

Документ подписан простой электронной подписью  
Информация о владельце:  
ФИО: Зудин Александр Борисович  
Должность: Директор  
Дата подписания: 21.02.2024 10:29:16  
Уникальный программный ключ:  
0e1d6fe4fcfd800eb2c45df9ab36751df3579e2c

Приложение № 14  
к основной профессиональной образовательной программе  
высшего образования по специальности  
31.08.68 «Урология»  
подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре  
ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья  
имени Н.А. Семашко»

## **Программа государственной итоговой аттестации**

Укрупненная группа специальностей:

31.00.00 Клиническая медицина

Специальность: 31.08.68 - Урология

Блок 3 «Государственная итоговая аттестация»

Б3 (108 часов, 3 з.е.)

Москва 2023

## **1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**Цель** – определение соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры требованиям ФГОС ВО по специальности 31.08.68 – Урология.

### **Задачи:**

1. Установление уровня подготовки выпускника к выполнению профессиональных задач (оценка степени сформированности всех компетенций, предусмотренных ФГОС ВО по специальности 31.08.68 - Урология, характеризующих готовность выпускников к выполнению профессиональных задач соответствующих квалификации – врач - уролог);

2. Принятие решения о выдаче обучающемуся, успешно прошедшему государственную итоговую аттестацию по программе ординатуры, диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации.

## **2. МЕСТО ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ В СТРУКТУРЕ ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ**

Государственная итоговая аттестация относится к базовой части программы Блока 3 - государственная итоговая аттестация.

Государственная итоговая аттестация завершает процесс освоения имеющих государственную аккредитацию образовательных программ ординатуры.

Государственная итоговая аттестация программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.68 - Урология завершается присвоением квалификации "врач - уролог".

### **3. РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ, ОЦЕНИВАЕМЫЕ НА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путём обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

- физические лица (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее – подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее – взрослые);
- население;
- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

**Государственная итоговая аттестация направлена на оценку готовности выпускников, освоивших программу ординатуры, к следующим видам профессиональной деятельности:**

- профилактическая;
- диагностическая;
- лечебная;
- реабилитационная;
- психолого-педагогическая;
- организационно-управленческая.

**Государственная итоговая аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.**

Универсальные компетенции (УК):

- готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);

- готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3)

Профессиональные компетенции (ПК):

**Профилактическая деятельность:**

- готовность к проведению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья граждан, включающего в себя действия, по предупреждению возникновения и распространения заболеваний, своевременную диагностику, а также выявление факторов их возникновения и развития; разработка мероприятий, направленных на устранение агрессивного влияния факторов окружающей среды на здоровье человека (ПК-1);

- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, и осуществлению диспансерного наблюдения за хроническими больными и здоровыми гражданами (ПК-2);

- готовность к организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций и иных чрезвычайных ситуациях, проведению противоэпидемических мероприятий (ПК-3);

- готовность к проведению сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения различных возрастно-половых групп, характеризующих состояние их здоровья (ПК-4).

**Диагностическая деятельность:**

- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10) (ПК-5);

### **Лечебная деятельность:**

- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании урологической медицинской помощи (ПК-6);

готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

### **Реабилитационная деятельность:**

- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

### **Психолого-педагогическая деятельность:**

- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9).

### **Организационно-управленческая деятельность:**

- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);

готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);

готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

## **4. ФОРМА И СТРУКТУРА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

### **4.1. Форма государственной итоговой аттестации**

Государственная итоговая аттестация обучающихся по программе ординатуры 31.08.68 - Урология проводится в форме государственного экзамена.

## **4.2. Трудоёмкость государственной итоговой аттестации**

Трудоёмкость государственной итоговой аттестации в соответствии с ФГОС ВО по специальности 31.08.68 – Урология составляет 108 часов (3 зачётные единицы).

## **4.3. Структура государственной итоговой аттестации**

В Блок 3 "Государственная итоговая аттестация" входят подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена.

Перед государственным экзаменом по специальности для ординаторов проводятся предэкзаменационные консультации по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в три этапа:

1 этап – аттестационное тестирование в соответствии с программой государственного экзамена по специальности.

2 этап – демонстрация практических навыков и умений, приобретенных в результате освоения программы ординатуры.

3 этап – итоговое собеседование (оценка умения решать конкретные профессиональные задачи в ходе собеседования).

Тестовый контроль проводится с целью определения объема и качества знаний выпускника. Тестовый материал охватывает содержание всех дисциплин учебного плана по специальности 31.08.68 - Урология. Каждый обучающийся отвечает на 50 вопросов. На тестовый контроль отводится 30 минут.

Оценка практических навыков и умений проводится с целью демонстрации обучающимся качества полученных им знаний и объема освоенных практических навыков и умений. Каждый обучающийся выполняет следующие практические навыки:

- Анализ жалоб и клинических проявлений
- Осмотр, пальпация живота и поясничной области
- Пальцевое ректальное исследование

- Установка мочепузырного катетера у мужчин и женщин
- Смотровая цистоскопия
- Катетеризация (стентирование) мочеточника
- Надлобковая пункционная цистостомия
- Наложение интракорпоральных узловых швов при лапароскопическом доступе

Собеседование проводится с целью определения сформированности профессиональных компетенций выпускника, профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения. Собеседование проводится на основе решения ситуационных вопросов (задач) междисциплинарного характера. Оценке подлежит уровень компетенции выпускника в использовании теоретической базы для решения профессиональных задач.

В процессе проведения государственного экзамена обучающемуся могут быть заданы уточняющие или дополнительные (не включённые в билет) вопросы по программе государственного экзамена.

По решению комиссии обучающийся может быть освобожден от необходимости полного ответа на вопрос билета, уточняющий или дополнительный вопрос.

#### **Оценка сформированности компетенций в процессе сдачи этапов государственного экзамена**

Этапы государственного экзамена	Компетенции, которые оцениваются в ходе этапа
1 этап – тестирование	УК-1; УК-2; УК-3; 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 этап – практические навыки	УК-1; ПК-5; ПК-6; ПК-8;

3 этап – устное собеседование	УК-1; УК-2; УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-7; ПК-8; ПК-9; ПК-10; ПК-11; ПК-12
-------------------------------	--

## **5. ПОРЯДОК ПОДГОТОВКИ И ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

Проведение ГИА определяется календарным учебным графиком и расписанием ГИА.

Перед государственной итоговой аттестацией обучающиеся должны ознакомиться с программой ГИА.

Подготовка к государственному экзамену может проводиться в формах, как устного повторения пройденных дисциплин (с использованием собственных конспектов, основной дополнительной литературы и т.д.), так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен.

В период подготовки к государственному экзамену ординаторам проводятся консультации по дисциплинам, вошедшим в программу ГИА.

Порядок организации и проведения государственной итоговой аттестации регламентирован Положением о порядке организации и проведения государственной итоговой аттестации обучающихся по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры федерального государственного бюджетного научного учреждения «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко»

## **6. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.



## **6.1. Критерии оценки аттестационного тестирования**

Результаты 1 этапа государственного экзамена имеют качественную оценку «зачтено» / «не зачтено» и оцениваются следующим образом:

- Тестирование, написанноена 70 % и более правильных ответов оценивается оценкой «зачтено», а на 69 % и менее правильных ответов - оценкой «не зачтено».
- результаты тестирования объявляются обучающемуся сразу по окончании тестирования.

В случае успешного прохождения 1 этапа государственного экзамена, ординатор допускается к прохождению следующего этапа ГИА.

Окончательное решение о допуске к следующему этапу государственной итоговой аттестации обучающегося, получившего оценку «не зачтено» на первом этапе, в каждом отдельном случае принимается государственной экзаменационной комиссией не более 1 раза.

## **6.2. Критерии оценки практических навыков и умений**

Результаты 2 этапа государственного экзамена имеют качественную оценку «зачтено» / «не зачтено».

- **«зачтено»** – обучающийся обладает системными теоретическими знаниями (знаетметодику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможныеосложнения, нормативы и проч.), самостоятельно демонстрирует правильное выполнениепрактических умений.
- **«не зачтено»** – обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретическихзнаний (не знает методики выполнения практических навыков, показаний ипротивопоказаний, возможных осложнений, нормативы и проч.) и/или не можетсамостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допускаягрубые ошибки.

Обучающиеся, получившие оценку «не зачтено», к 3 этапу государственного экзаменане допускаются, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

### **6.3. Критерии оценки итогового собеседования**

Результаты 3 этапа государственного экзамена определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол.

- **«отлично»** - выставляется обучающемуся, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами и вопросами, не затрудняется с ответами при видоизменении заданий, правильно обосновывает принятые решения, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач; комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.
- **«хорошо»** - выставляется обучающемуся, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, но недостаточно полно раскрывает междисциплинарные связи, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.
- **«удовлетворительно»** - выставляется обучающемуся, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических задач, испытывает затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации, не полностью отвечает на вопросы, при помощи наводящих вопросов членов ГЭК, выбор тактики действий возможен в соответствии с ситуацией при помощи наводящих вопросов.
- **«неудовлетворительно»** - выставляется обучающемуся, который не знает значительной части программного материала, допускает грубые ошибки,

неуверенно, с большими затруднениями решает практические задачи или не справляется с ними самостоятельно, не владеет комплексной оценкой ситуации, неверно выбирает тактику действий, приводящую к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента.

Обучающимся и лицам, привлекаемым к государственной итоговой аттестации, во время ее проведения запрещается иметь при себе и использовать средства связи.

Нарушения обучающимся учебной дисциплины при проведении государственной итоговой аттестации пресекаются. В этом случае составляется акт о нарушении учебной дисциплины и выставляется оценка «неудовлетворительно».

К нарушениям учебной дисциплины во время государственной итоговой аттестации относятся:

- списывание (в том числе с использованием мобильной связи, ресурсов Интернет, а также литературы и материалов, не разрешенных к использованию на экзамене или зачёте);

- обращение к другим обучающимся за помощью или консультацией при подготовке ответа по билету или выполнении задания;

- прохождение государственной итоговой аттестации лицами, выдающими себя за обучающегося, обязанного сдавать экзамен. Результаты государственного экзамена объявляются обучающимся в день проведения экзамена после оформления и утверждения протоколов заседания государственной экзаменационной комиссии.

## **7. ПРИМЕРНЫЕ ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

### **7.1. Примерные тестовые задания**

Симптомы нижних мочевыводящих путей не должны наблюдаться при:

- А. инфекциях мочеполовой системы
- Б. доброкачественной гиперплазии простаты

В. инородных телах нижних мочевых путей

Г. анурии

2. Показатель S шкалы IPSS, равный 42, говорит о наличии у пациента с ДГП:

А. выраженной степени симптоматики

Б. умеренно-выраженной степени симптоматики

В. легкой степени симптоматики

Г. такого показателя не может быть

3. Наличие остаточной мочи у пациента с ИВО говорит о:

А. вторичном ГАМП

Б. наличии ПМП

В. большом объеме предстательной железы

Г. декомпенсации детрузора

4. Наиболее рациональным у пациентов с ДГП является комбинированное применение М-холинолитиков:

А. с альфа-адреноблокаторами

Б. с ингибиторами 5 альфа-редуктазы

В. с ингибиторами ФДЭ - 5

Г. прием М-холинолитиков возможен только в виде монотерапии

5. Лекарственное вещество группы альфа-адреноблокаторов, обладающее избирательной селективностью к альфа-адренорецепторам н/мочевыводящих путей:

А. Празозин

Б. Альфузозин

В. Теразозин

Г. Тамсулозин

6. Какой параметр требует контрольной оценки у пациентов с ДГП в процессе лечения М-холинолитиками:

А. Количество остаточной мочи

Б. Объем предстательной железы

В. Уровень ПСА крови

Г. Максимальная скорость мочеиспускания

7. Рентгенпозитивность камня обусловлена, прежде всего, наличием в его составе:

А. калия

Б. магния

В. фосфора

Г. кальция

8. Какой метод визуализации камней почек в настоящее время является наиболее предпочтительным:

А. УЗИ

Б. КТ

В. МРТ

Г. обзорная и экскреторная урография

9. Максимальная эффективность альфа-адреноблокаторов в отхождении камней мочеточника при его локализации:

А. в средней трети мочеточника

Б. в нижней трети мочеточника

В. в верхней трети мочеточника

Г. локализация камня не имеет значения

10. Абсолютным противопоказанием к проведению ДУВЛ является:

А. беременность

Б. сахарный диабет

В. наличие кардиостимулятора

Г. кисты почек

11. Метафилактика МКБ — это комплекс мероприятий, направленных на:

А. исчезновение резидуальных камней

Б. исчезновение рецидивных камней

В. прекращение увеличения имеющихся камней

Г. профилактику образования рецидивных камней

12. Чрескожная нефролитотрипсия, как метод лечения, предпочтительнее при камнях размером:

- А. < 1 см
- Б. 1-2 см
- В. > 2 см
- Г. размер камня не имеет значения

13. При камне интрамурального отдела мочеточника нарушающего уродинамику, локализация и иррадиация болей:

- А. поясничная область без иррадиации
- Б. подреберье с иррадиацией под лопатку
- В. боковые отделы живота с иррадиацией в поясничную область
- Г. поясничная область с иррадиацией в паховую область, внутреннюю поверхность бедра и половые органы

14. При какой локализации конкремента возникает наибольшая угроза полной обтурации:

- А. камень верхней чашечки
- Б. коралловидный камень лоханки
- В. камень мочеточника
- Г. камень мочевого пузыря

15. К факторам риска камнеобразования не относятся:

- А. Уратурия, оксалатурия
- Б. Высокое содержание мочевины и креатинина в крови
- В. Высокое содержание в крови и в моче кальция, мочевой кислоты
- Г. Лейкоцитурия, эритроцитурия, слизь в моче

16. Не влияют на образование мочевых камней следующие местные изменения в мочевых путях:

- А. Гипотония мочеточника
- Б. Перегиб, стриктура мочеточника, уростаз
- В. Инородное тело (дренажная трубка, скобка, шовный материал)
- Г. Гипертонус мочеточника (лоханки)

17. При щелочной реакции мочи преимущественно образуются:
- А. Мочекислые (уратные) камни
  - Б. Цистиновые камни
  - В. Фосфатные камни
  - Г. Оксалатные камни
18. Назовите редкое осложнение почечной колики:
- А. бактериотоксический шок
  - Б. простатит
  - В. варикоцеле
  - Г. уретероцеле
19. К осложненной инфекции мочевыводящих путей относятся инфекции у:
- А. пациентов с ДГП
  - Б. женщин до 25 лет
  - В. женщин до 50 лет
  - Г. детей
20. Показано ли лечение бессимптомной бактериурии у беременных и если показано — какая схема лечения предпочтительна:
- А. не показано
  - Б. однократная доза (фосфомицин)
  - В. короткий курс — 2-7 дней (аминопенициллины)
  - Г. непрерывная терапия (до родов)
21. Показано ли лечение бессимптомной бактериурии у пациентов с сахарным диабетом и если показано — какая схема лечения предпочтительна:
- А. не показано
  - Б. однократная доза (фосфомицин)
  - В. короткий курс — 2-7 дней (аминопенициллины)
  - Г. непрерывная терапия
22. Клинически значимым (минимальным) титром бактериурии при остром неосложненном цистите является:

- А.  $\geq 10 \times 3$  КОЕ/мл
- Б.  $\geq 10 \times 2$  КОЕ/мл
- В.  $\geq 10 \times 5$  КОЕ/мл
- Г. непосредственно наличие бактерий

23. Первой линией терапии острого неосложненного цистита являются:

- А. фосфомицин и аминопенициллины
- Б. фосфомицин и нитрофурантоины
- В. фторхинолоны и аминипенициллины
- Г. аминопенициллины и нитрофурантоины

24. У беременных с острым циститом в любом триместре беременности разрешено применение препаратов, кроме:

- А. фосфомицин
- Б. цефалоспорины
- В. нитрофурантоины
- Г. пенициллины

25. Диагноз рецидивирующей инфекции мочевыводящих путей устанавливается на основании следующих количества и частоты рецидивов заболевания :

- А. 3 эпизода и более за год
- Б. 2 эпизода за год
- В. 1 эпизод за 0,5 года
- Г. 1 эпизод за год

26. Для уменьшения риска возникновения рецидива инфекции нижних мочевыводящих путей у женщин постменопаузального возраста рекомендовано использовать:

- А. М-холинолитики
- Б. эстрогены (пероральная форма)
- В. эстрогены (вагинальная форма)
- Г. эстрогены (любая форма)



27. Основным методом дифференциальной диагностики острого неосложненного пиелонефрита и острого обструктивного пиелонефрита является:

- А. КТ
- Б. МРТ
- В. ан. мочи
- Г. УЗИ

28. При осложненных инфекциях верхних мочевых путей длительность антибактериальной терапии составляет:

- А. 3-7 дней
- Б. 7-14 дней
- В. 14-21 день
- Г. 21-30 дней

29. Какая категория отсутствует в классификации простатита по NIH (1995):

- А. Острый простатит
- Б. Синдром хронической тазовой боли с воспалением
- В. Синдром хронической тазовой боли без воспаления
- Г. Паренхиматозный простатит

30. Баланопостит - это воспаление:

- А. Крайней плоти полового члена
- Б. Головки полового члена
- В. Парауретральных желез
- Г. Крайней плоти и головки полового члена

31. При хроническом пиелонефрите прежде всего поражаются:

- А. Восходящее колено петли Генле
- Б. Нисходящее колено петли Генле
- В. Капсула Шумлянського – Боумена
- Г. Канальцы почки

32. Классификация простатита по NIH (1995) проводится по результатам следующих обследований:

А. Симптоматика, ПРИ, ТРУЗИ

Б. Симптоматика, ТРУЗИ, посев секрета простаты

В. Симптоматика, ПРИ, посев секрета простаты

Г. Симптоматика, микроскопия секрета простаты, посев секрета простаты

33. Основными симптомами острого цистита являются все перечисленные, кроме:

А. Полиурии

Б. Терминальной гематурии

В. Болей при мочеиспускании

Г. Пиурии

34. Рентгеновское исследование мочеиспускательного канала показано:

А. При остром уретрите

Б. При простатите и везикулите

В. При подозрении на стриктуру уретры

Г. При торпидном течении уретрита

35. Как называется метод исследования, с помощью которого можно произвести визуальный осмотр лоханки и чашечек:

А. уретроскопия

Б. цистоскопия

В. эхография

Г. пиелоскопия

36. Опухоль почки стадии T 1a:

А. более 10 см

Б. 7-10 см

В. 4-7 см

Г. менее 4 см

37. Показанием для проведения «расширенной» биопсии простаты является:

А. Максимальная скорость мочеиспускания  $<10$  мл/сек.

Б. ПСА крови  $>20$  нг/мл

В. Наличие хронического простатита

Г. Отрицательные результаты предыдущей биопсии простаты при сохраняющемся высоком уровне ПСА крови

38. «Плотность ПСА» - это:

А. уровень ПСА : объем простаты

Б. уровень ПСА x объем простаты

В. уровень свободного ПСА : объем простаты

Г. уровень свободного ПСА x объем простаты

39. В настоящее время, согласно рекомендации Европейской ассоциации урологов, данный метод лечения рака простаты рассматривается как экспериментальный:

А. радикальная простатэктомия

Б. ДЛТ

В. криодеструкция

Г. гормональная терапия

40. Эффективность БЦЖ-терапии и ТУР в сравнении с внутривезикулярной химиотерапией и ТУР :

А. выше

Б. ниже

В. нет данных

Г. одинакова

41. Основными симптомами травм уретры является все перечисленное, кроме:

А. макрогематурии

Б. уретроррагии

В. задержки мочеиспускания

Г. промежностной гематомы

42. Не используется для лечения императивного недержания мочи:

А. спазмолитики

Б. поведенческая терапия

В. М- холинолитики

Г. агонисты бктта -3- адренорецепторов

43. Назовите самый распространенный метод диагностики пузырно-мочеточникового рефлюкса:

А. цистоскопия

Б. микционная цистография

В. экскреторная урография

Г. уретрография

44. В настоящее время единственным препаратом ингибиторов ФДЭ 5 типа, предназначенным для постоянного приема является:

А. тадалафил

Б. силденафил

В. варденафил

Г. афанафил

45. Сохранность утренних эрекций позволяет предположить наличие сексуальной дисфункции:

А. Сосудистой

Б. Эндокринной

В. Психогенной

Г. Медикаментозной

46. Количество сперматозоидов в 1 мл эякулята (критерии ВОЗ) в норме:

А. > 20 млн

Б. > 15 млн

В. > 40 млн

Г. > 5 млн

47. Наиболее эффективный метод мужской контрацепции:

- А. использование презерватива
- Б. вазэктомия
- В. прерванный половой акт
- Г. прием андрогенов

48. Классификация простатита по НИН (1995) проводится по результатам следующих обследований:

- А. Симптоматика, ПРИ, ТРУЗИ
- Б. Симптоматика, ТРУЗИ, посев секрета простаты
- В. Симптоматика, ПРИ, посев секрета простаты
- Г. Симптоматика, микроскопия секрета простаты, посев секрета

простаты

49. Первично туберкулезом поражаются:

- А. мочевого пузыря
- Б. мочеиспускательный канал
- В. почки
- Г. мочеточник

50. Наиболее частым симптомом первичного рака уретры из перечисленных является:

- А. тазовая боль
- Б. ИВО
- В. боль при половом акте
- Г. уретроррагия и макрогематурия

## **7.2. Примерный перечень практических навыков**

- введение катетера при острой задержке мочи;
- проведение инстилляций лекарственных веществ в уретру;
- выполнение уретроскопии и лечебной тампонады;
- взятие материала из мочеполовых органов;

-пальпация почек, мочевого пузыря, органов мошонки, стенок влагалища, уретры и кавернозных тел;

- интерпретация данных лабораторных исследований;

- интерпретации данных рентгенологического исследования (обзорной и экскреторной урографии, МРТ, КТ, данными УЗИ органов брюшной полости, почек, мочевого пузыря);

- катетеризация мочевого пузыря;

- бужирование уретры;

- надлобковая капиллярная пункция мочевого пузыря;

- уретроскопия, цистоскопия, хромоцистоскопия, катетеризация мочеточника, биопсия стенки мочевого пузыря, электрокоагуляция папиллярной опухоли;

- цистоскопия;

- выполнение и оценка результатов урофлоуметрии и цистометрии;

- получить информацию о заболевании, применить объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки заболевания;

- оценить тяжесть состояния больного, принять необходимые меры для выведения больного из такого состояния, определить объем и последовательность реанимационных мероприятий, оказать необходимую срочную помощь;

- определить специальные методы исследования (лабораторные, рентгенологические и функциональные);

- определить показания для госпитализации и организовать ее;

- провести дифференциальную диагностику, обосновать клинический диагноз, план и тактику ведения больного;

- оценить электрокардиограмму, спирограмму, данные рентгенологического обследования и дать по ним заключение;

- определить степень нарушения гомеостаза и выполнить все мероприятия по его нормализации;

- назначить необходимые лекарственные средства и другие лечебные мероприятия;
- определить вопросы трудоспособности больного – временной или стойкой нетрудоспособности;
- провести необходимые противоэпидемические мероприятия при выявлении инфекционного больного;
- провести диспансеризацию здоровых и больных, уметь анализировать результаты

### 7.3. Пример билета

ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья  
имени Н.А. Семашко»  
Кафедра урологии  
**Билет № 1**

*для проведения государственной итоговой аттестации  
по специальности «Урология»*

1. Семиотика в урологии: боль.  
2. Аномалии развития мочевого пузыря и уретры.  
3. Биопсия почки (показания, методика выполнения, интерпретация полученных результатов).

Заведующий кафедрой                                  Фамилия И.О.

## 8. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

### 8.1. Основная и дополнительная литература

Основная литература:

№ п/	Наименование	Автор	Год и место издания	Наличие литературы
------	--------------	-------	---------------------	--------------------

п				Электр. адресресурса
1	2	3	4	6
1	Урология : учебник	П. В. Глыбочко, Ю. Г. Аляев.	Москва : Практическа я медицина, 2019.	<a href="https://www.books-up.ru/ru/book/urologiya-9799962/">https://www.books-up.ru/ru/book/urologiya-9799962/</a>
2	Урология. Клинические рекомендации	под редакцией Н. А. Лопаткина.	Москва : ГЭОТАР– Медиа, 2013	<a href="https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428597.html">https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428597.html</a> .
3	Урология. Российские клинические рекомендации	под ред. Ю.Г.Аля-ева, П.В. Глыбочко, Д.Ю.Пушкаря.	Москва : ГЭОТАР– Медиа, 2015.	<a href="https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431269.html">https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431269.html</a> .
4	Урология	под редакцией Д. Ю. Пушкаря	Москва : ГЭОТАР– Медиа, 2017.	<a href="http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970440803.html">http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970440803.html</a>
5	Урология : учебник для студентов учреждений высшего профессиона- льного обра- зования, обу- чающихся по специально-сти 060101.65 "Лечебное дело" по	под редакцией Д. Ю. Пушкаря	Москва : ГЭОТАР– Медиа, 2013.	<a href="https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423882.html">https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423882.html</a> .



	дисциплине "Урология"			
--	--------------------------	--	--	--

Дополнительная литература:

№ п/п	Наименование	Автор	Год и место издания	Наличие доп. литературы
				Электр. адрес ресурса
1	2	3	4	6
1	Урогенитальный туберкулез	О. Н. Барканова, С. Г. Гагарина А. А. Калуженина, Н. Л. Попкова	Волгоград : ВолгГМУ, 2019	<a href="https://www.books-up.ru/ru/book/urogenitalnyj-tuberkulez-9832100/">https://www.books-up.ru/ru/book/urogenitalnyj-tuberkulez-9832100/</a>
2	Рентгенодиагностика в урологии : учебное пособие	П. В. Власов, П. М. Котляров, Ю. Н. Жук ИВ.	Москва : Видар-М, 2010.	<a href="https://www.books-up.ru/ru/book/rentgenodiagnostika-v-urologii-9196964/">https://www.books-up.ru/ru/book/rentgenodiagnostika-v-urologii-9196964/</a>
3	Половой член: анатомия эректильной дисфункции	Гайворонский, И. А. Горячева, Ю. А. Матвиенко [и др.].	Санкт-Петербург : СпецЛит, 2018.	<a href="https://www.books-up.ru/ru/book/polovoj-chlen-7273914/">https://www.books-up.ru/ru/book/polovoj-chlen-7273914/</a>
4	3D-технологии при операциях на почке: от хирургии виртуальной к реальной	под редакцией П. В. Глыбочко, Ю. Г. Аляева	Москва : ГЭОТАР–Медиа, 2014.	<a href="https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431856.html">https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431856.html</a>

5	Мочекаменная болезнь: современные методы диагностики и лечения	Ю. Г. Аляев, М. А. Газимиев, В. И. Руденко [и др.] ; под редакцией Ю. Г. Аляева	Москва : ГЭОТАР– Медиа, 2010.	<a href="https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970412510.html">https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970412510.html</a> .
6	Оперативное лечение больных опухолью почки (прошлое, настоящее, будущее)	Ю. Г. Аляев, П. В. Глыбочко	Москва : ГЭОТАР– Медиа, 2015.	<a href="https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970435816.html">https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970435816.html</a> .
7	Гидронефроз	под редакцией П. В. Глыбочко, Ю. Г. Аляева	Москва : ГЭОТАР– Медиа, 2011.	<a href="https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970419069.html">https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970419069.html</a> .
8	Урология. Обучающие модули	П.В. Глыбочко, Ю. Г. Аляев	Москва : ГЭОТАР– Медиа, 2015	<a href="https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970435373.html">https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970435373.html</a> .
9	Мужское бесплодие и хирургические заболевания органов половой системы	Б. Н. Жиборев	Москва : ГЭОТАР– Медиа, 2018.	<a href="https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970445372.html">https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970445372.html</a> .

10	Простатит. Диагностика и лечение	Е. В. Кульчавеня, А. И. Неймарк	Москва : ГЭОТАР– Медиа, 2010.	<a href="https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970414958.html">https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970414958.html</a> .
11	Недержание мочи у женщин	А. И. Неймарк, М. В. Раздорская	Москва : ГЭОТАР– Медиа, 2013.	<a href="https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423363.html">https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423363.html</a> .
12	Онкоурология : национальное руководство	под редакцией В. И. Чиссова, Б. Я. Алексеева, И. Г. Русакова	Москва : ГЭОТАР– Медиа, 2012.	<a href="https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970421819.html">https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970421819.html</a> .
13	Ошибки и осложнения в урогинекологии и	Д. Ю. Пушкаръ, Г. Р. Касян	Москва : ГЭОТАР– Медиа, 2017.	<a href="https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442128.html">https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442128.html</a> .
14	Функциональна я урология и уродинамика	Д. Ю. Пушкаръ, Г. Н. Касян	Москва : ГЭОТАР– Медиа, 2014.	<a href="http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970429242.html">http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970429242.html</a> .
15	Заболевания предстательной железы: краткий справочник.	Пушкаръ ДЮ, ВА. Тутельян, В. А. Малхасян	Москва : ГЭОТАР– Медиа, 2014	<a href="http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970430422.html">http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970430422.html</a> .
16	Детская урология- андрология : учебное пособие	М. П. Разин, В. Н. Галкин, Н. К. Сухих	Москва : ГЭОТАР– Медиа, 2011	<a href="http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970420645.html">http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970420645.html</a> .

17	Схемы лечения. Урология	под редакцией Н. А. Лопаткина, Т. С. Перепановой	Москва : Литтерра, 2014	<a href="https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501112.html">https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501112.html</a> .
18	Урология. Стандарты медицинской помощи	А. С. Дементьев, Н. И. Журавлева, С. Ю. Кочетков, Е. Ю. Чепанова	Москва : ГЭОТАР– Медиа, 2016	<a href="https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438930.html">https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438930.html</a> .
19	Урология. Иллюстрирова нный практикум : учебное пособие	под редакцией Ю. Г. Аляева, Н. А. Григорьева	Москва : ГЭОТАР– Медиа, 2011.	<a href="http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970419168.html">http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970419168.html</a>
20	Урология. От симптомов к диагнозу и лечению. Иллюстри- рованное руководство : учебное пособие	под редакцией Глыбочко П. В., Ю. Г. Аляева, Н. А. Григорьева	Москва : ГЭОТАР– Медиа, 2014.	<a href="https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428467.html">https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428467.html</a> .

**8.2 Перечень современных профессиональных баз данных, используемых для освоения образовательной программы:**

1. <https://ruans.org/>
2. <https://ruans.org/Documents>

3. <https://www.nsi.ru/>
4. <http://pravo-minjust.ru/>
5. <https://minzdrav.gov.ru/documents/>

### **8.3 Перечень информационных справочных систем, используемых для освоения образовательной программы:**

1. <http://www.consultant.ru/>
2. <https://emll.ru/newlib>

### **8.4 Комплект лицензионного и свободно распространяемого программного обеспечения, в том числе отечественного производства.**

## **9. Материально-техническое обеспечение дисциплины**

Материально-техническая база соответствует действующим противопожарным правилам и нормам и обеспечивает проведение всех видов дисциплинарной и междисциплинарной подготовки, практической работы обучающихся, предусмотренной учебным планом.

Материально-технического обеспечение по дисциплине включает в себя специально оборудованные помещения для проведения учебных занятий, в том числе:

аудитории, оборудованные мультимедийными и иными средствами обучения, позволяющими обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью;

аудитории, оборудованные фантомной и симуляционной техникой, имитирующей медицинские манипуляции и вмешательства, в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально;

помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами, оснащенные специализированным оборудованием и (или) медицинскими изделиями (тонометр, стетоскоп, фонендоскоп, термометр, медицинские весы, ростометр, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, электрокардиограф, облучатель бактерицидный, аппарат наркозно-дыхательный, аппарат искусственной вентиляции легких, инфузомат, отсасыватель послеоперационный, дефибриллятор с функцией синхронизации, стол операционный хирургический многофункциональный универсальный, хирургический, микрохирургический инструментарий, универсальная система ранорасширителей с

прикреплением к операционному столу, аппарат для мониторинга основных функциональных показателей, анализатор дыхательной смеси, электроэнцефалограф, дефибриллятор с функцией синхронизации, урофлоуметр, уродинамические системы, урологическое кресло (детское, взрослое), система терапии недержания мочи и сексуальных расстройств, ультразвуковой сканер, экстракорпоральный литотриптер, интракорпоральный литотриптер, эндоскопическая стойка для проведения цистоскопии и малоинвазивных операциях на мочевом пузыре, мочеточниках, уретре) и расходным материалом в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально, а также иное оборудование, необходимое для реализации программы ординатуры.

## **10. СПРАВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО НОРМАТИВНО-ПРАВОВОМУ И МЕТОДИЧЕСКОМУ ОБЕСПЕЧЕНИЮ ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ**

**Основные федеральные нормативные акты (смотреть в действующих редакциях):**

1. Конституция Российской Федерации;
2. Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;
3. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
4. Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
5. Федеральный закон от 27 июля 2006 г. № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации»;
6. Федеральный закон от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»;
7. «Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации».

**Нормативные акты Министерства образования и науки Российской Федерации:**

1. Приказ Минобрнауки России № 885, Минпросвещения России № 390 от 05.08.2020 «О практической подготовке обучающихся» (вместе с

«Положением о практической подготовке обучающихся») (Зарегистрировано в Минюсте России 11.09.2020 № 59778).

2. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации (Минобрнауки России) от 26 августа 2014г. № 1111 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.68 Урология (уровень подготовки кадров высшей квалификации)» (Зарегистрировано в Минюсте России 29 октября 2014г. № 34508).
3. Приказ Минобрнауки России от 24.02.2021 № 138 «Об утверждении Порядка разработки примерных основных образовательных программ высшего образования, проведения их экспертизы и ведения реестра примерных основных образовательных программ высшего образования» (Зарегистрировано в Минюсте России 26.03.2021 № 62887).
4. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации (Минобрнауки России) от 10 января 2014 г. № 4 «Об установлении соответствия специальностей высшего образования – подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры и программам ассистентуры-стажировки, перечень которых утверждён приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 12 сентября 2013 г. № 1061, специальностям специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации, указанным в номенклатуре, утверждённой приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2009 г. № 210н, направлениям подготовки (специальностям) послевузовского профессионального образования для обучающихся в форме ассистентуры-стажировки, перечень которых утверждён приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 22 февраля 2012 г. № 127» (Зарегистрировано в Минюсте России 24.02.2014 г. № 31403).

5. Приказ Минобрнауки России от 23.08.2017 № 816 «Об утверждении Порядка применения организациями, осуществляющими образовательную деятельность, электронного обучения, дистанционных образовательных технологий при реализации образовательных программ» (Зарегистрировано в Минюсте России 18.09.2017 № 48226).
6. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации (Минобрнауки России) от 19 ноября 2013 г. № 1258 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры» (Зарегистрировано в Минюсте России 28.01.2014 г. № 31136).

**Нормативные акты Министерства здравоохранения Российской Федерации:**

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) от 08.10.2015 г. № 707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки» (Зарегистрировано в Минюсте России 23.10.2015 г. № 39438).
2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) от 07.10.2015 г. № 700н «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование» (Зарегистрировано в Минюсте России 12.11.2015 г. № 39696).
3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) от 3 сентября 2013 г. № 620н «Об утверждении Порядка организации и проведения практической подготовки обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования, фармацевтического образования» (Зарегистрировано в Минюсте России 01.11.2013 г. № 30304).
4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) от 6 августа 2013 г. № 529н «Об утверждении



номенклатуры медицинских организаций» (Зарегистрировано в Минюсте России 13.09.2013 г. № 29950).

5. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 11 января 2011 г. № 1н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей руководителей и специалистов высшего профессионального и дополнительного профессионального образования» (Зарегистрировано в Минюсте России 23.09.2011 г. № 20237).
6. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 23 июля 2010 г. № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» (Зарегистрировано в Минюсте России 25.08.2010 г. № 18247).

Поиск вышеуказанных нормативных правовых актов обучающиеся могут самостоятельно осуществлять на:

- Портале «Нормативные правовые акты в Российской Федерации» по адресу <http://pravo-minjust.ru>.
- Официальном сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации в разделе – Банк документов по адресу <https://minzdrav.gov.ru/documents>.
- в справочной правовой системе Консультант Плюс по адресу <http://www.consultant.ru>.
- в информационно-правовом портале Гарант по адресу <https://www.garant.ru>.

## 1. Тестовые вопросы

2. Анемия при ХПН связана с нарушением следующих функций почек:

- Снижение фильтрации
- Снижение секреции
- Снижение синтеза эритропоэтина (+)
- Снижение гидроксирования витамина Д3
- Снижение аммиоогенеза

3. Причиной почечной глюкозурии может быть:

- Лечение циклофосфамидом
- Лечение делагилом
- Лечение циклоспорином-А
- Лечение стероидами (+)
- Лечение витамином Д

4. Какая из ниже перечисленных систем участвует в регуляции внутрпочечного кровотока :

- Сердечно-сосудистая система
- Осморцепторная система
- Калликреин-кининовая
- Шунт Труета
- Ренин-ангиотензиновая (+)

5. С какого визуализирующего метода необходимо начинать обследование пациента с подозрением на почечную патологию:

- Экскреторная урография
- УЗИ брюшной полости и почек (+)
- Нефросцинтиграфия
- Ренография
- Компьютерная томография

6. Самая частая причина геморрагического цистита:

- E.Coli

- Proteus
- Ps. aerogen
- Klebsiella
- Аденовирус (+)

7. Главное лечебное мероприятие при мочекаменной болезни:

- Цитратная смесь
- Окись магния
- Аллопуринол
- Ксидифон
- Прием жидкости до 2-3 литров в сутки (+)

8. Хирургическое лечение пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР) показано при:

- ПМР I степени
- ПМР II степени
- ПМР любой степени у детей
- ПМР III степени независимо от инфекции мочи
- ПМР выше I V-V степени (+)

9. Для поликистозной болезни почек характерно раннее развитие:

- Анемии
- Синдрома несахарного диабета
- Костные переломы (+)
- Щелочная моча
- Гиперкальциурия

10. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) III ст. - это заброс контрастного вещества при цистографии:

- До нижней трети мочеточника
- В лоханку и чашечки без их расширения
- В лоханку с расширением лоханки и чашечек (+)
- С расширением мочеточника, чашечек и лоханки
- С очень большим расширением мочеточника и лоханки, мочеточник извитой, паренхима почки истончена

11. Для нефронофтиза Фанкони (дисплазия, кистоз почек) характерно:

- Развитие инфекции мочевой системы
- Васкулит почечных сосудов
- Нефрокальциноз
- Кисты в пирамидах
- Развитие тубулярной ХПН (+)

12. У больного 56 лет диагностирован тотальный правосторонний пионефроз. При проведении экскреторной урографии также определяется тень конкремента левой почки, занимающего всю лоханку и верхнюю группу чашечек.

Вопрос: какой вид лечения будет наиболее оправдан?

Ответы:

- массивная антибактериальная+литолитическая терапия.
- нефрэктомия справа, пиелолитотомия и нефростомия слева одновременно.
- пиелолитотомия и нефростомия слева.
- дистанционная литотрипсия слева.
- нефрэктомия справа. (+)

13. Больной А. 77 лет. Поступил с жалобами на никтурию. Болен 1 год. При пальцевом ректальном исследовании простата незначительно увеличена, уплотнена, по периферии левой доли отмечается участок с выраженной плотностью. Границы железы четкие, пальпация ее безболезненна. При ультразвуковом сканировании предстательная железа неоднородной эхоструктуры с гипоэхогенным участком в левой доле. Размер железы 30\*3.9\*3.2. Остаточной мочи - 190 мл. Содержание мочевины в сыворотке крови 8,0 ммоль/л. Общий анализ крови и мочи - в норме. На экскреторных урограммах анатомо-функциональных изменений со стороны почек и верхних мочевых путей нет.

Вопрос: какими способами, возможно, взять материал для цитологического исследования, кроме:

Ответы:

- пункции предстательной железы под ультразвуковым наведением.
- исследования осадка мочи и спермы. (+)
- массажа предстательной железы.
- пункции предстательной железы и аспирации тканевого секрета.
- всех случаев.

14. Наиболее частыми зонами локализации раковой опухоли при заболеваниях предстательной железы, являются

Ответы:

- периферия предстательной железы под капсулой. (+)
- каудальная часть предстательной железы.
- центральная зона, прилежащая к уретре.
- область, вблизи семенного бугорка.
- краниальная часть предстательной железы.

15. У больного 63 лет верифицирован рак головки полового члена в стадии T3N0M1. При проведении обзорного снимка грудной клетки отмечаются тени метастазов.

Вопрос: какое лечение у данного больного будет наиболее эффективным?

Ответы:

- цистостомия + ампутация полового члена.
- химиотерапия.
- ампутация полового члена + химиотерапия. (+)
- лучевая терапия.
- эмаскуляция.

16. При наличии урологической патологии у беременной женщины какой наиболее щадящий метод диагностики?

Ответы:

- компьютерная томография.
- инструментальный.
- рентгенологический.
- ядерно-магнитный.
- ультрасонографический. (+)

17. Какая из урологических аномалий оказывает наиболее пагубное влияние при беременности

Ответы:

- удвоение мочевых путей.
- поясничная дистопия почек.
- нефроптоз.
- перекрестная поясничная дистопия.
- тазовая дистопия почек. (+)

18. При проведении экскреторной урографии у беременной женщины сроком 18-20 недель с явлениями острого пиелонефрита беременных, основными

рентгенологическими признаками будут являться все, кроме:

Ответы:

- сдавления и изъязвления чашечек.
- увеличения почки.
- "белой почки".
- нормальных размеров почки. (+)
- пиелоэктазии.

19. Для планового оперативного лечения мочекаменной болезни при беременности оптимальными сроками являются

Ответы:

- 1-3 недели беременности.
- 4-8 недель беременности.
- 9-12 недель беременности.
- 14-18 недель беременности. (+)
- 19-20 недель беременности.

20. У женщины 57 лет диагностирован эндометриоз мочевого пузыря.

Вопрос: какой метод лечения будет являться основным?

Ответы:

- лучевая и гормональная терапия. (+)
- диатермокоагуляция.
- резекция мочевого пузыря.
- цистэктомия.
- инстиллясия дибунола.

21. При опухолях гениталий изменения в мочевой системе зависят от всего перечисленного, кроме:

Ответы:

- локализации опухоли гениталий.
- времени возникновения опухоли. (+)
- размеров опухоли гениталий.
- нейрогуморального воздействия.
- гормональных сдвигов.

22. При поликистозной болезни почек взрослых не бывает:

- Наследственность аутосомно-доминантное

- Ассоциация с другими аномалиями мочевой системы (+)
- Кисты в печени - почти постоянно
- Характерный дефицит концентрационной функции почек
- Двусторонний процесс

23. Для фосфат-диабета характерно:

- Гиперкальциемия
- Выраженная гипофосфатемия (+)
- Снижение щелочной фосфатазы в крови
- Гиперкальциурия
- Глюкозурия

24. При амбулаторном обследовании у молодого человека 25 лет выявлены признаки ХПН, снижения слуха, в моче протеинурия, гематурия, дедушка умер от болезни почек, у сестры 12 лет выявлена микрогематурия. Ваш диагноз:

- Нефронофтиз Фанкони
- Семейная гематурия
- Болезнь тонких мембран
- Синдром Альпорта (+)
- Болезнь Берже

25. Что не характерно для ХПН?

- Гиперфосфатемия
- Увеличение уровня в сыворотке 1,25 витамина Д3 (+)
- Метаболический ацидоз
- Гиперпаратиреозидизм
- Снижение уровня сывороточного эритропоэтина

26. Универсальный механизм прогрессирования при всех хронических болезнях почек:

- Внутр клубочковая гипертензия и гиперфльтрация (+)
- Присоединение иммунного механизма
- Всегда есть системная гипертензия
- Осложнения пиелонефритом
- Развитие резистентности ткани к инсулину

27. Общий механизм протеинурии при артериальной гипертензии, сахарном диабете и олигонефронии:

- Повышение внутривенного давления (+)
- Воздействие альдостерона в области собирательных трубок
- Присоединение аутоиммунных механизмов повреждения
- Гиперренинемия, гиперальдостеронизм
- Дефект коллагена IV

28. Проявление мочевого туберкулеза:

- Болезненное мочеиспускание
- Частое мочеиспускание
- Стерильная пиурия
- Гематурия
- Сочетание этих признаков (+)

29. Наиболее частая причина обструктивной уропатии у взрослых:

- Клапан задней уретры
- Стеноз пузырно-мочеточникового соустья
- Гиперплазия и рак предстательной железы (+)
- Обструкция пиелоретерального соединения
- Стеноз уретера

30. Обратилась женщина 30 лет с жалобами на учащение мочеиспускания, без болевых ощущений. При обследовании: анализ мочи и крови нормальные. Визуализирующие обследования не выявили патологии. О чем нужно думать в первую очередь:

- Гиперрефлекторный мочевой пузырь (+)
- Гипорефлекторный мочевой пузырь
- Клапан задней уретры
- Цистит
- Пиелонефрит

31. Что из лабораторных показателей не характерно для идиопатического нефротического синдрома?

- Гиперхолестеринемия
- В большинстве случаев нормальные функции почек.
- Протеинурия более 3,5г/сут



- Гипоальбуминемия
- Гипокомплементемия (+)

32. Какое состояние больного не относится к противопоказаниям проведения экскреторной урографии?

- Почечная недостаточность
- Миеломная болезнь
- Сахарный диабет
- Обезвоживание
- Губчатая почка (+)

33. Что не относится к плохим прогностическим признакам Ig A нефропатии:

- Артериальная гипертензия.
- Протеинурия нефротического уровня
- Уменьшение гломерулярной фильтрации
- Нарастание уровня Ig A (+)
- Присутствие депозитов с Ig M и гломерулярного склероза при гистологическом исследовании почек.

34. Негломерулярная гематурия сопровождается:

- Синдром Альпорта
- Гемолитико-уремический синдром
- Почечный литиаз (+)
- Ig A нефропатия
- Болезнь тонких базальных мембран

35. В клинике полного почечного тубулярного ацидоза наблюдаются:

- Остеопороз, ацидоз, щелочная моча, гипокалиемия (+)
- Гипертензия, обезвоживание, ацидоз
- Ацидоз, азотемия, анемия
- Гиперкалиемия, ацидоз, анемия
- Отеки, ацидоз, гиперкреатининемия

36. Среди осложнений подковообразной почки первое место занимает:

- Мочекаменная болезнь

- Гидронефроз
- Пиелонефрит
- Артериальная гипертензия (+)
- Гематурия

37. В поликлинике у рабочего птицефабрики 45 лет выявлена гиперкреатининемия, метаболический ацидоз, калий 5,0 ммоль/л, ранее однократно была почечная колика, АД 165/100 мм.рт.ст. Ваша первоочередная тактика:

- Срочная госпитализация в отделение реанимации
- Госпитализация в отделение гемодиализа
- Провести УЗИ почек
- Диета бедная калием (+)
- Экскреторная урография

38. Следующий признак не является критерием криза отторжения трансплантата:

- Повышение уровня креатинина
- Анемия
- Снижение диуреза (+)
- Прибавка в весе пациента
- Повышение температуры тела

39. Исследование не являющееся информативным при подозрении на криз отторжения:

- Иммунограмма
- Биопсия трансплантата
- Уровень Циклоспорин-неорала/Такролимуса в сыворотке крови (+)
- УЗИ-трансплантата, для исключения постренальной ОПН
- Определение вирусной нагрузки ЦМВ

40. При каком состоянии имеет преимущество магнитно-резонансная томография перед другими визуализирующими исследованиями?

- Распространение гипернефромы в сосуды (+)
- ПМР II-II
- ПМР III-IV
- Мультикистозная почка
- Губчатая почка

41. Нехарактерное побочное действие различных иммуносупрессоров после пересадки почки:

- Нефротокичность
- Сахарный диабет
- Кашель (+)
- Гиперлипидемия
- Диарея

42. Что не характерно для ХПН?

- Гиперфосфатемия
- Увеличение уровня в сыворотке 1,25 витамина Д3 (+)
- Метаболический ацидоз
- Гиперпаратиреозидизм
- Снижение уровня сывороточного эритропоэтина

43. Универсальный механизм прогрессирования при всех хронических болезнях почек:

- Внутриклубочковая гипертензия и гиперфльтрация (+)
- Присоединение иммунного механизма
- Всегда есть системная гипертензия
- Осложнения пиелонефритом
- Развитие резистентности ткани к инсулину

44. Общий механизм протеинурии при артериальной гипертензии, сахарном диабете и олиgoneфронии:

- Повышение внутриклубочкового давления (+)
- Воздействие альдостерона в области собирательных трубок
- Присоединение аутоиммунных механизмов повреждения
- Гиперренинемия, гиперальдостеронизм
- Дефект коллагена IV

45. Проявление мочевого туберкулеза:

- Болезненное мочеиспускание
- Частое мочеиспускание
- Стерильная пиурия

- Гематурия
- Сочетание этих признаков (+)

46. Наиболее частая причина обструктивной уропатии у взрослых:

- Клапан задней уретры
- Стеноз пузырно- мочеточникового соустья
- Гиперплазия и рак предстательной железы (+)
- Обструкция пиелоуретерального соединения
- Стеноз уретера

47. Обратилась женщина 30 лет с жалобами на учащение мочеиспускания, без болевых ощущений. При обследовании: анализ мочи и крови нормальные. Визуализирующие обследования не выявили патологии. О чем нужно думать в первую очередь:

- Гиперрефлекторный мочевого пузыря (+)
- Гипорефлекторный мочевого пузыря
- Клапан задней уретры
- Цистит
- Пиелонефрит

48. Что из лабораторных показателей не характерно для идиопатического нефротического синдрома?

- Гиперхолестеринемия
- В большинстве случаев нормальные функции почек.
- Протеинурия более 3,5г/сут
- Гипоальбуминемия
- Гипокомплементемия (+)

49. Какое состояние больного не относится к противопоказаниям проведения экскреторной урографии?

- Почечная недостаточность
- Миеломная болезнь
- Сахарный диабет
- Обезвоживание
- Губчатая почка (+)

50. Что не относится к плохим прогностическим признакам Ig A нефропатии:

- Артериальная гипертензия.
- Протеинурия нефротического уровня
- Уменьшение гломерулярной фильтрации
- Нарастание уровня Ig A (+)
- Присутствие депозитов с Ig M и гломерулярного склероза при гистологическом исследовании почек.

51. Негломерулярная гематурия сопровождается:

- Синдром Альпорта
- Гемолитико-уремический синдром
- Почечный литиаз (+)
- Ig A нефропатия
- Болезнь тонких базальных мембран

52. В клинике полного почечного тубулярного ацидоза наблюдаются:

- Остеопороз, ацидоз, щелочная моча, гипокалиемия (+)
- Гипертензия, обезвоживание, ацидоз
- Ацидоз, азотемия, анемия
- Гиперкалиемия, ацидоз, анемия
- Отеки, ацидоз, гиперкреатининемия

53. Среди осложнений подковообразной почки первое место занимает:

- Мочекаменная болезнь
- Гидронефроз
- Пиелонефрит
- Артериальная гипертензия (+)
- Гематурия

54. В поликлинике у рабочего птицефабрики 45 лет выявлена гиперкреатининемия, метаболический ацидоз, калий 5,0 ммоль/л, ранее однократно была почечная колика, АД 165/100 мм.рт.ст. Ваша первоочередная тактика:

- Срочная госпитализация в отделение реанимации
- Госпитализация в отделение гемодиализа
- Провести УЗИ почек
- Диета бедная калием (+)

- Экскреторная урография

55. Следующий признак не является критерием криза отторжения трансплантата:

- Повышение уровня креатинина
- Анемия
- Снижение диуреза (+)
- Прибавка в весе пациента
- Повышение температуры тела

56. Исследование не являющееся информативным при подозрении на криз отторжения:

- Иммунограмма
- Биопсия трансплантата
- Уровень Циклоспорин-неорала/Такролимуса в сыворотке крови (+)
- УЗИ-трансплантата, для исключения постренальной ОПН
- Определение вирусной нагрузки ЦМВ

57. При каком состоянии имеет преимущество магнитно-резонансная томография перед другими визуализирующими исследованиями?

- Распространение гипернефромы в сосуды (+)
- ПМР II-II
- ПМР III-IV
- Мультикистозная почка
- Губчатая почка

58. Нехарактерное побочное действие различных иммуносупрессоров после пересадки почки:

- Нефротокичность
- Сахарный диабет
- Кашель (+)
- Гиперлипидемия
- Диарея

59. При почечном несахарном диабете уровень антидиуретического гормона:

- Выше нормы
- В норме (+)

- Ниже нормы
- Зависит от приема жидкости
- Зависит от приема соли

60. Удельный вес мочи при почечном несахарном диабете:

- Высокий
- Нормальный
- Низкий (+)
- Зависит от приема жидкости
- Зависит от приема соли

61. При учащенном, болезненном мочеиспускании и макрогематурии обследование начать с:

- Цистоскопии
- Внутривенной урографии
- УЗИ почек, анализа мочи (+)
- Изотопной нефросцинтиграфии
- Цистографии

62. При камне интрамурального отдела мочеточника, нарушающего уродинамику, боли носят характер-

- а) Ноющих
- б) Тупых
- в) Острых
- г) Приступообразных острых +
- д) Постоянных ноющих

63. Назовите самый распространенный метод диагностики пузырно-мочеточникового рефлюкса)

- А) цистоскопия;
- Б) микционная цистография +;
- В) экскреторная урография;
- Г. уретрография;
- Д. ренография.

64. Хронический простатит может быть диагностирован при:

- А. Наличии в анамнезе достоверных признаков острого простатита +
- Б) Альбуминурии и цилиндрурии
- В. Наличии дизурии, болей в промежности, половых расстройств +
- Г. Гипотрофии яичек

65. Дифференциальную диагностику острого уретрита следует проводить с:
- А. Баланопоститом
  - Б) Циститом +
  - В. Простатитом +
  - Г. Всем перечисленным
66. Лечение кавернита следует начинать с:
- а) Антибактериальной терапии +
  - б) Наложения сафено-кавернозного или губчато-пещеристого анастомоза
  - в) Рассечения кавернозных тел
67. У пациента уратный (рентгенонегативный) камень 25x25 мм лоханки почки без нарушения уродинамики. Наиболее целесообразно лечение начинать с:
- а) Чрескожной пункционной нефролитолапаксии
  - б) Дистанционной ударноволновой литотрипсии
  - в) Пиелолитотомии
  - г) Литолиза +
  - д) Вмешательство не показано
68. Консервативное лечение больных с травмой мочевого пузыря возможно при:
- а) Неполном разрыве мочевого пузыря
  - б) Флегмоне забрюшинной клетчатки и неполном разрыве мочевого пузыря
  - в) Разрыве слизистой мочевого пузыря +
  - г) Разрыве внебрюшинной части мочевого пузыря на протяжении 1-2 см
  - д) Разрыве внутрибрюшинной части мочевого пузыря на протяжении 1-2 см
69. Наиболее значимыми факторами риска развития пиелонефрита у беременных являются все, кроме:
- а) Сдавление мочеточников увеличенной маткой
  - б) Дилатация мочеточников за счет гормональных изменений
  - в) Понижение реактивности организма
  - г) Половая принадлежность плода +
70. К факторам риска камнеобразования не относятся:
- а) Уратурия, оксалатурия
  - б) Высокое содержание мочевины и креатинина в крови +
  - в) Высокое содержание в крови и в моче кальция, мочевой и щавелевой кислоты
  - г) Лейкоцитурия и эритроцитурия
  - д) Фосфатурия
71. Предрасполагающими факторами для развития опухолей женской уретры являются все перечисленные, кроме:
- а) Гормональных нарушений
  - б) Хронического уретрита
  - в) Меатостеноза



- г) Полипа уретры
- д) Ни один из перечисленных +

72. У больного с выраженным нефротическим синдромом внезапно появились боли в животе без точной локализации, тошнота, рвота, повысилась температура до 39°C, на коже передней брюшной стенки и бедрах - эритемы. Наиболее вероятная причина:

- бактериальный перитонит.
- абдоминальный нефротический криз. (+)
- почечная колика.
- апостематозный пиелонефрит.
- кишечная колика.

73. Почечная недостаточность при подостром гломерулонефрите развивается:

- через 3-5 месяцев от начала заболевания. (+)
- через год.
- через 3 года.
- с первых недель заболевания.
- в зависимости от выраженности артериальной гипертензии.

74. "Сольтерющий синдром" чаще встречается у больных:

- хроническим гломерулонефритом.
- интерстициальным нефритом. (+)
- амилоидозом почек.
- волчаночным нефритом.
- поликистозом почек.

75. Непосредственной угрозой для жизни при острой почечной недостаточности, требующей немедленного вмешательства, является:

- повышение содержания мочевины в крови.
- повышение содержания креатинина в крови.
- гиперфосфатемия.
- гиперкалиемия. (+)
- гиперурикемия.

76. Наиболее точно отражает степень хронической почечной недостаточности повышение в сыворотке крови уровня:

- мочевины.
- остаточного азота.
- креатинина. (+)
- калия.
- мочевой кислоты.

77. При шоке острая почечная недостаточность обусловлена:

- влиянием токсических веществ поврежденных тканей.
- сопутствующей инфекцией.
- падением артериального давления. (+)
- недостаточностью надпочечников.
- метаболическим ацидозом.

78. Абсолютным показанием для срочного проведения гемодиализа при острой почечной недостаточности является:

- анурия.
- высокая гипертензия.
- повышение уровня калия в сыворотке крови до 7 мэкв/л. (+)
- повышение уровня креатинина сыворотки до 800 мкмоль/л
- развитие перикардита.

79. Больному острой почечной недостаточностью при весе 70 кг, нормальной температурой, отсутствии артериальной гипертензии, гипергидратации, при диурезе 200 мл/сут. можно вводить жидкость в количестве:

- до 200 мл.
- до 700 мл. (+)
- до 1200 мл.
- до 1500 мл.
- до 2000 мл.

80. У 45-летнего больного, слесаря, обнаружены гипертрофия околоушных, слюнных желез, конкрактура Дюпиетрена, протеинурия (2,5 г/л), гематурия

(40-60 в поле зрения). Уровень IgA в крови повышен. Наиболее вероятный диагноз:

- идиопатический IgA - нефрит. (+)
- гломерулонефрит при геморрагическом васкулите.
- гломерулонефрит алкогольной этиологии.
- волчаночный гломерулонефрит.
- хронический пиелонефрит.

81. Ведущим клиническим признаком нефротического синдрома является:

- гематурия.
- протеинурия более 3,5 г/сутки. (+)
- артериальная гипертензия.
- пиурия.
- гипоизостенурия.

82. Синдром уремии возникает тогда, когда утрачивается не менее:

- 10% почечной паренхимы.
- 20% почечной паренхимы.
- 50% почечной паренхимы.
- 75% почечной паренхимы. (+)
- 90% почечной паренхимы.

83. Хроническая почечная недостаточность (ХПН) является следствием:

- изолированного поражения канальцев.
- изолированного поражения клубочков.
- изолированного поражения собирательных трубочек.
- поражения всего нефрона. (+)
- изолированного поражения приносящей артериолы.

84. Клинические проявления ХПН возникают при клубочковой фильтрации:

- 140-200 мл/мин.
- 100-140 мл/мин.

- 80-100 мл/мин.
- 60-80 мл/мин.
- 40 мл/мин. (+)

85. Какие изменения можно ожидать у соматически здорового человека в условиях метаболического ацидоза?

Ответы:

- отсутствие каких-либо изменений.
- повышение аммонийного коэффициента. (+)
- повышение секреции калия.
- повышение клиренса мочевины.
- понижение аммонийного коэффициента.

86. Больная 38 лет длительное время страдает болями в поясничной области.

Находиться на диспансерном учете у уролога. Очередное обострение в течение 2-х дней. По данным клинического анализа мочи патологии не найдено.

Вопрос: какой из дополнительных методов обследования необходимо назначить для выявления скрытого воспалительного процесса?

Ответы:

- метод Каковского-Аддиса.
- проба Нечипоренко.
- проба Реберга.
- преднизолоновый тест. (+)
- бактериоскопический анализ.

87. У больного 40 лет отмечаются боли в левой поясничной области, в течение 3-х дней. Впоследствии присоединилась температура и ознобы. Лихорадка носит постоянный характер. По данным УЗИ и КТ почек и мочевыводящих путей: конкрементов, обструкции мочеточников нет, подвижность левой почки резко ограничена.

При осмотре: левая нога согнута в колене и тазобедренном суставе и слегка приведена к животу.

Вопрос: какой патогномичный признак вы ожидаете увидеть на обзорной урограмме?

Ответы:

- сколиоз позвоночника в сторону поражения.
- отсутствие контуров поясничных мышц. (+)
- ротация позвоночника.
- смазанность контуров почки.
- пиелэктазия

88. У больного 65 лет в течение 4 месяцев отмечаются жалобы на учащенное мочеиспускание, вялой струей, малыми порциями. Появилось чувство неполного опорожнения мочевого пузыря. Ночью встает мочиться 1 раз. Вопрос: какой метод ранней диагностики наиболее информативен:

Ответы:

- КТ.
- УЗИ. (+)
- МРТ.
- Исследование per rectum.
- Урофлоуметрия.

89. Больной 68 лет обратился в поликлинику с жалобами на мочеиспускание с примесью крови, иногда со сгустками, в течение месяца. По данному поводу больной направлен на цистоскопию. Что можно выявить при данном обследовании:

Ответы:

- наличие метастаза
- функцию пораженной почки
- сторону поражения (+)
- строение опухоли
- функцию здоровой почки

90. При подозрении на эндометриоз мочевого пузыря основным методом диагностики будет являться:

Ответы:

- восходящая цистография.
- экскреторная урография.
- нисходящая цистография.
- цистоскопия. (+)

- ультразвуковое исследование.

91. Больной 63 лет был диагностирован рак матки 4 стадии. Во время проведения операции по данному поводу, был поврежден левый мочеточник на уровне нижней трети.

Вопрос: что показано больной в данном случае?

Ответы:

- уретерокутанеостомия. (+)
- перевязка мочеточника.
- пиелостомия.
- уретероанастомоз.
- нефростомия.

92. При одновременном повреждении мочеточника на уровне нижней трети и мочевого пузыря необходимо все перечисленное, кроме?

Ответы:

- установки цистостомы.
- уретероцистоанастомоза.
- ушивания дефекта мочевого пузыря.
- анастомоза концов мочеточника. (+)
- дренирования околомочеточниковой клетчатки.

93. У женщины 46 лет в течение 2-х месяцев отмечается самопроизвольное подтекание мочи из влагалища, усиливающееся при физическом напряжении, без болевого симптома.

Вопрос: какие из перечисленных методов диагностики являются основными, кроме?

Ответы:

- цистоскопии.
- цистографии.
- вагинографии.
- осмотра влагалища в зеркалах.
- экскреторной урографии. (+)

94. У больной 44 лет отмечается окрашивание мочи в темно-красный цвет, со сгустками, в сочетании с тянущими болями внизу живота. Данные жалобы отмечаются с периодичностью в один месяц.

Вопрос: каков наиболее вероятный диагноз?

Ответы:

- пузырно-влагалищный свищ.
- рецидивирующий геморрагический цистит.
- уретро-влагалищный свищ.
- пузырно-влагалищно-кишечный свищ.
- пузырно-маточный свищ. (+)

95. У женщины 46 лет в течение 2-х месяцев отмечается самопроизвольное подтекание мочи из влагалища, усиливающееся при физическом напряжении, без наличия болей.

Вопрос: какое из перечисленных условий является показанием к влагалищному доступу при проведении хирургического лечения?

Ответы:

- свищ в зоне мочевого пузыря.
- свищ в зоне устьев мочеточников.
- свищ ниже устьев мочеточников. (+)
- пузырно-влагалищный свищ в сочетании с уретро-влагалищным.
- пузырно-влагалищный свищ и сужение мочеточника в нижней трети.

96. У женщины 46 лет в течение 2-х месяцев отмечается самопроизвольное подтекание мочи из влагалища, усиливающееся при физическом напряжении, без наличия болей.

Вопрос: какое из перечисленных условий является показанием к пузырному доступу при оперативном лечении?

Ответы:

- свищ в зоне устьев мочеточников. (+)
- свищ ниже межмочеточниковой связки.
- пузырно-влагалищный свищ в сочетании с уретро-влагалищным.
- пузырно-влагалищный свищ в сочетании с влагалищно-ректальным.
- свищ в зоне мочевого пузыря.

97. У женщины 46 лет в течение 2-х месяцев отмечается самопроизвольное подтекание мочи из влагалища, усиливающееся при физическом напряжении, без наличия болей.

Вопрос: какое из перечисленных условий является показанием к трансперитонеальному доступу при хирургическом вмешательстве?

Ответы:

- свищ в зоне устьев мочеточников.
- пузырно-влагалищно-ректальный свищ.
- пузырно-влагалищный и уретро-влагалищный свищи.
- свищ выше межмочеточниковой связки в сочетании с малой емкостью мочевого пузыря. (+)
- свищ выше межмочеточниковой связки.

98. На амбулаторный прием к урологу обратилась женщина 44 лет, с жалобами на постоянное выделение мочи из влагалища в сочетании с болями в области правой почки. Данная симптоматика беспокоит в течение трех недель.

Вопрос: к какому методу диагностики наиболее целесообразно прибегнуть в данном случае?

Ответы:

- экскреторная урография и вагинография. (+)
- нисходящая цистография.
- цистоскопия.
- ретроградная уретрография.
- уретроскопия.

99. Кому из больных с половыми расстройствами показаны инструментальные методы обследования (уретроскопия, цистоскопия)?

Ответы:

- показаны всем больным.
- при подозрении на диэнцефальную импотенцию.
- при подозрении на спинальную импотенцию.
- при подозрении на нейрорецепторную этиологию расстройств. (+)
- при импотенции вследствие механических препятствий к совершению полового акта.



100. У больного 66 лет верифицирован рак верхнего полюса правой почки в стадии T3N0M0.

Вопрос: какой оперативный доступ наиболее целесообразно выполнить при проведении нефрэктомии в данном случае:

Ответы:

- по Израэлю.
- лапаротомный.
- люмботомию по Федорову.
- по Петровскому.
- по Нагамацу. (+)

101. При сочетании каких симптомов показана нефропексия при нефроптозе?

Ответы:

- повышение АД, боли, макрогематурия (+)
- повышение АД, дизурия, анемия
- Боли, макрогематурия, температура
- повышение АД, температура, микрогематурия
- температура, полиурия, отеки.

## 2. Ситуационные задачи

### Задача 1

Больная, 37 лет, длительное время отмечает частое болезненное мочеиспускание. Лечилась амбулаторно, с незначительным эффектом. Хромоцистоскопия выявила следующее: нормальная ёмкость мочевого пузыря, наличие бугорков желтоватого цвета, окружённых зоной гиперемии, расположенных в области устья правого мочеточника. Индигокармин, введённый внутривенно, выделился из левого устья через 4 минуты, справа выделение индигокармина не отмечено в течение 12 минут наблюдения. Анализ мочи: лейкоциты 15–18 в поле зрения, реакция мочи кислая. Ваш диагноз? План обследования?

### Задача 2.

У больного диагностирован разрыв мембранозного отдела уретры. С момента травмы прошло 12 часов. Имеются позывы на мочеиспускание, нарастает ургематома на промежности. Лечебная тактика?

### Задача 3.

У больного 36 лет, выявлен камень левого мочеточника размером 0,6x0,4 см. Приступ болей легко купируется. Температура нормальная. На экскреторных урограммах определяется

незначительное расширение мочеточника над конкрементом. Объясните, почему в данном случае возможно проведение консервативной терапии и в чём она заключается?

#### **Задача 4.**

У больной 54 лет с давним хроническим пиелонефритом при проведении УЗИ почек была обнаружена киста верхнего полюса правой почки размерами 6,2x7,0x7,8см. Последний раз обследовалась около 7 лет назад. Периодически отмечает повышение артериального давления до 160/100 мм.рт.ст. Общее самочувствие больной не страдает, температура тела в пределах нормы. При проведении экскреторной урографии уродинамических нарушений не отмечается. Лаб. данные: ОАК- эритроциты 3,9 млн, Нв- 110, лейкоциты 7,2 тыс, палочкоядерных-3, сегментоядерных-68, эозинофилов-4, лимфоцитов-25, ОАМ- кол-во- 90, РН-7,8, белок-следы, лейкоциты-7-8 в п/зр, эритроциты-0-2 в п/зр, Б/Х крови: билирубин- 11,9, сахар-6,8, холестерин- 8,6, мочевины-6,4, креатинин-0,9. Вопрос: какова дальнейшая тактика ведения данной больной?

#### **Задача 5.**

У больной 54 лет имеются подозрения на левосторонний паранефральный абсцесс. Вопрос: какой из приведенных методов диагностики будет наиболее эффективным?

#### **Задача 6.**

При амбулаторном обследовании у молодого человека 25 лет выявлены признаки ХПН, снижения слуха, в моче протеинурия, гематурия, дедушка умер от болезни почек, у сестры 12 лет выявлена микрогематурия. Ваш диагноз:

#### **Задача 7.**

В урологическое отделение поступила больная с жалобами на боли над лоном, учащенное, болезненное мочеиспускание с режками, периодически окрашивание мочи кровью. При проведении цистоскопии было обнаружено интерстициальное поражение. Вопрос: что вы ожидаете увидеть при данном поражении?

#### **Задача 8.**

Во время диспансерного осмотра у мужчины 46 лет в ОАМ выявлено 30-35 лейкоцитов в поле зрения. Вопрос: какой из методов обследования будет наиболее информативен для определения локализации патологических изменений?

### **Задача 9.**

У больного Ж. 47 лет на головке полового члена около полугода тому назад появилось образование, бородавчатой структуры. С течением времени образование умеренно выросло, на данный момент составляет около 1,5x1,0 см. При осмотре обнаружены увеличенные паховые лимфоузлы, при биопсии у одного из них был выявлен рак. Вопрос: какова дальнейшая тактика?

### **Задача 10**

У мужчины 24 лет во время свадьбы при длительном воздержании от мочеиспускания произошел удар низом живота об стол, вследствие чего мужчина почувствовал резкую боль в вышеуказанной области, кровенистые выделения из уретры. По данным R-обследования имеется затек контрастного вещества в сторону \_\_\_\_\_ брюшной \_\_\_\_\_ полости. Вопрос: каким образом необходимо закончить проведение оперативного вмешательства по данному поводу?

## **3. Экзаменационные вопросы**

1. Нормативные правовые акты и иные документы, регламентирующие порядки проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения урологических пациентов.
2. Принципы организации диспансерного наблюдения пациентов с урологическими заболеваниями и порядок направления пациентов на проведение экспертизы нетрудоспособности.
3. Основы трудовой экспертизы урологических больных. Экспертиза нетрудоспособности в урологии.
4. Организация и обеспечение урологической службы.
5. Проблемы развития урологии. Перспективы развития урологии.
6. Планирование урологической помощи в поликлинике и стационаре.
7. Реабилитация пациентов с урологическими заболеваниями.
8. Современные методы медицинской реабилитации больных урологическими заболеваниями.
9. Принципы и основы проведения медицинской реабилитации в урологии и хирургической андрологии.

10. Применение анатомических данных для системного анализа в диагностическом алгоритме, определении тактики лечения пациентов с урологическими заболеваниями.
11. Применение принципов оперативной урологии для системного подхода в определении тактики лечения пациентов с урологическими заболеваниями.
12. Клиническая анатомия мочеполовых органов.
13. Анатомия передней брюшной стенки, поясничной области и забрюшинного пространства
14. Анатомия почек и мочеточников. Анатомия предстательной железы. Анатомия мочевого пузыря.
15. Клиническая анатомия и физиология семенных пузырьков. Клиническая анатомия и физиология семенного канатика.
16. Анатомия яичка и придатка. Анатомия и физиология полового члена и уретры. Анатомия промежности.
17. Морфофункциональные особенности почки. Физиология почки.
18. Физиология чашечно-лоханочной системы и мочеточника. Функция мочевого пузыря и мочеиспускательного канала.
19. Физиология предстательной железы. Морфология и физиология яичка и придатка.
20. Общие принципы оперативного лечения пациентов с урологическими заболеваниями.
21. Основные оперативные доступы и операции в урологии.
22. Основные хирургические доступы при операциях на почках.
23. Основные хирургические доступы при операциях на мочеточниках и мочевом пузыре.
24. Хирургические доступы к органам таза.
25. Основные хирургические доступы к предстательной железе.
26. Хирургические доступы при операциях на мочеиспускательном канале.
27. Нефростомия техника операции. Технические особенности выполнения пиелостомии. Варианты выполнения цистостомии.
28. Пиелолитотомия - техника операции. Нефролитотомия - техника операции.
29. Нефрэктомия - особенности выполнения при различных урологических заболеваниях.
30. Резекция почки - техника операции. Нефропексия- техника операции.
31. Уретротомия- техника операции.
32. Резекция мочевого пузыря- техника операции.
33. Простатэктомия - техника операции. Орхидэктомия - техника операции. Вазорезекция - техника операции.
34. Пластика уретры при стриктурах мочеиспускательного канала.
35. Иссечение крайней плоти техника операции.
36. Операции на органах мошонки – технические особенности.
37. Принципы системного анализа и синтеза в алгоритме интерпретации результатов обследования пациентов с урологическими заболеваниями.
38. Положения системного подхода в интерпретации данных различных методов обследования пациентов.
39. Основные симптомы, относящиеся к акту мочеиспускания.
40. Характеристика и интерпретация болевого синдрома при урологических заболеваниях. Расстройства мочеиспускания (дизурия).
41. Обструктивная симптоматика при заболеваниях нижних мочевых путей.
42. Диагностика урологических заболеваний. Клинический осмотр. Анамнез. Осмотр. Пальпация. Перкуссия. Аускультация.

43. Вагинальное исследование. Пальцевое ректальное исследование.
44. Неврологическое обследование при урологических заболеваниях.
45. Ретроградные инструментальные исследования мочевого тракта.
46. Катетеризация мочевого пузыря и мочеточников. Цистоскопия. Хромоцистоскопия. Уретроскопия. Жесткая уретеропиелоскопия. Оптическая уретеропиелоскопия. Методика проведения исследований, показания и противопоказания.
47. Антеградное инструментальное исследование мочевого тракта. Антеградная пиелография. Методика проведения, показания и противопоказания.
48. Уродинамическое обследование. Урофлоуметрия. Цистометрия. Профилометрия. Методика проведения исследований, показания и противопоказания.
49. Исследование давление-поток. Электромиография. Уродинамические приборы.
50. Методы забора материалов для исследования (кровь, моча, секрет простаты, эякулят, содержимое кист и полостей), особенности у урологических пациентов.
51. Исследование крови: клинический, биохимический анализ, опухолевые маркеры.
52. Исследования мочи: скрининг анализ, общий анализ, посев, паразиты, минеральный состав, эритроциты, лейкоциты, цилиндры.
53. Спермограмма. Биохимия эякулята.
54. Исследования секрета простаты: микроскопия, бактериология, биохимия.
55. Цитологические исследования мочи, отпечатков, секрета предстательной железы, пунктатов, соскобов.
56. Исследование химического состава мочевых камней.
57. Ультразвуковое исследование в урологии (транвагинальное, трансректальное, трансабдоминальное).
58. Рентгенодиагностика. Рентгеновская аппаратура. Рентгеноконтрастные вещества. Подготовка больных к исследованиям.
59. Обзорная рентгенография. Экскреторная урография. Ретроградная уретеропиелография. Чрескожная антеградная урография. Методика проведения исследований, показания и противопоказания.
60. Рентгеновизуальные исследования: Вагинография, Уретрография, Цистография, Фистулография и т.д. Методика проведения исследований, показания и противопоказания.
61. Радиоизотопная диагностика. Аппаратура. Радиационная защита. Радиофармпрепараты.
62. Динамическая нефросцинтиграфия. Методика проведения, показания и противопоказания.
63. Компьютерная томография в урологии: плоскостная, мультиспиральная. Показания и противопоказания.
64. Магнитно-резонансная томография в урологии. Показания и противопоказания.
65. Профилактика и лечение осложнений, возникших при проведении рентгенологических методов исследования у пациентов урологического профиля.
66. Общие принципы ведения и лечения пациентов с урологическими заболеваниями в возрастно-половом аспекте.
67. Основы клинической фармакологии, фармакодинамики и фармакокинетики основных групп лекарственных препаратов, применяемых в урологии.
68. Диета и водный режим. Основные принципы и закономерности диеты пациентов с урологическими заболеваниями.

69. Антибактериальная терапия. Основные принципы и закономерности антибактериальной терапии пациентов с урологическими заболеваниями.
70. Основы антибактериальной химиотерапии. Антибактериальная терапия в урологии.
71. Трансфузиология. Переливание крови. Определение группы и резус-фактора. Ведение документации.
72. Коррекция кислотно-щелочного состояния. Коррекция водного баланса. Коррекция электролитного баланса.
73. Основные принципы фито- и рефлексотерапии в урологии и хирургической андрологии.
74. Медицинские, психологические и социальные аспекты реабилитации в урологии и хирургической андрологии.
75. Лечебная физкультура в урологии.
76. Физиотерапия в урологии.
77. Иглорефлексотерапия в урологии.
78. Санаторное лечение урологических больных.
79. Лечение урологических больных минеральными водами. Грязелечение.
80. Современные методы медико-социальной реабилитации с учетом патогенеза, клинических особенностей, вариантов и форм урологических расстройств.
81. Эмбриогенез мочеполовых органов. Факторы, приводящие к нарушению эмбриогенеза на различных этапах.
82. Аномалии почек и верхних мочевых путей. Этиология, патогенез, клиника, методы диагностики.
83. Аномалии мочевого пузыря и уретры. Этиология, патогенез, клиника, методы диагностики.
84. Экстрофия мочевого пузыря. Этиология, патогенез, клиника, методы диагностики.
85. Дивертикулы мочевого пузыря. Диагностика.
86. Клинические особенности гипоспадии и эписпадии.
87. Аномалии полового члена. Аномалии яичка. Этиология, патогенез, клиника, методы диагностики.
88. Варикоцеле- современное состояние проблемы. Этиология, патогенез, клиника, методы диагностики.
  
89. Основные подходы к лечению пациентов урологического профиля с аномалиями мочеполовых органов с учетом возраста, пола, особенностей клинической картины заболевания.
90. Комплексное лечение больного урологического профиля с аномалиями мочеполовых органов.
91. Современные методы коррекции варикоцеле.
92. Острый пиелонефрит. Клиника, диагностика.
93. Циститы острые. Клиника, диагностика.
94. Циститы хронические, рецидивирующие. Клиника, диагностика.
95. Интерстициальный цистит. Клиника, диагностика.
96. Уретриты неспецифические. Клиника, диагностика.
97. Уретриты специфические. Клиника, диагностика.
98. Комплексное лечение пациентов с воспалительными заболеваниями почек, мочевого пузыря и уретры.

99. Баланопостит, этиология, классификация, клинические проявления, методы диагностики.
100. Кавернит. Этиология, клиническая картина, диагностика.
101. Фимоз. Парафимоз. Клинические проявления. Методы диагностики.
102. Эпидидимит. Орхит. Этиология, клиника, диагностика.
103. Простатит. Этиология, классификация, клинические проявления, подходы к диагностике.
104. Этиотропная терапия баланопостита.
105. Лечение кавернита.
106. Фимоз. Парафимоз. Подходы к комплексной терапии.
107. Эпидидимит. Орхит. Лечение.
108. Простатит. Схемы лечения.
109. Профилактика и метафилактика уролитиаза у населения. Факторы риска развития уролитиаза.
110. Распространенность уролитиаза среди населения и в поло-возрастных группах.
111. Формы и методы санитарно-просветительской работы по профилактике мочекаменной болезни и формированию здорового образа жизни населения.
112. Мочекаменная болезнь. Этиология и патогенез.
113. Механизмы камнеобразования, экзогенные и эндогенные факторы.
114. Особенности клинического течения камней чашечек, лоханки и мочеточников.
115. Подходы к комплексному обследованию пациентов с уролитиазом. Анамнез. Объективный осмотр.
116. Пациенты с уролитиазом. Лабораторные исследования: клинический анализ, мочевины, креатинин, кальций, фосфор, мочевая кислота.
117. Диагностика гиперпаратиреоза при кальциевых камнях у урологических пациентов.
118. Уролитиаз. Исследование мочи: клинический и бактериологический анализ, кальций, оксалаты, мочевая кислота. Химический состав мочевых камней.
119. Ультразвуковое обследование пациентов с мочекаменной болезнью.
120. Рентгенодиагностика пациентов с уролитиазом: обзорная, экскреторная урография, антеградная, ретроградная уретеропиелография, КТ. Показания.
121. Радионуклидная диагностика при мочекаменной болезни: нефросцинтиграфия, сканирование скелета, щитовидной и паращитовидных желез. Показания.
122. Оперативные и эндоскопические методы лечения мочекаменной болезни.
123. Контактная литотрипсия: показания при камнях почек, мочеточников и мочевого пузыря.
124. Дистанционная литотрипсия (ДЛТ). Техника выполнения, осложнения и результаты.
125. Консервативное лечение уролитиаза.
126. Принципы проведения реабилитации и прогноз при уролитиазе.
127. Оценка качества реабилитационных мероприятий при мочекаменной болезни.
128. Распространенность туберкулеза почек и мочевых путей среди населения.
129. Программы по формированию здорового образа жизни и борьбе с социально значимыми заболеваниями.
130. Онкологическая настороженность и подходы к раннему выявлению новообразований мочеполовой системы у урологических пациентов.
131. Профилактика внелегочных форм туберкулеза.

132. Организация профилактических осмотров с целью раннего выявления туберкулёза почек и мочевых путей.
133. Подходы к диагностике туберкулеза почек и мочевых путей. Методы ранней диагностики.
134. Клинические проявления, основные симптомы и синдромы, выявляемые при туберкулезе почек и мочевых путей.
135. Клиническая картина, основные симптомы и синдромы, выявляемые у пациентов по профилю онкоурологии.
136. Подходы к диагностике доброкачественных и злокачественных новообразований мочеполовой системы у урологических пациентов.
137. Проблемы развития фтизиоурологии в РФ.
138. Лечение туберкулеза почек и мочевых путей. Общие подходы к терапии.
139. Проблемы развития онкоурологии.
140. Опухоли паренхимы почек. Опухоли верхних мочевых путей. Опухоли мочевого пузыря и уретры. Подходы к лечению.
141. Опухоли забрюшинного пространства (экстраренальные). Подходы к лечению.
142. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ). Рак предстательной железы. Подходы к лечению.
143. Опухоли яичка. Доброкачественные новообразования полового члена. Рак полового члена. Подходы к лечению.
144. Профилактика травм мочеполовых органов.
145. Эпидемиология травм мочеиспускательного канала.
146. Экспертиза трудоспособности у пациентов с травмами мочеполовых органов.
147. Особенности организации диспансерного наблюдения за пациентами с травмами мочеполовых органов.
148. Травма почек. Этиология. Классификация. Диагностика.
149. Травма мочеточников. Этиология. Классификация. Диагностика.
150. Этиология и патогенез травм мочевого пузыря. Классификация повреждений мочевого пузыря. Клиника изолированных, сочетанных травм мочевого пузыря. Диагностический алгоритм при повреждениях мочевого пузыря.
151. Ультразвуковые, эндоскопические и рентгенологические методы диагностики разрывов мочевого пузыря.
152. Этиология, патогенез, классификация травм уретры. Клиника изолированных и комбинированных повреждений. Диагностика травм уретры.
153. Травма полового члена. Травма мошонки, яичек и семенного канатика. Клиника, подходы к диагностике.
154. Принципы ведения и лечения пациентов с травмой мочеполовых органов.
155. Лечение консервативное повреждений мочевого пузыря
156. Лечение оперативное травм мочевого пузыря
157. Методы дренирования мочевого пузыря и таза. Лечение возможных осложнений. Прогноз.
158. Лечение консервативное и оперативное травм уретры. Сроки и виды восстановительных операций. Прогноз.
159. Лечение ранних и поздних осложнений при оперативном лечении травм уретры.
160. Реабилитация пациентов с травмами мочеполовых органов.



161. Изменения органов мочевой системы при беременности. Факторы, вызывающие изменения в мочевых путях. Выбор методов диагностики.
162. Беременность при аномалиях органов мочевой системы. Особенности клинической картины, подходы к диагностике.
163. Беременность и мочекаменная болезнь. Особенности клинической картины, подходы к диагностике.
164. Изменения мочевой системы при заболеваниях женских половых органов. Повреждения мочеполовых органов в акушерской и гинекологической практике. Пузырно-влагалищные свищи. Уретровлагалищные свищи. Мочеточниково-влагалищные свищи. Сложные свищи. Особенности клинической картины, подходы к диагностике.
165. Урогинекологическая помощь в России.
166. Урологические заболевания и беременность. Подходы к ведению пациенток.
167. Принципы ведения беременных и подбора комплексной терапии при аномалиях мочевой системы.
168. Принципы ведения пациенток с мочекаменной болезнью на фоне беременности.
169. Лечение пациенток при повреждениях мочеполовых органов в акушерской и гинекологической практике.
170. Реабилитация в урогинекологии.
171. Эректильная дисфункция. Клиника, подходы к диагностике.
172. Бесплодие у мужчин. Основы диагностики.
173. Синдром хронической тазовой боли. Диагностика и дифференциальная диагностика.
174. Сексопатология. Основные симптомы и синдромы, подходы к диагностике.
175. Основы консервативной и хирургической андрологии.
176. Подходы к ведению и лечению пациентов с эректильной дисфункцией, бесплодием.
177. Лечение синдрома хронической тазовой боли.