе почек

002 ПОВЕДЕНИЕ БОЛЬНОГО ПРИ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКЕ

- А беспрерывно меняет положение тела
- Б лежа на боку
- В вынужденное положение сидя на стуле
- Г вертикальное положение

003 ТИПИЧНАЯ ИРРАДИАЦИЯ БОЛЕЙ ПРИ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКЕ

- А в паховую область, бедро, половые органы
- Б в плечо, лопатку
- В в мечевидный отросток грудины
- Г в эпигастральную область

004 НАЗОВИТЕ РЕДКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ

- А бактериотоксический шок
- Б простатит
- В варикоцеле
- Г уретероцеле

005 ПРИ КАКОМ СИМПТОМОКОМПЛЕКСЕ ПУЛЬС НЕ БЫВАЕТ УЧАЩЕННЫМ, ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ВАЖНЫМ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ?

- А почечная колика
- Б перитонит
- В апостематозный пиелонефрит
- Г острый холецистит

006 КАКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОЖЕТ ПОДТВЕРДИТЬ ИЛИ ИСКЛЮЧИТЬ НАЛИЧИЕ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ С ОСТРЫМИ ХИРУРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

- А хромоцистоскопия
- Б урофлоуметрия
- В венотестикулография
- Г компьютерная томография почек

007 КАКОЙ ВИД НОВОКАИНОВОЙ БЛОКАДЫ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ С ОСТРЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ?

- А блокада семенного канатика или круглой связки матки
- Б пресакральная
- В хлорэтиловая
- Г пред пузырная

008 С ПОМОЩЬЮ КАКОЙ ПРОБЫ МОЖНО ПОЛУЧИТЬ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ЛОКАЛИЗАЦИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В МОЧЕВОЙ СИСТЕМЕ?

- А двухстаканная проба мочи
- Б проба Реберга
- В проба Каковского—Аддиса
- Г проба Нечипоренко

009 НАЗОВИТЕ САМЫЙ РАСПРОСТРАНЕННЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА

- А микционная цистография
- Б экскреторная урография
- В уретрография
- Г цистоскопия

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

- А уретроскопия
- Б цистоскопия
- В урофлоуметри
- Г уретероскопия

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

- А пиелоскопия
- Б уретроскопия
- В цистоскопия
- Г эхография

012 Пиелонефрит является заболеванием

- А инфекционно-воспалительным
- Б наследственным
- В аллергическим
- Г сосудистым

013 ОСНОВНОЙ (ВЕДУЩИЙ) МИКРОБНЫЙ ВОЗБУДИТЕЛЬ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ

- А кишечная палочка
- Б клебсиелла
- В синегнойная палочка
- Г стафилококк

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

- А 90-80 мм рт. ст.
- Б 80 — 70 мм рт. ст.
- В 70 — 60 мм рт. ст.
- Г 100 — 90 мм рт. ст.

015 В КАКОМ ВОЗРАСТЕ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПИЕЛОНЕФРИТ У ЖЕНЩИН?

- А молодом
- Б пожилом
- В старческом
- Г в детском

016 ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЙ ФАКТОР ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕВОЧЕК

- А вульвовагиниты
- Б переохлаждение
- В гипо- и авитаминоз
- Г несоблюдение туалета наружных половых органов

017 ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЙ ФАКТОР ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

- А снижение иммунореактивности организма
- Б травма
- В нарушение пассажа мочи
- Г нефропатии

018 ПУТЬ ИНФИЦИРОВАНИЯ ПОЧКИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ (НЕОБСТРУКТИВНОМ) ПИЕЛОНЕФРИТЕ

- А гематогенный

- Б лимфогенный
- В по стенке мочеточника
- Г по просвету мочеточника

019 ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЙ ФАКТОР ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВТОРИЧНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

- А нарушение оттока мочи
- Б переохлаждение
- В инфекция
- Г нарушение лимфооттока

020 ЧАСТЫЙ ВОЗБУДИТЕЛЬ ГЕМАТОГЕННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

- А стафилококк
- Б стрептококк
- В синегнойная палочка
- Г протей

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

- А бактериурия
- Б цилиндрурия
- В альбуминурия
- Г лейкоцитурия

022 ЛАБОРАТОРНЫЙ ПРИЗНАК, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙ ГНОЙНУЮ ФАЗУ ВОСПАЛЕНИЯ В ПОЧКЕ

- А лейкоцитурия
- Б эритроцитурия
- В кристаллурия
- Г бактериурия

023 КАКОЕ МЕСТО ПО ЧАСТОТЕ ЗАНИМАЕТ ПИЕЛОНЕФРИТ СРЕДИ ПОЧЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

- А первое
- Б второе
- В третье
- Г четвертое

024 КАКАЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ОСОБЕННОСТЬ ПРЕДОПРЕДЕЛЯЕТ КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ВТОРИЧНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА?

- А лоханочно-почечные рефлюксы
- Б нарушение лимфооттока
- В венозный застой
- Г вирулентность микробной флоры

025 ПРОЯВЛЕНИЕМ КАКОГО ПРОЦЕССА ЯВЛЯЕТСЯ ОЗНОБ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ?

- А прорыва бактерий в кровеносное русло
- Б инфицирования мочевых путей
- В лихорадки
- Г нарушения оттока мочи

026 ЧТО ИГРАЕТ ОСНОВНУЮ РОЛЬ В РАСПРОСТРАНЕНИИ ИНФЕКЦИИ ПРИ УРИНОГЕННОМ (ВОСХОДЯЩЕМ) ПИЕЛОНЕФРИТЕ?

- А пузырно-мочеточниковый рефлюкс
- Б расстройство кровообращения
- В гипотония мочевых путей
- Г нарушение иннервации

027 ОСТРЫЙ ПЕРВИЧНЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОСЛОЖНЯЕТСЯ

- А апостематозным нефритом
- Б сморщенной почкой
- В артериальной гипертензией
- Г пионефрозом

028 ПИЕЛОНЕФРИТ БЕРЕМЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ ЧАСТО СЛЕДСТВИЕМ

- А латентно протекающей хронической инфекции
- Б впервые возникшего острого процесса
- В эндогенных очагов инфекции
- Г воспалительного процесса в гениталиях

029 МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АПОСТЕМАТОЗНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕНЫ

- А в корковом слое
- Б в мозговом слое
- В в чашках
- Г в лоханке

030 В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО СЕРОЗНОГО И ГНОЙНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

- А экскурсионная внутривенная урография
- Б обзорный снимок мочевых путей
- В клиническая картина
- Г ультразвуковое исследование почек

031 КАКИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ

- А пенициллины
- Б тетрациклины
- В аминогликозиды
- Г цефалоспорины

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

- А 1 мес
- Б 2 — 23 дня
- В 1 нед
- Г 2 нед

033 ПРИ НЕКРОЗЕ ПОЧЕЧНЫХ СОСОЧКОВ ЧАСТЫМ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А макрогематурия

- Б лейкоцитурия
- В бактериурия
- Г цилиндрурия

034 КАКОЙ ПАРАНЕФРИТ ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ ВСТРЕЧАЕТСЯ ЧАЩЕ?

- А задний
- Б нижний
- В верхний
- Г боковой

035 ПРИ КАКОЙ ФОРМЕ ПИЕЛОНЕФРИТА МАССА ПОЧКИ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ?

- А при ксантогранулематозном
- Б при первичном
- В при вторичном
- Г при эмфизематозном

036 В КАКОЙ СТАДИИ ПИЕЛОНЕФРИТА МАССА ПОЧКИ УМЕНЬШАЕТСЯ?

- А при сморщенной почке
- Б при остром серозном воспалении
- В при карбункуле почки
- Г при жировом перерождении почки

037 В КАКИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫЙ РЕФЛЮКС?

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

038 ЧЕРЕЗ КАКОЙ ТРЕУГОЛЬНИК ГНОЙ ИЗ ПАРАНЕФРАЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА МОЖЕТ ПРОРВАТЬСЯ В ПЛЕВРАЛЬНУЮ ПОЛОСТЬ?

- А Богдалека
- Б Льето
- В Пти
- Г Лесгафта—Грюнфельда

039 БАКТЕРИЕМИЧЕСКИЙ ШОК ЯВЛЯЕТСЯ

- А острой формой течения уросепсиса
- Б острой формой с 2—3 атаками
- В острой формой и последующим затяжным течением
- Г подострой формой

040 ОСОБУЮ ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ ЦЕННОСТЬ ПРИ НЕКРОЗЕ ПОЧЕЧНЫХ СОСОЧКОВ ИМЕЕТ

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

041 С ПОМОЩЬЮ КАКОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ НАЛИЧИЕ ГАЗА В КИШЕЧНИКЕ МОЖНО ОТДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОТ ГАЗА В ОКОЛОПОЧЕЧНОЙ КЛЕТЧАТКЕ?

- А компьютерная томография
- Б экскреторная урография
- В обзорный снимок почек
- Г ультразвуковое исследование почек

042 ДЛЯ КАКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ПИЕЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРЕН СИМПТОМ ХОДСОНА

- А хронического
- Б ксантогранулематозного
- В острого
- Г гестационного

043 НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ПУТЬ ПРОНИКНОВЕНИЯ ИНФЕКЦИИ ПРИ ВТОРИЧНОМ ПАРАНЕФРИТЕ

- А из гнойного очага в почке (карбункул, абсцесс почки)
- Б гематогенный
- В лимфогенный
- Г из соседних органов

044 КАКОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ПОСОБИЕ ЧАЩЕ ВЫПОЛНЯЕТСЯ ПРИ ОДИНОЧНОМ КАРБУНКУЛЕ ПОЧКИ?

- А иссечение карбункула, декапсуляция почки
- Б нефрэктомия
- В резекция почки
- Г уретеролиз

045 КАКАЯ ОПЕРАЦИЯ ПОКАЗАНА ПРИ АПОСТЕМАТОЗНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ?

- А декапсуляция почки
- Б нефрэктомия
- В резекция почки
- Г чрескожная пункционная нефростомия

046 ОСЛОЖНЕНИЕМ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ПОДДИАФРАГМАЛЬНЫЙ АБСЦЕСС?

- А карбункул почки
- Б холецистит
- В пиелонефрит
- Г пионефроз

047 НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ УРОЛОГИЧЕСКАЯ ПРИЧИНА ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

- А пиелонефрит
- Б пионефроз
- В паранефрит
- Г поликистоз почек

048 НАЗОВИТЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ, КОТОРЫЕ МОЖНО ПРИМЕНЯТЬ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ БЕРЕМЕННЫХ

- А хромоцистоскопия
- Б обзорный снимок мочевых путей
- В ретроградная пиелография
- Г экскреторная урография

049 КАКОВА ДОЛЖНА БЫТЬ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ?

- А 2 мес
- Б 3—4 мес
- В 5-6мес
- Г 2 нед

050 ЧТО СЧИТАЕТСЯ КРИТЕРИЕМ ПРОДОЛЖЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ?

- А бактериурия
- Б эритроцитурия
- В цилиндрурия
- Г клиническая картина

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

- А забор средней порции струи мочи
- Б капиллярной пункцией
- В интраоперационно
- Г забор первой порции струи мочи

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

- А острый пиелонефрит
- Б острый уретрит
- В острый эпидидимит
- Г острый цистит

053 С КАКОГО МЕРОПРИЯТИЯ НАЧИНАЕТСЯ ЛЕЧЕНИЕ ВТОРИЧНОГО ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА?

- А устранение нарушений пассажа мочи
- Б антибактериальная терапия
- В иммунотерапия
- Г детоксикационное лечение

054 С ПОМОЩЬЮ КАКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МОЖНО ВЫЯВИТЬ УМЕНЬШЕНИЕ ПАРЕНХИМЫ ПОЧКИ НА РАННИХ СТАДИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА?

- А ренокортикальный индекс
- Б хромоцистоскопия
- В экскреторная урография
- Г статическая сцинтиграфия

055 САМОЕ ОПАСНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

- А бактериотоксический шок

- Б гепаторенальный синдром
- В некроз почечных сосочков
- Г анурия

056 ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С УРОСЕПСИСОМ НУЖНО СОЗДАТЬ ВЫСОКИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ ПРЕПАРАТА

- А в крови
- Б в гнойном очаге
- В в других органах
- Г в почечной паренхиме

057 ИМЕЮТСЯ ЛИ ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ ПРИ БАКТЕРИОТОКСИЧЕСКОМ ШОКЕ, И ЕСЛИ ДА, ТО КОГДА НУЖНО ПРОИЗВОДИТЬ ОПЕРАЦИЮ?

- А после выведения из шока
- Б через 1—2 дня после шока
- В через 3—4 дня после шока
- Г через 5 — 6 дней после шока

058 ДО КАКОГО УРОВНЯ СНИЖАЕТСЯ ДИУРЕЗ В НАЧАЛЕ БАКТЕРИОТОКСИЧЕСКОГО ШОКА?

- А менее 30 — 25 мл/ч
- Б 90-80 мл/ч
- В 70-60 мл/ч
- Г 50-40 мл/ч

059 С КАКОГО МЕРОПРИЯТИЯ ДОЛЖНО НАЧИНАТЬСЯ ВЫВЕДЕНИЕ БОЛЬНОГО ИЗ БАКТЕРИОТОКСИЧЕСКОГО ШОКА?

- А восстановление объема циркулирующей крови
- Б устранение ДВС-синдрома
- В коррекция электролитных нарушений
- Г уменьшение азотемии

060 КАКИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О ДВУСТОРОННЕМ ВОСПАЛИТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ В ПОЧКАХ?

- А азотемия
- Б бактериурия
- В пиурия
- Г альбуминурия

061 В КАКОМ ПЕРИОДЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ МОГУТ БЫТЬ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ?

- А начальный период
- Б период разгара
- В период осложнений
- Г период обратного развития

062 ПРИ КАКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА МОЖЕТ ОТСУТСТВОВАТЬ ПИУРИЯ?

- А в корковом веществе
- Б в собирательных трубках
- В в фиброзной капсуле

Г в фиброзной капсуле и малых чашечках

063 НА КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ МОЖЕТ УКАЗЫВАТЬ ПОЯВЛЕНИЕ ИКТЕРИЧНОСТИ СКЛЕР И КОЖИ ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ?

- А гепаторенальный синдром
- Б хроническая почечная недостаточность
- В холецистит
- Г желчнокаменная болезнь

064 ПРИ ВОСХОДЯЩЕМ (УРИНОГЕННОМ) ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ОТДЕЛЬНЫЕ ОЧАГИ ИНФЕКЦИИ В ПОЧКЕ РАСПОЛАГАЮТСЯ

- А веерообразно в виде клиньев от лоханки до поверхности почки
- Б диффузно в паренхиме
- В вдоль внутридолевых сосудов
- Г вдоль собирательных трубочек

065 ПРИ КАКОМ ВИДЕ РЕФЛЮКСА НАБЛЮДАЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА?

- А при пиелофорникальном
- Б при пиелолимфатическом
- В при пиелосинусном
- Г при пиелотубулярном

066 В КАКОЙ СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАСТУПАЕТ НАРУШЕНИЕ АЗОТЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПОЧЕК?

- А интермиттирующая
- Б терминальная
- В компенсированная
- Г латентная

067 В ДИАГНОСТИКЕ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРЕДНИЗОЛОНОВЫЙ ТЕСТ?

- А педункулит
- Б острый пиелонефрит
- В пионефроз
- Г ксантогранулематозный пиелонефрит

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

- А бактериальный
- Б нетрихомонозный
- В инфекционный
- Г негонококковый

069 К КАКОЙ ГРУППЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСИТСЯ ХЛАМИДИЙНЫЙ ПРОСТАТИТ?

- А к воспалительным неспецифическим ЗППП
- Б к венерическим
- В к бактериальным грамотрицательным
- Г к заболеваниям, передающимся половым путем

070 КАКОЙ ВОЗРАСТ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ СТРАДАЮЩИХ ПРОСТАТИТОМ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ?

- А простатитом болеют теперь и юноши, и больные с аденомой ПЖ
- Б средний, 30—45 лет
- В старший возраст, 46—60 лет
- Г пожилой возраст

071 УКАЖИТЕ 2 ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПРОСТАТИТА?

- А рост урогенитальных инфекций, передающихся половым путем
- Б снижение воспитательной роли школы
- В уменьшение объема санитарной пропаганды
- Г уменьшение пропаганды классической литературы и искусства

072 КАКАЯ ИЗ ГРАМОТРИЦАТЕЛЬНЫХ БАКТЕРИЙ НЕ СОДЕРЖИТ ОБОЛОЧКИ?

- А уреаплазмы, микоплазмы
- Б кишечная палочка
- В протейные бактерии
- Г хламидии

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

- А при гарднереллезе
- Б при инфицировании урогенитальным вирусом герпеса
- В при выявлении микоплазм
- Г при уреаплазмозе

074 КАКОВЫ ВРОЖДЕННЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРОСТАТИТА?

- А все перечисленные факторы
- Б обширные венозные анастомозы предстательной железы с венами таза
- В отсутствие мышечных жомов выводных протоков ацинусов в задней уретре, гипоандрогения
- Г анатомическая близость всех добавочных половых желез и затрудненный отток секрета предстательной железы; Д. все перечисленное выше

075 КАКИЕ АРТЕРИИ КРОВΟΣНАБЖАЮТ ПРЕДСТАТЕЛЬНУЮ ЖЕЛЕЗУ?

- А верхние и нижние правые и левые простатические артерии
- Б сигмовидная артерия
- В верхние геморроидальные
- Г нижние геморроидальные

076 НАЗОВИТЕ 2 ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ПРИОБРЕТЕННЫХ ФАКТОРА ПРОСТАТИТА

- А задний уретрит, стриктура уретры
- Б цистит
- В варикозное расширение геморроидальных вен, стриктура уретры
- Г колит

077 КАКИЕ ПРИНЦИПЫ, ПОЛОЖЕННЫЕ В ОСНОВУ КЛАССИФИКАЦИЙ ПРОСТАТИТОВ, СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ ПРАВИЛЬНЫМИ?

- А все перечисленные
- Б клинический
- В этиологический
- Г патогенетический

078 КАКОВЫ ПРИЧИНЫ ОСТРОГО ПРОСТАТИТА?

- А уретрит
- Б пиелонефрит
- В цистит
- Г колит

079 ПЕРЕЧИСЛИТЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРОСТАТИТА

- А конгестия вен таза и предстательной железы
- Б анатомические особенности строения выводных протоков ацинусов предстательной железы
- В артериальное кровоснабжение предстательной железы, его особенности
- Г иммунологический

080 НАЗОВИТЕ ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ ОСТРОГО КАТАРАЛЬНОГО ПРОСТАТИТА

- А умеренная, но острая боль в промежности
- Б терминальная гематурия
- В диарея
- Г поллакиурия

081 КАКОВЫ ПОКАЗАТЕЛИ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ОСТРОМ ФОЛЛИКУЛЯРНОМ ПРОСТАТИТЕ?

- А 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, вдаётся в просвет мочевого пузыря, остаточная моча — 120 мл

084 ПРИЗНАКИ «СИМПТОМА ЗАКРЫТОЙ ДОЛИ» ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПРОСТАТИТЕ

А ректально одна из долей увеличена, при пальпации отмечается баллотирование и флюктуация; вторая доля обычных размеров, консистенции

Б обе доли слегка напряжены, болезненны

В обе доли ПЖ не увеличены в размерах, обычной гомогенной консистенции; пальпация одной доли болезненна

Г одна доля ПЖ утолщена, тестовидной консистенции, безболезненна; другая доля несколько увеличена, напряжена, гомогенна, болезненна

085 УКАЖИТЕ ВЕДУЩИЙ СИМПТОМ КОНГЕСТИВНОГО ПРОСТАТИТА

А «тусклость» оргазма

Б боль в промежности

В снижение либидо

Г уменьшение эректильной составляющей

086 КАК ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ УРЕТРОПРОСТАТИТА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ТРЕХСТАКАННОЙ ПРОБЫ?

А лейкоцитурия в первой порции

Б лейкоцитурия в третьей порции

В лейкоцитурия в первой и третьей порции

Г тотальная лейкоцитурия во всех трех порциях мочи

087 ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ АНАЛИЗА СЕКРЕТА ПЖ ПРИ ЕЕ АТОНИИ (ПРОСТАТОРЕЕ) СЛЕДУЮЩИЕ

А лейкоциты 12 — 17 в поле зрения, лецитиновые зерна в уменьшенном количестве

Б лейкоциты сплошь покрывают поле зрения, лецитиновые тельца в небольшом количестве

В лейкоциты скоплениями в отдельных полях зрения, лецитиновые тельца в умеренном количестве

Г лейкоциты 30 — 40 в поле зрения, лецитиновые зерна в уменьшенном количестве

088 КАКОЙ САМЫЙ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ АНАЛИЗОВ СЕКРЕТА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПИРОГЕНАЛОТЕРАПИИ?

А лейкоциты сплошь покрывают поле зрения

Б лейкоциты 20—30 в поле зрения, лецитиновые зерна в небольшом количестве

В лейкоциты 10 — 12 в поле зрения, лецитиновые зерна в небольшом количестве

Г лейкоциты до 100 в поле зрения

089 КАКОВА НАЧАЛЬНАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА ПИРОГЕНАЛА ДЛЯ ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ?

А 2,5мкг

Б 3 мкг

В 4 мкг

Г 1мкг

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

А четвертый

Б первый

В второй

Г третий

091 ВРЕМЯ НАЧАЛА МАССАЖА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ДРЕНИРОВАНИЯ ПРИ ПИРОГЕНАЛОТЕРАПИИ ИЛИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИММУНОПРОТЕКТОРАМИ

- А спустя 1—2 дня от начала этиотропной антиинфекционной терапии
- Б через 4 дня от начала пирогеналотерапии
- В после окончания пирогеналотерапии
- Г на третий день ее проведения

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

- А антибиотики фторхинолонового ряда
- Б тетрациклины и макролиды
- В аминогликозиды
- Г нитрофураны

093 ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ГЛАВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ПРИКРЫТИЯ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ХЛАМИДИЙНЫХ ПРОСТАТИТОВ?

- А антигрибковые препараты
- Б сердечные средства
- В витамины
- Г препараты, улучшающие функцию печени и трентал

094 КАКУЮ ИЗ НОВОКАИНОВЫХ БЛОКАД МОЖНО РЕКОМЕНДОВАТЬ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРОСТАТИТОВ?

- А парапростатическую
- Б паранефральную
- В пресакральную
- Г позадилодную

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

- А андриол
- Б метилтестостерон
- В тестостерона пропионат
- Г омнадрен

096 КАКОВЫ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АТОНИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ?

- А мелипрамин
- Б массаж предстательной железы, восходящий душ
- В диатермия предстательной железы
- Г антибактериальная терапия

097 ЛУЧШАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ АППАРАТНАЯ ТЕРАПИЯ ПРОСТАТИТА

- А электролазерная на аппарате «Ярило»
- Б диатермия предстательной железы
- В ультразвуковая терапия
- Г лазерная

098 УКАЖИТЕ ОСНОВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СКЛЕРОЗА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ

- А гормональное
- Б антибактериальное
- В с применением фермента лидазы
- Г хирургическое

099 КАКОВА ЛОКАЛИЗАЦИЯ БОЛИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВЕЗИКУЛИТЕ?

- А глубоко в тазу, в паховой области
- Б в позадилобной области
- В в прямой кишке
- Г в крестце

100 ПРИ КАКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВОЗМОЖНА ГЕМОСПЕРМИЯ?

- А при везикулите
- Б при простатите
- В при цистите
- Г при тромбозе вен таза

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

- А простатитом
- Б колликулитом
- В везикулитом
- Г гнойным циститом

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

- А 8%
- Б 15%
- В 20%
- Г 1 %

103 ОПТИМАЛЬНЫЙ ДОСТУП ПРИ ВСКРЫТИИ ЭМПИЕМЫ СЕМЕННОГО ПУЗЫРЬКА

- А ишиоректальный
- Б чреспузырный
- В по Мак-Уортеру
- Г пироговский

104 ПОКАЗАНИЯМИ К УРЕТРОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А хронический уретрит
- Б передний уретрит
- В задний уретрит
- Г острый уретрит

105 НЕСОМНЕННЫМ ПРИЗНАКОМ УРЕТРИТА ПРИ ТРЕХСТАКАННОЙ ПРОБЕ МОЖЕТ БЫТЬ

- А наличие лейкоцитов в первой порции мочи
- Б наличие лейкоцитов во второй порции мочи
- В наличие лейкоцитов в третьей порции мочи

Г наличие лейкоцитов во всех порциях мочи

106 ПРИ КАКОМ УРЕТРИТЕ РАЗВИВАЕТСЯ БОЛЕЗНЬ РЕЙТЕРА?

- А хламидийном
- Б гонорейном
- В вирусном
- Г микоплазменном

107 Синдром Рейтера встречается при

- А во всех перечисленных случаях
- Б гонорейном уретрите
- В микоплазменном уретрите
- Г дизентерии

108 БОЛЕЗНЬ РЕЙТЕРА ОБУСЛОВЛЕНА

- А генетическими факторами
- Б наличием антител к возбудителю
- В аллергической реакцией
- Г снижением иммунитета

109 ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ ТРИХОМОНАДНОМ УРЕТРИТЕ
ДЛИТСЯ

- А 10 дней
- Б 20 дней
- В 15 дней
- Г 5 дней

110 ДЛЯ ВЫРАЩИВАНИЯ ВИРУСОВ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- А клеточные среды
- Б агар-агар
- В мясной бульон
- Г картофельно-глицериновая среда

111 КАКОВА ТАКТИКА ПРИ ПЕРЕКРУТЕ ЯИЧКА?

- А активно-оперативная
- Б блокада семенного канатика
- В физиотерапия (УВЧ)
- Г выжидательная

112 ТАКТИКА ПРИ ОСТРЫХ СЕРОЗНЫХ ЭПИДИДИМИТАХ

- А оперативное дренирование органов мошонки
- Б орхиэпидидимэктомия
- В эпидидимэктомия
- Г вскрытие придатка яичка

113 СКОЛЬКО ТИПОВ ГИДАТИД МОЖЕТ ИМЕТЬ ЯИЧКО И ЕГО
ПРИДАТОК?

- А четыре
- Б один
- В пять
- Г три

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

122 ПРИ КАКОЙ ЭТИОЛОГИИ ПРОЦЕССА ВОЗНИКАЕТ ОРХОЭПИДИДИМИТ?

- А туберкулез
- Б гонорея
- В хламидиоз
- Г бруцеллез

123 В КАКОМ ВОЗРАСТЕ ВОЗМОЖНЫ ИСТИННЫЕ ОРХИТЫ?

- А до 13 лет
- Б до 25 лет
- В до 70 лет
- Г до 5 лет

124 Какой фермент вырабатывает придаток яичка?

- А корнитин
- Б фибриногеназу
- В дегидрогеназу
- Г везикулазу

125 НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО ДИАГНОЗ ТУБЕРКУЛЕЗА ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ МОЖНО ПОСТАВИТЬ ПРИ

- А биологической пробе
- Б микроскопии мочи
- В микроскопии эякулята
- Г посеве мочи и эякулята на специальные питательные среды

126 ДЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ХАРАКТЕРНО

- А все перечисленное выше
- Б рецидивирующий характер заболевания
- В наличие свищей
- Г вторичное поражение

127 ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПОРАЖЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ПОКАЗАНА

- А ничего из вышеперечисленного
- Б туберкулостатическая терапия
- В оперативное лечение
- Г пункция

128 Оперативное лечение при туберкулезе половых органов производится

- А после туберкулостатической терапии
- Б после назначения антибиотиков широкого спектра действия
- В в любом из перечисленных вариантов
- Г до туберкулостатической терапии

129 Для диуретической стадии острой почечной недостаточности характерно

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

130 НЕЗАВИСИМО ОТ ЭТИОЛОГИИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАЗНАЧАЮТ

- А осмотические диуретики
- Б гемодиализ, не ранее 14 — 16-го дня от начала заболевания
- В препараты калия
- Г внутривенное введение подкисляющих растворов

131 К РАЗВИТИЮ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЧАЩЕ ПРИВОДИТ

- А гломерулонефрит
- Б септический аборт
- В массивное кровотечение
- Г отравление этиленгликолем

132 Для хронической почечной недостаточности характерно

- А уменьшение числа функционирующих нефронов
- Б алкалоз
- В гипокалиемия
- Г артериальная гипотензия

133 КОМПЕНСИРОВАННАЯ СТАДИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А увеличением суточного диуреза
- Б снижением клу боковой фильтрации до 60 — 70 мл/мин
- В снижением клубочковой фильтрации до 30 — 40 мл/мин
- Г повышением осмолярности мочи

134 ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАБЛЮДАЕТСЯ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ

- А тошнота, рвота
- Б гиперкоагуляция
- В повышенное потоотделение
- Г гиперплазия эритропоэтической ткани

135 Показания к гемодиализу

- А снижение уровня клубочковой фильтрации ниже 5 мл/мин
- Б повышение содержания мочевины в сыворотке крови до 15 ммоль/л
- В повышение содержания креатинина в сыворотке крови до 0,8 — 1 ммоль/л
- Г уровень клубочковой фильтрации 25 мл/мин

136 Какие инфекции относятся к урогенитальным?

- А хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, генитальный герпес, бактериальный вагиноз
- Б трихомоноз
- В СПИД
- Г сифилис

137 К КАКОМУ ВИДУ МИКРООРГАНИЗМОВ ОТНОСЯТСЯ ХЛАМИДИИ?

- А бактерии
- Б вирусы
- В грибы
- Г анаэробы

- 138 К КАКОМУ СЕРОТИПУ ОТНОСИТСЯ CHLAMYDIA TRACHOMATIS?
А D —K
Б L1-L3
В T1-T2
Г M1-M2
- 139 КАКАЯ ФОРМА ХЛАМИДИЙ СЧИТАЕТСЯ ИНФЕКЦИОННОЙ?
А элементарное тельце
Б ретикулярное
В промежуточное
Г элементарное и ретикулярное
- 140 КАКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ВЫЗЫВАЕТ УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ ХЛАМИДИОЗОВ?
А болезнь Рейтера
Б кавернит
В баланопостит
Г болезнь Пейрони
- 141 КАКОЙ ПУТЬ ЗАРАЖЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ ПРИ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЯХ?
А половой
Б гематогенный
В пищевой
Г лимфогенный
- 142 Инкубационный период при урогенитальном хламидиозе продолжается
А 10-15 дней
Б 40 — 60 дней
В 120-150 дней
Г 1 —3 дня
- 143 САМЫЙ БЫСТРЫЙ И НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА
А ПИ (прямая иммунофлюоресценция)
Б ИФА (иммуноферментный анализ)
В РСК (реакция связывания комплемента)
Г ПЦР (полимеразноцепная реакция)
- 144 КАКИЕ ИЗ ПРЕПАРАТОВ ДАЮТ АНТИХЛАМИДИЙНЫЙ ЭФФЕКТ?
А кларитромицин
Б амоксициллин
В полимиксин
Г пefлоксацин
- 145 КАКИМ МЕТОДОМ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ МИКОПЛАЗМЫ И УРЕАПЛАЗМЫ?
А культуральный метод
Б метод непрямой иммунофлюоресценции
В метод молекулярной гибридизации
Г уреазные тесты

146 КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ НАЗНАЧАЮТСЯ ПРИ МИКОПЛАЗМЕННО-УРЕАПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ?

- А доксициклин
- Б карбециллин
- В гентамици
- Г клафоран

147 КАКОВА КЛИНИКА РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ФОРМЫ ГЕРПЕСА I И II ТИПА?

- А отсутствие интоксикации
- Б отсутствие высокой температуры тела
- В в виде ОРВИ
- Г афтозный стоматит

148 КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ В ЛЕЧЕНИИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА?

- А тинидазол
- Б макмирор
- В метилурацил
- Г госсипол

149 КАКОВЫ ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОБСТРУКТИВНОЙ АСПЕРМИИ?

- А все стадии сперматогенеза
- Б клетки Сертоли
- В клетки Лейдига
- Г сперматогонии

150 Что означает термин «азооспермия»?

- А наличие клеток сперматогенеза при отсутствии спермиев
- Б наличие неподвижных форм спермиев
- В наличие дегенеративных форм спермиев
- Г отсутствие спермиев

151 ЧТО ОЗНАЧАЕТ ТЕРМИН «АСПЕРМИЯ»?

- А отсутствие спермиев и клеток сперматогенеза
- Б отсутствие клеток сперматогенеза
- В единичные спермии в полях зрения
- Г наличие клеток сперматогенеза

152 УКАЖИТЕ НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ PH ЭЯКУЛЯТА

- А 7,2-7,8
- Б 8,0-8,6
- В 5,0-5,4
- Г 4,5-4,8

153 КАКОВА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЦИКЛА СПЕРМАТОГЕНЕЗА?

- А 72 дня
- Б 50 ч
- В 48 дней
- Г 90 дней

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

- А аспермия
- Б олигозооспермия
- В тератоспермия
- Г астенозооспермия

155 НАЗОВИТЕ НОРМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО СПЕРМАТОЗОИДОВ В 1 МЛ ЭЯКУЛЯТА

- А 20 — 40 млн/мл
- Б 5 — 10 млн/мл
- В 100-200 тыс./мл
- Г 180-200 млн/мл

156 КАКИМ МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЯЮТ КОЛИЧЕСТВО СПЕРМАТОЗОИДОВ?

- А в камере Горяева
- Б метод Курцрока—Миллера
- В метод Морозова
- Г метод Баскина

157 КАКИЕ НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВЯЗКОСТИ ЭЯКУЛЯТА?

- А 0,3 — 0,5 см
- Б 0,1-0,2 см
- В 5-10 см
- Г 3 — 5 см

158 КАКИЕ НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СОДЕРЖАНИЯ ЛЕЙКОЦИТОВ В СЕКРЕТЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ?

- А 0 — 1 — 6 в поле зрения
- Б 10 — 15 в поле зрения
- В 20 — 25 в поле зрения
- Г 25 — 100 в поле зрения

159 КАКИЕ ИЗ ГОРМОНОВ ОТНОСЯТСЯ К ГОНАДОТРОПНЫМ?

- А фолликулостимулирующий
- Б тироксин
- В прогестерон
- Г эстрадиол

160 КАКИЕ ГОРМОНЫ СЧИТАЮТСЯ ПОЛОВЫМИ?

- А эстрадиол
- Б лютеинизирующий
- В фолликулостимулирующий
- Г прогестерон

161 КАКИМ МЕТОДОМ ОКРАСКИ МОЖНО ПОДТВЕРДИТЬ НЕКРОСПЕРМИЮ?

- А по Морозову
- Б по Папаниколау

В по Рубенкову
Г по Романовскому—Гимзе

162 КАКИЕ НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРОЛАКТИНА?

- А 60-380 МЕ/л
- Б 400-500 МЕ/л
- В 20-40 МЕ/л
- Г 500-800 МЕ/л

163 КАКИМ СЧИТАЕТСЯ НОРМАЛЬНЫЙ ЦВЕТ ЭЯКУЛЯТА?

- А беловато-серый
- Б красный
- В красно-желтый
- Г желтый

164 КАКОЙ ОБЪЕМ ЭЯКУЛЯТА СЧИТАЕТСЯ НОРМАЛЬНЫМ?

- А 3 -5 мл
- Б 1-1,5 мл
- В 7-8 мл
- Г 10-15 мл

165 КАКОЙ ОБЪЕМ ЭЯКУЛЯТА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ СИНДРОМЕ СЕРТОЛИЕВЫХ КЛЕТОК?

- А 3 — 5 мл
- Б 8— 10 мл
- В 0,5 — 1 мл
- Г 10— -15 мл

166 ЧТО ОЗНАЧАЕТ ТЕРМИН «ТЕРАТОЗООСПЕРМИЯ»?

- А наличие дегенеративных форм сперматозоидов
- Б нормальные формы сперматозоидов
- В наличие молодых форм сперматозоидов
- Г уменьшение количества сперматозоидов

167 КАКОВА ДЫХАТЕЛЬНАЯ СПОСОБНОСТЬ СПЕРМАТОЗОИДОВ ПО МЕТОДУ ШЕРГИНА?

- А 23 —75 мин
- Б 20-90 мин
- В 60-120 мин
- Г 20 — 25 мин

168 КАКОВА ЧАСТОТА ОПРЕДЕЛЕНИЯ Х-ПОЛОВОГО ХРОМАТИНА У МУЖЧИН?

- А 0-4%
- Б 50-100%
- В 300-400%
- Г 10-15%

169 КАКОВА ЧАСТОТА ОПРЕДЕЛЕНИЯ Х-ПОЛОВОГО ХРОМАТИНА У ЖЕНЩИН?

- А 10-50%
- Б 100-200%

В 10-15%

Г 50-30%

170 КАКИЕ БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЫ ПРОВОДЯТСЯ ПРИ ОТНОСИТЕЛЬНОМ БЕСПЛОДИИ В БРАКЕ?

А перекрестно-пенетрационная

Б феномен кристаллизации

В симптом зрачка

Г посткоитальная

171 КАКОЙ СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМАХ МУЖСКОГО СЕКРЕТОРНОГО БЕСПЛОДИЯ?

А ЭКО (экстракорпоральное оплодотворение) СД

Б искусственная инсеминация СД

В эпидидимовазоанастомоз

Г эпидидимокутанеонеостомия

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 ангиопротекторы

175 К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ НОЛИЦИН?

А хинолоны

Б макролиды

В цефалоспорины

Г пенициллины

176 КАКОЙ ИЗ ПРЕПАРАТОВ ВОЗДЕЙСТВУЕТ НА ХЛАМИДИЙНУЮ ИНФЕКЦИЮ?

А ципринол

Б амикоцин

В леворин

Г полимиксин

177 КАКОЙ ИЗ ПРЕПАРАТОВ ВОЗДЕЙСТВУЕТ НА ВСЮ УРОГЕНИТАЛЬНУЮ ИНФЕКЦИЮ?

А квинтор

- Б кефзол
- В цеклор
- Г тиенам

178 КАКОЙ ИЗ ПРЕПАРАТОВ ДОСТИГАЕТ ВЫСОКОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ В ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЕ?

- А сумамед
- Б палин
- В фурагин
- Г канамицин

179 К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ СОЛКОУРОВАК?

- А иммуномодуляторы
- Б хинолоны
- В тетрациклины
- Г ангиопротекторы

180 КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ОКАЗЫВАЕТ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ?

- А левамизол
- Б спирамицин
- В нетромицин
- Г палин

181 К КАКОЙ ГРУППЕ ОТНОСИТСЯ ГЕНТАМИЦИН?

- А аминогликозиды
- Б нитрофураны
- В макролиды
- Г цефалоспорины

182 К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ СУЛЬФАТЕН?

- А сульфаниламиды
- Б пенициллины
- В аминогликозиды
- Г нитрофураны

183 К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ ЛЕВАНТИН?

- А фторхинолоны
- Б нитрофураны
- В тетрациклины
- Г аминогликозиды

184 К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ ПРЕПАРАТ ПЕНТОКСИФИЛЛИН?

- А ангиопротекторы
- Б аминогликозиды
- В пенициллины
- Г фторхинолоны

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

- А милурит

- Б пенициллин
- В рифампицин
- Г нитроксолин

186 К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ ПИМИДЕЛЬ?

- А хинолоны
- Б тетрациклины
- В пенициллины
- Г аминогликозид

187 К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ АЦИКЛОВИР?

- А противовирусные
- Б ангиопротекторы
- В иммуномодуляторы
- Г аминогликозиды

188 ПЕРЕЧИСЛИТЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ УРОДИНАМИКИ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

- А урофлоуметрия
- Б цистография
- В хромоцистоскопия
- Г уретроцистоскопия

189 НАЗОВИТЕ УРОДИНАМИЧЕСКИЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ФАЗЫ НАКОПЛЕНИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

- А ретроградная цистометрия
- Б сфинктерометрия
- В электромиография
- Г профилометрия уретры

190 НАЗОВИТЕ ФУНКЦИЮ ДЕТРУЗОРА В ФАЗЕ ЭВАКУАЦИИ

- А сокращение
- Б снижение сокращения
- В снижение расслабления
- Г расслабление

191 НАЗОВИТЕ ФУНКЦИИ СФИНКТЕРОВ В ФАЗЕ НАКОПЛЕНИЯ

- А сокращение
- Б снижение расслабления
- В нет функции
- Г снижение сокращения

192 ДАЙТЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТЕРМИНУ «СТРЕССОВОЕ НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ»

- А «потеря» мочи при физической нагрузке, кашле, смехе, изменении положения тела
- Б «потеря» мочи при пузырных, уретральных фистулах
- В ночное непроизвольное мочеиспускание
- Г «потеря» мочи при переполнении мочевого пузыря

193 НОРМАЛЬНОЕ ВНУТРИПУЗЫРНОЕ ДАВЛЕНИЕ РАВНО

- А 12 — 20 см вод. ст.

- Б 25 — 40 см вод.ст.
- В 45 — 60 см вод.
- Г 65 — 80 см вод. ст.

194 ДАВЛЕНИЕ В УРЕТРЕ В ФАЗЕ НАКОПЛЕНИЯ ДОЛЖНО

- А превышать давление в мочевом пузыре
- Б быть меньше давления в мочевом пузыре
- В повышаться по мере наполнения мочевого пузыря
- Г оставаться постоянно низким по мере наполнения мочевого пузыря

195 НАЗОВИТЕ ПРИЧИНЫ ОБРАЗОВАНИЯ АКУШЕРСКИХ МОЧЕПОЛОВЫХ СВИЩЕЙ

- А хирургическая травма мочевого пузыря во время акушерско-гинекологических пособий
- Б нарушение трофики тканей пузырно-генитальной области
- В задержка мочеиспускания после акушерско-гинекологических пособий
- Г хроническая инфекция нижних мочевых путей

196 ВАША ТАКТИКА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ТАЗОВОГО ОТДЕЛА МОЧЕТОЧНИКА В ХОДЕ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ПОСОБИЙ СРОКОМ БОЛЕЕ 1 СУТ

- А пункционная или открытая нефростомия, дренирование зоны затека
- Б дренирование зоны мочевого затека
- В реконструктивные операции
- Г нефрэктомия (при одностороннем повреждении)

197 НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ ФОРМЫ НЕФРОГЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

- А атеросклеротический стеноз почечной артерии
- Б аневризма почечной артерии
- В сдавление почечной артерии извне
- Г аномалии развития аорты

198 НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ПРИЧИНЫ ПАРЕНХИМАТОЗНОЙ ФОРМЫ НЕФРОГЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

- А гломерулонефрит
- Б опухоль или киста паренхимы почки
- В поликистоз почек
- Г губчатая почка

199 ПРИ НЕФРОГЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НАБЛЮДАЕТСЯ

- А повышение образования ренина
- Б уменьшение образования ангиотензина
- В повышение артериального давления в сосудах почки
- Г повышенное выведение натрия

200 КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ НЕФРОГЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А неэффективностью гипотензивной терапии
- Б частыми гипертоническими кризами

- В высоким систолическим, нормальным диастолическим давлением
- Г относительно частыми жалобами на головную боль, слабость

201 ПРИ ЭКСКРЕТОРНОЙ УРОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗОМ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ СО СТОРОНЫ ПОРАЖЕНИЯ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

- А замедление появления рентгеноконтрастного вещества в чашечно-лоханочной системе на стороне поражения
- Б увеличение почки
- В низкая концентрация рентгеноконтрастного вещества на поздних стадиях
- Г интенсивное контрастирование чашечно-лоханочной системы на ранних снимках

202 ПОКАЗАНИЕ К НЕФРЭКТОМИИ ПРИ НЕФРОГЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

- А инфаркт почки с отсутствием функции
- Б стеноз проксимальной трети почечной артерии
- В стеноз средней трети почечной артерии
- Г аневризма почечной артерии

203 ПРИ ПОЧЕЧНОЙ АНГИОГРАФИИ ДЛЯ АНЕВРИЗМЫ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ ХАРАКТЕРНО

- А мешкообразное расширение почечной артерии
- Б локализация в проксимальной трети почечной артерии, без распространения на внутривисцеральные ветви
- В локализация в дистальной трети почечной артерии с распространением на внутривисцеральные сосуды
- Г стеноз выглядит в виде «нити бус»

204 ПОКАЗАНИЯ К РЕНОВАСКУЛЯРНОЙ ДИЛАТАЦИИ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ

- А ангиографически четко выраженные стенозы почечной артерии
- Б множественные стенозы с поражением внутривисцеральных ветвей
- В выраженный атеросклероз
- 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 билъгарциозном
- Б интерстициальном
- В химическом
- Г лучевом

207 СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПРИЧИНЕ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО ЦИСТИТА

- А аутоиммунный фактор
- Б аллергия
- В гормональный фактор
- Г инфекция

208 НАЗВАНИЕ СИНДРОМА УЧАЩЕННОГО МОЧЕИСПУСКАНИЯ

- А поллакиурия
- Б полиурия
- В дизурия
- Г никтурия

209 ХАРАКТЕР ГЕМАТУРИИ ПРИ ОСТРОМ ЦИСТИТЕ

- А терминальный
- Б инициальный
- В интермиттирующий
- Г тотальный и терминальный

210 ЧТО ТАКОЕ РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ЦИСТИТ?

- А 3 обострения за год
- Б 1 обострение в месяц
- В 1 обострение за год
- Г 2 обострения за год

211 ПРИ КАКОМ ЦИСТИТЕ НЕ НУЖНО ПРОИЗВОДИТЬ ЦИСТОСКОПИЮ?

- А при остром первичном цистите
- Б паразитарном
- В лучевом
- Г интерстициальном

212 ПРИ КАКОМ ЦИСТИТЕ НАБЛЮДАЕТСЯ УПОРНОЕ, РЕЦИДИВИРУЮЩЕЕ ТЕЧЕНИЕ, ВЕДУЩЕЕ К ИНВАЛИДНОСТИ БОЛЬНЫХ?

- А интерстициальном
- Б аллергическом
- В дисгормональном
- Г нейрогенном

213 ПРИ КАКОМ ЦИСТИТЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ ЯЗВА ЛИНЕЙНОЙ ФОРМЫ?

- А интерстициальном
- Б кандидомикозном
- В лучевом
- Г аллергическом

214 У КАКОЙ КАТЕГОРИИ БОЛЬНЫХ НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛЯТЬ НАЛИЧИЕ ОСТАТОЧНОЙ МОЧИ ПРИ ЦИСТИТЕ?

- А при сахарном диабете
- Б у больных пиелонефритом
- В у больных лучевым циститом
- Г при нейрогенном мочевом пузыре

215 БЕЗ КАКОГО СИМПТОМА НЕЛЬЗЯ ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ ЦИСТИТА?

- А лейкоцитурии
- Б боли

- В поллакиурии
- Г терминальной гематурии

216 САМОЕ ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ЦИСТИТА

- А пиелонефрит
- Б лейкоплакия мочевого пузыря
- В малакоплакия мочевого пузыря
- Г перитонит

217 ДЛЯ ЦИСТИТА ХАРАКТЕРНА СЛЕДУЮЩАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- А частое болезненное мочеиспускание, обычно в конце его
- Б схваткообразные острые боли внизу живота с частым мочеиспусканием, но без болей
- В рези в конце мочеиспускания
- Г гнойные выделения из уретры, рези в начале мочеиспускания

218 ПРИ КАКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ЦИСТИТА МОЖЕТ БЫТЬ ПЕРИТОНИТ?

- А при гангренозной
- Б при опухоловой
- В при лучевой
- Г при послеоперационной

219 НАЗОВИТЕ ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЙ ПРИЗНАК ЦИСТАЛГИИ ОТ ЦИСТИТА

- А отсутствие лейкоцитурии
- Б императивные позывы
- В неполное опорожнение мочевого пузыря
- Г генитально-пузырная дисфункция мочевого пузыря

220 КАКОЕ СОВРЕМЕННОЕ НАЗВАНИЕ НАИБОЛЕЕ ПОЛНО ОТРАЖАЕТ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКУЮ СУЩНОСТЬ ЦИСТАЛГИИ?

- А Какое современное название наиболее полно отражает патогенетическую сущность цисталгии?
- Б генитально-пузырная дисфункция мочевого пузыря
- В уретральный синдром у женщин
- Г нервная поллакиурия

221 КАКИЕ НЕРВЫ ОБЕСПЕЧИВАЮТ РЕЗЕРВУАРНУЮ ФУНКЦИЮ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ?

- А гипогастральные
- Б тазовые
- В половые
- Г простатические

222 Морфологическим субстратом какой формы цистита является эозинофильный инфильтрат?

- А аллергической
- Б интерстициальной
- В химической
- Г инфекционной

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

231 САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО ПРИ

- А коралловидном (одностороннем) камне почки
- Б пиелонефрите в активной фазе
- В двустороннем уролитиазе
- Г мигрирующем камне единственной почки

232 САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО ПРИ

- А калькулезном пиелонефрите в фазе ремиссии
- Б реакции мочи pH 8,2 (у больных уролитиазом)
- В терминальной стадии хронической почечной недостаточности
- Г острой почечной недостаточности

233 ПРИ УРАТАХ НЕ СЛЕДУЕТ УПОТРЕБЛЯТЬ

- А мясную пищу
- Б молочную пищу
- В овощи и фрукты некислых сортов
- Г минеральную воду «Боржоми»

234 ПРИ ОКСАЛАТАХ НЕ СЛЕДУЕТ УПОТРЕБЛЯТЬ

- А молоко
- Б блюда из перловой крупы
- В блюда из гречневой крупы
- Г хлеб из пшеничной муки

235 ПРИ ФОСФАТАХ НЕ СЛЕДУЕТ УПОТРЕБЛЯТЬ

- А овощи и фрукты некислых сортов
- Б минеральную воду «Арзни»
- В блюда из ячневой крупы
- Г овощи и фрукты кислых сортов

236 ПРИ УРАТАХ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ

- А блемарен
- Б марелин
- В жженая магнезия
- Г алмагель

237 ПРИ ОКСАЛАТАХ И ЩЕЛОЧНОЙ МОЧЕ ПОКАЗАНЫ

- А марена красильная
- Б лист ортосифона
- В бикарбонат натрия
- Г глюконат кальция

238 ПРИ ОКСАЛАТАХ И КИСЛОЙ МОЧЕ НЕ ПОКАЗАНЫ

- А аскорбиновая кислота
- Б солимок
- В пиридоксин
- Г лист ортосифона

239 ПРИ ФОСФАТАХ ПОКАЗАНЫ

- А солуран
- Б бикарбонат натрия
- В метионин

Г уродан

240 ФЕРМЕНТ УРЕАЗА СПОСОБСТВУЕТ

- А подщелачиванию мочи
- Б образованию уратов
- В подкислению мочи
- Г улучшению реабсорбции

241 КАКИЕ ИЗ ПРИВЕДЕННЫХ ЛЕКАРСТВ СПОСОБСТВУЮТ КАМНЕОБРАЗОВАНИЮ?

- А тетрациклин
- Б левомицетин
- В пенициллин
- Г лидаза

242 КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЛЕКАРСТВ ДАЮТ ПОДКИСЛЯЮЩИЙ ЭФФЕКТ?

- А хлористый аммоний
- Б аевит
- В ацетат натрия
- Г алмагель

243 КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЛЕКАРСТВ ДАЮТ ПОДЩЕЛАЧИВАЮЩИЙ ЭФФЕКТ?

- А ацетат натрия
- Б витамин С
- В роватинекс
- Г пиридоксин

244 КАКИЕ ИЗ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСЯТСЯ К ЦИТРАТНЫМ СМЕСЯМ?

- А блемарен
- Б милурит
- В аллопуринол
- Г пиридоксин

245 КАКИЕ ИЗ ПРЕПАРАТОВ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ ПРИ ВОСХОДЯЩЕМ ЛИТОЛИЗЕ?

- А фермент террилитин
- Б бикарбонат натрия
- В физиологический раствор
- Г дистиллированная вода

246 КАКИЕ ВИДЫ КАМНЕЙ ПОДЛЕЖАТ ВОСХОДЯЩЕМУ ЛИТОЛИЗУ?

- А фосфаты кальция
- Б оксалаты магния
- В оксалаты кальция
- Г ураты

247 КАКИЕ ВИДЫ КАМНЕЙ И МОЧЕВЫХ ДИАТЕЗОВ ПОДЛЕЖАТ НИСХОДЯЩЕМУ ЛИТОЛИЗУ?

- А уратурия
- Б фосфаты

- В оксалурия
- Г оксалаты кальция

248 ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕКИСЛОГО УРОЛИТИАЗА ПОКАЗАНЫ

- А цитратные смеси
- Б фитин
- В ниерон
- Г сульфат магния

249 В РЕЗУЛЬТАТЕ НАРУШЕНИЯ ПУРИНОВОГО ОБМЕНА ОБРАЗУЮТСЯ

- А оксалаты
- Б фосфаты магния
- В карбонаты кальция
- Г фосфаты кальция

250 ЭМБРИОНАЛЬНАЯ ЗАКЛАДКА ПОЧЕК У ЧЕЛОВЕКА ПРОИСХОДИТ

- А на 3-й неделе
- Б на 4-м месяце развития эмбриона
- В на 4-й неделе
- Г на 2-м месяце

251 СРАЩЕНИЕ ПОЧЕК ОТНОСИТСЯ К АНОМАЛИЯМ

- А взаимоотношения
- Б количества
- В положения
- Г лоханок и мочеточников

252 Определяющим методом диагностики сращенных почек является

- А статическая сцинтиграфия
- Б эхография
- В обзорная рентгенография
- Г экскреторная урография

253 НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ВИД СРАЩЕНИЯ ПОЧЕК

- А подковообразная почка
- Б галетообразная почка
- В сигмовидная почка
- Г углообразная почка

254 НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ВИД ДИСТОПИИ ПОЧЕК

- А поясничная
- Б подвздошная
- В тазовая
- Г внутригрудная

255 НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ АНОМАЛИЕЙ РАЗВИТИЯ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ

- А удвоение лоханок и мочеточников
- Б гипоплазия
- В аплазия
- Г дистопия

256 МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ДИСТОПИРОВАННОЙ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А эхография
- Б обзорная рентгенография
- В анализ мочи
- Г хромоцистоскопия

257 МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ УПОРНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ДИСТОПИИ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А нефрэктомия
- Б пластика лоханки
- В резекция нижнего полюса
- Г ношение бандажа

258 ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ АПЛАЗИИ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А ангиография
- Б экскреторная урография
- В динамическая ренография
- Г статическая сцинтиграфия

259 ГИПОПЛАЗИЯ ПОЧКИ — ЭТО АНОМАЛИЯ

- А структуры
- Б количества
- В взаимоотношения
- Г положения

260 ПЕРЕКРЕСТНАЯ ДИСТОПИЯ ПОЧКИ — ЭТО АНОМАЛИЯ

- А положения
- Б взаимоотношения
- В структуры
- Г количества

261 СИМПТОМЫ, ТИПИЧНЫЕ ДЛЯ ГИПОПЛАЗИИ ПОЧКИ

- А артериальная гипертензия
- Б почечная колика
- В гематурия
- Г дизурия

262 МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ГИПОПЛАЗИИ ПОЧКИ

- А нефрэктомия
- Б нефропексия
- В резекция почки
- Г реваскуляризация почки

263 КАКОЕ МЕСТО ПО ЧАСТОТЕ СРЕДИ ДРУГИХ АНОМАЛИЙ ЗАНИМАЕТ УДВОЕНИЕ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ?

- А первое
- Б второе
- В третье
- Г четвертое

- 264 СИМПТОМАМИ НАДСФИНКТЕРНОЙ ЭКТОПИИ УСТЬЯ МОЧЕТОЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ
- А боли в поясничной области
 - Б поллакиурия
 - В отсутствие произвольного мочеиспускания
 - Г артериальная гипертензия
- 265 КАКАЯ ОПЕРАЦИЯ НАИБОЛЕЕ РАДИКАЛЬНА ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ?
- А уретеропиелонеоанастомоз по Андерсону —Хайнсу
 - Б уретеролиз
 - В интубационная уретеротомия по Мариону
 - Г уретеропиелопластика по Фолею
- 266 При инфицированном гидронефрозе II стадии показана
- А пиелостомия
 - Б уретеролиз
 - В пиелопликация
 - Г уретеропиелонеоанастомоз
- 267 МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА
- А микционная цистография
 - Б экскреторная урография
 - В ретроградная цистография
 - Г цистоскопия
- 268 МЕТОД ВЫБОРА ЛЕЧЕНИЯ ГИДРОНЕФРОЗА ПРИ УДВОЕНИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ
- А мочеточниково-лоханочный анастомоз
 - Б нефрэктомия
 - В геминефрэктомия
 - Г пластика лоханки
- 269 При какой величине солитарной кисты почки показана операция
- А при сдавлении лоханки
 - Б 10-20 мм
 - В 20-30 мм
 - Г 40-50 мм
- 270 МЕТОД ДИАГНОСТИКИ СОЛИТАРНОЙ КИСТЫ ПОЧКИ
- А экскреторная урография
 - Б ретроградная пиелография
 - В люмботомия
 - Г ангиосцинтиграфия
- 271 ПЛАСТИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ ПОКАЗАНА ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ
- А II стадии
 - Б III стадии
 - В IV стадии
 - Г при инфицированном гидронефрозе
- 272 НЕФРЭКТОМИЯ ПОКАЗАНА ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ

- А III стадии
- Б I стадии
- В II стадии
- Г во всех случаях

273 ГИПОСПАДИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

- А задержки или нарушения формирования уретры
- Б родовой травмы
- В неправильного расположения плода в матке
- Г преждевременных родов

274 ВСЕ СЛЕДУЮЩЕЕ НИЖЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ГИПОСПАДИИ, КРОМЕ

- А отсутствия на большем или меньшем протяжении верхней стенки мочеиспускательного канала
- Б искривления полового члена
- В недоразвития губчатой части уретры
- Г врожденных аномалий уретры

275 КОГДА НЕОБХОДИМО ОПЕРИРОВАТЬ БОЛЬНЫХ С ГИПОСПАДИЕЙ И ЭПИСПАДИЕЙ?

- А в первые годы жизни
- Б после 15 лет
- В после 20 лет
- Г в 25 лет

276 КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПОСПАДИИ?

- А по Сесилу—Калпу
- Б по Винкельману
- В по Иванисевичу
- Г по Лопаткину

277 КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРИ ЭПИСПАДИИ?

- А по Державину
- Б по Андерсону—Хайнсу
- В по Лидскому
- Г по Иванисевичу

278 В КАКИЕ СРОКИ ЭМБРИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА ПОЯВЛЯЕТСЯ ГИПОСПАДИЯ И ЭПИСПАДИЯ?

- А на 9-й неделе
- Б на 25-й неделе
- В на 30—35-й неделе
- Г на 2—3-м месяце

279 С КАКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ МОШОНОЧНУЮ И ПРОМЕЖНОСТНУЮ ГИПОСПАДИЮ?

- А с ложным женским гермафродитизмом
- Б с гипоплазией яичек
- В с эктопией полового члена
- Г с поликистозом почек

280 КАКИЕ ФОРМЫ ГИПОСПАДИИ НЕ ТРЕБУЮТ ОПЕРАТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ?

- А головчатая и гипоспадия дистальной стволковой 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
- Г гиперэстрогении у беременной матери

282 КАК ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ГИПОСПАДИЯ?

- А 1 случай на 150 — 300 новорожденных
- Б 1 случай на 50000 новорожденных
- В 1 случай на 100000 новорожденных
- Г 1 случай на 50 новорожденных

283 КАК ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ЭПИСПАДИЯ?

- А 1 случай на 50000 новорожденных
- Б 1 случай на 100000 новорожденных
- В 1 случай на 50 новорожденных
- Г 1 случай на 500 000 новорожденных

284 ОСНОВНЫМИ СИМПТОМАМИ ВРОЖДЕННОГО ДИВЕРТИКУЛИТА МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА ЯВЛЯЮТСЯ

- А затрудненное и болезненное мочеиспускание
- Б острая задержка мочи
- В озноб
- Г никтурия

285 В КАКИХ СЛУЧАЯХ ВРОЖДЕННОЕ УДВОЕНИЕ УРЕТРЫ НЕ ТРЕБУЕТ ЛЕЧЕНИЯ?

- А если добавочная уретра не инфицирована
- Б при макрогематурии
- В если добавочная уретра инфицирована
- Г при затруднении мочеиспускания

286 ВРОЖДЕННЫЕ КЛАПАНООБРАЗНЫЕ СУЖЕНИЯ МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО

- А в мембранозном и предстательном отделах уретры
- Б в головчатом отделе уретры
- В в кавернозном отделе уретры
- Г вообще не встречаются

287 СКРЫТЫЙ ПОЛОВОЙ ЧЛЕН ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

- А порока развития
- Б воспалительных заболеваний полового члена

- В травмы полового члена
- Г опухоли полового члена

288 КАКУЮ ОПЕРАЦИЮ ВЫПОЛНЯЮТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СКРЫТОГО ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

- А по Баирову
- Б по Дюплею
- В по Тиршу
- Г по Савченко

289 ПЕРЕПОНЧАТЫЙ ПОЛОВОЙ ЧЛЕН ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

- А порока развития
- Б воспаления кожи полового члена
- В опухоли полового члена
- Г травмы полового члена

290 К АНОМАЛИЯМ ПОЛОЖЕНИЯ ЯИЧКА ОТНОСЯТСЯ

- А паховая ретенция
- Б брюшная ретенция
- В эктопия
- Г все перечисленное выше

291 К структурным аномалиям яичка относятся

- А ничего из перечисленного ниже
- Б монорхизм
- В анорхизм
- Г полиорхизм

292 К КОЛИЧЕСТВЕННЫМ АНОМАЛИЯМ ЯИЧКА ОТНОСЯТСЯ

- А ничего из перечисленного выше
- Б синдром Клайнфелтера
- В синдром Шерешевского—Тернера
- Г синдром дель Кастильо

293 ИСТИННЫЙ ГЕРМАФРОДИТИЗМ — ЭТО

- А структурная аномалия яичка
- Б аномалия положения яичка
- В двойственное строение наружных половых органов
- Г аплазия гонад

294 ПОЛ ЭМБРИОНА ЗАВИСИТ ОТ

- А Сперматозоида
- Б состояния эндокринной системы родителей
- В овуляторного цикла
- Г все перечисленное выше имеет значение

295 Формирование наружных половых органов в мужском эмбрионе управляется

- А андрогенами
- Б фолликулостимулирующим гормоном
- В лютеинизирующим гормоном
- Г пролактином

- 296 СИНДРОМ ДЕЛЬ КАСТИЛЬО ПРОЯВЛЯЕТСЯ
А терминальной аплазией
Б наличием дополнительной 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 гадатида Морганьи
В половой бугорок (мужская маточка)
Г ладьевидная ямка уретры
- 299 КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПРИ ТРАВМЕ ПОЧКИ?
А гематурия
Б почечная колика
В гипертермия
Г падение артериального давления
- 300 КАКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНА ПРИ СУБКАПСУЛЯРНОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ПОЧКИ?
А динамическое наблюдение в стационаре, соблюдение постельного режима в течение 3 нед
Б исключение физических нагрузок в течение 3 мес
В массивная антибактериальная терапия
Г наблюдение за пациентом в амбулаторных условиях
- 301 КАКОЙ ИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ТРАВМЫ ПОЧЕК?
А обзорная рентгенография мочевых путей и экскреторная урография
Б ультрасонография
В ретроградная пиелография
Г теплография
- 302 ЧТО ТАКОЕ СУБКАПСУЛЯРНЫЙ РАЗРЫВ ПОЧКИ?
А повреждение почки с сохранением поверхностной капсулы
Б надрыв или перфорация полостной системы почки
В повреждение паренхимы почки с надрывом капсулы до 1 см
Г повреждение магистральных сосудов в области ворот почки
- 303 ПРИ КАКОМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ НЕОБХОДИМО ЗАПОДОЗРИТЬ ТРАВМУ ПОЧКИ?
А перелом ребер
Б перелом конечностей

- В перелом ключицы
- Г перелом костей таза

304 ПРИ КАКОМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ РАЗВИВАЕТСЯ ПОЧЕЧНАЯ КОЛИКА?

- А субкапсулярное повреждение почки
- Б множественные разрывы почечной паренхимы и капсулы
- В гематома в области ворот почки
- Г отрыв почечной ножки

305 ОПТИМАЛЬНЫЕ СРОКИ ПОСТЕЛЬНОГО РЕЖИМА ПРИ ГЕМАТУРИИ

- А 3 — 4 нед
- Б 3 мес
- В до 1 года
- Г 1-2 ч

306 ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ДЛЯ РЕШЕНИЯ ВОПРОСА О ВОЗМОЖНОСТИ НЕФРЭКТОМИИ ПРИ ТРАВМЕ?

- А функция контралатеральной почки
- Б степень повреждения почки
- В продолжающееся кровотечение
- Г наличие урогематомы

307 КРИТЕРИЙ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ПОЧЕК

- А без повреждения кожных покровов
- Б повреждения почек без нарушения целостности полостной системы
- В без повреждения сосудистой ножки
- Г без сочетанной травмы органов брюшной полости

308 ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ УСЛОВИЕМ ВНУТРИБРЮШИННОГО РАЗРЫВА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ?

- А переполненный мочевой пузырь
- Б перелом костей таза
- В опорожненный мочевой пузырь
- Г травма нижней части живота

309 КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЗНАКОВ НАЗЫВАЕТСЯ СИМПТОМОМ ЗЕЛЬДОВИЧА?

- А неадекватный отток жидкости при промывании полости мочевого пузыря
- Б поступление крови из уретры
- В острая задержка мочи
- Г мучительные позывы к мочеиспусканию

310 СРОЧНОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО ПРИ

- А диагностированном разрыве мочевого пузыря
- Б подозрении на внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря
- В подозрении на перитонит
- Г острой задержке мочи

311 ПРИ ВНУТРИБРЮШИННОМ РАЗРЫВЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПЕРИТОНИТ РАЗВИВАЕТСЯ ЧЕРЕЗ

- А 10-12 ч

- Б 1 сут
- В 1-2 ч
- Г 2 сут

312 ДРЕНИРОВАНИЕ ОКОЛОПУЗЫРНОГО ПРОСТРАНСТВА ПО БУЯЛЬСКОМУ—МАК-УОРТЕРУ ВЫПОЛНЯЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ

- А опорожнения урогематомы и предупреждения развития тазовой флегмоны
- Б предупреждения возникновения мочевых свищей
- В ревизии области шейки мочевого пузыря
- Г остановки кровотечения

313 НАЛОЖЕНИЕ ЭПИЦИСТОСТОМЫ ПОКАЗАНО ПРИ

- А любой локализации разрыва мочевого пузыря
- Б внебрюшинном разрыве мочевого пузыря
- В обширной гематоме в околопузырной клетчатке
- Г профузной гематурии

314 Какое из перечисленных исследований является наиболее ценным в диагностике разрывов мочевого пузыря?

- А цистография в прямой и боковой проекциях
- Б осадочная цистография
- В обзорная и экскреторная урография
- Г полицистография

315 В КАКИХ СЛУЧАЯХ ДОПУСТИМО ДРЕНИРОВАНИЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЧЕРЕЗ УРЕТРУ?

- А при ранениях мочевого пузыря во время операции (у женщин)
- Б при внебрюшинных разрывах мочевого пузыря
- В при сроке менее 24 ч после травмы
- Г при линейных разрывах мочевого пузыря не более 3 см длиной

316 ЧТО ЭТО ТАКОЕ — ЛОЖНАЯ (КРОВАВАЯ) АНУРИЯ?

- А выделение нескольких капель крови или мочи при попытке мочеиспускания
- Б отсутствие (невозможность) мочеиспускания при переполненном мочевом пузыре
- В постоянное выделение капель крови из уретры
- Г отсутствие позыва к мочеиспусканию более 12 ч

317 В каких случаях необходимо дренирование брюшной полости?

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

318 СРЕДИ ОТКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЮТСЯ

- А разрывы и надрывы уздечки полового члена
- Б колото-резанные раны
- В колотые раны
- Г резанные раны

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

- А 24 ч
- Б 48 ч
- В 1 ч
- Г 2 ч

320 КАКИЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПОКАЗАНЫ ДЛЯ ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТА КОЖИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА?

- А операция Диттеля или Рейха
- Б операция Иванисевича
- В операция Винкельмана
- Г операция Нечипоренко

321 ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПЕРЕСЕЧЕНИЯ ОДНОГО ИЗ КАВЕРНОЗНЫХ ТЕЛ ЯВЛЯЕТСЯ

- А искривление полового члена
- Б подъем температуры тела
- В озноб
- Г уретроррагия

322 ЭКСТРАВАГИНАЛЬНАЯ ГЕМАТОМА МОШОНКИ СВЯЗАНА С

- А повреждением общей влагалищной оболочки или сосудов семенного канатика
- Б разрывом белочной оболочки придатка яичка
- В повреждением межтканевых промежутков, не проникающим в общую влагалищную оболочку
- Г повреждением кожи мошонки

323 ОБРАЗОВАНИЕ ИНТРАВАГИНАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ОРГАНОВ МОШОНКИ СВЯЗАНО С

- А разрывом белочной оболочки придатка яичка
- Б повреждением подкожной жировой клетчатки
- В повреждением сосудов семенного канатика
- Г повреждением межтканевых промежутков, не проникающих в общую влагалищную оболочку

324 АУТОИММУННОЕ БЕСПЛОДИЕ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ЯИЧКА СВЯЗАНО С

- А нарушением гематотестикулярного барьера
- Б нарушением лимфооттока от яичка
- В выпадением яичка
- Г перенесенными операциями

325 КАКОВЫ 2 ОСНОВНЫХ СИМПТОМА РАЗРЫВА УРЕТРЫ?

- А уретроррагия
- Б боль в промежности
- В гематурия
- Г потекание мочи

326 КАКОЙ ОСНОВНОЙ ВНЕШНИЙ ПРИЗНАК ПЕРЕЛОМА КОСТЕЙ ТАЗА ПРИ СОЧЕТАНИИ С РАЗРЫВОМ УРЕТРЫ?

- А больной не может стоять на ногах
- Б бледность кожных покровов
- В слабость, адинамия
- Г уретроррагия

327 КАКОВЫ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ НАРУШЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У МУЖЧИН С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ СТРУКТУРАМИ УРЕТРЫ?

- А наличие спермы в моче
- Б азооспермия
- В аспермия
- Г асперматизм

328 УКАЖИТЕ ДВА ВЕДУЩИХ СИМПТОМА НАРУШЕНИЯ КОПУЛЯТИВНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ СО СТРИКТУРАМИ УРЕТРЫ?

- А снижение копулятивной функции в зависимости от обострения хронического простатита и колликулита
- Б преждевременная эякуляция
- В тусклость оргазма
- Г снижение либидо

329 КАКИМ СПОСОБОМ УРЕТРОГРАФИИ МОЖНО УСТАНОВИТЬ ДЛИНУ ЗАДНЕЙ ЧАСТИ УРЕТРЫ ПРИ БОЛЬШОЙ СТРИКТУРЕ УРЕТРЫ С МОЧЕПУЗЫРНЫМ СВИЩОМ?

- А восходящей уретрографией в сочетании с проведением бужа через мочепузырный свищ в шейку и заднюю уретру
- Б комбинированный восходящей и нисходящей уретрографией
- В антеградной уретрографией
- Г восходящей уретрографией

330 КАКАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ С ПРИСТЕНОЧНЫМ ЗАКРЫТЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ УРЕТРЫ?

- А выжидательная тактика с капиллярными пункциями мочевого пузыря
- Б попытка введения постоянного катетера
- В срочная операция — первичный шов уретры
- Г эпицистостомия

331 В ПРЕДЕЛАХ КАКОГО ПЕРИОДА ВРЕМЕНИ МОЖНО ПРИ РАЗРЫВЕ УРЕТРЫ ПРОИЗВЕСТИ ПЕРВИЧНЫЙ ШОВ (ПЕРВИЧНУЮ ПЛАСТИКУ)?

- А первые 24 ч
- Б 2 дня
- В 3—4 дня
- Г 1 нед

332 КАКОЕ КОЛИЧЕСТВО ЭТАПОВ ВКЛЮЧАЕТ ОПЕРАЦИЯ УРЕТРОПЛАСТИКИ КОЖЕЙ МОШОНКИ ПО РУСАКОВУ ПРИ СТРИКТУРАХ ДЛИНОЙ 3,5 — 7 СМ?

- А 4 этапа
- Б 6 этапов
- В 5этапов
- Г 2этапа

333 КАКОВЫ ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ ТОННЕЛИЗАЦИИ ПО ФРОНШТЕЙНУ?

- А постгонорейные стриктуры большой протяженности, но с ограниченным участком сужения
- Б относительные стриктуры
- В длиной до 3 см
- Г посттравматические стриктуры уретры длиной 2 см; Б. длиной 3 см

334 УКАЖИТЕ ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ СТРИКТУР УРЕТРЫ?

- А фермент лидаза (гиалуронидаза)
- Б стекловидное тело
- В алоэ
- Г антибактериальные препараты

335 ДЛЯ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ СИМПТОМАТИЧЕСКОГО ВАРИКОЦЕЛЕ?

- А опухоль почки
- Б нефроптоз
- В гидронефроз
- Г поликистоз

336 КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ СЛЕДУЕТ ИСКЛЮЧИТЬ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПРИ МАКРОГЕМАТУРИИ?

- А опухоль почки
- Б пиелонефрит
- В цистит
- Г нефроптоз

337 РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ОПУХОЛИ ПОЧКИ

- А дефект наполнения лоханки, ампутация одной или нескольких чашечек
- Б контрастные тени в проекции почки
- В увеличение размеров почки
- Г расширение полостной системы

338 КАКАЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ У ДЕТЕЙ?

- А эмбриональная аденомиосаркома
- Б гипернефроидный рак
- В семинома
- Г аденокарцинома

339 НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ТИП ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ ОПУХОЛИ ПОЧКИ

- А темноклеточный
- Б аденоматозной
- В саркомоподобный
- Г железистый

340 КАКОЕ НАЗВАНИЕ ОПУХОЛИ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРАВИЛЬНЫМ, И ОНО ПОЛУЧИЛО ШИРОКОЕ РАСПРОСТРАНЕНИЕ?

- А светлоклеточный рак почки

- Б темноклеточный
- В опухоль Гравитца
- Г аденокарцинома

341 КАКАЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ ЛОХАНКИ ВСТРЕЧАЕТСЯ ЧАЩЕ?

- А папиллярный рак
- Б саркома
- В слизисто-железистый рак
- Г ангиома

342 НАЗОВИТЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННУЮ ОПУХОЛЬ ПОЧКИ, КОТОРАЯ ДЛИТЕЛЬНОЕ ВРЕМЯ ИМЕЕТ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ

- А саркома
- Б аденокарцинома
- В полиморфно-клеточный рак
- Г эмбриональный рак

343 НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ НЕИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛИ ПОЧЕК

- А ультразвуковое сканирование
- Б компьютерная томография
- В почечная ангиография
- Г экскреторная урография

344 ПЕРВОЕ МЕСТО ПО ЧАСТОТЕ РАЗВИТИЯ РАКА ПОЧКИ ЗАНИМАЕТ

- А эпителий проксимальных канальцев
- Б фибробластоподобные клетки мозгового слоя почки
- В эпителий почечных сосудов
- Г эпителий капсулы клубочков

345 ПЕРВОЕ МЕСТО ПО ЧАСТОТЕ РАЗВИТИЯ РАКА ПОЧКИ ЗАНИМАЕТ

- А светлоклеточный рак
- Б опухоль Гравитца
- В аденокарцинома
- Г почечный рак

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

- А 2 —7 лет
- Б 4 года
- В 5лет
- Г 1 год

347 КАКОВА СКОРОСТЬ РОСТА РАКА ПОЧЕЧНОЙ ПАРЕНХИМЫ У МОЛОДЫХ?

- А 2 см в год
- Б 3см в год
- В 4 см в год
- Г 5 см в год

348 КАКОВА СКОРОСТЬ РОСТА РАКА ПОЧЕЧНОЙ ПАРЕНХИМЫ У ПОЖИЛЫХ?

- А 1 см в год
- Б 2 см в год
- В 3 см в год
- Г 4 см в год

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

- А фармакоангиография
- Б экскреторная урография
- В УЗИ
- Г ретроградная пиелография

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

- А ультразвуковое сканирование
- Б компьютерная томография
- В почечная ангиография
- Г нефросцинтиграфия

351 РАК ПОЧКИ ЧАЩЕ МЕТАСТАЗИРУЕТ В

- А легкие
- Б печень
- В головной мозг
- Г позвоночник

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

- А чрезбрюшинный
- Б торакоабдоминальный
- В торакальный
- Г по Нагамацу

353 КАКАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ РАКЕ ЛОХАНКИ

- А нефроуретерэктомия
- Б расширенная нефрэктомия
- В резекция лоханки
- Г радикальная лимфаденэктомия

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

- А T3
- Б T4
- В T5
- Г T1

355 РАК МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ У

- А пациентов в возрасте от 50 до 70 лет
- Б молодых людей
- В деревенских жителей
- Г женщин

356 СРЕДИ ОПУХОЛЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРЕВАЛИРУЮТ

- А эпителиальные опухоли
- Б саркомы
- В феохромоцитомы
- Г эндометриозные опухоли

357 ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

- А фибромиома
- Б аденокарциома
- В первичный гипернефроидный рак
- Г саркома

358 ДЛЯ ПАПИЛЛЯРНОГО РАКА ХАРАКТЕРНО

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

359 Чаще всего метастазы рака мочевого пузыря наблюдаются в

- А регионарных лимфатических узлах таза, в области подвздошных и запирательных сосудов
- Б миокарде
- В кавернозных телах полового члена
- Г коже

360 ПОКАЗАТЕЛИ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ РАКА

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

361 ДЛЯ СТАДИИ T1 ХАРАКТЕРНО

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

362 ДЛЯ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ХАРАКТЕРНО

- А сравнительно позднее метастазирование
- Б отсутствие боли длительное время
- В боль в костях таза
- Г раннее метастазирование

363 ДЛЯ САРКОМЫ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ХАРАКТЕРНО

- А высокая злокачественность
- Б чаще встречается у пожилых людей
- В раннее метастазирование
- Г медленный рост

364 ПРИ ЦИТОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОСАДКА МОЧИ

А частота положительных цитологических заключений у больных раком мочевого пузыря достигает 70 %

Б частота положительных цитологических исследований не превышает 5 —10 %

В флюоресцентная микроскопия мало информативна

Г раковые клетки имеют одинаковую форму и размеры с клетками эпителия

365 ОСНОВНОЙ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ СИМПТОМ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

А имеется дефект наполнения, но контуры мочевого пузыря остаются 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

Б резко выраженной раковой кахексии

- В при двух опухолевых образованиях
- Г острой и хронической почечной, выраженной печеночной недостаточности

371 ХИМИОТЕРАПИЯ ПРИ РАКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

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

372 ПРОФИЛАКТИКА РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРЕДПОЛАГАЕТ

- А своевременное лечение воспалительных, трофических и паразитарных заболеваний мочевого пузыря
- Б уменьшение приема жидкости пациентами «группы риска»
- В обследование пациентов с дивертикулами мочевого пузыря проводится в случае возникновения макрогематурии
- Г проведение цистоскопии не реже 1 раза в 2 года пациентам, лечившимся по поводу опухолей мочевого пузыря

373 АДЕНОМА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ — ЭТО ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ, КОТОРАЯ РАЗВИВАЕТСЯ ИЗ

- А краниальной (центральной) области предстательной железы
- Б шейки мочевого пузыря
- В куперовых желез
- Г семенных пузырьков

374 В ПРОЦЕССЕ РОСТА ДГПЖ ПРЕДСТАТЕЛЬНАЯ ЖЕЛЕЗА

- А оттесняется к периферии, превращаясь в хирургическую капсулу
- Б гипертрофируется
- В остается без изменений
- Г прорастает аденоматозной тканью

375 КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА ДГПЖ НАИМЕНЕЕ ВЫРАЖЕНА ПРИ

- А ректальной форме
- Б смешанной форме
- В асимметрии боковых долей по величине
- Г сочетании ДГПЖ и хронического простатита

376 МЕХАНИЗМ ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКИ МОЧИ ПРИ ДГПЖ ОБУСЛОВЛЕН

- А нарушением координированной работы детрузора и замыкательного аппарата мочевого пузыря
- Б сопутствующим баланопоститом
- В наличием дивертикулов мочевого пузыря
- Г хроническим пиелонефритом

377 РАЗВИТИЕ ДГПЖ ОБУСЛОВЛЕНО

- А повышенной активностью 5-α-редуктазы
- Б снижением образования эстрогенов
- В половыми дизритмиями
- Г преобладанием в рационе растительной пищи

378 ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА НИКТУРИИ ПРИ ДГПЖ

уретры

- А прилив крови в вены таза, венозастаз в подслизистом слое предстательной части
- Б развитие хронического пиелонефрита
- В атрофия предстательной железы
- Г ректальная форма ДГПЖ

379 Для первой стадии ДГПЖ характерно

мочи нет

- А при мочеиспускании мочевого пузыря полностью опорожняется, остаточной
- Б количество остаточной мочи 50 — 400 мл
- В пузырно-мочеточниковые рефлюксы
- Г мочеиспускание в несколько этапов, сопровождающееся чувством неполного опорожнения мочевого пузыря

380 ОСЛОЖНЕНИЯ ДГПЖ

- А цистит
- Б рак полового члена
- В рак предстательной железы
- Г рак почки

381 ПРИ РЕКТАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ ДЛЯ ДГПЖ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ

тканям

- А консистенция узлов эластическая или плотно-эластическая
- Б плотные узлы хрящевидной консистенции
- В асимметрия предстательной железы
- Г инфильтраты, нарушающие целостность капсулы, идущие к окружающим

382 ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ СКАНИРОВАНИИ ДЛЯ ДГПЖ ХАРАКТЕРНО

тенью

- А овальная форма, симметричность, однородная мелкогранулярная эхоструктура
- Б симметричные гиперэхогенные очаги
- В интенсивные, ограниченные, эхологически плотные участки с акустической
- Г неоднородная эхоструктура, деформация предстательной железы, увеличение ее

в ширину

384 Экстренная аденомэктомия предполагает

стационаре

- А полное исключение катетеризации мочевого пузыря на предыдущих этапах и в
- Б временное отведение мочи посредством эпицистостомии
- В обязательное обследование пациента с использованием радиоизотопных
- Г проведение операции в первые 6 — 36 ч после задержки мочи

методов

385 ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ЭКСТРЕННОЙ АДЕНОМЭКТОМИИ

- А острый пиелонефрит
- Б сдавление аденомой интрамуральной части мочеточников
- В большие размеры аденомы
- Г камень мочевого пузыря

386 ПОКАЗАНИЯ К ПЛАНОВОЙ АДЕНОМЭКТОМИИ

- А вторая стадия ДГПЖ
- Б ХПН
- В острый пиелонефрит, уросепсис
- Г подозрение на рак в аденоме

387 ПОКАЗАНИЯ К ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

- А плотная консистенция, пузырная форма ДГПЖ
- Б опухоль мочевого пузыря
- В осложнения, вызванные ушиванием ложа предстательной железы при аденомэктомии
- Г большой размер аденомы (масса больше 70 г)

388 ОСЛОЖНЕНИЯ, ВЫЗВАННЫЕ УШИВАНИЕМ ЛОЖА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ АДЕНОМЭКТОМИИ

- А рубцовый стеноз шейки мочевого пузыря
- Б кровотечение
- В рак почки
- Г рецидив ДГПЖ

389 ПРЕИМУЩЕСТВА БЕСШОВНОГО ВЕДЕНИЯ ЛОЖА ПРИ АДЕНОМЭКТОМИИ

- А меньшая травматичность и эффект вымывания из ложа ДГПЖ фибринолитических веществ
- Б радикальное удаление ДГПЖ
- В удаление конкрементов мочевого пузыря во время операции
- Г возможность тщательной ревизии мочевого пузыря для исключения опухоли и дивертикулов

390 ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ АДЕНОМЭКТОМИИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ У ПАЦИЕНТОВ С

- А варикозным расширением вен нижних конечностей
- Б ректальной формой ДГПЖ
- В дивертикулами мочевого пузыря
- Г малыми размерами ДГПЖ

391 ОСТРЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ ПОСЛЕ АДЕНОМЭКТОМИИ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ У БОЛЬНЫХ

- А после неоднократных катетеризаций мочевого пузыря в предоперационном периоде
- Б при небольших размерах ДГПЖ
- В с нарушением функций почек
- Г которым проводилась вазорезекция

392 ЧТО ОЗНАЧАЕТ ПОНЯТИЕ «ГИПЕРТЕРМИЯ»?

- А 42-45°C
- Б 37-39°C
- В 70—100°C
- Г 50-70 °C

393 ЧТО ОЗНАЧАЕТ ПОНЯТИЕ «ТЕРМОТЕРАПИЯ»?

- А 55-80 °C

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

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

- А геморрагический эффект
- Б коагуляционный некроз
- В макроскопический некроз
- Г химический ожог

395 КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРОИСХОДЯТ В ТКАНИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ РАДИОЧАСТОТНОЙ ТЕРМОТЕРАПИИ?

- А макроскопический некроз
- Б антипролиферативный эффект
- В геморрагическая болезнь
- Г коагуляционный некроз

396 КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ НАСТУПАЮТ В ТКАНИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ТЕРМОАБЛАЦИИ?

- А коагуляционный некроз
- Б точечный некроз
- В геморрагический эффект
- Г фиброз ткани

397 КАКИЕ НОВЫЕ ТЕРМАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ В ЛЕЧЕНИИ ДГПЖ?

- А радиочастотная термоабляция
- Б микроволновая гипертермия
- В радиочастотная термотерапия
- Г микроволновая термотерапия

398 КАКОВА МЕДИЦИНСКАЯ ГЕОГРАФИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (РПЖ)?

- А наибольшее распространение в США
- Б наибольшее распространение РПЖ в Юго-Восточной Азии
- В наименьшее распространение в Западной Европе
- Г наибольшее распространение в РФ

399 КАКОЙ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР РПЖ БОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН?

- А генетический
- Б воспалительный
- В гормональный
- Г микробный

400 УКАЖИТЕ ОСНОВНОЕ ЗВЕНО ПАТОГЕНЕЗА РПЖ?

- А гиперандрогения
- Б первичное поражение гонад
- В снижение функции печени
- Г гиперэстерогения

Ситуационные задачи:

ВидКод Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса

Н - 001

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - 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.

P2 - Диагноз поставлен верно.

P1 - Диагноз поставлен неполностью - часть нозологий упущена.

P0 - 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).

P2 - Указаны все методы исследования. Ответ обоснован.

P1 - Указаны не все исследования либо перечислены не все методики исследования не обоснована цель их назначения.

P0 - 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.

P2 - Правильно выбран метод лечения. Правильно обоснован метод лечения.

P1 - Правильно указан способ лечения, но не обоснованы показания.

P0 - 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 отсутствуют конкременты и новообразования.

P2 - Перечислены все обстоятельства правильно.

P1 - Ответ верен только частично.

P0 - 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.

P2 - Ответ верен

P1 - Указана только часть мероприятий

P0 - Ответ неверен.

Н - 002

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - 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.

Р2 - Диагноз поставлен верно.

Р1 - Диагноз поставлен неполностью - часть нозологий упущена.

Р0 - 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.

Р2 - Указаны все признаки, симптомы. Ответ обоснован.

Р1 - Указаны не все признаки и симптомы.

Р0 - 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.

Р2 - Перечислены все методы исследования

Р1 - Указано только часть методов исследования

Р0 - 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.

Р2 - Перечислены все обстоятельства правильно.

Р1 - Ответ верен только частично.

Р0 - Ответ полностью неверен.

В 5 5.Перечислите меры вторичной профилактики.

5.

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

Р2 - Ответ верен

P1 - Указана только часть мероприятий

P0 - Ответ неверен.

Н - 003

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - 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 (?)

P2 - Диагноз поставлен верно.

P1 - Диагноз поставлен неполностью - часть нозологий не указана.

P0 - 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.

P2 - Указаны все методы исследования

P1 - Методы исследования указаны частично

P0 - 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 – нефрэктомия. При Сг лоханки – нефроуретерэктомия справа с трансуретральной резекцией устья мочеточника правой почки. В послеоперационном периоде комбинированная химиотерапия и лучевая терапия.

P2 - Ответ полный. Указаны все виды лечения.

P1 - Указана только часть

P0 - Ответ неверен полностью.

Н - 004

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - 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.

P2 - Диагноз поставлен верно.

P1 - Диагноз поставлен верно, но без объяснения патологии

P0 - 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.

P2 - Указаны все стадии правильно.

P1 - Указаны не все стадии заболевания, либо указаны неправильно.

P0 - Ответ полностью не верен.

В 3 Какова лечебная тактика?

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

P2 - Правильно выбран метод лечения. Правильно обоснован метод лечения.

P1 - Правильно указан способ лечения, но не обоснованы показания. Либо перечислены не все методы

P0 - 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.

P2 - Ответ верен.

P1 - Ответ верен только частично.

P0 - Ответ полностью неверен.

Н - 005

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - 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.

P2 - Диагноз поставлен верно. Определение указано верно.

P1 - 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.

Н - 006

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - 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 артериограмме 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.

P2 - Полностью правильный ответ

P1 - Ответ частично правильный

P0 - Ответ неверен.

В 3 Нужны ли дополнительные методы исследования?

Э - МСКТ мочеполовой системы с контрастированием.

P2 - Ответ правильный

P1 - В ответе есть ошибки.

P0 - Ответ неверен полностью.

В 4 Какова лечебная тактика?

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

P2 - Все ответы правильные

P1 - Ответ верен только частично.

P0 - 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.

P2 - Ответ верен

P1 - Ответ частично верен.

P0 - Ответ неверен.

Н - 007

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - 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 выпухание 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 внутривульварного отдела мочеточника, состоящего из двух слоёв слизистой оболочки — внутри мочеточника и снаружи мочевого пузыря, ввиду чего происходит нарушение оттока мочи и возникновение уретерогидронефротической трансформации и хронического пиелонефрита.

P2 - Диагноз поставлен верно. Определение указано верно.

P1 - 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.

Н - 008

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - 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

P2 - Диагноз поставлен верно. Определение указано верно.

P1 - Только часть ответа указано правильно.

P0 - 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.

Н - 009

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - 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 гроздевидного сплетения семенного канатика.

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 неправильного развития несостоятельность клапанного механизма вен или положения левой почечной вены (анатомическая особенность).

P2 - Полностью правильный ответ

P1 - Ответ частично правильный

P0 - Ответ неверен.

В 3 Нужны ли дополнительные методы исследования?

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

P2 - Ответ правильный

P1 - В ответе есть ошибки.

P0 - 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..

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. Ограничение физических нагрузок в вертикальном положении, ношение тугих плавок.

P2 - Ответ верен

P1 - Ответ частично верен.

P0 - Ответ неверен.

Н - 010

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - Больная 36 лет жалуется на быструю утомляемость, слабость, сухость во рту, тошноту. Страдает гипертонической болезнью, которая плохо корректируется терапией. При пальпации области живота определяются увеличенные бугристые почки, больше справа. В клиническом анализе мочи

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

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.

P2 - Диагноз поставлен верно.

P1 - Только часть ответа указано правильно.

P0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Каков генез заболевания?

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

P2 - Полностью правильный ответ

P1 - Ответ частично правильный

P0 - Ответ неверен.

В 3 Нужны ли дополнительные методы исследования?

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

P2 - Ответ правильный

P1 - В ответе есть ошибки.

P0 - 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: иглопункция

P2 - Все ответы правильные

P1 - Ответ верен только частично.

P0 - 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.

Н - 011

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - Пациент 55 лет поступил в урологическую клинику с DS: «Киста правой почки». По результатам обследования выявлена парапелвичная 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 - Парапелъвикальная 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 парапелъвикальной 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: минилумботомия, иссечение парапелъвикальной 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.

Н - 012

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - Больной М., 45 лет последние 3 месяца отмечает периодические подъемы температуры до 38,0°C 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.

Н - 013

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - 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.

Н - 014

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - 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. Постренальная 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.

Н - 015

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - 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.

Н - 016

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - Больная 55 лет поступила в городскую больницу скорой медицинской помощи с жалобами на боли в левой поясничной области, субфебрилитет. Анамнез: считает себя больной в течение года. При объективном осмотре живот мягкий, умеренно болезнен в левом подреберье. Пропальпировать чтолибо в подреберьях невозможно из-за массивной подкожно-жировой клетчатки. Симптом XII ребра (+) слева. Клинический анализ мочи: лейкоциты сплошь покрывают поле зрения. Анализ крови: НВ 100 г/л; Л - $5,9 \cdot 10^9$ /л; СОЭ 56 мм/час. На обзорной урограмме тень конкремента коралловидной формы в проекции левой почки 4х6 см. На серии экскреторных урограмм контрастного вещества в проекции левой почки не определяется. Функция правой почки не изменена. На радиоизотопной ренограмме: справа - сосудистая, секреторная и экскреторная составляющие кривой не нарушены, слева - "немая" почка. На ангиограммах: резкое обеднение сосудистого рисунка

слева; ангиоархитектоника справа не нарушена. Цистоскопия: видно выделение густого гноя в виде "пасты из тюбика" из левого устья.

В 1 Каков Ваш предварительный диагноз.

Э - Мочекаменная болезнь. Коралловидный камень левой почки.

Р2 - Диагноз поставлен верно.

Р1 - Только часть ответа указано правильно.

Р0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Осложнения основного заболевания.

Э - Калькулезный пионефроз, нефросклероз слева.

Р2 - Полностью правильный ответ

Р1 - Ответ частично правильный

Р0 - Ответ неверен.

В 3 Каков, вероятнее всего, химический состав камня.

Э - Фосфат.

Р2 - Ответ правильный

Р1 - В ответе есть ошибки.

Р0 - Ответ неверен полностью.

В 4 Какая лечебная тактика? Показания для оперативного лечения?

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

Р2 - Все ответы правильные

Р1 - Ответ верен только частично.

Р0 - 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).

Р2 - Ответ верен

Р1 - Ответ частично верен.

Р0 - Ответ неверен.

Н - 017

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - 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.

P2 - Полностью правильный ответ

P1 - Ответ частично правильный

P0 - 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.

P2 - Ответ правильный

P1 - В ответе есть ошибки.

P0 - Ответ неверен полностью.

В 4 Предпочтительный метод оперативного лечения.

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

P2 - Все ответы правильные

P1 - Ответ верен только частично.

P0 - Ответ полностью неверен.

В 5 Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике заболевания.

Э - Лечение воспалительных осложнений со стороны мочевых путей.

P2 - Ответ верен

P1 - Ответ частично верен.

P0 - Ответ неверен.

Н - 018

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - 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.

R2 - Предварительный диагноз поставлен верно

R1 - Предварительный диагноз неполный, или указано неверное осложнение

R0 - Диагноз поставлен неверно

В 2 Какие дополнительные обследования необходимо провести

Э - Описание эталонного ответа на вопрос 2

R2 - Для уточнения диагноза необходимо выполнить клинический анализ крови, клинический анализ мочи, биохимический анализ крови, УЗИ почек, обзорная урография, МСКТ почек.

R1 - Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования

R0 - 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.

R2 - Указано, что ситуация неотложная. Дано определение

R1 - Указано, что ситуация неотложная. Не дано определение

R0 - 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

R2 - Указаны все способы ликвидации осложнения

R1 - Указаны не все способы ликвидации осложнения

R0 - 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

R2 - Указаны все варианты для дифференциальной диагностики

R1 - Перечислены не все варианты для дифференциальной диагностики

R0 - Варианты для дифференциальной диагностики не указаны

Н - 019

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - Больной 16 лет поступил в клинику с жалобами на увеличение правой половины мошонки. В возрасте 6 лет перенес орхопексию по поводу пахового крипторхизма. При пальпации мошонки правое яичко увеличено, малоболезненно, плотной консистенции, четких изменений в придатке не обнаружено, паховые лимфоузлы не увеличены. На экскреторных урограммах определяется отклонение правого мочеточника латерально.

В 1 Предварительный диагноз.

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

Р2- Диагноз установлен верно с локализацией основного процесса и вторичных изменений

Р1- Диагноз установлен верно с локализацией основного процесса. Вторичные изменения не выявлены или выявлены с неправильной локализацией

Р0- 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).

Р2- Указаны лабораторные и инструментальные виды исследований. Указаны основные онкомаркеры опухоли яичка

Р1 - Не указаны лабораторные или инструментальные виды исследований.

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

Р0- 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).

Р2- Указан наиболее информативный метод с детальным описанием

Р1- Указан наиболее информативный метод без детального описания

Р0- 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

Р2- Указаны все параметры, определяющие объем вмешательства

Р1- Указаны параметры, от которых зависит объем оперативного вмешательства не полностью

Р0- параметры, определяющие объем вмешательства не указаны

В 5 Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике.

Э - Орхэктомия в 6 лет

Р2- Профилактическая мера указана верно

Р1- Профилактическая мера указана в другом объеме (не радикально)

Р0- Профилактическая мера не указана

Н - 020

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - 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.

P2- Диагноз установлен верно с уточнением локализации и распространения

P1- Диагноз установлен верно без уточнения локализации и распространения

P0- 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 мочевого пузыря. ТУР биопсия мочевого пузыря с использованием в том числе фотодинамических методов

P2- Указаны и лабораторные, и инструментальные методы исследования

P1- Указаны только лабораторные или только инструментальные методы исследования. Или не указаны все основные методы для оценки состояния органов мочевого пузыря

P0- 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.

P2- Указан наиболее информативный метод диагностики с пояснением механизма его

P1- Указан наиболее информативный метод диагностики без уточнения механизма его

P0- Не указан наиболее информативный метод диагностики, или указан иной менее информативный метод

В 4 План лечения.

Э - Лечение оперативное: резекция мочевого пузыря с уретеростомией.

P2- Указан оптимальный метод лечения с учетом распространения опухоли

P1- Указан метод лечения без учета распространения опухоли

P0- 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)

P2- Указаны меры первичной профилактики с пояснением и уточнением возможных этиологических факторов

P1- Указаны меры профилактики без пояснения и уточнения возможных этиологических факторов

P0- Меры первичной профилактики не указаны.

Н - 021

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - 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.

P2- Диагноз установлен верно

P1- Диагноз установлен с нечетко определенной нозологией (например, гиперплазия простаты)

P0- 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.

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 - Биопсия простаты с последующим гистологическим исследованием. Выполняется трансректальная мультифокальная 12 точечная биопсия под УЗ контролем. Возможно выполнение трансректальной или промежностной биопсии под МРТ наведением.

P2- Указаны метод и описание его вариантов

P1- Указан только метод без описания его вариантов

P0- 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

P2- Указан параметр с пояснением

P1- Указан параметр без пояснения

P0- 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

P2- Указаны меры вторичной профилактики полно

P1- Указаны меры профилактики неполно

P0- Меры вторичной профилактики не указаны.

Н - 022

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - 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 – позадилоная 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.

Н - 023

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - 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.

P2- Диагноз установлен верно

P1 - Диагноз установлен с нечетко определенной нозологией

P0 - 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

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 - Обзорная урография и УЗИ мочевого пузыря. Позволят выявить увеличенную простату с остаточной мочой, конкремент мочевого пузыря, обусловленный инфравезикальной обструкцией

P2 - Указаны метод и результат

P1 - Указан только метод без описания результата

P0 - 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.

P2 - Указан метод с определяющим исследованием и уточнением в зависимости от результата исследования.

P1 - Указан метод без определяющего исследования

P0 - Указан неверный метод и неверное определяющее исследование

В 5 Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике.

Э - Здоровый образ жизни, наблюдение у уролога, прием уроантисептиков.

P2 - Указаны меры вторичной профилактики полно

P1 - Указаны меры профилактики неполно

P0 - Меры вторичной профилактики не указаны.

Н - 024

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - У больного 72 лет после приема алкоголя прекратилось мочеиспускание, появились ощущение переполнения мочевого пузыря, настоятельные позывы на мочеиспускание, сильные распирающие боли внизу живота. До этого в течение 2-3 лет отмечал умеренное затруднение мочеиспускания, учащение его ночью до 2-3 раз, ослабление струи мочи.

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.

Н - 025

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - 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

P1 - Диагноз установлен верно, но без указания стадии и осложнений

P0 - 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

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

P2 - Указан параметр, от которого зависит вид оперативного вмешательства с пояснением

P1 - Указан параметр без пояснения

P0 - Не указан параметр, от которого зависит вид оперативного вмешательства

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.

Н - 026

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - 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.

P2 - Диагноз установлен верно. Указан орган, котором локализуется патологический процесс

P1 - Упоминание об онкопатологии, но без указания локализации патологического процесса

P0 - 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

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 мочевыделительной системы с внутривенным болюсным контрастированием, определением ангиоархитектоники патологического процесса

P2 - Указан метод с пояснением

P1 - Указан метод без пояснения

P0 - Не указан метод

В 4 Каков объем оперативного вмешательства, если таковое показано.

Э - Радикальная нефрэктомия с лимфаденэктомией.

P2 - Указаны полный объем

P1 - Объем указан неполностью

P0 - Объем указан неверно

В 5 Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике.

Э - Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек.

P2 - Указаны меры первичной профилактики полно

P1 - Указаны меры профилактики неполно

P0 - Меры первичной профилактики не указаны.

Н - 027

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - 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.

P2 - Диагноз установлен верно. Указан орган, в котором локализуется патологический процесс

P1 - Упоминание об онкопатологии, но без указания локализации патологического процесса

P0 - 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

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 О каком осложнении говорит наличие правостороннего варикоцеле.

Э - О наличии флотирующего тромба в нижней полой вене.

P2 - Указано осложнение с четкой локализацией

P1 - Указано осложнение, локализация указана неверно или не указана

P0 - Не указано осложнение

В 4 Каков объем оперативного вмешательства, если таковое показано.

Э - Радикальная нефрэктомия с лимфаденэктомией и тромбэктомией.

P2 - Указаны полный объем

P1 - Объем указан неполностью

P0 - Объем указан неверно

В 5 Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике.

Э - Здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек.

P2 - Указаны меры первичной профилактики полно

P1 - Указаны меры профилактики неполно

P0 - Меры первичной профилактики не указаны.

Н - 028

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - 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.

P2 - Диагноз установлен верно. Указан орган, в котором локализуется патологический процесс и стадия

P1 - Диагноз установлен верно. Указан орган, в котором локализуется патологический процесс без указания стадии

P0 - 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.

Н - 029

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - 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.

P2 - Указаны все осложнения

P1 - Указаны не все осложнения

P0 - 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.

P2 - Указаны все осложнения

P1 - Указано не менее 3 осложнений

P0 - 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.

P2 - Ответ на вопрос полный (указаны обследования и лечебные мероприятия)

P1 - Ответ на вопрос не полный (указаны только обследования или лечебные мероприятия, или неверное указание или методов обследования или лечебных мер)

P0 - Ответ неверный. Не указаны методы обследования и лечебные меры

В 5 Укажите меры третичной профилактики

Э - Наблюдение у уролога.

P2 - Указаны меры третичной профилактики полно

P1 - Указаны меры профилактики неполно

P0 - Меры первичной профилактики не указаны.

Н - 030

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - Девочка 12 лет страдает хроническим циститом с обострениями до 2-3 раз в год с 7 лет. Со слов матери последние 2 года периодически появляются тупые ноющие боли в левой поясничной области, чаще в ночное время и во время мочеиспускания, сопровождаются субфебрилитетом, головной болью, слабостью. АД 130/100 мм рт. ст. Анализ мочи - единичные лейкоциты. Анализ мочи по Нечипоренко - 8000 лейкоцитов. На обзорной урограмме левая почка небольших размеров с неровными контурами, теней конкрементов не определяется. На экскреторных урограммах - функция левой почки снижена, определяется умеренная пиелэктазия, расширение нижней трети левого мочеточника.

В 1 Предварительный диагноз.

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

P2 - Диагноз установлен верно. Полный ответ

P1 - 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.

Н - 031

Ф Код функции Текст названия трудовой функции

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - У больного 17 лет, после перенесенного фурункула правого предплечья, появились тупые боли в правой поясничной области, повышение температуры до 38,0С, снижение аппетита, слабость. При осмотре в правой поясничной области отмечается припухлость. Больной лежит на правом боку с подтянутым к животу бедром. При пальпации в правойпояснично-подребернойобласти отмечается дефанс, положительный симптом XII ребра. ОАК: выраженный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево. На обзорной урограмме контуры поясничной мышцы справа не определяются. Теней, подозрительных на конкременты, в проекции почек, мочевых путей не выявлено, выражен сколиоз. По данным УЗИ расширения ЧЛС не выявлено, нечетко лоцируется контур верхнего полюса правой почки, подвижность почки снижена.

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 мочевогоделительной системы с внутривенным болюсным контрастированием

P2 - Указан метод с пояснением

P1 - Указаны метод без пояснения

P0 - Метод обследования не указан

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

Э - МСКТ мочевогоделительной системы с внутривенным болюсным контрастированием

P2 - Указан метод с пояснением

P1 - Указан метод без пояснения

P0 - Указан неверный метод

В 4 С чем связано вынужденное положение больного.

Э - Гнойный процесс в почке осложнился паранефритом, псоитом.

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 третичной профилактике заболевания.

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

P2 - Указаны меры вторичной профилактики полно

P1 - Указаны меры профилактики неполно

P0 - Меры первичной профилактики не указаны.

Н - 032

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - 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.

P2 - Диагноз установлен верно. Полный ответ (указана нозология и течение процесса)

P1 - Диагноз установлен верно. Неполный ответ

P0 - Диагноз установлен неверно

В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

Э - УЗИ почек, мочевого пузыря; 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 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.

Н - 033

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - 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.

Вид Код Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса

И - 034

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - 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

Р2 - Диагноз установлен верно. Полный ответ

Р1 - Диагноз установлен верно. Неполный ответ

Р0 - Диагноз установлен неверно

В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

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

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 мочевогоделительной системы с внутривенным болюсным контрастированием, УЗИ почек с ЦДК

Р2 - Указаны все методы

Р1 - Указан 1 метод

Р0 - 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.

Р2 - Ответ на вопрос полный

Р1 - Ответ на вопрос не полный

Р0 - 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.

Р2 - Указаны меры первичной профилактики полно

- P1 - Указаны меры профилактики неполно
- P0 - Меры первичной профилактики не указаны.

Н - 035

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - 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, Р-графия легких. МРТ малого таза

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

P2 - Метод описан полно

P1 - Метод описан неполно

P0 - Метод не указан или указан неверный метод

В 4 План лечения.

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

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, исключение профессиональных вредностей.

P2 - Указаны меры первичной профилактики полно

P1 - Указаны меры профилактики неполно

P0 - Меры первичной профилактики не указаны.

Н - 036

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - 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: Нб – 112г/л; L- 12,8х10⁹/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 нефроопиелостомия (при невозможности такого восстановления

пассажа мочи – открытая нефропиелостомия) + детоксикационная, антибактериальная терапия.

P2 - Лечебный алгоритм определен в полном объеме.

P1 - Лечебный алгоритм определен неполностью: часть лечебных мероприятий упущена.

P0 - 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.3-5 минут 2 раза в сутки.

P2 - Рецепт выписан верно.

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

P0 - Рецепт выписан неверно.

Н - 037

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - 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.

P2 - Диагноз поставлен верно.

P1 - Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена.

P0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Чем обусловлена клиническая картина

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

P2 - Клиническая картина оценена верно и полностью

P1 - Клиническая картина оценена неполностью, часть патологий упущена

P0 - 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

Р2- Рецепт выписан верно.

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

Р0- Рецепт выписан неверно.

Н - 038

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - Больной 34 лет обратился в приемный покой ГБ с жалобами на острые боли в правой пояснично-подреберной области, иррадирующие 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.

Р2- Диагноз поставлен верно.

Р1- Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена.

Р0- 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 в 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 в 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-spanil 2% 2,0

D.t.d. N 10 in amp

S. В мышцу по 2 мл 1-2 раза в день.

P2 - Рецепт выписан верно.

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

P0 - Рецепт выписан неверно.

Н - 039

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - 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 пионефроз, 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 брюшинного 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.

Н - 040

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - Больная 49 лет поступила в Городскую больницу скорой медицинской помощи с жалобами на интенсивные боли в левой поясничной области, повышение температуры тела до 38°C, ознобы, слабость. Анамнез: неоднократно в течение многих лет получала амбулаторное лечение по поводу подагры, обострения хронического цистита, пиелонефрита. В последний год стали чаще беспокоить боли ноющего характера в левой поясничной области, субфебрилитет, временами повышение температуры тела до 38°C. Ухудшение состояния отмечает 2 дня тому назад после переохлаждения. При осмотре отмечена деформация I плюснефаланговых суставов стоп без гиперемии и отека кожи. Общее состояние средней тяжести, кожные покровы сухие. Температура тела – 38,2°C. Пульс 98 уд./мин, ритмичен, АД – 110/60 мм. рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в левой пояснично-подреберной области. Почки четко не пальпируются. Симптом XII ребра (+) слева. Лабораторные данные - ОАМ: лейкоциты сплошь, эритроциты до 8 в п/зр,

соли ураты ++++; ОАК: Hb – 110г/л; L- 12,9х10⁹/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 определяются.

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 1,5-2 литров 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.

Н - 041

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - Больная 55 лет поступила в Городскую больницу скорой медицинской помощи с жалобами на интенсивные боли в правой поясничной области ноющего характера, учащенное, малыми порциями мочеиспускание, гипертермию до 39°C, ознобы, потливость, слабость. Анамнез: считает себя больной в течение 10 лет. Ранее ухудшение состояния, как правило, наступало после переохлаждения. Амбулаторное лечение, проводимое участковым терапевтом в течение 2-3 недель антибактериальными препаратами, спазмолитиками, отварами мочегонных трав, купировало атаки на 6-8 месяцев. В последний год стала наблюдать появление мутной мочи, на фоне субфебрилитета. Последнее обострение заболевания в течение недели, с момента появления вышеописанных жалоб. Участковым терапевтом направлена на стационарное лечение. Объективно: состояние тяжелое, кожа и видимые слизистые бледно – розового цвета, пульс 96 уд./мин, АД 100/60 мм.рт.ст., язык сухой, живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье, где наблюдается напряжение мышц передней брюшной стенки. Симптом XII ребра (+) справа. ОАМ: лейкоциты сплошь покрывают поле зрения, эритроцитов – 8-10 в п/зр. ОАК: НВ 100 г/л; Л - 12, 8х10⁹/л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ 56 мм/час. На обзорной урограмме в проекции правой почки выявлена тень подозрительная на конкремент размерами 2х3 см. Картина "немой" почки справа наблюдается на радиоизотопной нефросцинтиграмме.

В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз.

Э - Острый правосторонний калькулезный пиелонефрит, пионефроз, нефросклероз справа, обтурирующий камень лоханки правой почки, обострение хронического цистита.

P2 - Диагноз поставлен верно.

P1 - Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена.

P0 - Диагноз поставлен неверно.

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

Э - Для уточнения диагноза необходимо провести общий анализ мочи и крови, биохимический анализ крови, посев мочи на ВК, УЗИ почек, мочеточников, мочевого пузыря, МСКТ, цистоскопия с возможной катетеризацией правого мочеточника.

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 Чем обусловлена клиническая картина.

Э - На фоне рецидивирующего хронического цистита развился восходящий правосторонний пиелонефрит с вторичным камнеобразованием, формированием обтурирующего камня лоханки правой почки, калькулезного пионефроза

P2 - Этапность развития патологического состояния растолкована верно, указаны все патологические элементы заболевания в полном объеме.

P1 - Этапность развития патологического состояния растолкована верно, но указаны не все патологические элементы заболевания.

P0 - Этапность развития патологического состояния растолкована неверно.

В 4 Определите лечебную тактику для данной больной.

Э - При подтверждении диагноза, наличии деструктивных изменений в паренхиме правой почки – срочная открытая операция: ревизия правой почки, пиелолитотомия, пиелонефростомия, дренирование забрюшинного пространства, возможна и нефрэктомия; в послеоперационном периоде: детоксикационная, антибактериальная инфузионная терапии.

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 викасол.

Э - Rp.: S. Vicasoli 1% 1, 0

D.t.d. N 6 in amp

S. По 1 мл в мышцу 2 раза в день.

P2 - Рецепт выписан верно.

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

P0 - Рецепт выписан неверно.

Н - 042

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - Больную 35 лет последние 3 месяца беспокоят приступообразные боли в правой пояснично-подреберной области, иррадиирующие в пах, сопровождающиеся субфебрилитетом, познобливанием. Приступы болей легко купировались спазмолитиками, анальгетиками. Возникший же вчера приступ болей плохо купировался приемом лекарственных препаратов. Сегодня присоединилась высокая (до 38,0°C) температура тела с ознобами, была однократная рвота. Доставлена в стационар бригадой скорой помощи. Объективно: общее состояние средней тяжести, кожные покровы сухие, температура тела – 38,2°C. Пульс 98 уд. /мин, ритмичен, АД – 110/60 мм. рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в правой пояснично-подреберной области. Симптом XII ребра

(+) слева. ОАМ: лейкоцитов 7-8 в поле зрения, эритроцитов – 8-10 в п/зр., соли оксалаты +++, ОАК: НВ 110 г/л; Л - 9, 8×10^9 /л, незначительный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ 26 мм/час. Рентгенологически на уровне поперечного отростка L³ справа обнаружена тень, подозрительная на конкремент размерами 1,2х0,8 см. На экскреторных урограммах через 10, 30 минут функция правой почки снижена, определяется правосторонний гидронефроз, мочеточник четко не определяется. Слева визуализируется неизмененная почка, чашечно-лоханочная система, мочеточник.

В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз.

Э - Обтурирующий камень верхней трети правого мочеточника, острый калькулезный пиелонефрит.

Р2 - Диагноз поставлен верно.

Р1 - Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена.

Р0 - Диагноз поставлен неверно.

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

Э - Для уточнения диагноза необходимо выполнить отсроченную урографию через 1,2 часа, УЗИ + ДГ почек.

Р2 - Указаны все методы обследования в полном объеме.

Р1 - Указаны не все методы обследования, часть методов упущена.

Р0 - Методы обследования не указаны или указаны неверно.

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

Э - МСКТ с контрастированием, УЗИ + ДГ почек.

Р2 - Указаны основные современные методы обследования в полном объеме.

Р1 - Указаны не все основные современные методы обследования, часть методов упущена.

Р0 - Методы обследования не указаны или указаны неверно.

В 4 Определите лечебную тактику для данной больной.

Э - При подтверждении диагноза, отсутствии деструктивных изменений в паренхиме правой почки – срочное восстановление уродинамики: катетеризация правого мочеточника/пункционная нефропиелостомия, в последующем – ДЛТ, нефролитолапаксия. При невозможности консервативно-инструментального восстановления пассажа мочи – открытая нефропиелолитотомия + детоксикационная, антибактериальная терапия

Р2 - Лечебный алгоритм определен верно и в полном объеме.

Р1 - Лечебный алгоритм определен верно, но не в полном объеме, часть лечебных мероприятий указана неверно или не указана совсем.

Р0 - Лечебный алгоритм определен неверно.

В 5 Выпишите рецепт на платифиллин.

Э - .Rp.: Platyphyllini hydrotartratis 0,005

D.t.d. N 12 in tabul.

S. по 1 т. 2-3 раза в день.

Р2 - Рецепт выписан верно.

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

Р0 - Рецепт выписан неверно.

И - 043

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - Больная 26 лет обратилась к врачу - урологу с жалобами на учащенное мочеиспускание, боли в правой пахово-подвздошной области. Болеет в течение недели. Приступообразные боли легко купируются спазмолитиками. Объективно: состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7°C. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Почки не пальпируются, симптом XII ребра(-) с обеих сторон. ОАМ: лейкоцитов 4-5 в поле зрения, эритроцитов - 2-3 в п/зр., соли оксалаты +++. ОАК: НВ-110 г/л; Л - $6,9 \times 10^9/\text{л}$, сдвига лейкоцитарной формулы нет, СОЭ 12 мм/час. На обзорной урограмме в проекции нижней трети правого мочеточника выявлена тень 0,4*0,2 см, подозрительная на конкремент. На экскреторных урограммах изменений со стороны почек, чашечно-лоханочных систем не выявлено, определяется незначительное расширение правого мочеточника над указанной тенью.

В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз.

Э - Мелкий камень нижней трети правого мочеточника.

Р2 - Диагноз поставлен верно.

Р1 - Диагноз поставлен неполностью, неверно указан размер конкремента или локализация не уточнена.

Р0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Какие заболевания могут «симулировать» данную патологию.

Э - Острый аппендицит, острый аднексит, острый цистит, заболевания позвоночника, спинного мозга.

Р2 - Заболевания указаны верно, в полном объеме.

Р1 - Заболевания указаны верно, но не в полном объеме.

Р0 - Заболевания указаны неверно.

В 3 Перечислите рентгенологические признаки, указывающие на то, что тень имеет отношение к мочевым путям.

Э - Симптом «указательного пальца» (Лихтенберга) - на экскреторных урограммах определяется незначительное расширение правого мочеточника над указанной тенью.

Р2 - Рентгенологический признак указан верно, дано полное определение симптома.

Р1 - Рентгенологический признак указан верно, не дано полное определение симптома.

Р0 - Рентгенологический признак указан неверно.

В 4 Определите объем лечебных мероприятий для данной больной.

Э - Консервативная терапия: спазмолитики, анальгетики, обильное питье/водные нагрузки, растительные диуретики, физиотерапевтические мероприятия, ЛФК.

Р2 - Лечебный алгоритм определен верно и в полном объеме.

Р1 - Лечебный алгоритм определен верно, но не в полном объеме, часть лечебных мероприятий указана неверно или не указана совсем.

Р0 - Лечебный алгоритм определен неверно.

В 5 Перечислите возможные мероприятия по профилактике заболевания.

Э - Здоровый образ жизни, избегать однообразного питания, малого употребления жидкости.

Р2- Мероприятия по профилактике заболевания указаны верно и в полном объеме.

Р1- Мероприятия по профилактике заболевания указаны верно, но не в полном объеме, часть мероприятий упущена или определена неверно.

Р0- Мероприятия по профилактике заболевания указаны неверно.

Н - 044

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - Накануне обращения у больного 50 лет возникли приступы острых болей в пояснично-подреберных областях, которые сопровождались тошнотой, рвотой. Они плохо купировались спазмолитиками и анальгетиками. В течение 18 часов нет позывов на мочеиспускание. В анамнезе: 3 года назад был подобный приступ почечной колики слева с последующим самостоятельным отхождением небольшого камня кирпично-красного цвета. Объективно: общее состояние средней тяжести, кожные покровы сухие. Температура тела – 37,2°C. Пульс 88 уд./ мин. ритмичен, АД – 110/60 мм. рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в пояснично-подреберных областях. Симптом XII ребра (+) с обеих сторон. При пальпации и перкуссии над лобком мочевого пузыря не определяется. ОАК: НВ 110 г/л; Л-10,8х10⁹/л, незначительный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ 26 мм/час. По данным УЗИ отмечается 2-стороннее расширение чашечно-лоханочных систем и верхней трети мочеточников до гиперэхогенных образований диаметром 0,8 см, с акустической тенью. На обзорной урограмме теней подозрительных на конкременты не выявлено. На экскреторных урограммах через 10, 30 мин отмечается снижение функции почек в виде отсутствия контрастного вещества в лоханках, мочеточниках, мочевом пузыре. Мочи из мочевого пузыря при катетеризации не получено.

В 1 Предположите наиболее вероятный диагноз.

Э - Острая постренальная анурия, уратный нефролитиаз, 2-сторонние обтурирующие камни верхней трети мочеточников.

Р2- Диагноз поставлен верно.

Р1- Диагноз поставлен неполностью, часть нозологий упущена или локализация конкрементов не уточнена.

Р0- Диагноз поставлен неверно.

В 2 Какие дополнительные обследования необходимо произвести для подтверждения диагноза.

Э - Для уточнения диагноза необходимо выполнить МСКТ, в том числе и с контрастированием.

Р2- Метод обследования и дополнение к нему указаны верно.

Р1- Метод обследования указан верно, дополнение не указано.

Р0- Метод обследования и дополнение к нему указаны неверно.

В 3 Можно ли рассматривать состояние больной как неотложную ситуацию

Э - Обтурирующие камни мочеточников, постренальная анурия – неотложное состояние, требующее срочного восстановления пассажа, мочи из почки

Р2- Ответ обоснован и указан верно.

Р1- Ответ обоснован и указан верно, неотложный метод лечения не указан.

Р0- Ответ не обоснован или указан не верно.

В 4 Укажите способы ликвидации осложнения основного заболевания.

Э - Катетеризация / стентирование хотя бы одного мочеточника, пункционная нефростомия. При отсутствии возможности такого восстановления пассажа мочи - уретеролитотомия с нефростомией.

P2 - Способы ликвидации осложнения указаны верно.

P1 - Способы ликвидации осложнения указаны не полностью, упущена часть мероприятий.

P0 - Способы ликвидации осложнения указаны не верно.

В 5 Выпишите рецепт на но-шпу.

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.

Н - 045

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - Больного 65 лет беспокоят боли внизу живота иррадиирующие в головку полового члена, бесплодные позывы на мочеиспускание. Оперирован по поводу аденомы предстательной железы 2 года назад. Самостоятельное мочеиспускание в послеоперационном периоде восстановилось.

Первый года после операции периодически лечился амбулаторно по поводу обострения хронического цистита. Ухудшение состояния последние 2 месяца, когда стал замечать учащенное с резями мочеиспускание, прерывистость струи мочи, периодически примесь крови в последних порциях мочи. За медицинской помощью не обращался, занимался самолечением. При отсутствии самостоятельного мочеиспускания в течении 6 часов вызвал «скорую помощь». Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы не изменены. Температура тела 36,7°C. Пульс 68 уд./мин, АД – 130/60 мм. рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот правильной формы, над лоном имеется старый окрепший послеоперационный рубец, где при пальпации отмечается болезненность, и определяется перерастянутый мочевой пузырь. Симптом XII ребра (-)с обеих сторон. Катетером из мочевого пузыря выведено до 600 мл мочи розоватого цвета. При ректальном исследовании: рецидив аденомы не выявлен.

В 1 Установите предварительный диагноз

Э - Острая задержка мочи. Камень мочевого пузыря, хронический цистит.

P2 - Диагноз поставлен верно.

P1 - Диагноз поставлен неполностью, часть нозологий упущена.

P0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Какие дополнительные обследования необходимы для подтверждения диагноза.

Э - Для уточнения диагноза необходимо выполнить ОАМ, ОАК, биохимический анализ крови с определением уровня мочевины, креатинина, УЗИ мочевого пузыря и почек, обзорную и экскреторную урографию с нисходящей цистографией, МСКТ, уретроцистоскопию.

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 Каким осложнением обусловлено данное состояние.

Э - Острая задержка мочи возникает в результате вклинения в шейку мочевого пузыря камня, образовавшегося на фоне инфравезикальной обструкции, инородных тел (лигатуры после операции), хронического цистита.

P2 - Осложнение указано верно. Ответ обоснован верно.

P1 - Осложнение указано верно, обоснование дано неполностью.

P0 - Осложнение указано не верно.

В 4 Определите лечебную тактику

Э - При одиночном камне без воспалительных явлений со стороны мочевого пузыря показана - цистолитотрипсия. При наличии цистита, множественных камней – открытое оперативное вмешательство: цистолитотомия с возможной цистостомией.

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 но-шпу.

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.

Н - 046

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - В приемный покой ГБ доставлен больной 37 лет с жалобами на повторяющиеся в течение суток боли в поясничной области слева, сопровождающиеся рвотой, повышение температуры тела до 37,2° С При осмотре пациент ведет себя беспокойно, температура тела 36,6° С, пульс 76 уд./мин, АД140/70 мм.рт.ст. Почки не пальпируются, при наличии болезненности в левой подреберно-поясничной,(+) симптоме XII ребра слева

. ОАМ: лейкоцитов 6-8в поле зрения, эритроцитов – до 10 в п/зр.ОАК: НВ 110 г/л; Л – 10,9х10⁹/л без сдвига лейкоцитарной формулы влево, СОЭ - 18 мм/час. Рентгенологически на обзорной урограмме в проекции левой почки определяется «плотная тень» размерами 1,0х1,2 см. При УЗИ почек выявлено увеличение размеров левой почки без четких очаговых изменений в паренхиме, расширение чашечно-лоханочной системы с наличием гиперэхогенного образования размерами 1,0х1,2 см в области левого пиелoureтерального сегмента, с «акустической тенью».

В 1 Установите предварительный диагноз

Э - Обтурирующий камень пиелoureтерального сегмента слева, почечная колика слева.

P2 - Диагноз поставлен верно.

P1 - Диагноз поставлен не полностью, локализация конкремента указана не верно упущена.

P0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Какие дополнительные обследования необходимы для подтверждения диагноза.

Э - Биохимический анализ крови с определением уровня мочевины, креатинина, фибриногена, проведение МСКТ, ДГ почек, экскреторной урографии.

Р2 - Указаны все методы обследования в полном объеме.

Р1 - Указаны не все методы обследования, часть методов упущена.

Р0 - Методы обследования не указаны или указаны неверно.

В 3 Чем обусловлена клиническая картина.

Э - Клиническая картина обусловлена обтурацией камнем пиелоуретерального сегмента слева, быстрым повышением внутрилоханочного и интерстициального давления.

Р2 - Этиология развития заболевания в данном случае определена и обоснована верно.

Р1 - Этиология развития заболевания в данном случае определена верно, но обоснована не полностью.

Р0 - Этиология развития заболевания в данном случае определена не верно.

В 4 Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.

Э - Своевременная профилактика, диагностика и лечение мочекаменной болезни, здоровый образ жизни, необходимо избегать однообразного питания, малого употребления жидкости.

Р2 - Мероприятия по первичной профилактике заболевания указаны верно и в полном объеме.

Р1 - Мероприятия по первичной профилактике заболевания указаны верно, но не в полном объеме, часть мероприятий упущена или определена неверно.

Р0 - Мероприятия по первичной профилактике заболевания указаны неверно.

В 5 Определите лечебную тактику

Э - Учитывая размеры камня необходимо срочное восстановление пассажа мочи из левой почки катетеризацией/стентированием мочеточника, лоханки левой почки, либо пункционной нефропиелостомией с последующим проведением ДЛТ, КЛТ либо открытой пиелолитотомией.

Р2 - Лечебный алгоритм определен верно и в полном объеме.

Р1 - Лечебный алгоритм определен верно, но не в полном объеме, часть лечебных мероприятий указана неверно или не указана совсем.

Р0 - Лечебный алгоритм определен неверно.

Н - 047

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - Больной 45 лет доставлен в ГБ с жалобами на интенсивные боли в поясничных областях, больше справа, повышением температуры тела до 37,8°C. Из анамнеза выяснено, что многие годы лечится амбулаторно по поводу подагры, мочекишечного диатеза и хронического пиелонефрита. После употребления алкоголя, обильной мясной пищи 2 дня тому назад заметил появление мочи кирпично-красного цвета и отметил уменьшение ее количества. При осмотре: общее состояние средней тяжести, кожные покровы сухие, наблюдается деформация 1 плюснефаланговых суставов стоп без отека и гиперемии кожи. Температура тела – 37,9°C. Пульс 98 уд./мин, АД – 160/80 мм. рт. ст. Язык сухой, обложен

белым налетом. Живот при пальпации мягкий болезненный в пояснично-подреберных областях, больше справа. Почки четко не пальпируются. Симптом XII ребра слабо (+) с обеих сторон. ОАМ: лейкоциты ед. в поле зрения, эритроциты до 10 в п/зр, соли ураты +++. ОАК: Нб – 110г/л; L- 12,9х10⁹/л. без сдвига формулы, СОЭ 36 мм/час. На обзорной урограмме теней подозрительных на конкремент в проекции органов мочевой системы не выявлено. При УЗИ почек отмечается 2-стороннее расширение чашечно-лоханочных систем с обеих сторон и нижней трети правого мочеточника где визуализируется гиперэхогенное включение до 0,5 см в диаметре.

В 1 Установите предварительный диагноз

Э - Острая уратная нефропатия, мочевого криз с развитием острой интратенальной и постренальной почечной недостаточности, уратный нефролитиаз, уратный камень нижней трети правого мочеточника.

Р2 - Диагноз поставлен верно.

Р1 - Диагноз поставлен не полностью, часть нозологий упущена

Р0 - Диагноз поставлен неверно.

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

Э - Острая почечная недостаточность на фоне отравления суррогатами алкоголя, пищевыми продуктами.

Р2 - Заболевания для дифференциального диагноза указаны верно и в полном объеме.

Р1 - Заболевания для дифференциального диагноза указаны верно, но уточняющие факторы упущены.

Р0 - Заболевания для дифференциального диагноза указаны не верно или не указаны совсем.

В 3 Какие дополнительные обследования необходимы для подтверждения диагноза.

Э - Для уточнения диагноза необходимо провести общий анализ мочи и крови, биохимический анализ крови (уровень азота мочевины, креатинина, мочевого кислоты), УЗИ и ДГ почек, мочеточников, мочевого пузыря, МСКТ, катетеризация/стентирование правого мочеточника.

Р2 - Указаны все методы обследования в полном объеме.

Р1 - Указаны не все методы обследования, часть методов упущена.

Р0 - Методы обследования не указаны или указаны неверно.

В 4 Определите лечебную тактику для данного случая.

Э - Консервативная терапия: спазмолитики, анальгетики, катетеризация/стентирование правого мочеточника, при восстановлении пассажа мочи из правой почки - антибактериальная, детоксикационная, инфузионная терапия; препараты как для растворения мочевых камней (аллопуринол), так и для улучшения микроциркуляции; мочегонные препараты. При отсутствии эффекта от терапии - гемодиализ, гемосорбция.

Р2 - Лечебный алгоритм определен верно и в полном объеме.

Р1 - Лечебный алгоритм определен верно, но не в полном объеме, часть лечебных мероприятий указана неверно или не указана совсем.

Р0 - 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 1,5-2-литров 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 часть факторов упущена.

P0 - Мероприятия по первичной профилактике заболевания указаны не верно.

Н - 048

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - К терапевту обратился пациент 22 лет с жалобами на тупые боли в правой поясничной области, повышение температуры тела до 39,0°C и познабливание, снижение аппетита, тошноту и рвоту, слабость и потливость. Накануне лечился у хирурга по поводу фурункула правого предплечья, который и вскрывал гнойник. Состояние больного ухудшилось после 2 недель лечения - появилась гипертермия. Объективно: состояние средней тяжести. Температура тела 38,7 °С. Кожа и видимые слизистые обычной окраски, в средней трети правого предплечья на месте вскрытого фурункула имеется чистая, инфильтрации тканей нет. Визуально и рентгенологически со стороны зева, органов грудной клетки изменений не выявлено. Живот не вздут, мягкий, незначительно болезненный в правой подреберно-поясничной области. Почки не пальпируются, симптом XII ребра(-) с обеих сторон. ОАМ: лейкоцитов 4-5 в поле зрения, эритроцитов – 2-3 в п/зр., соли оксалаты

+++. ОАК: НВ-110 г/л; Л - 12, 8×10^9 /л, сдвига лейкоцитарной формулы нет, СОЭ 12 мм/ч. УЗИ почек: расширения ЧЛС не выявлено, нечетко лоцируется контур верхнего полюса правой почки, подвижность почки не снижена.

В 1 Установите предварительный диагноз

Э - Острый первичный серозный правосторонний пиелонефрит, возможно с формированием карбункула верхнего полюса правой почки.

P2 - Диагноз поставлен верно.

P1 - Диагноз поставлен не полностью, часть нозологий упущена

P0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Определите патогенез данного заболевания.

Э - При наличии первичного гнойного очага (фурункула правого предплечья) инфекция (скорее всего в данном случае – высокопатогенный плазмокоагулирующий стафилококк) гематогенным путем попала в паренхиму правую почку, развитию острого пиелонефрита способствовало и переохлаждение больного.

P2 - Патогенез данного заболевания определен верно и в полном объеме.

P1 - Патогенез данного заболевания определен верно, но часть элементов упущена.

P0 - Патогенез данного заболевания определен не верно.

В 3 3. Какие нужны дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.

Э - Биохимический анализ крови с определением мочевины, креатинина, фибриногена; ДГ почек, МСКТ с контрастированием, обзорная, экскреторная урография, в

том числе и экскурсионная; бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам.

P2 - Указаны все дополнительные методы обследования в полном объеме.

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

P0 - Дополнительные методы обследования не указаны или указаны неверно.

В 4 Тактика лечения в данном случае.

Э - Срочная госпитализация в урологическое отделение, проведение патогенетической парентеральной антибактериальной, противовоспалительной, дезинтоксикационной, инфузионной терапий. При отсутствии эффекта от проводимой терапии в течение 1-1,5 суток показано открытое оперативное вмешательство: ревизия почки с возможной декапсуляцией, рассечением/иссечением карбункула, дренированием чашечно-лоханочной системы, забрюшинного пространства.

P2 - Тактика лечения в данном случае определена верно, в полном объеме.

P1 - Тактика лечения в данном случае определена верно, но часть лечебных мероприятий упущена.

P0 - Тактика лечения в данном случае определена не верно.

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. 3-5 минут 2 раза в сутки.

P2 - Рецепт выписан верно.

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

P0 - Рецепт выписан неверно.

Н - 049

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - Больная 68 лет обратилась повторно к хирургу с жалобами на тупые боли в левой поясничной области, слабость, потливость, повышение температуры тела до 39,0° С, ознобы, снижение аппетита, тошноту и рвоту. Из анамнеза известно, что лечилась у хирурга по поводу абсцесса области левого плеча. После вскрытия гнойника на фоне проводимой антибактериальной терапии чувствовала себя удовлетворительно, хотя сохранялся субфебрилитет. Состояние пациентки ухудшилось 5 дней тому назад - появилась гипертермия. После приема аспирина наблюдалось лишь небольшое снижение температуры тела, а со вчерашнего дня гипертермия сопровождается потрясающими ознобами. Объективно: состояние больной тяжелое. Температура тела 39,7°С, тахикардия, АД 90/50 мм.рт.ст. Кожа и видимые слизистые бледно-розовой окраски, в области левого плеча на месте

абсцесса – чистая поверхностная рана, вокруг него - незначительная инфильтрация подкожной клетчатки. Визуальных и рентгенологических изменений со стороны зева, органов грудной клетки не выявлено. Живот при пальпации мягкий, отмечается болезненность, напряжение мышц в левой пояснично-подреберной области. Почки не пальпируются, положительный симптом XII ребра слева. Отмечается сглаженность левой поясничной области. ОАК: НВ-110 г/л; умеренно выраженный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, СОЭ – 52 мм/ч. На обзорной урограмме теней подозрительных на конкременты в проекции почек, по ходу мочевых путей, а так же контур левой поясничной мышцы не определяются. Отмечается выраженный сколиоз. УЗИ почек: деформация наружного контура левой почки,

снижение подвижности ее при отсутствии расширения ЧЛС. Выявлена повышенная гидрофильность паренхимы левой почки, в верхнем и среднем сегментах ее зоны пониженной эхогенности с жидкостными включениями.

В 1 Установите предварительный диагноз

Э - Острый первичный гнойный левосторонний пиелонефрит, не исключаются карбункулы левой почки, эндотоксический шок.

Р2 - Диагноз поставлен верно.

Р1 - Диагноз поставлен не полностью, часть нозологий упущена

Р0 - Диагноз поставлен неверно.

В 2 Укажите причину и механизм развития данного заболевания.

Э - Высокопатогенный золотистый или белый стафилококк из гнойного очага в области левого плеча гематогенным путем попал в паренхиму левой почки, привел к развитию острого левостороннего пиелонефрита, а отсутствие адекватного своевременного лечения в условиях переохлаждения способствовало быстрому развитию деструктивных процессов в очагах воспаления.

Р2 - Причина развития заболевания и механизм указаны полностью, верно.

Р1 - Причина развития заболевания и механизм указаны верно, но не полностью, часть элементов упущена.

Р0 - Причина развития заболевания и механизм указаны не верно.

В 3 Какие нужны дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.

Э - Биохимический анализ крови с определением мочевины, креатинина, фибриногена; эходоплерография левой почки, МСКТ с контрастированием; обзорная, экскреторная урография, в том числе и экскурсионная, бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности микроорганизмов антибактериальным препаратам.

Р2 - Указаны все дополнительные методы обследования в полном объеме.

Р1 - Указаны не все дополнительные методы обследования, часть методов упущена.

Р0 - Дополнительные методы обследования не указаны или указаны неверно.

В 4 Тактика лечения в данном конкретном случае.

Э - Срочная госпитализация в урологическое отделение, предоперационная подготовка к неотложному хирургическому вмешательству (проведение противошоковой, патогенетической, противовоспалительной, дезинтоксикационной, инфузионной терапии). При сохранности функции противоположной почки, множественных карбункулах левой почки у пожилых больных целесообразно выполнение нефрэктомии.

Р2 - Тактика лечения в данном случае определена верно, в полном объеме.

Р1 - Тактика лечения в данном случае определена верно, но часть лечебных мероприятий упущена.

Р0 - Тактика лечения в данном случае определена не верно.

В 5 Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике.

Э - Адекватное лечение абсцесса левого плеча для предупреждения гематогенного распространения высокопатогенной инфекции.

Р2 - Мероприятия по первичной профилактике заболевания указаны верно и в полном объеме.

Р1 - Мероприятия по первичной профилактике заболевания указаны верно, но часть факторов упущена.

Р0 - Мероприятия по первичной профилактике заболевания указаны не верно.

Н - 050

И - ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У - Больная 50 лет обратилась к урологу с жалобами на боли в левой поясничной области, учащенное болезненное мочеиспускание, повышение температуры тела до 38,0°C с познабливанием, слабость, потливость. Указанные симптомы отмечает в течение недели. В анамнезе частые рецидивы цистита на протяжении 5 лет. Неоднократно курсами принимала антибактериальные препараты, спазмолитики и отвары мочегонных трав по назначениям врача-терапевта. Лечение приносило облегчение на некоторое время. Стойкая дизурия с выделением мутной мочи малыми порциями, субфебрилитет наблюдается в последний год. Объективно: состояние больной средней тяжести, пульс 90 уд./мин, АД 110/60 мм. рт.ст., язык обложен белым налетом, влажный. Живот мягкий, болезненный в левом подреберье, где отмечается напряжение мышц брюшной стенки. Пальпация передней стенки брюшной полости, области подреберья неинформативна из-за массивной подкожно-жировой клетчатки. Симптом XII ребра (+) слева. ОАМ: лейкоциты сплошь покрывают поле зрения. ОАК: НВ 90 г/л; Л - 15,9x10⁹/л умеренный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ - 46 мм/ч. Теней конкрементов в проекции органов мочевой системы на обзорной урограмме не выявлено. На экскреторных урограммах функция правой почки не нарушена. Чашечно-лоханочная система левой почки представлена в виде множественных полостей неправильной формы, мочеточник четко не визуализируется. Буллезный отек, гиперемия области устья левого мочеточника из которого выделяется густой гной в виде "пасты из тюбика" выявлены при цистоскопии.

В 1 Установите предварительный диагноз

Э - Поликавернозный нефротуберкулез, туберкулезный пионефроз слева.

Р2 - Диагноз поставлен верно.

Р1 - Диагноз поставлен не полностью, часть нозологий упущена

Р0 - Диагноз поставлен неверно.

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

Э - Биохимический анализ кров: уровень креатинина, азота мочевины, калия; посев мочи на ВК; рентгенография органов грудной клетки; МСКТ с контрастированием, ретроградная уретеропиелография слева.

Р2 - Указаны все дополнительные методы обследования в полном объеме.

Р1 - Указаны не все дополнительные методы обследования, часть методов упущена.

Р0 - Дополнительные методы обследования не указаны или указаны неверно.

В 3 Чем обусловлена клиническая картина.

Э - Запущенным поликавернозным туберкулезом, туберкулезным пионефрозом слева вследствие неполного обследования по поводу часто рецидивирующего цистита, отсутствия консультации уролога, фтизиоуролога, своевременной диагностики нефротуберкулеза и адекватного специфического лечения.

Р2 - Этиология развития заболевания в данном случае определена и обоснована верно.

Р1 - Этиология развития заболевания в данном случае определена верно, но обоснована не полностью.

Р0 - Этиология развития заболевания в данном случае определена не верно.

В 4 Возможные осложнения данного заболевания.

Э - Туберкулез мочевого пузыря, сморщивание последнего, вторичная генерализация туберкулеза.

P2 - Осложнения указаны верно.

P1 - Осложнения указаны верно, но некоторые патологические состояния не указаны.

P0 - Осложнения указаны не верно.

В 5 Тактика лечения в данном конкретном случае.

Э - Неоадьювантная, противотуберкулезная и полихимиотерапия не менее 10 дней с последующей нефрэктомией слева.

P2 - Тактика лечения в данном случае определена верно, в полном объеме.

P1 - Тактика лечения в данном случае определена верно, но часть лечебных мероприятий упущена.

P0 - Тактика лечения в данном случае определена не верно.

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ (КЛИНИЧЕСКОЙ) ПРАКТИКИ (ВАРИАТИВНАЯ ЧАСТЬ)

а) основная и дополнительная литература:

1. Урология / А. И. Неймарк, Б. А. Неймарк, А. В. Давыдов [и др.] ; под редакцией А. И. Неймарк. — 2-е изд., стер. — Санкт-Петербург : Лань, 2023. — 172 с. — ISBN 978-5-507-45578-2. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/276440>
2. Урология : учебник / А. В. Строцкий, А. А. Жебентяев, Н. А. Нечипоренко [и др.] ; под редакцией А. В. Строцкого. — 3-е изд., испр. — Минск : Новое знание, 2024. — 304 с. — ISBN 978-985-24-0708-3. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/513963>
3. Нечипоренко, Н. А. Урология : учебное пособие / Н. А. Нечипоренко, А. Н. Нечипоренко, В. А. Филиппович. — Гродно : ГрГМУ, 2025. — 228 с. — ISBN 978-985-595-958-9. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/518464>
4. Урология : учебное пособие / А. В. Строцкий, А. А. Жебентяев, Н. А. Нечипоренко, Д. Н. Руденко ; под редакцией А. В. Строцкого. — Минск : Новое знание, 2016. — 224 с. — ISBN 978-985-475-786-5. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/90704>
5. Боковой, С. П. Неотложная урология : руководство / С. П. Боковой. — Архангельск : СГМУ, 2015. — 124 с. — ISBN 978-5-91702-202-4. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/365297>
6. Чумаков, П. И. Урология: симптомы, диагноз, лечение : учебно-методическое пособие / П. И. Чумаков, Р. С. Францев, И. В. Павленко. — Ставрополь : СтГМУ, 2022. — 124 с. —

<https://e.lanbook.com>

Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/359792 7. 7.Общая и детская урология-андрология : учебное пособие / А. В. Гудков, В. С. Бощенко, С. П. Селиванов [и др.]. — Томск : СибГМУ, 2020. — 108 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/276278	
в) 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 МЕДВЕСТИК https://medvestnik.ru/	
г) 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	

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРАКТИКИ

Наименование специальных помещений	Оснащенность специальных помещений	Перечень программного обеспечения. Реквизиты подтверждающего документа
Помещение, предусмотренное для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанное с медицинскими вмешательствами, оснащенное специализированным оборудованием и медицинскими изделиями, для проведения практических занятий, клинических практических занятий, практик Общество с ограниченной ответственностью «Мой медицинский центр Высокие технологии» (188632, Ленинградская область, м.р-н Всеволожский, с.п.	Стерилизатор паровой Автоклав MELAG Vacuklav 23 B+ Анализатор биохимический многоканальный ИВД, для использования вблизи пациента, с питанием от батареи Анализатор i-STAT 1 Analyzer (Model № 300-G) Анализатор газов крови ИВД, лабораторный, полуавтоматический Анализатор газов крови и электролитов лабораторный медицинский Gastat-navi Антистатическая клапанная камера/спейсер VORTEX тип 051 Апекслокатор эндодонтический Апекслокатор Райпекс 6 (Raupex 6) Аппарат высокочастотной искусственной вентиляции легких TwinStream	

Южковское, тер. Белоостров, зд. 1, к. 1)	Клиника	Аппарат для гальванизации и лекарственного электрофореза автоматизированный "ЭЛФОР-ПРОФ" Аппарат для измерения артериального давления с детскими манжетами Omron M2 Basic с универсальной манжетой Аппарат рентгеновский диагностический цифровой передвижной GM85 Аппарат рентгеновский интраоральный HELIODENT Plus Аппарат для коротковолновой терапии Curapuls Аппарат для микроволновой терапии Radarmed 950+ Аппарат для пневмокомпрессорной профилактики тромбоэмболических осложнений и лимфостаза Physio 3 Pro Аппарат для проведения интрааортальной контрпульсации AC3 Optimus Аппарат искусственного кровообращения Stockert S5 Аппарат электрохирургический ArthroCare моделей: Coblator II Аппарат для электротерапии лимфатической и венозной систем, в исполнении «BodyDrain» Аппарат искусственной вентиляции лёгких Puritan Bennett 560 Аппарат криотерапевтический Cryo-6 Аппарат лазерный терапевтический HIRO TT Аппарат квантовый медицинский портативный диодный лазер A.R.C. Laser Аппарат магнитотерапии MAGCELL® с принадлежностями Аппарат ударно-волновой терапии BTL-5000 SWT Аппарат ультразвуковой диагностический серии М с принадлежностями, вариант исполнения: M9T Аудиометр импедансный Titan Бактерицидный облучатель/очиститель воздуха/устройство для обеззараживания и (или) фильтрации воздуха и (или) дезинфекции поверхностей "ОРУБН-3-3-"КРОНТ" (ДЕЗАР-3) Весы напольные медицинские электронные ВМЭН-150 Весы электронные для детей до 1 года ВЭНД-01-"Малыш"-15-С-5-Рм-А Дефибриллятор BeneHeart D3	
---	---------	--	--

	Изделия для дыхательной и кислородной терапии APEXMED (мешки дыхательные реанимационные) Измерители артериального давления CS Medica CS-107 Ингалятор ультразвуковой UN-231 Коагулометр портативный «КоагуЧек ИксЭс» (CoaguChek XS) Комплекс для многосуточного мониторингирования ЭКГ (по Холтеру) и АД "Кардиотехника-07" Инфузомат BeneFusion eSP Насос шприцевой BeneFusion eSP Комплект противошоковый КПШ Контейнер (бак) многоразовый для сбора, хранения и транспортирования медицинских отходов классов А, Б, В, Г МК-03 «МедКом» (вид 123680), объемом 35,0 Контейнеры для хранения стерильных инструментов и материала Ermis Кресло для забора крови ДМ-5-004-01 Кровати функциональные с принадлежностями BETA 3LA450H Кушетка ДМ-5-001-01 Медицинский стол (тележка с полками) М-СС-80 Мойка медицинская ДМ-6-011-04 Оборудование эндоскопическое Karl Storz для визуализации и обработки изображения с принадлежностями IMAGE1 S CONNECT Набор-укладка многокомпонентная хирургическая одноразовая стерильная "ЗДРАВМЕДТЕХ" Набор хирургический малый Насос шприцевой BeneFusion eSP Негатоскоп медицинский, с электропитанием "Armed": 1-кадровый Набор бужей уретральных по DITTEL Облучатели-рециркуляторы воздуха ультрафиолетовые бактерицидные ОРУБ-3-3-«КРОНТ» Пикфлоуметр VITALOGRAPH Подушка кислородная марки MERIDIAN 40л Портативный пульсоксиметр MD300C2 Портативный электрокардиограф ELI 150C Ростомер РП Сейф для хранения лекарственных препаратов (шкаф с ключом) ДМ-6-001-07 Система высокоинтенсивной магнитотерапии BTL-6000 Super Inductive System Elite	
--	---	--

	Сигнализатор паров этанола пороговый Lion Alcoblow Система инфузионная BeneFusion eVP Система мониторинга физиологических показателей BeneVision N1 Система ультразвуковая диагностическая медицинская Logiq e R8 Спирограф SpiroScout Стетфонендоскоп Duplex 2.0 Стимулятор магнитный ритмический "Neuro-MSX" Стойки инфузионные KaWe Столик процедурный передвижной ДМ-6-010-19 Стол перевязочный UniBase 30 Стол операционный UniBase 30 Термометр медицинский Omron Eco Temp Basic Холодильник для хранения медикаментов ХФ-250-2 «Позис» Центральная система мониторинга BeneVision Экспресс-анализатор (глюкометр) портативный для определения уровня сахара в крови "Акку-Чек Актив" (Accu-Chek Active) Электрокардиограф ELI 150C Устройство для вспомогательного кровообращения Xenios Console с принадлежностями Штатив для длительных инфузионных вливаний на трех опорах ШВ-"ДЗМО"	
--	---	--

8. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОХОЖДЕНИЮ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ (КЛИНИЧЕСКОЙ) ПРАКТИКИ (ВАРИАТИВНАЯ ЧАСТЬ)

Контроль за участием ординаторов в оказании медицинской помощи гражданам осуществляет руководитель практики, назначенный из числа педагогических работников, который несет ответственность за проведение практической подготовки.

При прохождении производственной (клинической) практики (базовая часть) ординаторы ведут дневник ординатора, который содержит краткое описание курируемых больных (диагнозы заболеваний), перечень выполненных видов работ за период практики, в том числе диагностические и лечебные мероприятия; освоенные умения и практические навыки, приобретенные за период практики.

Подробные методические рекомендации по прохождению практики содержатся в методических материалах ОПОП ВО «Методические рекомендации по прохождению производственной (клинической) практики».

9. СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ УСЛОВИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ-ИНВАЛИДОВ И ОБУЧАЮЩИХСЯ-ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ

ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Для обучающихся-инвалидов и обучающихся-лиц с ограниченными возможностями здоровья выбор мест прохождения практик должен учитывать состояние здоровья и требования по доступности.

Создание безбарьерной среды должно учитывать потребности следующих категорий инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья:

- с нарушениями зрения;
- с нарушениями слуха;
- с ограничением двигательных функций.

Обеспечение доступности прилегающей к образовательной организации территории, входных путей, путей перемещения внутри здания для различных нозологий.

Территория организации места проведения практики должна соответствовать условиям беспрепятственного, безопасного и удобного передвижения маломобильных обучающихся, обеспечения доступа к зданиям и сооружениям, расположенным на нем. Требуется обеспечить доступность путей движения, наличие средств информационно-навигационной поддержки, дублирование лестниц пандусами или подъемными устройствами, оборудование лестниц и пандусов поручнями, контрастная окраска дверей и лестниц, выделение мест для парковки автотранспортных средств инвалидов.

В зданиях, предназначенных для прохождения практики обучающимися-инвалидами и обучающимися-лицами с ограниченными возможностями здоровья, требуется обеспечить как минимум один вход, доступный для лиц с нарушением опорно-двигательного аппарата. Помещения, где могут находиться люди на креслах-колясках, следует размещать на уровне доступного входа. При ином размещении помещений по высоте здания, кроме лестниц, следует предусматривать пандусы, подъемные платформы для лиц с нарушением опорно-двигательного аппарата или лифты.

Комплексная информационная система для ориентации и навигации лиц с нарушением зрения в архитектурном пространстве организации должна включать визуальную, звуковую и тактильную информацию.

Наличие специальных рабочих мест для обучающихся-инвалидов и обучающихся-лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Оборудование специальных учебных мест предполагает увеличение размера зоны на одно место с учетом подъезда и разворота кресла-коляски, увеличения ширины прохода между рядами столов, замену двухместных столов на одноместные.

Наличие оборудованных санитарно-гигиенических помещений для обучающихся различных нозологий.

В организации проведения практики необходимо обустройство минимум одной туалетной кабины доступной для маломобильных обучающихся. В универсальной кабине и других санитарно-бытовых помещениях, предназначенных для пользования всеми категориями обучающихся-инвалидов и обучающихся-лиц с ограниченными возможностями здоровья следует предусматривать возможность установки откидных опорных поручней, штанг, поворотных или откидных сидений.

Наличие системы сигнализации и оповещения для обучающихся различных нозологий.

Проектные решения зданий организаций должны обеспечивать безопасность маломобильных обучающихся в соответствии с требованиями СНиП 21-01 и ГОСТ 12.1.004, с учетом мобильности обучающихся-инвалидов и обучающихся-лиц с ограниченными возможностями здоровья различных категорий, их численности и места нахождения в здании.

Особое внимание уделяется обеспечению визуальной, звуковой и тактильной информацией для сигнализации об опасности и других важных мероприятиях.

Пути движения к помещениям, зонам и местам обслуживания внутри здания должны соответствовать нормативным требованиям к путям эвакуации людей из здания.

При наличии среди обучающихся, проходящих практику, инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья обеспечиваются следующие материально-технические условия.

Наличие звукоусиливающей аппаратуры, мультимедийных средств и других технических средств приема-передачи учебной информации в доступных формах для ординаторов с нарушениями слуха.

Для слабослышащих обучающихся использование сурдотехнических средств является средством оптимизации учебного процесса, средством компенсации утраченной или нарушенной слуховой функции.

Технологии беспроводной передачи звука (FM-системы) являются эффективным средством для улучшения разборчивости речи в условиях профессионального обучения.

Помещения, в которых проходят практику обучающиеся с нарушением слуха, при необходимости будут оборудованы, компьютерной техникой, аудиотехникой (акустический усилитель и колонки), видеотехникой (мультимедийный проектор, телевизор), электронной доской, документ-камерой, мультимедийной системой. Особую роль в обучении слабослышащих также играют видеоматериалы.

При необходимости предусматривается применение брайлевской компьютерной техники, электронных луп, видеоувеличителей, программ не визуального доступа к информации, программ-синтезаторов речи и других технических средств приема-передачи учебной информации в доступных формах для лиц с нарушениями зрения.

Компьютерные тифлотехнологии базируются на комплексе аппаратных и программных средств, обеспечивающих преобразование компьютерной информации в доступные для незрячей и слабовидящей формы (звуковое воспроизведение, рельефно-точечный или укрупненный текст), и позволяют им самостоятельно работать на обычном персональном компьютере с программами общего назначения.

Программно-технические средства для лиц с нарушениями зрения, условно делятся на две группы: средства для усиления остаточного зрения и средства преобразования визуальной информации в аудио и тактильные сигналы.

Для слабовидящих обучающихся в аудиториях при необходимости будет предусмотрена возможность просмотра удаленных объектов (например, текста на доске или слайда на экране) при помощи видеоувеличителей для удаленного просмотра.

Наличие компьютерной техники, адаптированной для инвалидов и лиц с ОВЗ со специальным программным обеспечением, альтернативных устройств ввода информации и других технических средств приема-передачи учебной информации в доступных формах для лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Для обучающихся с нарушениями опорно-двигательного аппарата при необходимости будет предусмотрено использование альтернативных устройств ввода информации.

Рекомендуется использовать специальные возможности операционной системы Windows, таких как экранная клавиатура, с помощью которой можно вводить текст, настройка действий Windows при вводе с помощью клавиатуры или мыши.

Лист регистрации изменений

Номер изменения	Номера листов			Основание для внесения изменений	Подпись	Дата	Дата введения изменения
	замененных	новых	аннулированных				