

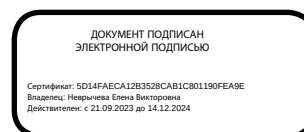
Министерство здравоохранения Хабаровского края  
Краевое государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного  
профессионального образования  
"ИНСТИТУТ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ"  
(КГБОУ ДПО ИПКСЗ)

ОДОБРЕНО  
педагогическим советом  
12.09.2022, протокол № 5

УТВЕРЖДАЮ  
И.о. проректора управления  
по учебной работе

Е.В. Неврычева

13 сентября 2022 г.



**ПРОГРАММА  
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

Подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности  
31.08.68 Урология  
Укрупненная группа специальностей 31.00.00 Клиническая медицина

Блок 3 «Государственная итоговая аттестация»  
Б3 (108 часов, 3 з.е.)

Хабаровск  
2022

## **Оглавление**

|      |                                                                                             |   |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| I.   | ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.....                                                                        | 3 |
| II.  | ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ.....                                      | 3 |
| III. | ОБЪЕМ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ, ФОРМЫ ПРОВЕДЕНИЯ,<br>СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ..... | 6 |

## I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Государственная итоговая аттестация проводится государственной экзаменационной комиссией в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися образовательной программы 31.08.68 Урология соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта.

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по образовательной программе высшего образования – подготовке кадров высшей квалификации в ординатуре.

Успешное прохождение государственной итоговой аттестации является основанием для выдачи обучающемуся документа о высшем образовании и о квалификации по образцу, установленному Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Программа государственной итоговой аттестации, а также порядок подачи и рассмотрения апелляций доводятся до сведения обучающихся не позднее чем за шесть месяцев до начала государственной итоговой аттестации.

Государственная итоговая аттестация является заключительным этапом оценки качества освоения обучающимся основной профессиональной образовательной программы и должна дать объективную оценку наличию у выпускника подготовленности к самостоятельной профессиональной деятельности.

Государственная итоговая аттестация ординаторов по специальности 31.08.68 Урология относится к блоку 3 базовой части основной образовательной программы высшего образования - программы подготовки кадров высшей квалификации и завершается присвоением квалификации.

Имеет трудоемкость 3 ЗЕТ (108 часов).

## II. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Цель государственной итоговой аттестации: объективном выявлении уровня подготовленности выпускника к компетентностному выполнению следующих видов профессиональной деятельности: профилактическая, диагностическая, лечебная, реабилитационная, психолого-педагогическая, организационно-управленческая.

### 1.1. Задачи государственной итоговой аттестации:

- оценка уровня сформированности у выпускников необходимых универсальных и профессиональных компетенций;
- определение уровня теоретической и практической подготовки для выполнения функций профессиональной деятельности;
- выявление уровня профессиональной подготовленности к самостоятельному решению профессиональных задач различной степени сложности.
- принятие решения о выдаче обучающемуся диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации Врач-уролог – в случае успешного прохождения государственной итоговой аттестации или об отчислении обучающегося из Института с выдачей справки об обучении как не выполнившего обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы и выполнению учебного плана – в случае неявки или получении неудовлетворительной оценки.

### 1.2. Результаты освоения программы ординатуры

В ходе государственной итоговой аттестации обучающийся должен продемонстрировать сформированность следующих, установленных в программе ординатуры универсальных и профессиональных компетенций:

### 1.1. Универсальные компетенции и индикаторы их достижения:

Таблица 1

| Код и наименование универсальной компетенции                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Код и наименование индикатора достижения универсальной компетенции                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| УК-1. Готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | УК-1.1 Анализирует достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | УК-1.2 Оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте |
| УК-2. Готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | УК-2.1 Разрабатывает командную стратегию для достижения целей организации                                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | УК-2.2 Организует и руководит работой команды для достижения поставленной цели                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | УК-2.3 Демонстрирует лидерские качества в процессе управления командным взаимодействием в решении поставленных целей    |
| УК-3. Готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющем функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения | УК-3.1 Планирует педагогическую деятельность                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | УК-3.2 Осуществляет педагогическую деятельность                                                                         |

### 1.2. Профессиональные компетенции и индикаторы их достижения

Таблица 2

| Наименование группы профессиональных компетенций (по видам деятельности) | Код и наименование профессиональной компетенции                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Код и наименование индикатора достижения профессиональной компетенции                                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Профилактическая деятельность                                            | 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 | ПК-1.1 Проводит разъяснительную работу по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения<br>ПК-1.2 Оценивает и контролирует эффективность профилактической работы с населением |
|                                                                          | ПК-2. Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными                                                                                                                                                                                                                                                      | ПК-2.1 Проводит профилактику (в том числе профилактические медицинские осмотры) по профилю «урология»<br>ПК-2.2 Проводит диспансеризацию и диспансерное наблюдение                                                                  |

| Наименование группы профессиональных компетенций (по видам деятельности) | Код и наименование профессиональной компетенции                                                                                                                                                                                          | Код и наименование индикатора достижения профессиональной компетенции                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                          | ПК-3. Готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях                   | ПК-3.1 Проводит противоэпидемические мероприятия<br>ПК-3.2 Организует защиту населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях                                                                                                           |
|                                                                          | ПК-4. Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков                                                                             | ПК-4.1 Применяет социально-гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков                                                                                                                                                                           |
| Диагностическая деятельность                                             | 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 (МКБ) | ПК-5.1 Проводит клиническую диагностику и обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями<br>ПК-5.2 Направляет пациентов (или проводить самостоятельно) на лабораторные и инструментальные обследования                                                                                                         |
| Лечебная деятельность                                                    | ПК-6. Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании урологической медицинской помощи                                                                                                                                  | ПК-6.1 Назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях<br>ПК-6.2 Контролирует эффективность и безопасность назначенного лечения<br>ПК-6.3 Проводит экспертизу временной нетрудоспособности, оформляет необходимую медицинскую документацию и направляет для прохождения медико-социальной экспертизы (МСЭ) |
|                                                                          | ПК-7. Готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации                                                                                                                   | ПК-7.1 Оценивает состояния пациентов<br>ПК-7.2 Оказывает неотложную медицинскую помощь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства                                                                                                                                                                       |
| Реабилитационная деятельность                                            | ПК-8. Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении                                   | ПК-8.1 Применяет методы медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях<br>ПК-8.2 Контролирует эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях                                                                                                                      |
| Психолого-педагогическая деятельность                                    | ПК-9. Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих                                                                        | ПК-9 Применяет психолого-педагогические методы формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих                                                                                                                              |
| Организационно-управленческая деятельность                               | ПК-10. Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях                                                                   | ПК-10.1 Использует основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан<br>ПК-10.2 Управляет медицинской организацией и ее структурными подразделениями                                                                                                                                              |
|                                                                          | ПК-11. Готовность к участию в                                                                                                                                                                                                            | ПК-11.1 Проводит анализ и оценку качества                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

| Наименование группы профессиональных компетенций (по видам деятельности) | Код и наименование профессиональной компетенции                                                                  | Код и наименование индикатора достижения профессиональной компетенции                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                          | оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей          | медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей                                          |
|                                                                          | ПК-12. Готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации | ПК-12.1 Организует оказание неотложной медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации |

### III. ОБЪЕМ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ, ФОРМЫ ПРОВЕДЕНИЯ, СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ

#### 1.3. Объем государственной итоговой аттестации

Объем государственной итоговой аттестации составляет 3 зачетные единицы (108 академических часов), из которых 2 зачетные единицы (72 академических часа) отводится на подготовку к государственному экзамену, 1 зачетная единица (36 академических часов) – сдачу государственного экзамена.

Продолжительность государственной итоговой аттестации в соответствии с календарным учебным графиком составляет 2 недели.

#### 1.4. Формы проведения

Государственная итоговая аттестация обучающихся по программам ординатуры проводится в форме государственного экзамена.

Государственные аттестационные испытания проходят в три этапа:

- тестирование;
- оценка уровня освоения практических навыков;
- собеседование.

#### 1.5. Структура государственной итоговой аттестации

Государственный экзамен проводится основной образовательной программы по специальности 31.08.68 Урология, результаты освоения которой имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

Таблица 4

Этапы государственной итоговой аттестации

| № п/п | Наименование этапа                          | Предмет проверки                                                                                           | Особенности проведения                                                                                                                                                                                                                       |
|-------|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.    | Тестирование                                | Определения объема и качества знаний, приобретенных обучающимся в результате освоения программы ординатуры | Тестовые вопросы охватывают содержание пройденных дисциплин (модулей) учебного плана. Обучающийся отвечает на 100 вопросов. На тестирование отводится 60 минут. Тестирование проводится в аудиториях Института в соответствии с расписанием. |
| 2.    | Оценка уровня освоения практических навыков | Определения объема и качества практических навыков и умений, приобретенных                                 | При проверке практических навыков обучающемуся предоставляются данные лабораторных и инструментальных обследований. В процессе ответа обучающийся должен провести                                                                            |

|    |               |                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |               | обучающимся в результате освоения программы ординатуры                                                                                        | анализ представленных обследований и дать свое заключение.<br>На проверку практических навыков и умений отводится 45 минут.<br>Проверка практических навыков проводится на клинических базах Института – местах прохождения практической подготовки.                                                                                                                                                                                                                       |
| 3. | Собеседование | Определения объема и качества профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать решения | Собеседование включает в себя ответ на два теоретических вопроса и решение одной ситуационной задачи междисциплинарного характера.<br>В процессе собеседования обучающемуся задаются уточняющие или дополнительные (не включённые в билет) вопросы по программе государственного экзамена.<br>На собеседование отводится 45 минут.<br>Собеседование может проводиться как в аудиториях, так и на клинических базах Института – местах прохождения практической подготовки. |

Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена (далее – предэкзаменационная консультация).

Предэкзаменационные консультации предназначены для обсуждения вопросов, выносимых на государственный экзамен, которые вызвали затруднение при подготовке.

#### Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственной итоговой аттестации

##### Основная литература:

1. Варикоцеле : учеб. пособие / А. А. Кузнецов, Е. А. Морозов, А. Б. Доронин [и др.]. – Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2023. – 68 с. : цв. ил.
2. Диагностика и коррекция метаболических нарушений у больных рецидивным уролитиазом : учеб. пособие / Т. Х. Назаров, К. О. Шарвадзе, В. А. Очеленко [и др.]. – СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2021. – 82 с. : ил.
3. Касян, Г. Р. Практическая уродинамика : учеб. пособие / Г. Р. Касян, Д. Ю. Пушкарь. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 384 с. : ил.
4. Колонтарев, К. Б. Робот-ассистированная урология : учеб. пособие / К. Б. Колонтарев. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2023. – 464 с. : ил.
5. Комяков, Б. К. Урология : учеб., рекомендов. Координац. советом по обл. образования «Здравоохранение и медицинские науки» / Б. К. Комяков. – 3-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 480 с.
6. Коршунов, М. Н. Мужское бесплодие. Этиология. Диагностика : учеб. пособие / М. Н. Коршунов, Е. С. Коршунова, С. П. Даренков. – М. : Изд-во ЦГМА, 2020. – 32 с.
7. КТ-перфузия в мониторинге мочекаменной болезни : учеб. пособие, рекомендов. Координац. советом по обл. образования «Здравоохранение и медицинские науки» для подгот. кадров высш. квалификации в ординатуре по специальностям 31.08.09 «Рентгенология», 31.08.68 «Урология» и прогр. доп. проф. образования врачей по специальностям «Лучевая диагностика», «Урология» / С. К. Терновой, Н. С. Серова, В. И. Руденко [и др.] ; под ред. Н. С. Серовой. – М. : ГЭОТАРМедиа, 2022. – 56 с. : ил.
8. Метастазы в костную ткань у пациентов при онкоурологической патологии : учеб. пособие / В. Н. Павлов, Ш. Х. Ганцев, М. Ф. Урманцев [и др.]. – Уфа : БГМУ, 2022. – 66 с. : ил.
9. Мочекаменная болезнь: этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение : учеб. пособие для клин. ординаторов / Е. Т. Голощапов, Р. Э. Амдий, И. В. Кузьмин [и др.] ; под ред. С. Х. Аль-Шукри. – СПб. : Ред.-изд. центр ПСПбГМУ, 2018. – 36 с. : ил.

10. Недержание: медико-социальный аспект : учеб. пособие / И. А. Божков, М. А. Севастьянов, О. В. Дудина, Н. В. Фёдорова. – СПб. : Ред.-изд. центр ПСПбГМУ, 2019. – 58 с. : ил.
11. Повреждения наружных половых органов : учеб. пособие / В. В. Протощак, А. А. Сиваков, Н. Н. Харитонов [и др.]. – СПб. : Изд-во ВМедА, 2021. – 37 с. : ил.
12. Приапизм : учеб. пособие / В. В. Протощак, А. А. Сиваков, С. В. Попов [и др.]. – СПб. : Изд-во ВМедА, 2021. – 30 с. : ил.
13. Профилактика и лечение радиоиндуцированного цистита : учеб. пособие / О. В. Корилов, Л. И. Корилова, М. И. Школьник [и др.]. – СПб. : Изд-во РНЦРХТ им. А. М. Гранова, 2021. – 28 с.
14. Рак предстательной железы : учеб. пособие / И. В. Кузьмин, А. С. Аль-Шукри, В. Я. Дубинский [и др.]. – СПб. : Ред.-изд. центр ПСПбГМУ, 2019. – 36 с.
15. Рак предстательной железы: диагностика и лечение : учеб. пособие / С. Б. Петров, С. А. Рева, А. А. Захаренко [и др.]. – СПб. : Ред.-изд. центр ПСПбГМУ, 2020. – 68 с. : ил.
16. Рак предстательной железы: диагностика и лечение : учеб. пособие / [С. Б. Петров, С. А. Рева, А. А. Захаренко и др.]. – СПб. : Ред.-изд. центр ПСПбГМУ, 2020. – 68 с. : ил., табл.
17. Севрюков, Ф. А. Плазменная трансуретральная хирургия при доброкачественной гиперплазии простаты : учеб. пособие / Ф. А. Севрюков. – Н. Новгород : Изд-во ПИМУ, 2019. – 86 с. : ил.
18. Симптомы урологических болезней. Методы обследования урологических больных : учеб. пособие / С. Ю. Боровец, А. С. Аль-Шукри, Р. Э. Амдий [и др.]. – СПб. : Ред.-изд. центр ПСПбГМУ, 2020. – 40 с.
19. Система PI-RADS: использование мультипараметрической МРТ в диагностике рака предстательной железы : учеб. пособие для обучающихся в системе доп. проф. образования / А. В. Мищенко, Д. Л. Дубицкий, А. С. Петрова [и др.]. – СПб. : Изд-во НМИЦ онкологии им. Н. Н. Петрова, 2019. – 76 с. : ил.
20. Трухан, Д. И. Дифференциальный диагноз основных синдромов и симптомов при заболеваниях почек и мочевых путей : учеб. пособие / Д. И. Трухан. – М. : Практ. медицина, 2019. – 272 с.
21. Урология. От симптомов к диагнозу и лечению. Иллюстрированное руководство : учеб. пособие, рекомендовано Координац. советом по обл. образования «Здравоохранение и медицинские науки» / под ред. П. В. Глыбочко, Ю. Г. Аляев, М. А. Газимиев. – 2-е изд. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 148 с. : ил.
22. Физиотерапевтическое лечение эректильной функции у больных хроническим простатитом : учеб. пособие / Т. В. Кончугова, Д. Б. Кульчицкая, В. А. Кияткин [и др.]. – М. : Изд-во ФМБЦ им. А. И. Бурназяна, 2019. – 32 с.
23. Шпилень, Е. С. Война и военная урология. Исторические аспекты и современное состояние проблемы : учеб. пособие / Е. С. Шпилень, А. В. Куренков, А. Х. Газиев. – СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2020. – 56 с.

#### 1.1. Дополнительная литература

24. Алексеев, Б. Я. Краткое руководство по ведению пациентов с онкологическими заболеваниями мочеполовой системы : рук. / Б. Я. Алексеев, И. М. Шевчук, С. А. Сергиенко ; под ред. А. Д. Каприна, Б. Я. Алексеева. – М. : ООО «Группа Ремедиум», 2019. – 152 с. : ил.
25. Бактериофаги в урологии : метод. рекомендации. № 9 / Департамент здравоохранения г. Москвы ; сост. А. В. Зайцев, А. Ю. Зурабов, А. В. Говоров [и др.]. – М. : АБВ-пресс, 2022. – 48 с.
26. Бездренажная перкутанная нефролитотрипсия : учеб.-метод. пособие / Д. С. Меринов, Ш. Ш. Гурбанов, А. В. Артёмов [и др.] ; под ред. А. Д. Каприна. – Обнинск ;

М., 2022. – 36 с. : ил. – (Б-ка врача-уролога).

27. Белл, Дж. Р. Малоинвазивная урология. Клиническое руководство по эндоурологии, лапароскопии, однопортовой хирургии и робот-ассистированным операциям : рук. / Дж. Р. Белл, Р. Бертоло, Э. Бергерсен ; под ред. С. Л. Бэст, С. И. Накада. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 456 с. : ил.

28. Ботулинотерапия в урологии : метод. рекомендации. № 25 / Департамент здравоохранения г. Москвы ; сост. Г. Р. Касян, Ю. А. Куприянов, Д. А. Лысачёв, А. В. Садченко. – М. : АБВ-пресс, 2020. – 44 с. : ил.

29. Джефферис, Э. Урогинекология : оксфорд. справ. / Э. Джефферис, Н. Прайс ; под ред. С. Коллинз ; пер. с англ. под ред. С. В. Стойлова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 158 с. : ил.

30. Диагностика и лечение грибковой инфекции мочевых путей в амбулаторных условиях : учеб.-метод. пособие / Н. В. Стуров, С. В. Попов, В. И. Карабак, И. Ю. Шмельков. – М. : Изд-во РУДН, 2021. – 60 с. : ил.

31. Диагностика мужского бесплодия : учеб.-метод. пособие по специальности «Урология» образоват. цикла усовершенствования врачей «Клиническая андрология» / Моск. гос. ун-т им. М. В. Ломоносова ; под ред. А. А. Камалова, Э. В. Вартамян. – М. : Изд-во МГУ, 2019. – 24 с.

32. Зайцев, Д. Н. Сердечно-сосудистые нарушения при хроническом простатите : моногр. / Д. Н. Зайцев. – Чита : Ред.-изд. центр ЧГМА, 2018. – 126 с.

33. Кан, Н. Е. Цистит и беременность : рук. для врачей / Н. Е. Кан, В. Л. Тютюнник, О. И. Михайлова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2023. – 80 с. : ил. – (Б-ка врача специалиста).

34. Комбинированная терапия доброкачественной гиперплазии предстательной железы : метод. рекомендации № 17 / Департамент здравоохранения г. Москвы ; сост. Д. Ю. Пушкарь, П. И. Раснер, А. В. Бормотин, А. О. Васильев. – М. : АБВ-пресс, 2019. – 36 с. : ил.

35. Котов, С. В. Оперативные вмешательства при фибропластической индурации полового члена (болезни Пейрони) : учеб.-метод. пособие / С. В. Котов, А. Г. Юсуфов, М. С. Жиллов. – М. : Изд-во РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2021. – 44 с. : ил.

36. Краткий справочник уролога / сост. А. С. Маркова, А. А. Киричек, А. С. Степанов. – 5-е изд., испр. и доп. – М. : АБВ-пресс, 2018. – 436 с.

37. Кульчавеня, Е. В. Простатит / Е. В. Кульчавеня, А. И. Неймарк. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 248 с. : ил. – (Б-ка врача-специалиста).

38. Кульчавеня, Е. В. Туберкулёз как заболевание, передающееся половым путём : рук. для врачей / Е. В. Кульчавеня. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2023. – 160 с. : ил.

39. Лабораторная диагностика в урологии : метод. рекомендации № 57 / Департамент здравоохранения г. Москвы ; сост. Д. Ю. Пушкарь, А. Н. Цибин, П. И. Раснер [и др.]. – М. : АБВ-пресс, 2019. – 100 с. : ил.

40. Лазерные технологии в лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы : учеб.-метод. рекомендации № 40 / Департамент здравоохранения г. Москвы ; сост. Д. Ю. Пушкарь, К. Б. Колонтарев, А. В. Говоров, Н. Б. Забродина. – М. : АБВ-пресс, 2019. – 37 с. : ил.

41. Лечение стриктур мочеиспускательного канала у мужчин : учеб.-метод. пособие / М-во здравоохранения РФ, Рос. нац. исслед. мед. ун-т им. Н. И. Пирогова ; сост. С. В. Котов, Р. И. Гуспанов, С. А. Пульбере [и др.]. – М. : Изд-во РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2021. – 40 с. : ил.

42. Лечение распространённых форм рака предстательной железы : метод. рекомендации № 26 / Департамент здравоохранения г. Москвы ; сост. Д. Ю. Пушкарь, А. Д. Каприн, А. В. Важенин [и др.]. – М. : АБВ-пресс, 2020. – 42 с.

43. Малоинвазивная урология. Клиническое руководство по эндоурологии, лапароскопии, однопортовой хирургии и робот-ассистированным операциям : рук. / ред.

- С. Л. Бэст, С. И. Накада, М. А. Гамзиев, Н. К. Гаджиев. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 456 с. : ил.
44. Малоинвазивные методы лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы больших размеров в условиях многопрофильного стационара : метод. рекомендации / А. В. Есипов, А. Г. Кочетов, Б. Р. Гварса-лия [и др.] ; под ред. А. Г. Мартова. – Красногорск, 2019. – 48 с. : ил.
45. Медицинская реабилитация при заболеваниях и повреждениях органов мочевого выделения : рук. / В. А. Елифанов, Н. Б. Корчажкина, А. В. Елифанов [и др.]. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 536 с.
46. Недержание мочи у женщин : рук. / под ред. В. Ф. Беженаря. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 160 с.
47. Недержание мочи у мужчин : метод. рекомендации № 60 / Департамент здравоохранения г. Москвы ; сост. Г. Р. Касян, Н. Д. Ахвледиани, Д. А. Лысачёв. – М. : АБВ-пресс, 2019. – 48 с. : ил.
48. Немедикаментозное лечение и профилактика эректильной дисфункции : моногр. / Д. Б. Кульчицкая, Т. В. Кончугова, В. А. Кияткин [и др.]. – М. : Изд-во ФМБЦ им. А. И. Бурназяна, 2019. – 60 с.
49. Обезболивание в урологии : метод. рекомендации № 27 / Департамент здравоохранения г. Москвы ; сост. А. В. Зайцев, М. Н. Шаров, Д. Ю. Пушкарёв. – М., 2020. – 38 с.
50. Осложнения перкутанной нефролитотомии : метод. рекомендации № 16 / Департамент здравоохранения г. Москвы ; сост. В. А. Малхасян, В. Ю. Иванов, И. В. Семенякин. – М. : АБВ-пресс, 2019. – 28 с. : ил.
51. Практические вопросы андрологии : учеб.-метод. пособие / Нац. мед. исслед. центр радиологии ; под ред. А. Д. Каприна. – М. ; Обнинск, 2021. – 108 с. : ил. – (Б-ка врача-уролога).
52. Принципы и этапы восстановления урологической помощи после COVID-19 : практ. рекомендации № 52 / Департамент здравоохранения г. Москвы ; сост. Д. Ю. Пушкарёв, А. В. Погонин, М. В. Куандыкова [и др.]. – М., 2020. – 52 с.
53. Российское многоцентровое наблюдательное исследование: Оценка влияния терапии препаратом Алфупрост МР (алфузозин) на сексуальную функцию у пациентов с симптомами нижних мочевых путей при доброкачественной гиперплазии предстательной железы : метод. рекомендации / сост. Д. Ю. Пушкарёв, А. Н. Берников, М. И. Коган, Б. К. Комяков. – М. : АБВ-пресс, 2022. – 28 с.
54. Российское проспективное исследование по изучению эффективности и безопасности Уронекст в параллельных группах у женщин с обострением хронического рецидивирующего цистита : метод. рекомендации / сост. А. Н. Берников, Л. А. Ходырева, О. А. Арефьева [и др.]. – М. : АБВ-пресс, 2022. – 58 с.
55. Саенко, В. С. Основы метафилактики мочекаменной болезни : рук. / В. С. Саенко. – М. : ГЭОТАРМедиа, 2023. – 176 с. – (Аспект).
56. Синдром гиперактивного мочевого пузыря в клинической практике врача-уролога : метод. рекомендации № 13 / Департамент здравоохранения г. Москвы ; сост. Г. Р. Касян, Ю. А. Куприянов, Л. А. Ходырева, А. А. Дударева. – М. : АБВ-пресс, 2019. – 37 с.
57. Система поддержки принятия врачебных решений. Урология. Клинические протоколы лечения / Департамент здравоохранения г. Москвы ; сост. Д. Ю. Пушкарёв, С. В. Котов, В. Б. Матвеев. – М., 2021. – 110 с.
58. Система PI-RADS: использование мультипараметрической МРТ в диагностике рака предстательной железы : учеб. пособие для обучающихся в системе высш. и доп. проф. образования / А. В. Мищенко, Д. Л. Дубицкий, А. С. Петрова [и др.]. – СПб. : Изд-во НМИЦ онкологии им. Н. Н. Петрова, 2019. – 76 с. : ил.
59. Суперселективная эмболизация артерий предстательной железы в лечении

ДГПЖ : учеб.-метод. пособие для врачей образоват. цикла «Урология» / под ред. А. А. Камалова. – М. : Изд-во МГУ, 2020. – 34 с. : ил.

60. Тазовые расстройства у мужчин : метод. рекомендации № 14 / Департамент здравоохранения г. Москвы ; сост. А. В. Зайцев, А. О. Васильев. – М. : АБВ-пресс, 2019. – 55 с.

61. Тактика врача-уролога : практ. рук. / под ред. Д. Ю. Пушкаря. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 96 с. – (Тактика врача).

62. Тестостеронзаместительная терапия в урологической практике. Междисциплинарный подход : метод. рекомендации № 59 / Департамент здравоохранения г. Москвы ; сост. Д. Ю. Пушкарь, Р. В. Роживанов, А. М. Мкртумян [и др.]. – М. : АБВ-пресс, 2019. – 32 с.

63. Уретероскопия : практ. рук. / ред. Б. Ф. Шварц, Д. Д. Дэнштедт ; пер. В. С. Саенко. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 328 с.

64. Урогенитальные свищи : метод. рекомендации № 15 / Департамент здравоохранения г. Москвы ; сост. О. Б. Лоран, Д. Ю. Пушкарь, Г. Р. Касян [и др.]. – М. : АБВ-пресс, 2019. – 32 с. : ил.

65. Уродинамические исследования в функциональной урологии : метод. рекомендации № 29 / Департамент здравоохранения г. Москвы ; сост. Р. В. Строганов, Г. Р. Касян, Д. Ю. Пушкарь. – М., 2020. – 66 с. : ил.

66. Урологические аспекты метаболического синдрома : метод. рекомендации / В. Ф. Куликовский, П. Г. Осипов, Ю. А. Хоценко, О. И. Локтева. – Белгород : Изд. дом БелГУ, 2020. – 82 с.

67. Хирургическое лечение эректильной дисфункции : метод. рекомендации / Гл. воен.-мед. упр. м-ва обороны РФ, 3-ий Центр. воен. клин. госпиталь им. А. А. Вишневого. – Красногорск, 2018. – 32 с. : ил.

### 7.3 Информационно-электронные ресурсы

68. Ультразвуковая диагностика урологических заболеваний : учебное пособие / А. Н. Нечипоренко, К. Бужински, И. В. Гаврон, Н. А. Нечипоренко. — Минск : Вышэйшая школа, 2023. – 178 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/129999.html> (дата обращения: 05.05.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

### 7.4. Клинические рекомендации по профилю «урология»

### 7.5. Информационно-электронные ресурсы

1. Официальный сайт Минздрава России <http://www.rosminzdrav.ru>
2. Российская государственная библиотека (РГБ) [www.rsl.ru](http://www.rsl.ru)
3. Издательство РАМН (книги по всем отраслям медицины): [www.iramn.ru](http://www.iramn.ru)

## ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

### ВОПРОСЫ К ИТОГОВОМУ СОБЕСЕДОВАНИЮ

1. Почечная колика. Этиопатогенез.
2. Методы диагностики скрытой пиурии.
3. Оказание первой помощи при приступе почечной колики.
4. Виды анурии. Этиопатогенез.
5. Дифференциальная диагностика Субренальной формы анурии и ОЗМ.
6. Качественные и количественные изменения мочи.
7. Гематурия.

8. Ишурия. Этиопатогенез.
9. Острая задержка мочи.
10. Ишурия парадокса
11. Хроническая задержка мочи.
12. Ишурия. Современные подходы к лечению.
13. Методы диагностики отдельной функции почек
14. Методы диагностики суммарной функции почек.
15. Радиоизотопные методы исследования в урологии.
16. Эндоскопические методы исследования в урологии.
17. Современные методы исследования в урологии (УЗИ, рентгеновская компьютерная томография, ЯМР).
18. Ультразвуковая диагностика, как метод скрининга.
19. Лечебно-диагностические пособия под УЗ-наведением в урологии.
20. Рентгеновские методы исследования в урологии (рентгеноконтрастные вещества и методы их введения)
21. Рентгеновские методы исследования в Экстренной урологии.
22. Рентген эндоскопические методы исследования.
23. Мочекаменная болезнь. Виды энзимопатий.
24. Патогенез камнеобразования.
25. Особенности диагностики различных видов мочекаменной болезни.
26. Консервативные методы лечения мочекаменной болезни. Коррекция обменных нарушений.
27. Консервативные методы лечения мочекаменной болезни (литолитическая терапия).
28. Консервативные методы лечения мочекаменной болезни (литокинетическая терапия).
29. Дистанционная литотрипсия.
30. Камни мочевого пузыря.
31. Оперативные и инструментальные методы лечения мочекаменной болезни.
32. Камни мочеточника.
33. Фимоз. Парафимоз.
34. Крипторхизм. Эктопия яичка.
35. Водянка оболочек яичка и семенного канатика.
36. Нефроптоз. Дифференциальная диагностика с дистопией почки.
37. Гидронефроз. Этиология. Классификация. Клиника и лечение.
38. Хронический пиелонефрит. Классификация. Диагностика. Лечение.
39. Пионефроз. Клиника. Диагностика. Лечение.
40. Острый цистит. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
41. Хронический цистит. Клиника. Диагностика. Лечение.
42. Острый простатит. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
43. Хронический простатит. Этиопатогенез. Клиника.
44. Хронический простатит. Диагностика. Лечение.
45. Синдром хронической тазовой боли.
46. Эпидидимит. Орхоэпидидимит. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
47. СНМП у женщин. Возрастные изменения в организме. Клиника. Диагностика. Лечение.

48. Виды диагностики расстройств мочеиспускания, КУДИ.
49. Гиперактивный мочевого пузыря.
50. Недержание мочи. Классификация. Клиника.
51. Стрессовое недержание мочи.
52. Ургентное недержание мочи.
53. Консервативные методы лечения Недержания мочи.
54. Оперативные методы лечения недержания мочи.
55. Острый паранефрит.
56. Острый пиелонефрит. Этиопатогенез. Классификация. Клиника, диагностика и лечение.
57. Острый пиелонефрит. Клиника, диагностика и лечение.
58. Абсцесс почки.
59. Пиелонефрит беременных.
60. Хронический пиелонефрит.
61. Основы антибактериальной терапии воспалительных урологических заболеваний.
62. ОПН. Клинические стадии. Принципы лечения.
63. ХПН. Этиопатогенез. Классификация. Лечение.
64. Методы детоксикации в урологии. Гемодиализ.
65. ДГПЖ. Этиопатогенез. Классификация.
66. ДГПЖ. Диагностика (Лабораторная, Инструментальная).
67. ДГПЖ. Консервативные методы лечения.
68. ДГПЖ. Оперативные методы лечения.
69. ДГПЖ. Миниинвазивные методы лечения.
70. ТУР синдром.
71. ДГПЖ и Рак предстательной железы. Дифференциальная диагностика.
72. Рак предстательной железы. Классификация.
73. Рак предстательной железы. Диагностика.
74. Рак предстательной железы. Лечение.
75. Опухоли почек. Особенности клиники, диагностики и лечения у детей.
76. Опухоли почек. Особенности клиники, диагностики и лечения у взрослых.
77. Опухоли почек. Современные подходы в лечении.
78. Опухоли яичка. Семинома.
79. Доброкачественные опухоли мочевого пузыря. Диагностика. Лечение.
80. Злокачественные опухоли мочевого пузыря. Современная классификация. Клиника, диагностика, лечение.
81. Закрытые травмы почек.
82. Травмы мочеочника.
83. Травмы мочевого пузыря.
84. Травма уретры.
85. Травмы органов мошонки.
86. Эректильная дисфункция. Этипатогенез. Классификация.
87. Эректильная дисфункция. Гормонзависимые формы. Особенности клиники, диагностики и лечения.
88. Эректильная дисфункция. Васкулогенная. Особенности клиники, диагностики и лечения.

89. Эректильная дисфункция при Сахарном диабете. Особенности клиники, диагностики и лечения.
90. Психогенная форма Эректильной дисфункции.
91. Инфертильность. Этиопатогенез. Классификация.
92. Диагностика мужского бесплодия.
93. Варикоцеле. Классификация. Патогенез развития. Диагностика. Лечение.
94. Спермограмма. Основные показатели и причины их отклонений.
95. Аномалии развития почек.
96. Аномалии развития мочеточников. Эписпадия. Гипоспадия.
97. Кисты почек. Поликистоз.

## СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Больной 22 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, на выделительных урограммах 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. При динамической нефросцинтиграфии относительный вклад правой почки 32%.

1. Предварительный диагноз.
2. Механизм развития заболевания.
3. Достаточный ли объем обследования проведен пациенту?
4. План лечения в стационаре.
5. План наблюдения в амбулаторном учреждении.

У женщины 54 лет произведена операция – экстирпация прямой кишки по поводу рака. Через сутки больная жалуется на боли в поясничной области с обеих сторон, мочеиспускание отсутствует, позывов к нему нет.

1. О чем следует думать?
2. Необходимые диагностические мероприятия.
3. Лечебная тактика.
4. Какие виды анурий вы знаете?
5. Какие оперативные вмешательства наиболее часто приводят к подобным ятрогенным осложнениям?

Женщина 53 лет 3 дня назад перенесла абдоминальную гистерэктомию по поводу множественных миом матки. Интраоперационная кровопотеря 1400 мл. В течение последних суток отмечает умеренную боль ноющего характера в поясничной области слева, повышение температуры тела до 37,8 в вечерние часы.

1. Предположительный диагноз?
2. Диагностическая тактика?
3. Лечебная тактика?
4. Сроки планового оперативного лечения.
5. Предполагаемый объем операции.

В приемное отделение обратился молодой человек 24 года с жалобами на интенсивную боль в левой половине мошонки.

Из анамнеза известно, что около 4-х часов назад, сидя за компьютером отметил возникновение резкой боли в левой половине мошонки. При осмотре признаков отека и гиперемии мошонки нет, левое яичко незначительно увеличено, располагается выше правого, резко болезненно при пальпации. Температура тела нормальная. Лейкоцитоз 11 тыс.

1. Предварительный диагноз?
2. Методы обследования?
3. Лечебная тактика?
4. Дифференциальная диагностика?
5. Возможные отдаленные осложнения.

В приемный покой доставлен мужчина, 24-х лет, с жалобами на сильные боли в левом яичке, увеличение левой половины мошонки. Час назад во время быстрой езды на велосипеде ударился промежностью о раму велосипеда. Почувствовал сильную боль в левом яичке.

При осмотре: левая половина мошонки увеличена, синюшного цвета, яичко не дифференцируется, пальпаторно определяется тестоватой консистенции резко болезненное образование в левой половине мошонки. Правое яичко не изменено.

1. Предварительный диагноз?
2. Тактика лечения?
3. Какие ранние и поздние осложнения возможны?
4. Профилактика осложнений.
5. Кровоснабжение яичка.

Мужчина 40 лет поступил с автотравмой. Состояние тяжелое, в сознании. Жалуется на разлитые боли по всему животу, больше внизу

живота. При пальпации живот напряжен, болезненный, положительные симптомы раздражения брюшины. Пациент легче переносит боль в положении «полусидя». При катетеризации мочевого пузыря выделилось около 30мл сукровичной жидкости.

1. Предварительный урологический диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимы.
3. Лечебная тактика.
4. Ориентировочные сроки дренирования мочевого пузыря цистостомическим дренажом при неосложненном послеоперационном течении.
5. Особенности ведения в поликлинике.

В клинику в экстренном порядке поступила женщина 30 лет с жалобами на выраженную общую слабость, интенсивные боли в поясничной области и правой половине живота, повышение температуры тела до 40 С с ознобом. Из анамнеза известно, что ранее у уролога не наблюдалась. Три месяца назад оперирована по поводу острого гнойного мастита. С тех пор периодически отмечала повышение температуры тела до 37-38° С, самостоятельно принимала анальгетики, НПВС. В течение последней недели появились вышеописанные жалобы, температура тела стала носить гектический характер, появились потрясающие ознобы, уменьшилось количество мочи. Ранее у уролога не наблюдался. Хронические заболевания, травмы отрицает. Наследственность: не отягощена. Аллергологический анамнез без особенностей.

При осмотре: кожные покровы бледные, повышенной влажности, отеков нет. Температура тела 38,5 С. Дыхание свободное, ЧДД - 20 в минуту, везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс - 78 ударов в минуту, АД 90/60 мм.рт.ст. Отмечается напряжение мышц передней брюшной стенки по правому фланку и внизу живота. Справа пальпируется увеличенная и болезненная почка, симптом Пастернацкого резко положительный справа. Левая почка безболезненная, симптом Пастернацкого слева отрицательный. Мочеиспускание свободное, безболезненное, За сутки выделила около 500 мл мутной мочи. В общем анализе крови лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ увеличено.

На обзорном снимке мочевых путей увеличение размеров нижнего переднего сегмента правой почки, очаговое выбухание внешнего ее контура, исчезновение контура поясничной мышцы справа.

1. Ваш предполагаемый диагноз:
2. Перечислите все необходимые лабораторно-инструментальные методы диагностики?

3. Тактика ведения пациентки? Возможен ли консервативный вариант лечения?
4. Какая лекарственная терапия показана в данном случае?
5. Предположите длительность пребывания пациентки в стационаре?

В поликлинику по месту жительства обратилась женщина 27 лет с жалобами на учащенное болезненное мочеиспускание, интенсивные боли в правом боку и внизу живота, повышение температуры тела до 37,5 С без озноба. Возникновение заболевания связывает с переохлаждением, сначала появились рези при мочеиспускании, а затем появились боли в поясничной области. Из анамнеза известно, что ранее по УЗИ диагностировано опущение правой почки. У уролога не наблюдалась. Хронические заболевания: хр. гастрит. Хр. сальпингоофорит. Последний осмотр у гинеколога три года назад. Травмы и операции отрицает. Наследственность не отягощена. Аллергологический анамнез без особенностей.

При осмотре: кожные покровы физиологические, повышенной влажности, отеков нет. Температура тела 37,5 С. Дыхание свободное, ЧДД- 20 в минуту, везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс- 78 ударов в минуту, АД 110/ 70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, перитонеальные симптомы отрицательные. Печень не увеличена, безболезненная при пальпации. Правая почка незначительно болезненная при пальпации, симптом сотрясения отрицательный справа. В положении стоя пальпируется нижний полюс правой почки. Левая почка безболезненная при пальпации, симптом сотрясения слева отрицательный. Мочеиспускание свободное, моча светлая.

1. Ваш предполагаемый диагноз
2. Перечислите все необходимые лабораторно-инструментальные методы диагностики?
3. При каких результатах обследования, возможно лечение пациентки в амбулаторных условиях?
4. Тактика лечения пациентки, при наличии показаний к госпитализации?
5. Какие рекомендации вы дадите пациентке, после купирования атаки пиелонефрита?

В поликлинику по месту жительства обратился мужчина 39 лет с жалобами на общую слабость, повышение температуры тела 39.2° С, озноб, острую боль в области заднего прохода, промежности и над лобком, учащенные и затрудненные мочеиспускания и дефекацию. Возникновение симптомов связывает с переохлаждением. Из анамнеза известно, что ранее у уролога не наблюдался. Хронические заболевания, травмы и операции

отрицает. Наследственность неотягощена. Аллергологический анамнез без особенностей.

При осмотре: кожные покровы физиологические, повышенной влажности, отеков нет. Температура тела 38 С. Дыхание свободное, ЧДД - 20 в минуту, везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс - 78 ударов в минуту, АД 110/70 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, перитонеальные симптомы отрицательные. Печень не увеличена, безболезненная при пальпации. Почки безболезненные при пальпации, симптом сотрясения отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание затрудненное, болезненное, моча светлая. Наружные мужские органы не изменены. Яички и придатки не увеличены, безболезненные.

Ректальное исследование: предстательная железа увеличена, пастозная, срединная бороздка сглажена, резко болезненная при пальпации.

1. Ваш предполагаемый диагноз
2. Перечислите все необходимые лабораторно-инструментальные методы диагностики?
3. Какой вариант лечения (амбулаторное / стационарное) показано данному пациенту?
4. Какая лекарственная терапия показана в данном случае?
5. Назовите длительность проведения антибактериальной терапии?

В клинику обратилась женщина 33 лет с жалобами на общую слабость, тянущие боли в правой поясничной области и внизу живота, повышение температуры тела до 39 С. Считает себя больной три дня, возникновение заболевания связывает с переохлаждением, самостоятельно принимала НПВС с кратковременным эффектом. Из анамнеза известно, что ранее у уролога не наблюдалась. Хронические заболевания, травмы и операции отрицает. Наследственность неотягощена. Аллергологический анамнез без особенностей.

При осмотре: кожные покровы физиологические, повышенной влажности, отеков нет. Температура тела 38 С. Дыхание свободное, ЧДД-20 в минуту, везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс- 78 ударов в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, перитонеальные симптомы отрицательные. Печень не увеличена, безболезненная при пальпации. Правая почка незначительно болезненная при пальпации, симптом сотрясения отрицательный справа. Левая почка безболезненная при пальпации, симптом сотрясения слева отрицательный. Имеется

болезненность при пальпации в проекции мочевого пузыря. Мочеиспускание свободное, моча светлая.

1. Ваш предполагаемый диагноз:
2. Перечислите все необходимые лабораторно-инструментальные методы диагностики?
3. Какой вариант лечения (амбулаторное / стационарное) показано данному пациенту?
4. Какая лекарственная терапия показана в данном случае?
5. Какие антибактериальные препараты являются средством выбора, учитывая течение основного заболевания?

В урологическую клинику экстренно поступил пациент 20 лет с жалобами на общую слабость, увеличение и боли в правой половине мошонки, повышение температуры тела до 39 С.

При физикальном осмотре определяется увеличение и гиперемия правой половины мошонки. Пальпация правого яичка резко болезненная, яичко от придатка не дифференцируется. Левая половина мошонки не изменена.

1. Ваш предполагаемый диагноз:
2. Какой вариант лечения (амбулаторное / стационарное) показано данному пациенту?
3. Перечислите все необходимые лабораторно-инструментальные методы диагностики?
4. Какие антибактериальные препараты являются средством выбора, при лечении бактериального эпидидимоорхита?
5. Какие антибактериальные препараты являются средством выбора, при выявлении хламидийной инфекции?

В клинику обратился пациент 40 лет с жалобами на дискомфорт в уретре, рези при мочеиспускании. Считает себя больным около 3 суток. Возникновение заболевания связывает со случайным коитусом.

При физикальном осмотре половые органы не изменены, из уретры имеются скудные выделения.

1. Ваш предполагаемый диагноз:
2. Какой вариант лечения (амбулаторное / стационарное) показано данному пациенту?
3. Перечислите все необходимые лабораторно-инструментальные методы диагностики?
4. Перечислите заболевания, передающиеся половым путем, которые необходимо исключить у сексуально активных мужчин?
5. Какие антибактериальные препараты являются средством выбора, учитывая течение основного заболевания?

Пациент 40 лет, обратился в клинику с жалобами на эпизоды гематурии. Стаж курения более 10 лет. Заключение цистоскопии (без ФДИ): на задней стенке пузыря за межмочеточниковой связкой множественные папиллярные разрастания размерами до 5 мм на площади до 4 см, напоминающие по своему виду стелющийся мох. Вокруг них никаких инфильтративных явлений определить не удастся.

1. Предварительный диагноз?
2. Дополнительное обследование?
3. Лечение
4. Когда следует выполнять контрольную цистоскопию?
5. К какой группе будет относиться пациент, если будет установлен заключительный клинический диагноз: TaG2N0M0?

Пациент 60 лет, обратился в клинику с жалобами на эпизод гематурии неделю назад. Обследован. По данным УЗИ выявлена одиночная опухоль на задней стенке мочевого пузыря, на короткой ножке, диаметром 1,5 см. Заключение гистологического исследования операционного материала: неинвазивная папиллярная карцинома, низкого злокачественного патенциала.

1. Показано ли МРТ/КТ
2. Диагноз
3. К какой группе риска относится данный вариант опухоли?
4. Показано ли выполнение повторной ТУР МП (second look)?
5. Какой алгоритм наблюдения следует выполнять?

Пациент 77 лет. При плановом обследовании по УЗИ выявлено образование мочевого пузыря, на правой боковой стенке до 15 мм.

1. Какой предположительный диагноз?
2. Какой следующий шаг следует предпринять в рамках стандартного алгоритма обследования?
3. Какая стадия заболевания по системе TNM?
4. Какова тактика лечения?
5. Какова тактика лечения при рецидиве новообразования?

Вовремя профосмотра у пациентки 57 лет, по данным УЗИ выявлена опухоль верхнего полюса левой почки 1,5 см. Пациентка жалоб не предъявляет. При объективном осмотре общий соматический статус удовлетворительный. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный. У гинеколога по поводу каких-либо заболеваний не наблюдается.

1. Предварительный диагноз?
2. План обследования?

3. По данным КТГ: опухоль верхнего полюса левой почки, накапливающая контраст, регионарные лимфоузлы не увеличены. По данным РОГК: в легких возрастные изменения.

4. Окончательный диагноз?

5. Лечение? Показана ли системная адъювантная терапия?

Пациент 56 лет доставлен в приемное отделение ГКБ с жалобами на примесь крови в моче. Со слов пациента, сегодня утром при мочеиспускании впервые отметил вышеперечисленные жалобы. Самостоятельно лекарственные препараты не принимал. В анамнезе: травм, операций, хронических заболеваний отрицает. Кожные покровы обычной окраски, влажности. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 18 в мин. АД 120/80 мм РТ ст. рс- 78 в мин. Живот мягкий, б/б во всех отделах. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочится самостоятельно, моча окрашена кровью, со сгустками. Органы мошонки б/о. Ректально: простата не увеличена, упруго-эластичная, без очагов уплотнения и флюктуации.

1. Предварительный диагноз

2. План обследования?

3. По результатам УЗИ: в верхнем полюсе правой почки опухолевое образование, изоэхогенное с кровотоком при доплеровском исследовании. Дальнейшая тактика?

4. По данным КТГ: опухоль верхнего полюса правой почки 5х6см, лимфоузлы не увеличены, контрлатеральная почка без изменений. В легкие метастазы не выявлены. Диагноз?

5. Лечение?

У больного 53 лет, жалобы на ухудшение качества мочеиспускания. Мочеиспускание учащенное, затрудненное, струя скудная, моча светлая без видимых примесей. Физиологические отправления в норме. Из анамнеза известно, что около 2 месяцев назад пациент перенес тяжелый удар в область паха. Общий анализ мочи: прозрачная моча, соломенно-желтого цвета, отн. Плотность 1,015, Ph 5,5, лейкоциты единичные, эритроцитов нет.

Биохимический анализ крови: мочевины 6,0 ммоль/л; креатинин 80.

По данным пальцевого ректального исследования: предстательная железа увела в размерах, междолевая бороздка сглажена, пальпация простаты безболезненна, консистенция тугоэластическая, очагов уплотнения, флюктуации не выявлено.

1. Укажите необходимые методы диагностики.

2. Выявлен ПСА 5.57 нг/мл. Укажите методику дальнейшего ведения больного.

3. По результатам биопсии предстательной железы выявлена мелкоацинарная

аденокарцинома предстательной железы, высокой степени клеточной анаплазии, 7 (4+3) баллов по шкале Глисона, опухоль не выходит за пределы капсулы предстательной железы.

Какой метод лечения наиболее оптимален?

4. К какой прогностической группе относится данный больной?

5. Какой дополнительный метод исследования показан больному перед оперативным вмешательством?

У больного Р., 54 года, внезапно возникли приступообразные боли в поясничной области слева, иррадиирующие в мочеиспускательный канал, тошнота, рвота, частое мочеиспускание малыми порциями. В анамнезе наблюдалось отхождение конкрементов с мочой после приступа боли в поясничной области. При обследовании на обзорной урограмме теней, подозрительных на конкременты в проекции мочевыводящих путей не определяется.

1. Какой предварительный диагноз?

2. Какой метод исследования необходимо выполнить для диагностики причин левосторонней почечной колики?

3. Какое осложнение может возникнуть у данного пациента?

4. По данным КТ размеры конкремента  $n/3$  6x4 мм. Какая тактика?

5. При неэффективности консервативной терапии, рецидиве почечной колики  
Ваша тактика?

Больная, 32 лет, беременность 32-33 нед., жалуется на приступообразные боли в поясничной области справа, правой боковой области живота. Дизурии, гипертерии, ознобов нет. Боли возникли остро, сопровождаются тошнотой. Боли не связаны с движением и не уменьшаются при применении позиционной терапии. В анамнезе по данным УЗИ выявлены конкременты до 4-5 мм в проекции средней и нижней групп чашечек правой почки.

При обследовании: болезненность в поясничной области справа, правой боковой области живота. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Положительный симптом поколачивания справа.

В общем анализе крови - лейкоциты  $8,7 \times 10^9/\text{л}$ , ПЯ-0, СЯ-71, СОЭ-15 мм/ч. В анализе мочи – 1-2 лейкоцита в п/зр, 8-10 эритроцитов в п/зр.

1. Ваш предполагаемый диагноз:

2. Какой скрининговый метод диагностики информативен для постановки диагноза?

3. Какое осложнение, сопровождающееся гипертермией, может развиваться у больной?

4. Ваша тактика с целью купирования болевого синдрома, при неэффективности консервативной терапии

5. В какие сроки после родоразрешения повторная госпитализация с целью удаления внутреннего стента (при необходимости контактной уретеролитотрипсии)?

Пациентка П., 58 лет, госпитализирована в стационар с клиникой почечной колики, обусловленной оксалатным камнем в/3 правого мочеточника 5,6 мм. Из анамнеза известно, что 2 месяца назад, находилась на стационарном лечении в урологическом отделении по поводу небольшого конкремента в в/3 правого мочеточника. Учитывая размеры конкремента, отсутствие признаков пиелонефрита, болей, больная выписана с рекомендациями выполнения литокинетической терапии. В настоящее время при УЗИ: слева – конкрементов нарушения уродинамики не выявлено, справа- умеренная (лоханка 21мм) каликопиелоуретерэктазия до конкремента в в/3 5,6мм, паренхима истончена до 9мм. На серии экскреторных урограмм функция почек своевременная, слева - конкрементов, нарушения уродинамики не выявлено, справа- умеренная каликопиелоретерэктазия до конкремента в в/3 5,6 мм, ниже которого определяется коленообразная девиация. Воспалительных изменений клинически и по данным лабораторных исследований не выявлено.

1. Ваш предполагаемый диагноз:
2. Какие варианты проведения литокинетической терапии существуют?
3. Ваша тактика ведения пациента:
4. Необходимо ли прибегнуть к установке внутреннего мочеточникового стента?
5. Механизм и уровень авульсии (лат. avulsio – отрывание) мочеточника? Чем может быть обусловлено данное повреждение?

Пациент П. 62 лет поступил для планового оперативного лечения (выполнения ДЛТ)камня средней группы чашек левой почки размером 9 мм, по данным МСКТ плотностью 967 Ну. После сеанса ДЛТ у пациента возникла почечная колика слева, гипертермия до 38° С. По данным УЗИ определяется каликопиелоуретерэктазия до фрагментов в в/3 мочеточника общим размером 7мм (лоханка 1,8 см), паренхима почки 2.1 см, без зон снижения кровотока, на обзорной урограмме: тень фрагментов конкремента размером от 3 до 4 мм в в/3 левого мочеточника.

В общем анализе крови: гемоглобин 138 г/л, лейкоциты  $16 \times 10^9$ . Без палочкоядерного сдвига.

1. Ваш предполагаемый диагноз:
2. Особенности течения вторичного гнойного пиелонефрита?
3. Ваша тактика ведения пациента:
4. Какую группу антибактериальных препаратов необходимо назначить пациенту?
5. Какие осложнения могут возникнуть у пациента в случае некорректного

лечения?

Мужчина 27 лет, поступил в клинику с почечной коликой слева, впервые возникшей на фоне полного здоровья. Длительность заболевания 3 суток. Особенности клинической картины – выраженный болевой симптом с эпизодом потери сознания, тошнота,

неоднократно рвота, учащенное малопродуктивное мочеиспускание. На фоне проводимой обезболивающей и спазмолитической терапии почечная колика купирована. Результаты инструментальных методов обследования патологии не выявили. Спустя сутки пациент отметил самостоятельное отхождение мелкого камня при мочеиспускании. В последствие отметил повышение температуры тела до 39,2°C с познабливанием, усиление боли в левой поясничной области.

Объективно состояние средней тяжести, живот не вздут, болезненный в левых отделах, симптом Щеткина отрицательный, стул не нарушен. Область левой почки болезненна, симптом поколачивания положителен. Мочеиспускание не нарушено, диурез достаточный, моча светлая.

Гемодинамически стабилен.

Лейкоцитурия, бактериурия в титре более 10 в 4 степени КОЭ, кишечная палочка.

1. Чем обусловлено ухудшение состояния у пациента с отошедшим самостоятельномочевым камнем?
2. Нуждается ли пациент в дренировании левой почки, если есть нарушение пассажамочи?
3. Чем может быть обусловлено нарушение пассажа мочи после отхождения камня?
4. В случае отсутствия нарушения пассажа мочи после отхождения камня какая терапия показана?
5. При формировании одиночного абсцесса почки какой метод хирургического лечения показан пациенту?

В поликлинику обратилась пациентка 56 лет с жалобами на интенсивные боли в поясничной области справа, иррадиирующие вниз живота, повышение температуры тела до 39° С, озноб, учащенные позывы к мочеиспусканию.

Вышеописанные жалобы в течение суток. Самостоятельно принимала спазмолитические препараты с эффектом. Из анамнеза известно, что страдает мочекаменной болезнью. Два дня назад выполнен сеанс дистанционной литотрипсии в верхней трети правого мочеточника (размер конкремента 14×11 мм), получены признаки фрагментации конкремента.

При осмотре: кожные покровы обычной окраски, отеков нет. Температура тела 38,8° С. Дыхание свободное, ЧДД-20 в минуту, везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца ясные,

ритмичные, пульс- 78 ударов в минуту, АД 130/ 80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, перитонеальные симптомы отрицательные. Печень не увеличена, безболезненная при пальпации. Область правой почки болезненная при пальпации, левая почка интактна. Симптом поколачивания положительный справа. Мочеиспускание учащенное, с дискомфортом, моча мутная.

1. Ваш предполагаемый диагноз:
2. Какой вариант лечения (амбулаторное / стационарное) показано данной пациентке?
3. Перечислите все необходимые лабораторно-инструментальные методы диагностики?
4. Назовите последовательность лечебных мероприятий?
5. Возможно ли проведение контактной уретеролитотрипсии, с целью удаления конкремента?

У больного 29 лет, после переохлаждения появились боли в надлобковой области и промежности, затрудненное мочеиспускание с резями. Температура тела 36,9 градусов. В анамнезе хр.простатит. При осмотре. Правильного телосложения. Кожные покровы чистые. Паховые л/у не увеличены. Живот мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Пальпация области почек безболезненная. С-м Пастернацкого отрицательный. Наружные половые органы не изменены. Предстательная железа не увеличена, тестоватой консистенции, болезненна, симметричная, без очаговых изменений, срединная бороздка сглажена. В ОАМ лейкоциты 8-10 в п/з. ОАК – лейкоциты 7,8, п- 4, с 56, лимфоциты – 28, э- 1, м -11, СОЭ-8.

1. Ваш предполагаемый диагноз:
2. Какая классификация простатита используется в настоящее время?
3. Назовите пробу, используемую при диагностике хронического простатита?
4. Наиболее частая локализация боли при хроническом простатите?
5. При диагностике хронического простатита, необходимо заполнение какого опросника?

Обратился мужчина 25 лет, с жалобами на бесплодный брак. Урологический анамнез не отягощен. Работает менеджером. Вредных привычек не имеет. Женат 2 года. Половая жизнь без предохранения последний год. При осмотре: правильного телосложения. Кожные покровы чистые. Паховые л/у не увеличены. Живот мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Пальпация области почек безболезненная. С-м Пастернацкого отрицательный. Наружные половые органы: яички и их придатки не изменены. Вены семенного канатика не расширены. Проба

Вальсальвы отрицательная. Предстательная железа не увеличена, эластичной консистенции, безболезненна, симметричная, без очаговых изменений, срединная бороздка пальпируется. Мочеиспускание свободное.

1. Какое исследование необходимо выполнить в первую очередь?
2. Какова концентрация сперматозоидов в 1 мл эякулята в норме?
3. Какая наиболее частая причина бесплодия у мужчин?
4. Через какой период времени половой жизни без контрацепции, без наступления беременности, брак считается бесплодным?
5. Через какой период времени безуспешной консервативной терапии бесплодия необходимо прибегать к ВРТ (ВРТ - вспомогательная репродуктивная технология)?

Женщина 68 лет, направлена к урологу по поводу микрогематурию: в общем анализе мочи 3 недели назад были выявлены эритроциты 5-10 в поле зрения. Дизурической симптоматики, болей в поясничной области, нефролитиаза и инфекции мочевых путей в анамнезе нет. Из перенесенных операций: экстирпация матки по поводу лейомиомы матки. Из хронических заболеваний: артериальная гипертензия, сахарный диабет. Из принимаемых препаратов: глюкофаж, анаприлин. Курит в течение 40 лет, по пачке сигарет в день. Семейный анамнез по мочекаменной болезни не отягощен. Объективно: Состояние удовлетворительное. Температура 37,1<sup>0</sup>С, пульс 80 уд/в мин, АД 140/90 мм.рт.ст., ЧД 18/мин. При осмотре – отеков не выявлено. При пальпации - живот мягкий, безболезненный, образований не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный. Мочевой пузырь не пальпируется, надлонная область безболезненна, пальпаторно без особенностей. Гинекологическое исследование: наружные половые органы без патологии: при бимануальном исследовании объемный образований не определяется: шейка матки удалена.

Общий анализ мочи – лейкоциты 1-2 в поле зрения, эритроциты 5-10 в поле зрения. Общий анализ крови в пределах нормы. Креатинин и мочевины в пределах нормы. Цистоскопия: папиллярное образование около 1 см на тонкой ножке, латеральное устья правого мочеточника.

1. Какой анализ мочи, желательно проводить после первичного выявления микрогематурии у женщины?
2. Достоверно ли проведение цитологического исследования осадка мочи при высокодифференцированном переходноклеточном раке мочевого пузыря и раке in situ?
3. Достоверно ли проведение цитологического исследования осадка мочи при низкодифференцированном переходноклеточном раке мочевого пузыря?
4. Какие существуют альтернативные (цитологическому исследованию осадка мочи) методы лабораторной диагностики рака мочевого пузыря?
5. Какое исследование, помогает окончательно подтвердить диагноз и правильно лечить?

Женщина 55 обратилась к терапевту по поводу субфебрильной температуры, недомогания и болей в поясничной области слева, появившихся неделю назад. В течение последних 3-4 месяцев отмечает слабость, недомогание, снижение аппетита, потерю веса на 4кг. В анамнезе рецидивирующий цистит, по поводу чего получала эмпирическую антибактериальную терапию со временным положительным эффектом. Отмечает эпизод кратковременной тотальной гематурии. В остальном анамнез, в том числе семейный онкоанамнез не отягощен. Из лекарственных препаратов принимает парацетамол. Объективно: температура 38,1грС, пульс 102уд/мин, ритмичный. Аускультация легких – без особенностей. Живот умеренно вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Болезненность в левом реберно-позвоночном углу. Симптом поколачивания положительный слева.

Пациентке по поводу подозрения на новообразование левой почки, было проведено КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, на основании чего был установлен диагноз: ксантогранулематозный пиелонефрит.

1. Какие изменения могут быть в общем анализе мочи?
2. Есть ли необходимость проведения бактериального посева мочи в данном случае?
3. Какие микробные агенты чаще всего обнаруживаются при посеве мочи при данной патологии?
4. Какие изменения могут быть в клиническом анализе крови?
5. У 20-40% случаев, наблюдается повышение уровня щелочной фосфатазы, альфа- 2-микроглобулина, непрямого билирубина и увеличение протромбинового времени. Обратимыми нарушениями какого органа вызваны данные изменения.

У мужчины после переохлаждения появились боли в промежности, заднем проходе, повысилась температура до 38С. Мочеиспускание было вначале болезненным, а затем отмечено ослабление струи мочи.. Над лоном пальпируется увеличенный мочевой пузырь. При ректальном пальцевом исследовании определяется увеличенная и резко болезненная предстательная железа. Очагов размягчения нет.

1. Какое изменение в общем анализе крови будет указывать на острый воспалительный процесс?
2. Взятие какого биоматериала противопоказано в подобной клинической ситуации?
3. Какие наиболее типичные изменения в общем анализе мочи для данной клинической ситуации?
4. Проведение микробиологического исследования является обязательным в

данной ситуации?

5. На основании какого анализа можно оценивать динамику проводимого лечения?

На прием к урологу обратилась женщина, 32 лет. С жалобами на боль в надлобковой области, учащенное, малыми порциями мочеиспускание, с резями, изменение цвета мочи. Заболела накануне, после купания в водоеме. Соматический и урологический анамнез неотягощен. При осмотре. Правильного телосложения. Кожные покровы чистые. Паховые л/у не увеличены. Живот мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Пальпация области почек безболезненная. С-м Пастернацкого отрицательный. Болезненность в надлобковой области незначительная. Осмотр на кресле: выделений из уретры и влагалища нет, наружное отверстие уретры не изменено. Температура 36,8 градусов. В ОАМ лейкоциты 28-30 в п/з, эритроциты 6-8 в п/з. ОАК – лейкоциты 7,3, п- 2, с 54, лимфоциты – 30, э- 3, м -11, СОЭ-10.

1. Ваш предполагаемый диагноз:
2. Проведите дифференциальную диагностику:
3. Существует ли необходимость проведения бактериального посева мочи?
4. Существует ли необходимость проведения дополнительных инструментальных рентгенологических видов диагностики?
5. Тактика лечения пациентки?

## ПРАКТИЧЕСКИЕ УМЕНИЯ И НАВЫКИ

1. Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни у пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов
2. Интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов
3. Оценивать анатомо-функциональное состояние почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов в норме, при заболеваниях и (или) состояниях у пациентов
4. Использовать методы осмотра и обследования взрослых с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов, такими как:
  - осмотр и перкуссия, пальпация почек;
  - осмотр и перкуссия, пальпация мочевого пузыря;
  - осмотр и пальпация мужских половых органов;
  - трансректальное пальцевое исследование;
  - диафаноскопия органов мошонки;
  - бимануальное влагалищное исследование;
  - функциональные пробы для мочевых и половых органов, в том числе кашлевая проба при недержании мочи у женщин, проба Вальсальвы;
  - смотровая уретроцистоскопия ригидным и гибким фиброцистоскопом;
  - катетеризация мочевого пузыря у мужчин и женщин;
  - выполнение проб с лекарственными препаратами;

- биопсия предстательной железы автоматическим устройством для биопсии под ультразвуковым контролем;
  - массаж предстательной железы (лечебно-диагностический);
  - биопсия яичка;
  - введение контрастного вещества при рентгенологических исследованиях мочеполовой системы;
  - ультразвуковое исследование почек, мочевого пузыря, уретры и половых органов мужчины
5. Интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования пациента с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов
  6. Проводить дифференциальную диагностику острых хирургических и урологических заболеваний
  7. Интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования пациентов с новообразованиями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов
  8. Интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования пациентов с недержанием мочи и пролапсом тазовых органов
  9. Формулировать предварительный диагноз и составлять план лабораторных и инструментальных обследований пациентов с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
  10. Интерпретировать и анализировать результаты анкетирования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов
  11. Обосновывать необходимость и планировать объем инструментального и лабораторного обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
  12. Интерпретировать и анализировать результаты инструментального обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов:
    - ультразвуковое исследование почек,
    - мочевого пузыря, уретры и половых органов мужчины;
    - обзорная и экскреторная урография,
    - нисходящая цистография,
    - ретроградная уретроцистография,
    - цистография в прямой и боковой проекциях;
    - микционная цистоуретрография;
    - магнитно-резонансная томография с контрастированием;
    - нативная компьютерная томография,
    - компьютерная томография с болюсным контрастированием;
    - рентгеноконтрастные сосудистые методы исследования мочеполовых органов;
    - радиоизотопные исследования почек,
    - урофлоуметрия;
    - фистулография,
    - антеградная пиелоуретрография,
    - ретроградная уретеропиелография мочевого пузыря

13. Интерпретировать и анализировать результаты лабораторного обследования пациента с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов
14. Обосновывать необходимость направления пациентов с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
15. Интерпретировать и анализировать результаты осмотра врачами-специалистами пациентов с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов
16. Применять медицинские изделия для пациентов при заболеваниях и (или) состояниях почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов
17. Определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов
18. Выявлять симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических мероприятий у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов, требующих оказания скорой специализированной, медицинской помощи вне медицинской организации
19. Интерпретировать и анализировать результаты повторного осмотра и обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов
20. Использовать алгоритм постановки диагноза с учетом МКБ, применять методы дифференциальной диагностики пациентов с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов
21. Выявлять клинические симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов
22. Разрабатывать тактику лечения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
23. Разрабатывать тактику лечения пациентов с новообразованиями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов, не требующих комбинированного и (или) сочетанного лечения, в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
24. Обосновывать выбор лекарственных препаратов, медицинских изделий, немедикаментозного и (или) хирургического лечения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
25. Определять оптимальную последовательность немедикаментозной терапии и применения лекарственных препаратов и (или) оперативного вмешательства пациентам с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов

26. Назначать лекарственные препараты пациентам с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи

27. Проводить мониторинг эффективности и безопасности использования лекарственных препаратов у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов

28. Назначать немедикаментозную терапию и медицинские изделия пациентам с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи

29. Проводить мониторинг эффективности и безопасности использования немедикаментозной терапии и медицинских изделий у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи

30. Определять медицинские показания и медицинские противопоказания для оперативных вмешательств и манипуляций на почках, мочевыводящих путях и мужских половых органах в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи

31. Разрабатывать план подготовки пациентов с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов для оперативных вмешательств и манипуляций

32. Ассистировать при оперативных вмешательствах и проводить оперативные вмешательства у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов, такие как:

- нефростомия;
- нефрэктомия;
- декапсуляция почки;
- удаление инородного тела почки и мочевыделительного тракта;
- рассечение отверстия (устья) мочеточника;
- удаление камней из мочеточника;
- удаление камней из чашечно-лоханочной системы;
- удаление камней мочевого пузыря и уретры;
- трансуретральная резекция мочевого пузыря;
- трансуретральная резекция простаты;
- удаление сгустков крови из мочевого пузыря и остановка кровотечения

33. Выполнять самостоятельно:

- установку уретрального катетера мужчине и женщине;
- троакарную цистостомию;
- закрытие свища мочевого пузыря;
- цистоскопию и установку мочеточникового стента/катетера;
- чрескожную пункционную нефростомия под ультразвуковым - контролем (далее - УЗ-контролем);
- пункцию кисты почки и ее аспирацию под УЗ-контролем;
- наложение швов на рану;
- снятие швов;
- первичную хирургическую обработку раны;

- инстилляцию мочевого пузыря;
  - проведение местной анестезии;
  - замену цистостомического/нефростомического дренажа;
  - бужирование уретры;
  - вправление парафимоза;
  - обрезание крайней плоти;
  - меатотомию;
  - перевязку и пересечение яичковой вены;
  - ревизию и операции на органах мошонки;
  - орхиэпидидимэктомия;
  - остановку кровотечения из мужских половых органов;
  - трансуретральную биопсию мочевого пузыря;
  - уретероцистоскопию ригидным и гибким фиброуретероцистоскопом
34. Разрабатывать план послеоперационного ведения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов, проводить профилактику или лечение послеоперационных осложнений в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
35. Предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и медицинских изделий, немедикаментозной терапии, в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
36. Проводить мониторинг заболевания и (или) состояния почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов, корректировать план лечения в зависимости от особенностей течения
37. Назначать лечебное питание пациентам с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
38. Назначать режим лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов
39. Оказывать медицинскую помощь в неотложной форме пациентам при неотложных состояниях, вызванных заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов, в том числе в чрезвычайных ситуациях:
- с целью купирования острого приступа почечной колики;
  - при травме почек, мочевых путей и половых органов у мужчин;
  - при макрогематурии;
  - при анурии;
  - при острых воспалительных заболеваниях почек, мочевых путей и половых органов у мужчин;
  - при острой задержке мочеиспускания;
  - при приапизме
40. Применять различные методики местной анестезии пациентам с заболеваниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи

41. Определять медицинские показания для проведения мероприятий по медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов
42. Разрабатывать план мероприятий по медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов
43. Проводить мероприятия по медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов
44. Определять медицинские показания для направления пациентов с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий по медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов
45. Оценивать эффективность и безопасность мероприятий по медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов
46. Определять медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов или травм, для прохождения медико-социальной экспертизы
47. Определять медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое снижение трудоспособности, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов, для прохождения медико-социальной экспертизы
48. Определять признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленного заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов
49. Выносить медицинские заключения по результатам медицинских осмотров, в том числе предварительных и периодических медицинских, по вопросам наличия и (или) отсутствия заболеваний и (или) состояний почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов
50. Проводить санитарно-просветительную работу по формированию здорового образа жизни, профилактике заболеваний и (или) состояний почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов
51. Проводить диспансерное наблюдение за пациентами с выявленными хроническими заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов
52. Разрабатывать и реализовывать программы формирования здорового образа жизни, в том числе программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ

## ТЕСТЫ

### ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПОЧКИ ЧАЩЕ ВСЕГО СТРАДАЮТ

дети

\*женщины

\*мужчины

лица пожилого возраста

ТУБЕРКУЛЕЗНАЯ ДИССЕМИНАЦИЯ ПОЧЕК ПРОИСХОДИТ, КАК ПРАВИЛО

\*одновременно обеих почек

одной почки

первичное поражение почек

\*вторичное, из других органов, поражение почек

ПРИ МОЧЕПОЛОВОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ИЗОЛИРОВАННОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОИСХОДИТ В

простате

мочевом пузыре

мочеточниках

\*паренхиме почки

почечной лоханке

ТУБЕРКУЛИНОВАЯ ПРОБА ЧАЩЕ ВСЕГО ВЫЗЫВАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В АНАЛИЗАХ

повышение мочевины крови

\*нарастающую лейкоцитурию, эритроцитурию

увеличение глобулинов

появление в моче микобактерий туберкулеза

все изменения

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ У ПЛАНОВЫХ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ СОСТАВЛЯЕТ В СРЕДНЕМ

одну неделю

три недели

\*три месяца

шесть месяцев

не требуется

ТУБЕРКУЛЕЗ ПОЧКИ НЕ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С

хроническим пиелонефритом

инфицированными чашечными камнями

\*простой кистой почки

хронической лейкоцитурией

некротическим папиллитом

ТУБЕРКУЛЕЗНЫЕ МИКОБАКТЕРИИ ПОПАДАЮТ В ПОЧКУ ЧАЩЕ ВСЕГО

\*гематогенным путем

контактным путем с соседних органов

восходящим путем

лимфогенным путем

по стенкам мочеточников

ПРИ ОСТРОМ (МИЛЛИАРДАМ) ТУБЕРКУЛЕЗЕ ПОЧЕК ЧАЩЕ ПОРАЖАЮТСЯ

только почки

только лимфатические узлы

только легкие

только костная система

\*многие органы

ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ПОЧКИ В НАЧАЛЕ ПРОЦЕССА ПРЕЖДЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЕТ поражение почечного сосочка (специфический папиллит)  
изъязвление слизистой оболочки чашечек и лоханки  
туберкулезные бугорки в паренхиме  
специфический воспалительный инфильтрат  
\*воспалительные изменения в зоне сосудистых клубочков в коре почки

I СТАДИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ПОЧЕК (ПО А.Л. ШАБАДУ) ОЗНАЧАЕТ

\*отсутствие клинических симптомов  
наличие процесса только в почечной ткани  
отсутствие туберкулезных каверн в почке  
отсутствие туберкулезных язв в мочевых путях

II СТАДИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ПОЧКИ (ПО А.Л. ШАБАДУ) ОЗНАЧАЕТ инфильтративный процесс

\*папиллит  
\*небольшие (до 1 см в диаметре) одиночные каверны  
каверна больших размеров в одном из сегментов почки

ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ПРИДАТКА ЯИЧКА ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНАЯ ТЕРАПИЯ ЧАЩЕ СОЧЕТАЕТСЯ

\*с вазорезекцией  
\*с эпидидимэктомией  
с орхиэктомией  
оперативное лечение не показано

К НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЯМ МОЧИ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ПОЧКИ ОТНОСЯТСЯ

\*кислая реакция  
щелочная реакция  
содержание большого количества белка  
\*содержание умеренного количества (0.033-0.990%) белка

К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ И ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЯМ МОЧИ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ПОЧКИ ОТНОСЯТСЯ

цилиндрурия  
\*отсутствие цилиндров в осадке мочи  
\*лейкоцитурия  
гематурия

ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДООПЕРАЦИОННЫЙ ДИАГНОЗ ТУБЕРКУЛЕЗА ПОЧЕК УСТАНОВЛИВАЮТ НА ОСНОВАНИИ ВСЕГО ПЕРЕЧИСЛЕННОГО, КРОМЕ

выделения из мочи туберкулезных микобактерий  
\*гистологического исследования почечной ткани  
цистоскопии  
провокационного (туберкулинового) теста  
рентгенологического исследования

## ПРИ ОЦЕНКЕ ПРОВОКАЦИОННОГО ТУБЕРКУЛИНОВОГО ТЕСТА УЧИТЫВАЮТ СОДЕРЖАНИЕ В МОЧЕ

эритроцитов

белка, цилиндров и микробов

\*лейкоцитов

\*клеток Штергеймера-Мальбина и активных лейкоцитов

## К ИЗМЕНЕНИЯМ УСТЬЯ МОЧЕТОЧНИКА, НЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ПОЧКИ, ОТНОСЯТСЯ

\*отек

деформация

втяжение

\*гиперемия

## ВЕРОЯТНОСТЬ ОБНАРУЖЕНИЯ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА В МОЧЕ ВЫШЕ

при бактериоскопическом исследовании

\*при бактериологическом исследовании

при применении полимеразной цепной реакции

при однократном исследовании по одному из наиболее эффективных методов

## ДЛЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ТУБЕРКУЛЕЗА ПОЧКИ ХАРАКТЕРНА

\*неравномерность (очаговость) деструктивных изменений

правильная форма и ровные контуры полостей

\*неправильная форма и неровные контуры полостей

равномерность ретенционных изменений

## ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНЫХ МИКОБАКТЕРИЙ В МОЧЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ СПОСОБЫ, КРОМЕ

бактериологического

\*иммунологического

биологического

## РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПЕТРИФИКАТОВ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ПОЧКИ ИМЕЮТ

четкие контуры и гомогенную структуру

\*нечеткие контуры и негомогенную структуру

располагаются в проекции чашечно-лоханочной системы

\*располагаются в проекции паренхимы почки

## НЕЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЕНИЕ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ В СЛЕДУЮЩИХ СОЧЕТАНИЯХ

изониазид+рифампицин+этамбутол

\*стрептомицин+канамицин

стрептомицин+циююсерин+тубазид

тубазид+циклосерин

стрептомицин+ПАСК+сальюзид

## ПРИ СТРИКТУРЕ МОЧЕТОЧНИКА ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ НЕОБХОДИМО В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ

уменьшить дозу стрептомицина

отменить стрептомицин

\*отменить все противотуберкулезные препараты

назначить витамины В6 В12 и С

ПРИ ИНФИЛЬТРАТИВНО-ЯЗВЕННОМ ПОРАЖЕНИИ МОЧЕТОЧНИКА ЛУЧШЕ ВСЕГО СЛЕДУЕТ ПРИМЕНЯТЬ ИЗ ПРЕДЛОЖЕННЫХ

стрептомицин

стрептомицин+фтивазид

стрептомицин+этамбутол

стрептомицин+рифампицин

\*рифампицин+этамбутол

ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ПОБОЧНЫХ ЯВЛЕНИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРЕПАРАТАМИ ГИНК ПРИМЕНЯЮТ ВИТАМИНЫ

С

В1

В6

В12

\*сочетание витаминов В6 В12

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ПОЧКИ ПРОИЗВОДЯТ ПОСЛЕ БЕЗРЕЗУЛЬТАТНОЙ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

в течение 1-го месяца

в течение 3-х месяцев

в течение 4-6 месяцев

\*в течение 8-12 ти месяцев

в течение 2-х лет

ПРИ ОГРАНИЧЕННОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ПОЧКИ И СТРИКТУРЕ МОЧЕТОЧНИКА ПОСЛЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ СЛЕДУЕТ

проводить более интенсивную антибактериальную терапию

произвести нефрэктомию

\*произвести пластику мочеточника

\*ликвидировать очаг деструкции в почке оперативным путем

ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ПОЧКИ И УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ КОНТРАЛАТЕРАЛЬНОЙ ПОЧКИ НЕФРЭКТОМИЯ АБСОЛЮТНО ПОКАЗАНА ВО ВСЕХ СЛУЧАЯХ, КРОМЕ

при выключенном туберкулезном пионефрозе

при открытом туберкулезном пионефрозе

при поликавернозном туберкулезе почки

\*при отшнурованной каверне почки

при туберкулезе почки и облитерации всего мочеточника

У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ НЕФРЭКТОМИЮ ПО ПОВОДУ ТУБЕРКУЛЕЗА, СРЕДИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОСТАВШЕЙСЯ ПОЧКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НАБЛЮДАЕТСЯ

туберкулез

\*пиелонефрит

\*нефролитиаз

опухоль

СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ ПРИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКЕ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПОЧКИ

не проводится  
проводится в течение 1-й недели  
проводится не менее 2-х недель  
проводится не менее 2-х месяцев  
\*проводится не менее 6-ти месяцев

КРИТЕРИЯМИ ИЗЛЕЧЕННОСТИ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ПОЧКИ СЧИТАЕТСЯ  
отсутствие в моче туберкулезных микобактерий, лейкоцитов и эритроцитов в течение 1-го года после прекращения лечения  
отсутствие в моче туберкулезных микобактерий, лейкоцитов и эритроцитов в течение 3-х лет после прекращения лечения  
\*отсутствие в моче туберкулезных микобактерий, лейкоцитов и эритроцитов в течение 5-ти лет после лечения  
\*стабилизация и обратное развитие очагов деструкции

КРИТЕРИИ ИЗЛЕЧЕННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗА ПОЧКИ БАЗИРУЮТСЯ  
на отрицательных результатах посевов мочи в течение 2-лет после окончания лечения  
\*на стабильности рентгенологической картины  
\*на отрицательных результатах провокационных туберкулиновых тестов в течение 5-ти лет

С ЦЕЛЬЮ КОНТРОЛЯ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПОЧКИ ПОСЕВ МОЧИ ПРОИЗВОДИТСЯ  
каждую неделю  
каждый месяц  
1 раз в 2 месяца  
1 раз в 3 месяца  
\*1 раз в 6 месяцев

БОЛЬНЫЕ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПОЧЕК ПРИЗНАЮТСЯ ИНВАЛИДАМИ II ГРУППЫ  
при почечной недостаточности второй степени  
при почечной недостаточности третьей степени  
при далеко зашедшем туберкулезе почек и недостаточно эффективной антибактериальной терапии  
\*правильно все перечисленное

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К НАПРАВЛЕНИЮ В СПЕЦИАЛЬНЫЕ ФТИЗИОУРОЛОГИЧЕСКИЕ САНАТОРИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПОЧЕК ЯВЛЯЮТСЯ  
активный туберкулез легких  
туберкулез костно-суставной системы  
амилоидоз почек  
\*все перечисленное

К ИЗМЕНЕНИЯМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ЕГО ТУБЕРКУЛЕЗЕ, ВЫЯВЛЯЕМОЙ ЦИСТОСКОПИЕЙ, ОТНОСЯТСЯ  
туберкулезные бугорки  
язвы  
рубцовые изменения слизистой, расположенные преимущественно в области устья мочеточника пораженной почки  
\*все перечисленное

К НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМАМ ТУБЕРКУЛЕЗА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ОТНОСЯТСЯ

\*ДИЗУРИЯ

\*терминальная гематурия

повышение температуры, ознобы

К ОСЛОЖНЕНИЯМ ТУБЕРКУЛЕЗА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ОТНОСЯТСЯ

пузырно-мочеточниковый рефлюкс

сморщивание мочевого пузыря

пиелонефрит

\*все перечисленное

ПЕРВИЧНО ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПОРАЖАЮТСЯ

мочевой пузырь

мочеиспускательный канал

\*почка

мочеточник

почечная лоханка

ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У МУЖЧИНЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ПОРАЖАЮТСЯ

семенные пузырьки

предстательная железа

яичко

оболочки яичка

\*семявыносящие протоки и придатки яичка

ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЧАЩЕ ВСЕГО СИМПТОМЫ

\*боли в промежности и прямой кишке

\*дизурия

выделение гноя из уретры

все перечисленное

ПАЛЬЦЕВОЕ РЕКТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОМ ПРОСТАТИТЕ ЧАЩЕ ВЫЯВЛЯЕТ

\*бугристую поверхность предстательной железы с наличием плотных узелков

уменьшение размеров предстательной железы

четкие контуры предстательной железы

\*наличие наряду с плотными очагами участков флюктуации или западения

К МЕСТНЫМ ИЗМЕНЕНИЯМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЯИЧКА И ЕГО ПРИДАТКА, ОТНОСЯТСЯ

увеличение, уплотнение, бугристость придатка яичка

реактивная водянка оболочек яичка

сращение придатка и яичка плотными спайками, свищ на коже мошонки, исходящий из придатка яичка

четкообразный семявыносящий проток

\*все перечисленное

ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ПРИДАТКА ЯИЧКА ЧАЩЕ ВСЕГО ПОРАЖАЕТСЯ

тело придатка  
хвост придатка  
головка придатка  
\*весь придаток  
придаток и ткань яичка

В ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ПРИДАТКА ЯИЧКА НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

бактериологическое исследование эякулята  
\*биопсия придатка  
исследование отделяемого из уретры  
исследование мочи

ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ПРИДАТКА ЯИЧКА ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОИЗВОДЯТ

\*эпидидимэктомию  
гемикастрацию  
эпидидимэктомию с резекцией яичка  
двустороннюю эпидидимэктомию  
эпидидимэктомию с вазорезекцией с противоположной стороны

НАИБОЛЕЕ ПОЛНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИЕЙ ОПУХОЛЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

На 1, 2, 3, 4 стадии  
На стадии A, B, C, D  
\*TNM  
PTNM

К ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ ПОЧЕЧНОЙ ПАРЕНХИМЫ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ОТНОСИТСЯ

фиброма  
миксома  
\*аденома  
лейомиома  
ангиома

ПРАВИЛЬНОЕ НАЗВАНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ПОЧЕЧНОЙ ПАРЕНХИМЫ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

аденома почки  
гипернефрома  
гипернефроидный рак  
\*рак почки  
саркома почки

ПРИ РАКЕ ПОЧКИ ГЕМАТОГЕННЫЕ МЕТАСТАЗЫ ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЮТСЯ В

печени  
\*легких  
контралатеральной почке  
головном мозге  
костях скелета

ЛИМФОГЕННЫЕ МЕТАСТАЗЫ ПРИ РАКЕ ПОЧКИ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЮТСЯ В

средостении

\*парааортальных и паракавадных лимфоузлах

подвздошных лимфоузлах

шейных лимфоузлах

надключичных лимфоузлах

ОПУХОЛЕВЫЕ ТРОМБЫ ПРИ РАКЕ ПОЧКИ ЧИЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЮТСЯ В

почечной артерии

\*почечной и нижней полой вене

яичковой вене

паравертебральных венах

тазовых венах

ПРИ РАКЕ ПОЧКИ НАБЛЮДАЕТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

полицитемии

артериальной гипертензии

гиперпирексии

анемии

\*эозинофилии

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВАРИАНТОМ ТЕЧЕНИЯ РАННИХ СТАДИЙ РАКА ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ

боль в пояснице

\*бессимптомное течение

гематурия

анемия

субферильная температура

К ОБЩИМ СИМПТОМАМ ОПУХОЛИ ПАРЕНХИМЫ ПОЧКИ ОТНОСИТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

гиперпирексия

анемия

\*пальпируемая опухоль

потеря в весе

гиперкальциемия

ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОПУХОЛЬ ПОЧКИ ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЧИНАТЬ С

аортографии

экскреторной урографии

радиоизотопной ренографии

\*ультрасонографии

ретроградной уретеропиелографии

ПРИ УДАЛЕНИИ ПОЧКИ ПО ПОВОДУ РАКА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПЕРЕВЯЗЫВАЮТ

\*почечную артерию

почечную вену

всю почечную ножку

надпочечную артерию

яичковую вену

ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ T1-2 В ОДНОМ ИЗ ПОЛЮСОВ ЕДИНСТВЕННОЙ ПОЧКИ СЛЕДУЕТ ПРЕДПРИНЯТЬ

нефрэктомия

\*резекцию почки

наблюдение за больным

иссечение опухоли

эмболизацию сегментарной артерии

ПРИ РАКЕ ПОЧКИ С ОПУХОЛЕВЫМ ТРОМБОМ В ПОЧЕЧНОЙ ВЕНЕ ПОКАЗАНА

\*радикальная нефрэктомия

нефрэктомия без удаления тромба

эмболизация почечной артерии

все перечисленное

операция не показана

У БОЛЬНОГО 55 ЛЕТ РАК ПОЧКИ T2-3NXM0. ЕМУ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ

нефроуретерэктомию

предоперационную лучевую терапию

предоперационную химиотерапию

\*радикальную нефрэктомия

вмешательство не производить

У БОЛЬНОГО 80 ЛЕТ РАК ПОЧКИ T4NXM+. ЕМУ ВОЗМОЖНА

нефрэктомия

эмболизация почечной артерии

лучевая терапия

химиотерапия

\*наблюдение

У БОЛЬНОГО 60 ЛЕТ РАК ПОЧКИ T2NXM+. ЕМУ ВОЗМОЖНА

нефрэктомия

\*радикальная нефрэктомия, вторым этапом резекции легкого

лучевая терапия или химиотерапия

симптоматическая терапия

резекция почки

ЕСЛИ НЕТ ВОЗМОЖНОСТИ ОСТАНОВИТЬ ГЕМАТУРИЮ КОНСЕРВАТИВНЫМ ПУТЕМ ПРИ НЕОПЕРАБЕЛЬНОМ РАКЕ ПОЧКИ, ТО СЛЕДУЕТ

продолжить консервативное и симптоматическое лечение

производить частые переливания свежей крови

\*произвести эмболизацию почечной артерии

произвести нефрэктомия

произвести нефростомия

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ОПУХОЛЬЮ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 6 МЕСЯЦЕВ ДО 5 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ

светлоклеточный рак

тератома

\*опухоль Вильмса

почечноклеточный рак

саркома

НЕФРЭКТОМИЮ ПО ПОВОДУ РАКА ВЕРХНЕГО ПОЛЮСА ПРАВОЙ ПОЧКИ  
T3N+M0 НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНИТЬ ОПЕРАТИВНЫМ ДОСТУПОМ  
по Федорову  
по Нагамацу  
по Израэлю  
\*лапаротомный доступ

ЛУЧЕВУЮ ТЕРАПИЮ ПРИ РАКЕ ПОЧКИ ПОСЛЕ НЕФРЭКТОМИИ ПРИМЕНЯЮТ  
при лимфогенных метастазах  
при опухолевых тромбах в почечной вене  
всем больным после нефрэктомии  
\*не применяют

ПРИ ГЕНЕРАЛИЗИРОВАННОМ РАКЕ ПОЧКИ МОЖНО РЕКОМЕНДОВАТЬ  
СЛЕДУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ  
тестостерон  
оксипрогестерон капронат  
депо-провера  
\*провера  
все перечисленное

ГИСТОЛОГИЧЕСКИ ОПУХОЛЬ ВИЛЬМСА СОСТОИТ ИЗ  
эпителиальных клеток  
соединительных клеток  
\*недифференцированной эмбриональной опухолевой ткани  
хрящевой и мышечной ткани  
из всех выше перечисленных

ПРИ ЭМБРИОНАЛЬНОЙ ОПУХОЛИ ПОЧКИ У ДЕТЕЙ ПРИМЕНЯЮТСЯ  
хирургический метод лечения  
лучевая терапия  
лекарственная терапия  
\*комплексное хирургическое и лучевое лечение

ПРИ ОПУХОЛИ ПОЧКИ У ДЕТЕЙ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗЕН  
поясничный доступ  
трансректальный доступ  
\*трансперитонеальный доступ  
торакоабдоминальный доступ  
по Нагамацу

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОПУХОЛИ ПОЧЕЧНОЙ ЛОХАНКИ ВСТРЕЧАЮТСЯ В  
Китае  
России  
\*Югославии  
США  
Японии

ПРИ ОПУХОЛИ ПОЧЕЧНОЙ ЛОХАНКИ ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЕТСЯ  
боль  
прощупываемая почка  
\*гематурия

альбуминурия  
субфебрильная температура

В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ПОЧЕЧНОЙ ЛОХАНКИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

обзорная рентгенография почек и мочевых путей  
инфузионная урография  
\*ретроградная уретеропиелография  
радиоизотопное сканирование почек  
компьютерная томография

У БОЛЬНОГО 50 ЛЕТ ПАПИЛЛЯРНЫЙ РАК ЛОХАНКИ T<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>. ЕМУ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

нефрэктомия  
лучевая терапия  
\*нефроуретерэктомия, резекция мочевого пузыря в зоне устья мочеточника  
полихимиотерапия

У БОЛЬНОЙ 55 ЛЕТ ПАПИЛЛЯРНЫЙ РАК СРЕДНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА T<sub>2</sub>-  
T<sub>3</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>. ЕЙ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ

резекцию мочеточника с опухолью  
лучевую терапию  
химиотерапию  
\*нефроуретерэктомию с резекцией стенки мочевого пузыря  
пункционную нефростомию

ПОСЛЕ НЕФРОУРЕТЕРЭКТОМИИ С РЕЗЕКЦИЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ПАПИЛЛЯРНОМ РАКЕ НИЖНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА ПОКАЗАНЫ

лучевая терапия  
химиотерапия  
гормонотерапия  
все перечисленное  
\*диспансерное наблюдение

У БОЛЬНОГО 40 ЛЕТ РАК ВЕРХНЕГО ПОЛЮСА ПРАВОЙ ПОЧКИ T<sub>2</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>, НЕ СВЯЗАННЫЙ С ПОЧКОЙ. ЕМУ ПОКАЗАНО

нефрэктомия и адреналэктомия  
\*радикальная нефрэктомия и адреналэктомия  
нефрэктомия + лучевая терапия  
оперативное лечение не проводить (полихимиотерапия)  
лучевая терапия

К ФАКТОРАМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ ВОЗНИКНОВЕНИЮ ОПУХОЛИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ, ОТНОСЯТСЯ

курение  
нарушение иммунной реакции организма  
хронические воспалительные заболевания  
анилиновые красители  
\*все перечисленное

СРЕДИ ОПУХОЛЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ

саркома  
фиброма  
гемангиома  
\*папиллома и рак  
миома

ПО КЛАССИФИКАЦИИ TNM ДЛЯ ОПУХОЛЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ СИМВОЛ T,  
ОЗНАЧАЕТ

поверхностная инвазия эпителия

\*опухоль инфильтрирует поверхностный мышечный слой

опухоль инфильтрирует глубокий мышечный слой

опухоль инфильтрирует подэпителиальную соединительную ткань, не распространяясь на мышечную оболочку

опухоль инфильтрирует все слои пузырной стенки

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ СИМПТОМОМ ОПУХОЛИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ

гиперпирексия

дизурия

боли

\*гематурия

затрудненное мочеиспускание

В МОМЕНТ ГЕМАТУРИИ НЕОБХОДИМО НАЧАТЬ ИССЛЕДОВАНИЕ С

\*цистоскопии

экскреторной урографии

ультразвукового исследования

радиоизотопного сканирования

ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОПУХОЛЬ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ИССЛЕДОВАНИЯ  
СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С

обзорной рентгенографии мочевых путей

компьютерной томографии

\*ультразвукового исследования

экскреторной урографии

цистоскопии

ГЛУБИНУ ОПУХОЛЕВОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ СТЕНКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ  
НАИБОЛЕЕ ТОЧНО ОПРЕДЕЛЯЮТ С ПОМОЩЬЮ

наружного УЗИ

внутриполостного УЗИ

цистоскопии

\*цистографии

КТ

ТРАНСУРЕТРАЛЬНАЯ ЭЛЕКТРОРЕЗЕКЦИЯ ПОКАЗАНА ПРИ СЛЕДУЮЩИХ  
СТАДИЯХ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

\*T1

T2

T3

T4

правильно T1 и T2

ЛИМФОГЕННЫЕ МЕТАСТАЗЫ ПРИ РАКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЮТСЯ В

паракавальных лимфоузлах  
паховых лимфоузлах  
парааортальных лимфоузлах  
надключичных лимфоузлах  
\*тазовых лимфоузлах

РАДИКАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ В СТАДИИ T3N0M0 ЯВЛЯЕТСЯ

трансуретральная электрорезекция  
электрокоагуляция  
резекция мочевого пузыря  
\*цистэктомия с созданием кишечного резервуара  
химио-лучевая терапия

ПРИ РАКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ В СТАДИИ T4 ПРИМЕНЯЮТСЯ

трансуретральная электрорезекция  
электрокоагуляция  
резекция мочевого пузыря  
цистэктомия  
\*консервативное лечение

У БОЛЬНОГО РАК МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ T1N0M0, РАСПОЛОЖЕННЫЙ НА БОКОВОЙ СТЕНКЕ. ЕМУ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

лучевая терапия  
\*трансуретральная электрорезекция  
электрокоагуляция опухоли  
резекция мочевого пузыря

ПОСЛЕ ТУР ПО ПОВОДУ ПОВЕРХНОСТНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЦИСТОСКОПИЯ

1 раз в 2 года  
1 раз в 1 год  
1 раз в 6 месяцев  
\*1 раз в 3 месяца  
ежемесячно

ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМИ ФАКТОРАМИ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ОПУХОЛЕЙ ЖЕНСКОЙ УРЕТРЫ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

гормональных нарушений  
хронического уретрита  
меатостеноза  
полипа уретры  
\*ни один из перечисленных

ИЗ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ УРЕТРЫ У МУЖЧИН ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ

фиброма  
\*остроконечная кондилома  
карункулы  
полипы

папилломы

ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ДОБРОКАЧЕСТВЕННУЮ ОПУХОЛЬ ЖЕНСКОЙ УРЕТРЫ ОТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ МОЖНО ПУТЕМ

пальпации

уретроскопии

\*цитологического исследования отпечатков

\*биопсии

ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ УРЕТРЫ ПРИМЕНЯЮТ

консервативное лечение

электрокоагуляцию

\*резекцию уретры с опухолью

лучевую терапию

динамическое наблюдение

ДЛЯ ФУНКЦИИ ПОЧЕК И ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТЕН РОСТ ГИПЕРПЛАЗИРОВАННОЙ ПРОСТАТЫ

субвезикально

интравезикально

диффузно

\*субтригонально

смешанный

ОСНОВНЫМИ ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ПРОСТАТЭКТОМИИ ПРИ ДГПЖ ЯВЛЯЮТСЯ

объем предстательной железы более 90 см<sup>3</sup>

количество остаточной мочи более 100 мл

камни мочевого пузыря

макрогематурия

\*все перечисленное

ТУР ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ДГПЖ ПРИ ОБЪЕМЕ ПРОСТАТЫ

более 120 см<sup>3</sup>

объем значения не имеет

\*менее 60 см<sup>3</sup>

от 80 до 100 см<sup>3</sup>

ПОКАЗАНИЯМИ К КОНСЕРВАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ДГПЖ ЯВЛЯЕТСЯ

максимальная скорость потока мочи более 25 мл/сек

остаточная моча более 200 мл

наличие "средней" доли предстательной железы

\*выраженная ирритативная симптоматика

ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ ОБЪЕМ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ДГПЖ ДОЛЖЕН ВКЛЮЧАТЬ

пальцевое ректальное исследование

определение ПСА крови

УЗИ с определением остаточной мочи

урофлоуметрию

\*все перечисленное

У БОЛЬНОГО 65 ЛЕТ ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ГИПЕРПЛАЗИЯ ПРОСТАТЫ, ИСТИННЫЙ ДИВЕРТИКУЛ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ОБЪЕМОМ 150 СМЗ. ЕМУ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ

дивертикулэктомию и цистостомию

\*простатэктомию, дивертикулэктомию

простатэктомию, цистостомию

цистостомию

оперативное лечение не показано

У БОЛЬНОГО ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ГИПЕРПЛАЗИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ПРОФУЗНОЕ ПУЗЫРНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ, ТАМПОНАДА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ. ЕМУ НЕОБХОДИМЫ

викасол, хлористый кальций

установить катетер Фолея в мочевой пузырь

\*экстренно простатэктомия

отмывать сгустки крови по эвакуатору

троакарная цистостомия

У БОЛЬНОГО ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ГИПЕРПЛАЗИЯ ПРОСТАТЫ, ОСТРАЯ ЗАДЕРЖКА МОЧЕИСПУСКАНИЯ. ИНФАРКТ МИОКАРДА 1 СУТКИ. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ

цистостомия

троакарная цистостомия

\*катетеризация мочевого пузыря эластическим катетером

пункция капиллярная мочевого пузыря

катетеризация металлическим катетером

У БОЛЬНОГО 65 ЛЕТ МНОЖЕСТВЕННЫЕ РЕНТГЕНОНЕГАТИВНЫЕ КАМНИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ; ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ГИПЕРПЛАЗИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОБЪЕМОМ 70 СМЗ. ЕМУ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ

ударноволновую литотрипсию как первый этап лечения

\*простатэктомию, цистолитотомию

трансуретральную литотрипсию аппаратом "Урат 11"

растворение камней, впоследствии ТУР

интерстициальную лазерную коагуляцию (ILK)

У БОЛЬНОГО ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ГИПЕРПЛАЗИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ОСТРАЯ ЗАДЕРЖКА МОЧЕИСПУСКАНИЯ. КАТЕТЕРИЗАЦИЯ НЕВОЗМОЖНА ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА 37,9ЕМУ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОИЗВЕСТИ

пункцию мочевого пузыря тонкой иглой

\*троакарную (пункционную) цистостомию

операционную-цистостомию

аденомэктомию

У БОЛЬНОГО 70 ЛЕТ ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ГИПЕРПЛАЗИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ПАРАДОКСАЛЬНАЯ ИШУРИЯ. МОЧЕВИНА КРОВИ 15 ММОЛЬ/Л. ЕМУ ПОКАЗАНА

капиллярная пункция мочевого пузыря

аденомэктомия

постоянный катетер Нелатона

трансуретральная электрорезекция простате

\*троакарная (пункционная) цистостомия

ВО ВРЕМЯ ПРОФОСМОТРА У БОЛЬНОГО 55 ЛЕТ ЦАЛЬПАТОРНО  
ТРАНСРЕКТАЛЬНО ВЫЯВЛЕНО НЕБОЛЬШОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ ПРОСТАТЫ. В  
ОДНОЙ ДОЛЕ ПЛОТНЫЙ УЗЕЛ. ЕМУ ПОКАЗАНА

простатэктомия

трансуретральная электрорезекция простаты

\*исследование ПСА

\*трансректальная мультифокальная биопсия

К МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ ДГПЖ С ПОМОЩЬЮ ЛАЗЕРА ОТНОСИТСЯ ВСЕ, КРОМЕ  
визуальная лазерная абляция (VLAP)

трансуретральная лазерная простатэктомия (TULIP)

контактная лазерная вапоризация

\*микроволновая трансуретральная абляция

В ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ

рак

\*доброкачественная гиперплазия

фиброма

лейомиома

саркома

РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ ПОСЛЕ  
20 лет

30 лет

40 лет

50 лет

\*60 лет и старше

ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ДОСТОВЕРНЫЙ ДИАГНОЗ РАКА  
ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОЗВОЛЯЮТ ПОСТАВИТЬ

осмотр и пальпация наружных половых органов

пальпация предстательной железы

цитоскопия

\*биопсия предстательной железы

биопсия костного мозга

ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЛОКАЛИЗОВАННОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ  
НЕОБХОДИМЫ СЛЕДУЮЩИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, КРОМЕ

биопсия предстательной железы под ультразвуковым наведением

исследования ПСА сыворотки крови

\*радиоизотопная сцинтиграфия скелета

ТРУЗИ

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ  
ЖЕЛЕЗЫ НЕОБХОДИМЫ СЛЕДУЮЩИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, КРОМЕ

ультразвукового исследования

КТ (или МРТ) малого таза

исследования ПСА крови

\*сцинтиграфии скелета

биопсии простаты

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕОБХОДИМО ПРИМЕНИТЬ ВСЕ, КРОМЕ

ТРУЗИ + биопсии простаты

сцинтиграфии скелета

\*тазовой лимфографии

КТ (или МРТ) малого таза

рентгенографии костей таза

ДЛЯ ЛОКАЛИЗОВАННОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (СТАДИЯ T1-T2) ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ

гематурия

задержка мочеиспускания

боли в промежности

боли в крестце

\*отсутствие симптомов

ДЛЯ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ

гематурия

\*пальпируемое образование (плотный узел)

боли в промежности

боли в области крестца

ДЛЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ХАРАКТЕРНО ВСЕ, КРОМЕ

боли в костях

интоксикации

\*наличия атипичных клеток в моче

гематурии, уретроррапта

задержки мочи

ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ В БИОПТАХ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПИН ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ ПОКАЗАНО

сцинтиграфия скелета

\*повторная биопсия

полная андрогенная блокада

радикальная простатэктомия

лучевая терапия

ПРИ ДГПЖ ОБЪЕМОМ 80 СМЗ, ПСА 9 НГ/МЛ И ПИН НИЗКОЙ СТЕПЕНИ В БИОПТАХ ПРОСТАТЫ ПОКАЗАНО

повторная биопсия

динамическое наблюдение

\*простатэктомия

лечение альфа-блокаторами и ингибиторами 5-альфаредуктазы

полная андрогенная блокада

САМАЯ ВЫСОКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАБЛЮДАЕТСЯ В

\*США  
Франции  
Китае  
Великобритании  
Японии

ДЛЯ ЛОКАЛИЗОВАННОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ХАРАКТЕРНЫ  
СЛЕДУЮЩИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СВОБОДНОГО И ОБЩЕГО  
ПРОСТАТСПЕЦИФИЧЕСКОГО АНТИГЕНА (ПСА), КРОМЕ

свободный 10 нг/мл

отношение свободного к общему выше 15%

\*отношение свободного к общему ниже 15%

общий ПСА 50 нг/мл

ЧАЩЕ ВСЕГО МЕТАСТАЗЫ ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ  
ОБНАРУЖИВАЮТСЯ В

печени

легких

брюшине

\*костях

яичках

МАТЕРИАЛ ДЛЯ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ВЕРИФИКАЦИИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ  
ЖЕЛЕЗЫ ДОЛЖЕН БЫТЬ ПОЛУЧЕН ПУТЕМ

массажа предстательной железы

пункции предстательной железы и аспирации тканевого секрета

исследования осадка мочи и спермы

исследованием секрета предстательной железы

\*мультифокальной биопсией под УЗ наведением

ПРИ ЛОКАЛИЗОВАННОМ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (T1-T2) И  
ОЖИДАЕМОЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ БОЛЕЕ 10 ЛЕТ ПОКАЗАНО

криодеструкция простаты

радикальная простатэктомия

трансуретральная электрорезекция простаты

\*лучевая терапия (брахитерапия)

ИЗ ПРИВЕДЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ АНТИАНДРОГЕНАМИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

\*диэтилstilбестрола

флютамида

косадекса

андрокура

золодекса

РАДИКАЛЬНАЯ ПРОСТАТЭКТОМИЯ ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ  
ПОКАЗАНА В СТАДИИ

\*ТДМ,

\*T2NXM0

T3N0M,

T4N,M2

К ПАЛЛИАТИВНЫМ ОПЕРАЦИЯМ, ПРИМЕНЯЕМЫМ В ПОЗДНИХ СТАДИЯХ РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТНОСЯТСЯ

троакарная цистостомия

высокое сечение мочевого пузыря

трансуретральная электрорезекция

кастрация

\*все перечисленное

ПРИ НАРАСТАНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ГИДРОУРЕТЕРОНЕФРОЗЕ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В СТАДИИ T4N2M, ПОКАЗАНЫ

гемодиализ

перитониальный диализ

\*нефростомия

цистостомия

простатэктомия

ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ПО РАДИКАЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ В СТАДИИ

T4N0M0

\*T3N0M0

\*T2N0M0

T1N0M0

РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЧАЩЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ

в краниальной части предстательной железы

в каудальной части предстательной железы

вблизи семенного бугорка

\*по периферии предстательной железы под капсулой

в центральной зоне, прилежащей к уретре

ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ ВКЛЮЧАЕТ

КТ таза 1 раз в 3 месяца

ТРУЗИ 1 раз в полгода

\*ПСА через 3 месяца

сцинтиграфию скелета

рентгенографию легких через 3 месяца

ПОЛНАЯ АНДРОГЕННАЯ БЛОКАДА ПРИ РАКЕ ПРОСТАТЫ ПОКАЗАНА

при локализованном раке

после радикальной простатэктомии

\*при местнораспространенном раке

профилактически при ПИН высокой степени

КОНТРОЛЬ ЗА ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ АНДРОГЕННОЙ БЛОКАДЫ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ МЕТОДОМ

сцинтиграфии скелета

биопсией предстательной железы

\*определением ПСА крови

исследованием эякулята на атипичные клетки

определением тестостерона крови

#### КАСТРАЦИЯ ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОКАЗАНА

во всех случаях

при стадии T1-T2

после радикальной простатэктомии

\*при местнораспространенном раке

при ПИН высокой степени

#### К ГЕРМИНОГЕННЫМ ОПУХОЛЯМ ЯИЧКА ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

рака яичка

семиномы

тератобластомы

\*метастатического рака яичка

хорионэпителиомы

#### К ФАКТОРАМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ ВОЗНИКНОВЕНИЮ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧКА ОТНОСЯТСЯ

половое воздержание или половые излишества- онанизм

\*травма органов мошонки

эпидидимит на почве вирусной инфекции

\*крипторхизм

#### ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛИ ЯИЧКА НЕОБХОДИМЫ ИССЛЕДОВАНИЯ, КРОМЕ

\*тазовой артериографии

ультразвукового исследования яичек

эксцизионной биопсии

рентгенографии органов грудной клетки

компьютерной томографии

#### С ЦЕЛЬЮ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛИ ЯИЧКА НЕОБХОДИМЫ

определение альфа-фето-протеина

экскреторная урография

КТ брюшной полости

\*все перечисленное

ничего из перечисленного

#### УДАЛЕНИЕ ЗАБРЮШИННЫХ ЛИМФОУЗЛОВ ПОКАЗАНО ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМАХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧКА

семиноме

тератоме

\*эмбриональной карциноме и тератобластоме

хорионэпителиоме

#### К ХИМИО- И ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧЕК

\*семинома

хорионэпителиома

тератома

тератобластома

эмбриональная карцинома

ПРИ СЕМИНОМЕ В СТАДИИ T2N0M0 ПОКАЗАНА

операция Джекена

химиотерапия до операции

\*орхиэктомия с химиотерапией после операции

лучевая терапия до операции

операция Шевассю

ПРИ СЕМИНОМЕ В СТАДИИ T3NXM0 ПОКАЗАНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ЛЕЧЕНИЯ

дооперационная химио- и лучевая терапия

послеоперационная лучевая терапия

орхиэктомия

операция Шевассю

\*орхиэктомия, полихимиотерапия и лучевая терапия

ПРИ ЭМБРИОНАЛЬНОМ РАКЕ ЯИЧКА В СТАДИИ T2NXM0 ПОКАЗАНЫ  
СЛЕДУЮЩИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

дооперационная полихимиотерапия

орхиэктомия

\*орхиэктомия, забрюшинная лимфаденэктомия

орхиэктомия, операция Шевассю и полихимиотерапия

симптоматическое лечение

ПРИ ТЕРАТОМЕ ЯИЧКА ПОКАЗАНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ЛЕЧЕНИЯ

лучевая терапия

химиотерапия

\*орхиэктомия

комбинированное лечение - орхиэктомия, полихимио- и лучевая терапия

симптоматическая терапия

ПРИ ТЕРАТОБЛАСТОМЕ ЯИЧКА В СТАДИИ T2\_3NXM0 ПОКАЗАНЫ СЛЕДУЮЩИЕ  
ВИДЫ ЛЕЧЕНИЯ

дооперационная полихимиотерапия

дооперационная лучевая терапия

\*орхиэктомия + забрюшинная лимфаденэктомия

паховая лимфаденэктомия

У МАЛЬЧИКА 5 МЕСЯЦЕВ ДИАГНОСТИРОВАН ПАХОВЫЙ ОДНОСТОРОННИЙ  
КРИПТОРХИЗМ. ЕМУ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

ревизия пахового канала

орхиэктомия

низведение яичка в мошонку

\*консервативное лечение (хориогонадотропин)

наблюдение без лечения

У МАЛЬЧИКА 6 ЛЕТ ОБНАРУЖЕН ОДНОСТОРОННИЙ ПАХОВЫЙ КРИПТОРХИЗМ.  
ЕМУ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

хориогонадотропин, поливитамины

лечебная физкультура

\*низведение яичка

динамическое наблюдение

оперативное лечение в возрасте 14... 16 лет

У ЮНОШИ 16 ЛЕТ ВЫЯВЛЕНО ОТСУТСТВИЕ ЯИЧЕК В МОШОНКЕ И ПАХОВЫХ КАНАЛАХ. ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ НОРМАЛЬНОЕ. ЕМУ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

динамическое наблюдение

гормональная терапия (хориогонадотропин, метилтестостерон)

\*операция - ревизия брюшной полости и низведение яичка в мошонку

двухсторонняя орхиэктомия

ПРЕДРАКОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ

невирусные папилломы

лейкоплакию

кожный рог

болезнь Кейра

\*все перечисленное

УРЕТРОСКОПИЯ ПРИ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛЛОМАХ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ПОКАЗАНА ВО ВСЕХ СЛУЧАЯХ, КРОМЕ

кондилломы наружного листка крайней плоти

кондилломы внутреннего листка крайней плоти

\*кондилломы ануса

кондилломы ладьевидной ямки

ПРИ ВИРУСНЫХ ПАПИЛЛОМАХ ПРИМЕНЯЮТ СЛЕДУЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ

\*лазерная инцизия

электрокоагуляцию

антибиотики в комбинации с лучевой терапией

резекцию уретры

динамическое наблюдение

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАК ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ВСТРЕЧАЕТСЯ В СЛЕДУЮЩИХ СТРАНАХ

\*страны Юго-Восточной Азии

США, Канада

Россия

Франция, Италия

Англия

ВОЗНИКНОВЕНИЮ РАКА ПОЛОВОГО ЧЛЕНА СПОСОБСТВУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ФАКТОРЫ

хронический уретрит в том числе трихомонадной этиологии

применение противозачаточных средств

\*хронические заболевания (баланит, баланопостит, фимоз и др.)

\*вирусная кондилома и лейкоплакия

ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ МАКРОСКОПИЧЕСКИЕ ФОРМЫ РАКА ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

\*узловую

\*папиллярную и язвенную

инвазивную

аденоматозную

## К РАКУ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ОТНОСЯТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ

мезотелиома

\*плоскоклеточный неороговевающий рак

\*плоскоклеточный ороговевающий рак

гонадобластома

## ПРИ РАКЕ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ПОРАЖАЮТСЯ МЕТАСТАЗАМИ РЕГИОНАЛЬНЫЕ ЛИМФОУЗЛЫ

забрюшинные

\*паховые, подвздошные

тазовые

медиастинальные

подмышечные

## ПРИ РЕШЕНИИ ВОПРОСА ОБ АМПУТАЦИИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ПО ПОВОДУ РАКА НЕОБХОДИМО

\*биопсия дооперационная

\*цитологическое исследование

интраоперационная экспресс-биопсия

внешний вид типичного рака в виде язвы полового члена

## ПРИ РАКЕ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА В СТАДИИ T1N0M0 МОЖНО ПРИМЕНИТЬ

\*химиотерапию

\*лучевую терапию

\*обрезание крайней плоти

ампутацию полового члена и эмаскуляцию

## ПРИ РАКЕ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА В СТАДИИ T2-3N+M0 ПРИМЕНЯЮТ

химиотерапию + ампутацию полового члена

лучевую терапию + операцию Шевассю

\*ампутацию полового члена + операцию Дюкена

лучевую терапию

операцию Шевассю

## У БОЛЬНОГО РАК НАРУЖНОГО ЛИСТКА КРАЙНЕЙ ПЛОТИ T1\_2N0M0. ЕМУ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

\*циркумцизио + лучевая или химиотерапия

ампутация полового члена

химиотерапия

лучевая терапия

циркумцизио

## ПРИ БИОПСИИ ПАХОВОГО ЛИМФОУЗЛА ВЫЯВЛЕН РАК. НА ПОЛОВОМ ЧЛЕНЕ БОРОДАВЧАТОЕ НОВООБРАЗОВАНИЕ 1 СМ В ДИАМЕТРЕ. БОЛЬНОМУ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

ампутация полового члена

\*биопсия новообразования полового члена

лучевая терапия

полихимиотерапия

операция Дюкена

У БОЛЬНОГО РАК ГОЛОВКИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА T3N0M0. ЕМУ ПОКАЗАНА  
лучевая терапия  
полихимиотерапия  
\*ампутация полового члена в пределах нормальных тканей  
забрюшинная лимфаденэктомия  
операция Дюкена

У БОЛЬНОГО РАК ПОЛОВОГО ЧЛЕНА T4 (ВОВЛЕЧЕНА МОШОНКА И ЯИЧКО)  
T4N0M0. ЕМУ ПОКАЗАНЫ  
симптоматическая терапия  
\*операция - эмаскуляция, свищ - бутоньер  
ампутация полового члена  
лучевая терапия  
полихимиотерапия

ПРИ РАКЕ ГОЛОВКИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА T3N0M+ (ЛЕГКИЕ) РЕКОМЕНДУЕТСЯ  
динамическое наблюдение  
химиотерапия  
лучевая терапия  
\*ампутация полового члена + химиотерапия  
цистостомия + ампутация полового члена

ОЛИГУРИЯ У ДЕТЕЙ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ  
несахарного диабета  
хронического пиелонефрита  
\*острого гломерулонефрита  
узелкового периартериита  
туберкулеза почек

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО БОЛИ У УРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ  
ЛОКАЛИЗУЮТСЯ  
в поясничной области  
в наружном крае прямых мышц  
в надлобковой области  
в промежности  
\*во всех перечисленных областях

ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ, ОБУСЛАВЛИВАЮЩИМ РАЗВИТИЕ  
ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ НЕФРОГЕННОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ, СЛЕДУЕТ  
СЧИТАТЬ  
\*вторичное сморщивание почки  
вторичное камнеобразование  
девиация мочеточника  
ложный гидронефроз  
некротический папиллит

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПОЯВЛЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ВЫДЕЛЕНИЙ  
ИЗ МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА У РЕБЕНКА ЯВЛЯЮТСЯ  
\*гнойно-воспалительные заболевания наружных половых органов  
цистит  
наличие инородных тел  
специфический уретрит

грибковое поражение уретры

#### ОДНОСТОРОННЯЯ МАКРОГЕМАТУРИЯ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ ПАТОГНОМОНИЧНЫМ СИМПТОМОМ

при болезни Верльгофа  
при узелковом периартериите  
при остром гломерулонефрите  
при поликистозе почек  
\*при опухоли почки

#### ПРИ МАКРОГЕМАТУРИИ У ДЕТЕЙ В ЭКСТРЕННОМ ПОРЯДКЕ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

ретроградную пиелографию  
экскреторную урографию  
\*цистоскопию  
цистоуретерографию  
радиоизотопные методы

#### ГЕМОГЛОБИНУРИЯ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ РЕЗУЛЬТАТОМ

острого пиелонефрита  
острого гломерулонефрита  
некротического папиллита  
паранефрита  
\*отравления анилином

#### НЕ ТРЕБУЕТ ЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ

ренальная форма анурии  
экстраренальная форма анурии  
субренальная форма анурии  
\*физиологическая анурия новорожденных  
обтурационная форма анурии

#### НЕ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ОРГАНОВ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

\*экстраренальная форма анурии  
субренальная форма анурии  
преренальная форма анурии  
ренальная форма анурии  
аренальная форма анурии

#### КАТЕТЕРИЗАЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАННОЙ ПРИ ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКЕ МОЧИ, ВЫЗВАННОЙ

фимозом  
опухолью мочевого пузыря  
камнем уретры  
\*разрывом уретры  
камнем мочевого пузыря

#### К ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДВИЖНОСТИ ПОЧКИ У ДЕТЕЙ ПРЕДРАСПОЛАГАЮТ

похудание  
слабость связочного аппарата почки

снижение мышечного тонуса передней брюшной стенки  
диспропорциональность роста скелета и формирования фиксирующего аппарата почки  
\*все перечисленное

МЕТОД МИКЦИОННОЙ КИСТОУРЕТЕРОГРАФИИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН  
при камне задней уретры  
\*при склерозе шейки мочевого пузыря  
при гипертрофии семенного бугорка  
при стенозе уретры у девочек  
при стриктуре уретры

НАИБОЛЕЕ ОСТРОЕ НАЧАЛЬНОЕ ТЕЧЕНИЕ ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ  
ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПРОНИКНОВЕНИИ ИНФЕКЦИИ  
\*гематогенным путем  
восходящим (уриногенным путем)  
лимфогенным путем  
смешанным путем  
нейрогенным путем

В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ВТОРИЧНО СМОРЩЕННОЙ И  
ГИПОПЛАСТИЧЕСКОЙ ПОЧКИ РЕШАЮЩИМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ У  
ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ  
экскреторная урография  
ренография  
почечная ангиография  
\*динамическая радионуклеидная нефросцинтиграфия  
биопсия почки

ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ КЛАПАНА ЗАДНЕЙ УРЕТРЫ ЯВЛЯЕТСЯ  
восходящая уретрография  
инфузионная урография  
\*микционная цистоуретрография  
цистоскопия  
урофлоуметрия

ПРОИСХОЖДЕНИЕ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ ПО СОВРЕМЕННЫМ  
ВОЗЗРЕНИЯМ ОПРЕДЕЛЯЕТ  
аномалия развития органов мочевой системы  
нарушение водно-электролитного баланса  
климатический фактор  
\*полиэтиологическая теория  
эндокринные нарушения

ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ КОНКРЕМЕНТОВ ЯВЛЯЮТСЯ РЕНТГЕНОКОНТРАСТНЫМИ  
оксалаты  
\*ураты  
фосфаты  
смешанные камни  
карбонаты

НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ДЛЯ КАМНЯ УРЕТРЫ ЯВЛЯЕТСЯ  
болезненное мочеиспускание

\*острая задержка мочи  
гематурия  
пиурия  
протеинурия

#### НАИБОЛЬШАЯ ОПАСНОСТЬ ВОЗНИКНОВЕНИЯ АПОСТЕМАТОЗНОГО НЕФРИТА ВОЗНИКАЕТ

при камне верхней чашечки  
при камне лоханки  
при коралловидном камне почки  
\*при камне мочеточника  
при камне мочевого пузыря

#### НАИБОЛЬШИМ ПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ АНГИОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

снижение функции почки  
\*"немая" почка  
внутрипочечное расположение лоханки  
вторичный пиелонефрит  
выраженный гидрокаликоз

#### ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИВОДЯТ К "НЕМОЙ" ПОЧКЕ

аберрантный сосуд  
высокое отхождение мочеточника  
\*истинно врожденная форма  
стеноз прилоханочного отдела мочеточника  
клапан прилоханочного отдела мочеточника

#### ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ВСЕГДА СОПРОВОЖДАЕТСЯ ПОЛНЫМ НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ У ДЕТЕЙ

\*тотальная эписпадия  
промежностная гипоспадия  
субсимфизарная эписпадия  
клапан задней уретры  
эктопическое уретероцеле

#### НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ КЛАПАННОЙ ОБСТРУКЦИИ УРЕТРЫ ХАРАКТЕРНО В ВОЗРАСТЕ

\*новорожденные и дети грудного возраста  
1-3 лет  
3-5 лет  
7 лет  
старше 7 лет

#### ФОРМОЙ ИНФРАВЕЗИКАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ, КОТОРАЯ СОПРОВОЖДАЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛЫМИ АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ СО СТОРОНЫ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

гипертрофия семенного бугорка  
клапан задней уретры  
камень-уретры

меатостеноз

\*склероз шейки мочевого пузыря

ОПТИМАЛЬНЫМ ДОСТУПОМ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ КЛАПАНОВ ЗАДНЕЙ УРЕТРЫ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

надлобковый доступ

надлобковый доступ, с рассечением лонного сочленения

промежностный доступ

\*трансуретральный, с применением уретрорезектоскопа

трансуретральный, путем бужирования

ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ В ДИАГНОСТИКЕ КЛАПАНОВ ЗАДНЕЙ УРЕТРЫ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

цистоскопия

\*уретроскопия

микшунная цистоуретрография

микшунная иистоуретрокинематография (или телескопия)

полипозишунная инстография

СИМПТОМ КАНАЛЬНОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ПРИ ДОБАВОЧНОМ МОЧЕТОЧНИКЕ УДВОЕННОЙ ПОЧКИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН

\*для эктопии устья добавочного мочеточника у девочек

для эктопии устья добавочного мочеточника у мальчиков

при эктопическом уретероцеле

для латеральной пузырной эктопии устья

при двустороннем уретероцеле

ОПТИМАЛЬНЫМ ВОЗРАСТОМ ВЫПОЛНЕНИЯ 1-ГО ЭТАПА ПЛАСТИКИ ПО ПОВОДУ ГИПОСПАДИИ ЯВЛЯЕТСЯ

новорожденные и грудные дети

\*1-2 года

3-4 года

5-6 лет

7-10 лет

ОПТИМАЛЬНЫМ ВОЗРАСТОМ ВЫПОЛНЕНИЯ ПЛАСТИКИ УРЕТРЫ ПРИ ГИПОСПАДИИ ЯВЛЯЕТСЯ

3-5 лет

\*6-7 лет

9-10 лет

12-14 лет

13-15 лет

ОПТИМАЛЬНЫМ СРОКОМ ВЫПОЛНЕНИЯ МЕАТОТОМИИ ПРИ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1-2 года

3-5 лет

6-8 лет

\*по установлению диагноза

в пубертатном периоде

МИНИМАЛЬНЫЙ СРОК, КОТОРЫЙ НЕОБХОДИМО ВЫДЕРЖАТЬ МЕЖДУ ВЫПОЛНЕНИЕМ I-ГО И II-ГО ЭТАПОВ ПО ПОВОДУ ГИПОСПАДИИ (ПРИ УСЛОВИИ ПОЗДНЕГО ВЫПОЛНЕНИЯ I-ГО ЭТАПА), СОСТАВЛЯЕТ

До 1 месяца

До 3 месяцев

\*До 6 месяцев

До 1 года

До 2 лет

ОПТИМАЛЬНЫМ СРОКОМ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТОТАЛЬНОЙ ЭПИСПАДИИ ЯВЛЯЕТСЯ ВОЗРАСТ

До 1 года

1-3 лет

\*4-5 лет

6-8 лет

9-15 лет

ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОЙ ТРАВМЫ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ

реоренография

цистоуретерография

цистоскопия

\*экскреторная урография

полипозиционная цистография

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ТРАВМЫ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

экскреторная урография

цистоскопия

\*цистография

катетеризация мочевого пузыря

хромоцистоскопия

ПАТОГНОМИЧНЫМ СИМПТОМОМ ПОЛНОГО РАЗРЫВА УРЕТРЫ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

гематурия

пиурия

\*острая задержка мочи

дизурия

протеинурия

ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ В ДИАГНОСТИКЕ РАЗРЫВА УРЕТРЫ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

экскреторная урография

\*восходящая уретрография

цистоскопия

урофлоурометрия

цистография

АКТИВНЫЙ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫЙ РЕФЛЮКС МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЯВЛЕН

при цистоскопии  
при нисходящей цистогграфии  
\*при микционной восходящей цистоуретрографии  
при урофлоуметрии  
при цистометрии

#### ПОСТОЯННОЕ НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ В СОЧЕТАНИИ С НОРМАЛЬНЫМ АКТОМ МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРНО

для нейрогенного мочевого пузыря  
для клапана задней уретры  
для тотальной эписпадии  
\*для эктопии устья добавочного мочеточника  
для эктопического уретероцеле

#### ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО 2-Х ЛЕТ С НЕНАПРЯЖЕННОЙ ВОДЯНКОЙ ОБОЛОЧЕК ЯИЧКА ОБЪЕМОМ 50 СМ3 ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

наблюдение в динамике  
пункцию оболочек с эвакуацией жидкости  
повторные пункции с введением гидрокортизона  
\*оперативное лечение в плановом порядке  
назначение гормональных препаратов

#### У РЕБЕНКА 3-Х ЛЕТ ПАХОВАЯ ГРЫЖА В СОЧЕТАНИИ С КРИПТОРХИЗМОМ СОПРОВОЖДАЕТСЯ ВЫРАЖЕННЫМ БОЛЕВЫМ СИМПТОМОМ. ЕМУ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ

гормональную терапию  
оперативное лечение в плановом порядке  
\*неотложное оперативное лечение  
оперативное лечение в возрасте старше 5 лет  
короткий курс гормональной терапии и оперативное лечение

#### НЕНАПРЯЖЕННАЯ ВОДЯНКА ОБОЛОЧЕК ЯИЧКА У БОЛЬНОГО ДО 1,5 ЛЕТ ОБУСЛОВЛЕНА

повышенным внутриутробным давлением  
диспропорцией между кровеносной и лимфатической системами  
Травмой пахово-мошоночной области  
\*незаращением вагинального отростка  
инфекцией мочевых путей

#### НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ КРИПТОРХИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ бесплодие

\*малигнизация  
перекрут яичка  
аутоиммунные процессы с повреждением здорового яичка  
все перечисленное

#### ФЕРТИЛЬНОСТЬ БОЛЬНЫХ С ОДНОСТОРОННИМ КРИПТОРХИЗМОМ СОСТАВЛЯЕТ

100% за счет здорового яичка  
\*не превышает 60-65%  
менее 20%  
в большинстве случаев больные инфертильны

зависит от формы крипторхизма

**ФЕРТИЛЬНОСТЬ БОЛЬНЫХ С ДВУСТОРОННИМ КРИПТОРХИЗМОМ СОСТАВЛЯЕТ 100%**

больные инфертильны

\*40-60%

25-40%

не превышает 12-20%

**В ОСНОВЕ ПРИНЦИПОВ ОРХИОПЕКСИИ ЛЕЖИТ**

\*низведение яичка без натяжения его элементов

надежная фиксация яичка к мясистой оболочке

пересечение мышцы, поднимающей яичко

создание условий для постоянной тракции и вытяжения

все перечисленное

**ДЛЯ ПАХОВОЙ РЕТЕНЦИИ ЯИЧКА ХАРАКТЕРНО**

смещение яичка при пальпации в сторону бедра

\*смещение яичка по ходу пахового канала

не определяющееся при пальпации яичко

все перечисленное

ничего из перечисленного

**ДЛЯ ПАХОВОЙ ЭКТОПИИ ЯИЧКА ХАРАКТЕРНО**

яичко расположено под кожей и смещается по ходу пахового канала

\*яичко расположено под кожей и смещается к бедру

яичко не пальпируется

яичко определяется на промежности

яичко периодически самостоятельно опускается в мошонку

**ЛОЖНАЯ РЕТЕНЦИЯ ЯИЧКА ОБУСЛОВЛЕНА**

нарушением процессов опускания яичка

гормональным дисбалансом

нарушением гормональной регуляции на уровне гипофиз-гипоталамус

\*повышением кремастерных рефлексов

антенальной патологией

**ПРОТЕЗИРОВАНИЕ МОШОНКИ СИЛИКОНОВЫМИ ЭНДОПРОТЕЗАМИ**

**ПРОИЗВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ**

профилактики дисморфобических переживаний

исправления косметического дефекта

улучшения возможности социальной адаптации

профилактики психопатизации личности

\*всего перечисленного

**ДЛЯ ПЕРЕКРУТА ЯИЧКА В МОШОНКЕ ХАРАКТЕРНЫ**

постепенное начало, слабо выраженный болевой синдром

внезапное начало, затем светлый промежуток, после отек, гипермия, постепенное

нарастание отека

\*внезапное начало заболевания быстро нарастающий отек мошонки, выраженный болевой синдром, гиперемия мошонки

умеренная гиперемия и отек мошонки без болевого симптома  
симптоматика зависит от возраста

К ФАКТОРАМ, ВЫЗЫВАЮЩИМ ИЗМЕНЕНИЕ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ ПРИ  
БЕРЕМЕННОСТИ, ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

эндокринных  
\*температурных  
механических  
нейрогуморальных  
врожденных

НАРУШЕНИЯ УРОДИНАМИКИ ОТМЕЧАЮТСЯ ОБЫЧНО

с 2-4-й недели беременности  
\*с 5-6-й недели беременности  
с 7- 10-й недели беременности  
с 21-30-й недели беременности  
с 30-36-й недели беременности

ДИУРЕЗ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ У БЕРЕМЕННОЙ

\*в первом триместре  
во втором триместре  
в третьем триместре  
в первом и втором триместре  
во втором и третьем триместре

ДИУРЕЗ У БЕРЕМЕННОЙ УМЕНЬШАЕТСЯ

в первом триместре  
во втором триместре  
\*в третьем триместре  
в первом и втором триместре  
в первом и третьем триместре

МАКСИМАЛЬНОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ ЕМКОСТИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ  
СООТВЕТСТВУЕТ

1-2 месяцам беременной матки  
3-4 месяцам беременной матки  
5-6 месяцам беременной матки  
\*7-8 месяцам беременной матки  
9 месяцам беременной матки

НАИБОЛЬШЕЕ СМЕЩЕНИЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ВЫЗЫВАЕТ

ягодичное предлежание плода  
\*головное предлежание плода при глубоком стоянии головки  
поперечное предлежание плода  
головное предлежание плода при высоком стоянии головки

НОРМАЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ВОССТАНАВЛИВАЕТСЯ ПОСЛЕ  
РОДОВ

на 1-3-й неделе  
\*на 4-6-й неделе  
на 9-10-й неделе  
на 11-15-й неделе

на 16-29-й неделе

НАИБОЛЕЕ ЩАДЯЩИМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

инструментальный  
радиологический  
рентгенологический  
\*ультразвуковой  
ядерно-магнитный

НАИБОЛЬШЕЕ ВЛИЯНИЕ НА БЕРЕМЕННОСТЬ ОКАЗЫВАЕТ

удвоение мочевых путей  
поясничная дистопия почек  
\*тазовая дистопия почек  
перекрестная поясничная дистопия  
нефроптоз

ЭФФЕКТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПИЕЛОНЕФРИТА БЕРЕМЕННЫХ СПОСОБСТВУЕТ

антибиотикотерапия  
применение уроантисептиков и диуретиков  
восстановление уродинамики  
санация первичных гнойных очагов  
\*все перечисленное

ПОКАЗАНИЕМ К СРОЧНОМУ ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПИЕЛОНЕФРИТА БЕРЕМЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

олигурия  
высокая лихорадка  
уретерогидронефроз  
хроническая почечная недостаточность  
\*острый гнойный пиелонефрит

ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПОКАЗАНО

при одиночном камне лоханки почки  
при оксалатурии  
при камне чашечки почки  
при одиночном камне мочеточника (размером 13 мм)  
\*при двусторонних камнях почек и хронической почечной недостаточности

ДЛЯ восстановления оттока мочи при беременности используют следующие методы

катеризация мочеточника  
установка стента  
нефростомия  
терапия положением  
\*все перечисленное

АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ, РАЗРЕШЕННЫЕ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

\*пенициллины  
фторхинолоны  
\*цефалоспорины

## В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ МОЖНО НАЗНАЧАТЬ СЛЕДУЮЩИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

цефалоспорины  
\*пенициллины  
сульфаниламиды  
хинолоны  
нитрофураны

## АНТИБАКТЕРИАЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ БЕРЕМЕННЫХ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ

короткими курсами  
\*до нормализации клинической картины  
\*до получения двукратного отрицательного результата посева мочи  
\*до нормализации анализов мочи

## ОПТИМАЛЬНЫЕ СРОКИ ДЛЯ ПЛАНОВОГО ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

1-3 недели беременности  
4-8 недель беременности  
9-12 недель беременности  
\*14-18 недель беременности  
19-20 недель беременности

## ИЗМЕНЕНИЯ В МОЧЕВОЙ СИСТЕМЕ ПРИ ОПУХОЛЯХ ГЕНИТАЛИЙ ЗАВИСЯТ

от размеров опухоли гениталий  
от локализации опухоли гениталий  
от нейрогуморального воздействия  
от гормональных сдвигов  
\*от всего перечисленного

## ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ МИОМЕ МАТКИ АБСОЛЮТНО ПОКАЗАНО

при дизурии  
при цисталгии  
при цистите  
\*при нарушении уродинамики и частых обострениях пиелонефрита

## ВОЗМОЖНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ПОВРЕЖДЕНИЙ МОЧЕТОЧНИКОВ ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

рассечение  
перевязка  
раздавливание  
удаление терминального отдела  
\*все перечисленное

## ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЯ МОЧЕТОЧНИКА В ХОДЕ ОПЕРАЦИИ ТАКТИКА ХИРУРГА ВКЛЮЧАЕТ

деривацию мочи  
восстановление целостности мочеточника  
восстановление целостности брюшины  
дренирование забрюшинной клетчатки  
\*все перечисленное

## ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ МОЧЕТОЧНИКА ВОЗМОЖНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СПОСОБЫ ОТВЕДЕНИЯ МОЧИ

нефростомия

уретеростомия и уретерокутанеостомия

постоянный катетер мочеточниковый

стент

\*все перечисленное

## ДРЕНИРОВАНИЕ ПО БУЯЛЬСКОМУ ПОКАЗАНО

при перевязке мочеточника

при рассечении мочеточника в нижней трети без урогематомы

при резекции мочеточника в средней трети

при резекции мочеточника в нижней трети

\*при ранении мочеточника в нижней трети с урогематомой таза

## ОПТИМАЛЬНЫМ ВАРИАНТОМ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РАНЕНИИ МОЧЕТОЧНИКА В НИЖНЕЙ ТРЕТИ И МОЧЕВОЙ ФЛЕГМОНЕ ЯВЛЯЕТСЯ

\*нефростомия

уретрокутанеостомия

анастомоз концов мочеточника

\*широкое дренирование парауретеральной клетчатки

## ОПЕРАЦИЕЙ ВЫБОРА НА 5-Й ДЕНЬ ПОСЛЕ ПЕРЕВЯЗКИ МОЧЕТОЧНИКА, ОСЛОЖНИВШЕЙСЯ ОСТРЫМ СЕРОЗНЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ, ЯВЛЯЕТСЯ

Снятие лигатуры

уретроцистоанастомоз

\*перкутанная нефростомия

пиелостомия

нефростомия открытая

## ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ МОЧЕТОЧНИКА В НИЖНЕЙ ТРЕТИ У БОЛЬНОЙ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ РАКА МАТКИ IV СТАДИИ ПОКАЗАНЫ

уретероуретероанастомоз

нефростомия

пиелостомия

\*уретерокутанеостомия

перевязка мочеточника

## НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОВРЕЖДАЕТСЯ ПРИ ТРАНСПЕРИТОНЕАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ

передняя стенка мочевого пузыря

боковые стенки мочевого пузыря

\*задняя стенка мочевого пузыря

треугольник Льео мочевого пузыря

шейка пузыря

## ПРИ ИЗОЛИРОВАННОМ ПОВРЕЖДЕНИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ НЕОБХОДИМЫ

\*ушивание дефекта

цистостомия

\*дренирование катетером Фолея

ПРИ ОДНОВРЕМЕННОМ ПОВРЕЖДЕНИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И НИЖНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА НЕОБХОДИМО ВСЕ, КРОМЕ

- \*анастомоза концов мочеоточника
- уретероцистоанастомоза
- ушивания дефекта мочевого пузыря
- цистостомии
- дренирования околочеточниковой клетчатки

ПРИ ОБШИРНОМ РАНЕНИИ УРЕТРЫ У ЖЕНЩИН НЕОБХОДИМЫ

- \*раздельное ушивание уретры и вагины
- катетер Фолея
- \*цистостома

ДИАГНОСТИКА ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНОГО СВИЩА ОСНОВЫВАЕТСЯ НА ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННОМ, КРОМЕ

- \*экскреторной урографии
- цистографии
- вагинографии
- цистоскопии
- осмотра влагалища в зеркалах

ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНОГО СВИЩА ЯВЛЯЕТСЯ

- дизурия
- неудержание мочи
- недержание мочи
- \*подтекание мочи во влагалище
- менструация через мочевого пузырь

ПОКАЗАНИЕМ К ВЛАГАЛИЩНОМУ ДОСТУПУ ПРИ ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНОМ СВИЩЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- свищ в зоне устьев мочеоточников
- свищ ниже межмочеоточниковой складки
- свищ в зоне верхушки мочевого пузыря
- \*пузырно-влагалищный свищ в сочетании с уретро-влагалищным
- пузырно-влагалищный свищ и сужение мочеоточника в нижней трети

ПОКАЗАНИЕМ к пузырному доступу при пузырно-влагалищном свище является

- \*свищ в зоне устьев мочеоточников
- свищ ниже межмочеоточниковой складки
- пузырно-влагалищный свищ в сочетании с уретро-влагалищным
- пузырно-влагалищный свищ в сочетании с влагалищно-ректальным

ПОКАЗАНИЕМ К ТРАНСПЕРИТОНЕАЛЬНОМУ ДОСТУПУ ПРИ ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНОМ СВИЩЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- \*свищ в зоне устьев мочеоточников
- свищ выше межмочеоточниковой складки
- свищ выше межмочеоточниковой складки в сочетании с малой емкостью мочевого пузыря
- пузырно-влагалищный и уретро-влагалищным свищи
- пузырно-влагалищно-ректальный свищ

ОСНОВНОЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ УРЕТРО-ВЛАГАЛИЩНОГО СВИЩА

экскреторная урография  
цистоскопия  
цистография  
вагинография  
\*осмотр влагалища в зеркалах

#### КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ МОЧЕТОЧНИКОВО-ВЛАГАЛИЩНОГО СВИЩА ЯВЛЯЕТСЯ

\*постоянное выделение мочи из влагалища  
недержание мочи  
\*боли в области почки

#### МЕТОДАМ И ДИАГНОСТИКИ МОЧЕТОЧНИКОВО-ВЛАГАЛИЩНОГО СВИЩА ЯВЛЯЕТСЯ

цистоскопия  
цистография  
\*экскреторная урография и вагинография  
\*ретроградная уретрография

#### НЕФРЭКТОМИЯ ПРИ МОЧЕТОЧНИКОВО-ВЛАГАЛИЩНОМ СВИЩЕ ПОКАЗАНА

при удовлетворительной функции пораженной почки  
\*при нефункционирующей почке  
при хронической почечной недостаточности  
при хроническом пиелонефрите

#### ПОКАЗАНИЯМИ К УРЕТЕРОПИСТОАНАСТОМОЗУ ЯВЛЯЮТСЯ

\*свищ нижней трети мочеточника при удовлетворительной функции почки  
свищ средней трети мочеточника  
не функционирующая почка  
микроцистис

#### ОПЕРАЦИЯ БОАРИ ПОКАЗАНА

\*при облитерации нижней трети мочеточника  
\*при наружном свище на границе средней и нижней трети мочеточника  
при нефункционирующей почке  
при малой емкости мочевого пузыря

#### ОСНОВНОЙ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ

цисталгия  
цистит  
уретрит  
\*родовая травма  
вульвовагинит

#### ПРИЧИНАМИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

патологических родов  
многократных родов  
физического перенапряжения

послеоперационной травмы

\*хронический цистит

СПОСОБСТВУЕТ ВОЗНИКНОВЕНИЮ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ

врожденная неполноценность тканей тазового дна

нейрогенные причины

недостаточность эстрогенных гормонов

хронический цистит

\*все перечисленное

НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМИ ПРИЗНАКАМИ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

укорочения функциональной длины уретры

снижения максимального внутриуретрального давления

\*повышения внутриуретрального давления

значительного превышения внутрипузырного давления над внутриуретральным во время напряжения

снижение максимального внутрипузырного давления

НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМИ ПРИЗНАКАМИ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ЯВЛЯЮТСЯ

увеличение максимальной скорости потока мочи

\*укорочение времени мочеиспускания

увеличение времени мочеиспускания

\*уменьшение объема выделяемой порции мочи

НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ

с эктопией мочеоточника

с пузырно-влагалищным свищем

с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря

с мочеоточниково-влагалищным свищем

\*со всем перечисленным

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА ПРИ НЕДЕРЖАНИИ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ НАПРАВЛЕНА НА УКРЕПЛЕНИЕ

\*мышц тазового дна и промежности

\*сфинктеров мочевого пузыря и прямой кишки

мышц диафрагмы

ПОКАЗАНИЯМИ К ПЕРЕДНЕЙ КОЛЬПОРАФИИ ЯВЛЯЮТСЯ

выраженное уетроцеле

цистоцеле

увеличение заднего пузырно-уретрального угла свыше 120 градусов

\*все перечисленное

ОПЕРАЦИЯ ПЕТЛЕВОЙ ПЛАСТИКИ ПРИ НЕДЕРЖАНИИ МОЧИ НАПРАВЛЕНА НА

удлинение уретры

коррекцию заднего пузырно-уретрального угла

уменьшение угла наклона уретры к лобковому симфизу при одновременном

приподнимании шейки мочевого пузыря

\*все перечисленное

ПОДГОТОВКА К ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ВКЛЮЧАЕТ

- \*комплексное урологическое, гинекологическое и неврологическое обследование
- \*тщательную подготовку мочеполовых органов и санацию кожи промежности

подготовку кишечника

ВОЗМОЖНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- \*задержка мочеиспускания
- \*цистит

острый пиелонефрит

ПРИ ПАРАУРЕТРАЛЬНОЙ КИСТЕ РАЗМЕРОМ 5 СМ БЕЗ НАГНОЕНИЯ ПОКАЗАНА Пункция кисты

- \*операция - иссечение кисты трансвагинально

электрокоагуляция кисты  
установка в кисту постоянного катетера-ирригатора  
выписка под наблюдение уролога, гинеколога

ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ МАТКИ ЧЕРЕЗ 12 ДНЕЙ СФОРМИРОВАЛСЯ МАЧЕТОЧНИКОВО-ВЛАГАЛИЩНЫЙ СВИЩ. БОЛЬНОЙ ПОКАЗАНО срочно уретероцистонеостомия или операция Боари

- \*нефростомия

уретрокутанеостомия  
уретроцистонеостомия или операция Боари через 3-4 мес.  
уретроцистонеостомия или операция Боари через 6-8 мес.

ВО ВРЕМЯ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ С БОЛЬШОЙ КРОВОПОТЕРЕЙ У БОЛЬНОЙ ПРОШИТЫ ОБА МОЧЕТОЧНИКА, РАЗВИЛАСЬ АНУРИЯ. ЕЙ ПОКАЗАНО

ревизия раны, снятие швов с мочеточников  
уретрокутанеостомия с одной или двух сторон

- \*пункционная с одной стороны

уретроцистонеостомия или операция Боари  
продолжение консервативного лечения

ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ С ПРОРАСТАНИЕМ В МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ, МАКРОГЕМАТУРИЕЙ, АНЕМИЕЙ, ДВУСТОРОННЕМ ГИДРОУРЕТЕРОНЕФРОЗЕ СЛЕДУЕТ

продолжать гемостатическую терапию  
цистостомия

- \*уретрокутанеостомия, перевязка внутренних подвздошных артерий

перевязка внутренних подвздошных артерий, цистостомия  
введение в мочево́й пузырь эпсилонаминокапроновой кислоты, 3% раствора формалина

У БОЛЬНОЙ 40 ЛЕТ ПОДЛЕЖАЩАЯ УДАЛЕНИЮ МАТКА ПО ПОВОДУ МИОМЫ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ, КАМЕНЬ ЛОХАНКИ ПОЧКИ 30X30 ММ, ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ. ЕЙ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ

ампутацию матки  
пиелолитотомию

- \*ампутацию матки и пиелолитотомию одномоментно

пункционную нефростомия

У БОЛЬНОЙ 30 ЛЕТ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ОБЛИТЕРИРОВАН  
МОЧЕТОЧНИК В НИЖНЕЙ ТРЕТИ НА ПРОТЯЖЕНИИ 7 СМ, В ДАЛЬНЕЙШЕМ ЕЙ  
ПОКАЗАНО

уретероцистонеостомия  
нефрэктомия  
уретерокутанеостомия  
\*операция Боари  
уретеросигмостомия

КАКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК ЧАЩЕ НАБЛЮДАЮТСЯ В МИРНОЕ ВРЕМЯ

открытые  
\*Закрытые  
сочетанные  
ятрогенные  
одинаково часто любые из перечисленных

МЕХАНИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ НА

открытые  
закрытые  
изолированные  
сочетанные  
\*правильно все

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИЗ ПРЕДЛОЖЕННЫХ МЕТОДОВ ПРИ ТРАВМЕ  
ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ

хромоцистоскопия  
абдоминальная аортография  
экскреторная урография  
\*УЗИ  
нефросцинтиграфия

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ТРАВМЕ ПОЧКИ ВКЛЮЧАЕТ

постельный режим до 2 недель  
гемостатическую терапию  
\*десенсибилизирующую терапию  
антибактериальную терапию

ПРИ ТРАВМЕ ПОЧКИ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕ ПОКАЗАНО ПРИ

размозжении почки  
проникающем ранении почки  
отрыве почки  
\*субкапсулярной гематоме объемом 70 см<sup>3</sup>  
паранефральной гематоме объемом 300 см<sup>3</sup>

ПЕРЕКРЫТЬ ПОЧЕЧНЫЙ КРОВОТОК НА 20 МИН ПРИ РЕЗЕКЦИИ ПОЧКИ ПО  
ПОВОДУ РАЗРЫВА

допустимо при перфузии сосудов  
допустимо в условиях гипотермии  
допустимо при предварительном введении трентала, венору-тона, гепарина, лазикса  
\*допустимо при всем перечисленном  
недопустимо

ПРИ РАЗРЫВЕ ПОЧКИ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ЧАШЕЧНО-ЛОХАНОЧНОЙ СИСТЕМЫ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩУЮ ОПЕРАЦИЮ НЕОБХОДИМО ЗАКОНЧИТЬ

- \*нефростомией
- пиелостомией
- без дренирования лоханки
- интубацией мочеточника
- кольцевым дренированием лоханки

ПРИЧИНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПОСЛЕ ТРАВМЫ ПОЧКИ МОЖЕТ ЯВИТЬСЯ ВСЕ, КРОМЕ

- гематома в области ворот почки, имбибирующая клетчатку почечного синуса
- "целлофановая" почка - сдавление почечной паренхимы, организовавшейся околопочечной или субкапсулярной гематомой
- нефросклероз
- \*посттравматическая киста почки объемом 30 смЗ

ПОСЛЕ ТРАВМЫ ПОЧКИ ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ ВСЕГО ПЕРЕЧИСЛЕННОГО, КРОМЕ

- нефролитиаза
- гидронефроза
- сморщенной почки
- \*опухоли
- гнойного пиелонефрита

ПРИ КОМБИНИРОВАННЫХ РАНЕНИЯХ ПОЧКИ ЛЕЧЕНИЕ НЕОБХОДИМО НАЧИНАТЬ С ОПЕРАЦИИ

- лапаротомии
- люмботомии
- нефрэктомии
- нефростомии
- ушивания разрыва почки

ПОВРЕЖДЕНИЯ МОЧЕТОЧНИКА ВСТРЕЧАЮТСЯ ВО ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СЛУЧАЯХ, КРОМЕ

- \*тупой травмы поясничной области
- инструментальных исследований
- попытки извлечения камня петлей
- гинекологических операций
- дистанционной литотрипсии

В АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ МОЧЕТОЧНИКА НАБЛЮДАЮТСЯ ЧАЩЕ ВСЕГО

- одновременно обоих мочеточников
- \*в нижней трети
- в средней трети
- в сочетании с травмой мочевого пузыря
- в верхней трети

ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПЕРЕВЯЗКУ МОЧЕТОЧНИКА ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ, ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА НУЖНО ПРОИЗВЕСТИ

- обзорную рентгенографию почек и мочевых путей
- экскреторную урографию

УЗИ почек

\*хромосцистоскопию и катетеризацию мочеточников

ВЫЯВЛЕНА ЯТРОГЕННАЯ ОБСТРУКЦИЯ МОЧЕТОЧНИКА СПУСТЯ 24 ЧАСА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ. ВАШИ ДЕЙСТВИЯ

\*ЧПНС

пиелостомия

интубация мочеточника

ревизия раны, первичная пластика мочеточника

ПРИЧИНА ВНУТРИБРЮШИННОГО РАЗРЫВА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ТУПОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА

пустой мочевой пузырь

воспаленный мочевой пузырь

\*наполненный мочевой пузырь

атрофия стенки мочевого пузыря

СИМПТОМАМИ ВНУТРИБРЮШНОЙ ТРАВМЫ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

отсутствие в течение длительного периода мочеиспускания и позывов к нему

тимпанический звук над лоном при перкуссии передней брюшной стенки

\*пальпируемый над лоном переполненный мочевой пузырь

напряжение мышц передней брюшной стенки, отечность передней брюшной стенки

ПРИ ВНЕБРЮШИННОЙ ТРАВМЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМИ ИССЛЕДОВАНИЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ

\*ретроградная цистография

уретрография

цистоскопия

пневмоцистография

обзорная урография

СИМПТОМАМИ ВНЕБРЮШИННОГО РАЗРЫВА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЮТСЯ

наличие рентгеноконтрастной жидкости в брюшной полости при цистографии

симптом "Ваньки-Встаньки"

\*пастозность тканей над предстательной железой при пальцевом ректальном

исследовании и притупление перкуторного звука в надлобковой области без четких границ

одномоментное выделение большого количества жидкости (до 2 литров и более) при катетеризации мочевого пузыря

НЕОБХОДИМЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ВНЕБРЮШИННЫЙ РАЗРЫВ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ

экскреторная урография

катетеризация мочевого пузыря

\*восходящая цистография

проба Зельдовича

КОЛИЧЕСТВО ВВОДИМОЙ В МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ РЕНТГЕНОКОНТРАСТНОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ЦИСТОГРАФИИ ПО ПОВОДУ ТРАВМЫ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ДОЛЖНО БЫТЬ НЕ МЕНЬШЕ

10-20 мл  
30-50 мл  
100-200 мл  
\*200-300 мл  
380-400 мл

#### ПРИ ВНУТРИБРЮШИННОЙ ТРАВМЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНИТЬ

лед на живот  
антибактериальные средства  
постоянный уретральный катетер  
дренирование малого таза через запирательное отверстие  
\*лапаротомию и ушивание разрыва мочевого пузыря

#### САМОСТОЯТЕЛЬНОЕ МОЧЕИСПУСКАНИЕ ПРИ ВНУТРИБРЮШНОЙ ТРАВМЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ МОЖЕТ БЫТЬ СЛЕДСТВИЕМ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЧИН, КРОМЕ

\*сокращением мышечной стенки мочевого пузыря  
тампонады дефекта стенки мочевого пузыря петлями кишечника  
тампонады дефекта стенки мочевого пузыря сальником  
тампонады дефекта стенки мочевого пузыря сгустком крови

#### КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ТРАВМОЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ВОЗМОЖНО ПРИ

неполном разрыве мочевого пузыря  
флегмоне забрюшинной клетчатки и неполном разрыве мочевого пузыря  
\*разрыве слизистой мочевого пузыря  
разрыве внебрюшинной части мочевого пузыря на протяжении 1-2 см  
разрыве внутрибрюшинной части мочевого пузыря на протяжении 1-2 см

#### К ОСОБЕННОСТЯМ ПЕРИТОНИТА ПРИ ВНУТРИБРЮШИННОЙ ТРАВМЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ОТНОСИТСЯ

резкая выраженность симптомов раздражения брюшины  
тошнота, рвота  
выраженный метеоризм  
высокая температура тела  
\*длительное отсутствие симптомов раздражения брюшины

#### ПРИ ТРАВМЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ДЛЯ УШИВАНИЯ ДЕФЕКТА НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗЕН

однорядный шов кетгутом  
\*двухрядный шов рассасывающимся материалом  
трехрядный шов кетгутом  
двухрядный шов шелком

#### ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ВИДОМ ДРЕНИРОВАНИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ЕГО ТРАВМЕ У МУЖЧИН ЯВЛЯЕТСЯ

самостоятельное мочеиспускание  
постоянный катетер  
катетеризация мочевого пузыря 2-3 раза в сутки  
\*цистостомия  
установка кольцевого дренажа

## ДРЕНИРОВАНИЕ МАЛОГО ТАЗА ПО МЕТОДУ БУЯЛЬСКОГО-МАК-УОРТЕРА НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАНО ПРИ

изолированной внутрибрюшной травме мочевого пузыря  
внутрибрюшной травме мочевого пузыря и большой забрюшинной гематоме  
внебрюшинном разрыве мочевого пузыря и обширной гематоме  
полном отрыве шейки мочевого пузыря от уретры  
\*внебрюшинной травме мочевого пузыря и нагноении паравезикальной и тазовой клетчатки

## ПЕРФОРИРОВАТЬ МЕМБРАНУ ЗАПИРАТЕЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ ПРИ ДРЕНИРОВАНИИ МАЛОГО ТАЗА ПО МЕТОДУ БУЯЛЬСКОГО-МАК-УОРТЕРА СЛЕДУЕТ В

\*верхнемедиальной части  
нижнемедиальной части  
верхнелатеральной части  
нижнелатеральной части  
в любой из приведенных выше

## ОСНОВНЫМИ СИМПТОМАМИ ТРАВМ УРЕТРЫ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

\*макрогематурии  
уретроррагии  
задержки мочеиспускания  
промежностной гематомы

## ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ КАТЕТЕРИЗАЦИЯ ПРИ ТРАВМЕ УРЕТРЫ

целесообразна  
\*нецелесообразна  
обязательна  
только металлическим катетером  
только эластичным катетером

## ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ТРАВМ УРЕТРЫ ЯВЛЯЕТСЯ

экскреторная урография  
нисходящая цистоуретрография  
\*восходящая уретроцистография  
пневмоцистография  
все перечисленное

## ПЕРВИЧНЫЙ ШОВ УРЕТРЫ В РАННИЕ СРОКИ ПОСЛЕ ТРАВМЫ ПОКАЗАН ПРИ ОБШИРНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ УРЕТРЫ

значительном расхождении концов уретры и обширной гематоме  
\*полном разрыве уретры, отсутствии гематомы промежности  
то же, что и "В" + множественные переломы костей таза  
при непроникающих разрывах уретры

## ОСНОВНЫМ ВИДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ИЗОЛИРОВАННОМ РАЗРЫВЕ УРЕТРЫ В ПОЗДНИЕ СРОКИ ЯВЛЯЕТСЯ

\*цистостомия  
установка постоянного катетера  
цистостомия + дренирование малого таза  
цистостомия + дренирование через промежность урогематомы

цистостомия + дренирование через промежность урогематомы и проведение по уретре постоянного катетера

ОСНОВНЫМ ВИДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РАЗРЫВЕ УРЕТРЫ И ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ТАЗА ЯВЛЯЕТСЯ

первичный шов уретры

\*цистостомия + дренирование урогематомы таза

первичный шов уретры + дренирование урогематомы таза

цистостомия

постоянный катетер + дренирование урогематомы

К РАННИМ ОСЛОЖНЕНИЯ ТРАВМЫ УРЕТРЫ ОТНОСЯТСЯ

\*мочевые затеки таза и промежности

стриктура уретры, мочевые свищи

флебиты таза и промежности, уросепсис

\*кровотечение

УРЕТРОРРАГИЯ ПРИ ТРАВМЕ УРЕТРЫ МОЖЕТ ПРИНЯТЬ УГРОЖАЮЩИЙ ХАРАКТЕР В СЛУЧАЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ

слизистой уретры

\*пещеристых тел

предстательной железы

интерстиции уретры

ПРИ СТРИКТУРЕ УРЕТРЫ ДЛИНОЙ 5-10 ММ ПОКАЗАНО

пластика уретры

бужирование

\*Внутренняя оптическая уретротомия

медикаментозно (алоэ, лидаза)

бужирование и медикаментозное лечение

ОПЕРАЦИЯ ПО ХОЛЬЦОВУ ПОКАЗАНА ПРИ

стриктура мембранозного отдела уретры 5 мм.

множественные стриктуры уретры

стриктура висячего отдела

\*стриктура задней уретры длиной 2-3см

ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА УРЕТРЕ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРИКТУРАХ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНЯТЬ ЧЕРЕЗ

2 месяца

3 месяца

4 месяца

5 месяцев

\*6 месяцев

ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПЕРЕЛОМА ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

деформация

гематома в подкожной клетчатке

повреждение кавернозных тел

острая боль

\*отек крайней плоти

ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПОВРЕЖДЕНИЯ УРЕТРЫ ПРИ ТРАВМЕ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ЯВЛЯЕТСЯ

рези при мочеиспускании

задержка мочи

\*уретроррагия

вялая струя мочи

характерных признаков нет

ДИАГНОЗ "ПЕРЕЛОМА" ПОЛОВОГО ЧЛЕНА УСТАНОВЛИВАЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ

\*выяснения обстоятельств травмы

ультразвукового исследования

уретрографии

\*осмотра полового члена

ЛЕЧЕНИЕ "ПЕРЕЛОМА" ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

\*оперативное лечение

консервативное лечение (холод, гемостатические средства, бромиды)

эпицистостомия

пункция и дренирование кавернозных тел

ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ АМПУТАЦИИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ЛЕЧЕНИЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

наложение жгута

цитировании дорзальных и глубоких артерий

ушивание краев белочной оболочки

эпицистостомия

\*реимплантация полового члена

ПОСЛЕ УШИБА ЯИЧКА ВОЗМОЖНО ВОЗНИКНОВЕНИЕ

атрофии яичка

инфаркта яичка

хронического болевого симптома

злокачественного перерождения

\*всего перечисленного

К ЗАКРЫТЫМ ВНУТРЕННИМ ВЫВИХАМ ЯИЧКА СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ

вывихи в паховый канал

вывихи в бедренный канал

интраабдоминальный вывих

вертлужный вывих

\*все перечисленное

БЕСКРОВОЕ ВПРАВЛЕНИЕ ВЫВИХА ЯИЧКА ВОЗМОЖНО НЕ ПОЗДНЕЕ

\*первых 3 часов

первых 12 часов

первых суток

первых 2 суток

первых 3 суток

У БОЛЬНОЙ ИЗОЛИРОВАННОЕ, ПРИСТЕНОЧНОЕ НОЖЕВОЕ РАНЕНИЕ МОЧЕТОЧНИКА МЕНЕЕ 6 ЧАСОВ НАЗАД. БОЛЬНОЙ ПОКАЗАНО

катетеризация мочеочника

операционная нефростомия

пункционная нефростомия

ревизия и ушивание мочеочника, нефростомия

\*установка стента в мочеочник + первичная хирургическая обработка раны

У БОЛЬНОГО ТРАВМА МОЧЕТОЧНИКА ЗА 48 ЧАСОВ ДО ПОСТУПЛЕНИЯ, УРОГЕМАТОМА. БОЛЬНОМУ ПОКАЗАНО

нефростомия

катетеризация мочеочника

установка стента

\*оперативное лечение

пункционная нефростомия

У БОЛЬНОГО РАЗВИЛСЯ УРЕТРОРЕКТАЛЬНЫЙ СВИЩ ПОСЛЕ АБСЦЕССА ПРОСТАТЫ, СУЩЕСТВУЮЩИЙ В ТЕЧЕНИЕ 10 МЕСЯЦЕВ. ЕМУ ЦЕЛЕСООБРАЗНО

произвести цистостомию как первый этап

наложить противоестественный анус

проводить заживление свища на постоянном катетере

\*произвести пластику уретроректального-свищапромежностным доступом с цистостомией

произвести трансректальную электрокоагуляцию свища на постоянном катетере

У БОЛЬНОГО УШИБ МОШОНКИ, ОБШИРНАЯ ГЕМАТОМА. ЕМУ ЦЕЛЕСООБРАЗНО консервативное лечение, суспензорий

пункция гематомы

\*оперативное лечение, удаление гематомы и дренирование

антибиотики в амбулаторных условиях

ПРИ КАМНЕ ИНТРАМУРАЛЬНОГО ОТДЕЛА МОЧЕТОЧНИКА, НАРУШАЮЩЕГО УРОДИНАМИКУ, БОЛИ НОСЯТ ХАРАКТЕР

ноющих

тупых

острых

\*приступообразных острых

ппостоянных ноющих

ПРИ КАМНЕ ИНТРАМУРАЛЬНОГО ОТДЕЛА МОЧЕТОЧНИКА НАРУШАЮЩЕГО УРОДИНАМИКУ, ЛОКАЛИЗАЦИЯ И ИРРАДИАЦИЯ БОЛЕЙ

поясничная область без иррадиации

подреберье с иррадиацией под лопатку

боковые отделы живота с иррадиацией в поясничную область

паховая область с иррадиацией в бедро

\*поясничная область с иррадиацией в паховую область, внутреннюю поверхность бедра и половые органы

ПРИ ОСТРОМ ПАРЕНХИМАТОЗНОМ ПРОСТАТИТЕ БОЛИ

Постоянные ноющие

Приступообразные

\*Интенсивные, вплоть до пульсирующих

тупые  
острые

ПРИ ОСТРОМ ПАРЕНХИМАТОЗНОМ ПРОСТАТИТЕ БОЛИ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ  
над лоном  
в поясничной области  
в пояснично-крестцовом отделе позвоночника  
\*в промежности и крестце  
в промежности

ДИЗУРИЯ - ЭТО  
частое мочеиспускание  
\*частое, болезненное мочеиспускание  
\*затрудненное мочеиспускание  
болезненное мочеиспускание

ДИЗУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, КРОМЕ  
туберкулеза  
ДГ предстательной железы  
\*опухоли почки  
цистита  
мочекаменной болезни

ДИЗУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, КРОМЕ  
камня мочеточника  
опухоли мочевого пузыря  
камня мочевого пузыря  
цистита  
\*опухоли мочеточника

СТРАНГУРИЯ - ЭТО  
\*затрудненное мочеиспускание по каплям  
\*мочеиспускание, сопровождающееся болью  
частое мочеиспускание

СТРАНГУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ  
КРОМЕ  
инородных тел уретры  
камня мочевого пузыря  
\*камня мочеточника  
острого простатита  
ДГ предстательной железы

СТРАНГУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ  
раке предстательной железы  
интерстициальном цистите  
выраженном фимозе  
частичном повреждении уретры  
\*всем перечисленным

НИКТУРИЯ - ЭТО  
увеличение количества мочи, выделяемого в ночной период времени

учащение ночного мочеиспускания

\*перемещение основного диуреза с дневных часов на ночные  
дневная олигурия

НИКТУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ,  
КРОМЕ

сердечной недостаточности

\*сахарного диабета

хронической почечной недостаточности

хронического гломерулонефрита

ДГ предстательной железы

ПОЛЛАКИУРИЯ - ЭТО

увеличение диуреза

\*учащение мочеиспускания дневного и ночного

учащение ночного мочеиспускания

учащение дневного мочеиспускания

увеличение ночного диуреза

ПОЛЛАКИУРИЯ НЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

цистопеле

\*камне в/з мочеточника

неврастении

истерии

раке предстательной железы

ПОЛЛАКИУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ,  
КРОМЕ

туберкулеза мочевого пузыря

цисталгии

камня мочевого пузыря

\*опухоли почки

опухоли мочевого пузыря

ОЛИГУРИЯ - ЭТО

запаздывающее мочеотделение

редкое мочеиспускание

\*уменьшение количества мочи

увеличение количества мочи

количество мочи менее 300 мл в сутки

ОЛИГУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ,  
КРОМЕ

микседемы

гломерулонефрита

сердечной недостаточности

\*опухоли почки

обильной рвоты

ОЛИГУРИЯ не встречается при

сердечной недостаточности

поражении вегетативных центров водно-солевого обмена

остром пиелонефрите  
хроническом пиелонефрите  
\*сахарном диабете

#### СЕКРЕТОРНАЯ АНУРИЯ - ЭТО

отсутствие мочи в мочевом пузыре  
\*отсутствие выделения мочи почками  
отсутствие самостоятельного мочеиспускания  
невозможность самостоятельного опорожнения мочевого пузыря

#### РЕНОПРИВНАЯ АНУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

\*аплазии почек  
отсутствии мочи в первые 24 часа жизни новорожденного  
\*удалении единственной почки

#### ПРЕРЕНАЛЬНАЯ АНУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

\*сердечной недостаточности  
отравлении ядами и лекарственными препаратами  
\*обильных кровопотерях

#### РЕНАЛЬНАЯ АНУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

\*хроническом пиелонефрите  
\*хроническом гломерулонефрите  
тромбозе или эмболии почечных сосудов

#### ПОЛИУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

острой почечной недостаточности  
хронической почечной недостаточности  
сахарном диабете  
анальевых нефропатиях  
\*всем перечисленном

#### ПОЛИУРИЯ НЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННОМ, КРОМЕ

после аллотрансплантации почки  
при туберкулезе почки  
\*после ликвидации препятствия в мочевых путях  
поражения межуточной доли гипофиза  
коралловидного камня почки

#### ЗАДЕРЖКА МОЧЕИСПУСКАНИЯ - ЭТО

отсутствие выделения мочи почками  
\*невозможность самостоятельного опорожнения мочевого пузыря  
отсутствие мочи в мочевом пузыре при его катетеризации  
отсутствие самостоятельного мочеиспускания в горизонтальном положении  
парадоксальная ишурия

#### ЗАДЕРЖКА МОЧЕИСПУСКАНИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННОМ, КРОМЕ

атрезии наружного отверстия уретры  
нейрогенной дисфункции мочевого пузыря  
\*обтурации мочеточников  
ДГ предстательной железы

рака предстательной железы

**ЗАДЕРЖКА МОЧЕИСПУСКАНИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННОМ, КРОМЕ**

рака предстательной железы

\*острой почечной недостаточности

стриктуры уретры

камня уретры

фимоза

**ПАРАДОКСАЛЬНАЯ ИШУРИЯ ЭТО**

невозможность самостоятельного мочеиспускания

хроническая задержка мочеиспускания

\*сочетание задержки мочеиспускания с недержанием мочи

недержание мочи

сочетание задержки мочеиспускания с неудержанием мочи

**НЕУДЕРЖАНИЕ МОЧИ - ЭТО**

непроизвольное выделение мочи без позыва

императивные позывы к мочеиспусканию

\*непроизвольное выделение мочи в результате императивного позыва

непроизвольное выделение мочи

непроизвольное выделение мочи в вертикальном положении

**НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ - ЭТО**

непроизвольное выделение мочи

непроизвольное выделение мочи в результате императивного позыва к мочеиспусканию

\*отсутствие позывов к мочеиспусканию

непроизвольное выделение мочи без позывов к мочеиспусканию

**РЕАКЦИЯ МОЧИ (РН) В НОРМЕ**

в пределах 3,0-5,0

в пределах 5,0-6,0

в пределах 5,0-7,0

\*в пределах 7,0-9,0

в пределах 2,0-4,0

**О ПРОТЕИНУРИИ СЛЕДУЕТ ГОВОРИТЬ ПРИ КОЛИЧЕСТВЕ БЕЛКА В МОЧЕ**

\*менее 0,03 г/л

более 0,03 г/л

более 0,06 г/л

более 0,09 г/л

**ИСТИННАЯ (ПОЧЕЧНАЯ) ПРОТЕИНУРИЯ НЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ**

гломерулонефрите

опухоли почки

\*нефрозе

мочекаменной болезни

**ИСТИННАЯ (ПОЧЕЧНАЯ) ПРОТЕИНУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ**

при нефропатии беременных

при амилоидозе почек

у новорожденных  
у подростков  
\*во всех перечисленных случаях

ЛОЖНАЯ ПРОТЕИНУРИЯ НЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ  
туберкулеза почки  
\*пиелонефрита  
опухоли почки  
\*гломерулонефрита

ЛОЖНАЯ ПРОТЕИНУРИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ  
опухоли мочевого пузыря  
мочекаменной болезни  
форникального кровотечения  
\*всего перечисленного

ГЕМАТУРИЯ - ЭТО  
наличие в моче кровяного пигмента гемоглобина.  
выделение крови из мочеиспускательного канала  
выделение крови с мочой  
\*наличие в моче порфирина  
эритроцитурия

ТЕРМИНАЛЬНАЯ ГЕМАТУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ  
ЗАБОЛЕВАНИЯХ, КРОМЕ  
камень или опухолей шейки мочевого пузыря  
варикозного расширения вен в области шейки мочевого пузыря  
\*хронического гломерулонефрита  
колликулита  
острого цистита

УРЕТРОРРАГИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ,  
КРОМЕ  
хронического уретрита  
ДГ простаты и камня мочевого пузыря  
\*опухоли уретры  
травмы уретры

О ЛЕЙКОЦИТУРИИ ПРИНЯТО ГОВОРИТЬ ПРИ СОДЕРЖАНИИ ЛЕЙКОЦИТОВ В  
ПОЛЕ ЗРЕНИЯ МИКРОСКОПА  
более 2  
\*более 4  
более 6  
более 8  
более 10

О ЛЕЙКОЦИТУРИИ ПРИНЯТО ГОВОРИТЬ ПРИ СОДЕРЖАНИИ ЛЕЙКОЦИТОВ В МЛ  
МОЧИ  
более 500  
более 1000  
\*более 2000  
более 4000

более 6000

ХИЛУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, КРОМЕ  
филяриатоза

опухоли мочевого пузыря и шистосомоза

\*туберкулеза

опухоли почки

ПНЕВМАТУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

почечно-кишечных свищах

пузырно-влагалищных свищах

\*пузырно-кишечных свищах

воспалительном процессе в почке, вызванном газообразующей флорой  
всем перечисленным

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К КАТЕТЕРИЗАЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

\*острый уретрит, простатит и эпидидимит

хронический простатит и стриктура\*уретры

внутрибрюшной разрыв мочевого пузыря

\*свежее повреждение уретры

ПОКАЗАНИЯМИ К КАТЕТЕРИЗАЦИИ МОЧЕТОЧНИКОВ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ  
ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

раздельное получение мочи из каждой почки

проведение ретроградной пиелографии и уретерографии

обтурационной анурии

дифференциальной диагностики секреторной и обтурационной анурии

\*секреторной анурии

ОСЛОЖНЕНИЯМИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ МОЧЕТОЧНИКОВ ЯВЛЯЮТСЯ

перфорация мочеточника

перфорация лоханки

обострение мочевого инфекции

\*все перечисленное

ОСЛОЖНЕНИЯМИ БУЖИРОВАНИЯ УРЕТРЫ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ,  
ИСКЛЮЧАЯ

уретральную лихорадку

острый простатит и эпидидимит

уретроррагию

\*форникальное кровотечение

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К БЛОКИРОВАНИЮ УРЕТРЫ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ  
ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

ДГ предстательной железы

острого эпидидимита

острого цистита и простатита

\*хронического простатита и цистита

острого уретрита

ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЦИСТОСКОПИИ НЕОБХОДИМО

- \*проходимость уретры
- \*емкость мочевого пузыря более 75 мл
- прозрачная среда в полости мочевого пузыря
- все перечисленное

#### ПОКАЗАНИЯМИ К УРЕТРОСКОПИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- хронические воспалительные заболевания уретры
- опухоли уретры
- колликулит
- \*все перечисленное

#### СУХАЯ УРЕТРОСКОПИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ОСМОТРА

- передней части уретры
- задней уретры
- семенного бугорка
- \*правильно все

#### ИРРИГАЦИОННАЯ УРЕТРОСКОПИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ОСМОТРА

- \*передней части уретры
- \*Задней уретры
- семенного бугорка

#### ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К ХРОМОЦИТОСКОПИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- острый цистит, уретрит
- \*коллапс
- шок
- острый простатит
- все перечисленное

#### ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К ХРОМОЦИСТОСКОПИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- острая почечная недостаточность
- хронический простатит
- хроническая почечная недостаточность
- почечно-печеночная недостаточность
- \*емкость мочевого пузыря менее 50 мл

#### ИНДИГОКАРМИН В НОРМЕ ВЫДЕЛЯЕТСЯ ИЗ УСТЬЕВ МОЧЕТОЧНИКОВ ПРИ ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ ЧЕРЕЗ

- 15-20 мин.
- 12-15 мин.
- 3-5 мин.
- 1-2 мин.
- \*10-12 мин.

#### ИНДИГОКАРМИН В НОРМЕ ВЫДЕЛЯЕТСЯ ИЗ УСТЬЕВ МОЧЕТОЧНИКОВ ПРИ ВНУТРИМЫШЕЧНОМ ВВЕДЕНИИ ЧЕРЕЗ

- 3-5 мин.
- \*5-7 мин.
- 7-8 мин.
- 10-15 мин.
- 20-25 мин

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ ДИАФАНОСКОПИИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ  
опухоли яичка  
острого орхоэпидидимита  
водянки оболочек яичка  
\*пахово-мошоночной грыжи  
хронического эпидидимита

ПОКАЗАНИЯМИ КУРОФЛОУМЕТРИИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ  
стриктуры уретры, клапана уретры  
ДГ предстательной железы  
\*рака предстательной железы  
острого простатита  
нейрогенной дисфункции мочевого пузыря

НА ХАРАКТЕР УРОФЛОУРОГРАММЫ ВЛИЯЕТ  
\*функциональное состояние детрузора  
нарушение проходимости уретры  
\*нарушение проходимости пузырно-уретрального сегмента  
все перечисленное

УРОФЛОУМЕТРИЯ НЕЦЕЛЕСООБРАЗНА ПРИ  
\*экстрофии мочевого пузыря  
\*пузырно-влагалищном свище, пузырно-ректальном свище  
наличии цистостомы  
всем перечисленном

Урофлоуметрический индекс (средняя объемная скорость мочеиспускания) в норме равен  
4-5 мл/сек  
6-8 ->-  
9-10->-  
\*15-45->-  
60-70 ->-

ПОКАЗАНИЯМИ К СФИНКТРОМЕТРИИ ЯВЛЯЮТСЯ  
\*недержание мочи  
\*неудержание мочи  
нейрогенная дисфункция мочевого пузыря  
все перечисленное

ВНУТРИПУЗЫРНОЕ ДАВЛЕНИЕ В НОРМЕ ПРИ НАПОЛНЕНИИ МОЧЕВОГО  
ПУЗЫРЯ 300-400 МЛ ЖИДКОСТИ РАВНО  
До 5 см вод. ст.  
До 10->-  
15-20->-  
20-25 ->-  
\*30-40 ->-

ПРОЦЕНТ ВЫЯВЛЕНИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ПУНКЦИОННОЙ  
БИОПСИИ СОСТАВЛЯЕТ  
100%  
90%  
80%

70%  
\*60%

НАЛИЧИЕ КЛЕТОК ШТЕРНГАЙМЕРА-МАЛЬБИНА И АВИЗНЫХ ЛЕЙКОЦИТОВ В  
ОСАДКЕ МОЧИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

острого гломерулонефрита

\*хронического гломерулонефрита

острого пиелонефрита

хронического пиелонефрита в стадии ремиссии

туберкулеза почки

В СЕКРЕТЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В НОРМЕ СОДЕРЖАТСЯ

лейкоциты (не более 10), единичные эритроциты

макрофаги и амилоидные тельца

\*лецитиновые зерна

эпителиальные и гигантские клетки

СОДЕРЖАНИЕ ФРУКТОЗЫ В ЭЯКУЛЯТЕ РАВНО

100 мг%

150->-

200 ->-

250 мг% и более

\*1000 мг%

ПРИ ВВЕДЕНИИ РЕНТГЕНОКОНТРАСТНЫХ ВЕЩЕСТВ ВОЗМОЖНЫ ВСЕ  
ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ РЕАКЦИИ, КРОМЕ

головной боли и головокружения

ощущения жара

металлического вкуса во рту

\*макрогематурии

падения АД в пределах 20 мм/рт.ст., шока

К ОСЛОЖНЕНИЯМ ПРИ ВВЕДЕНИИ РЕНТГЕНОКОНТРАСТНЫХ ВЕЩЕСТВ  
ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

аллергических проявлений (сыпь, ангионевротический отек, бронхо- и ларингоспазм,  
кашель)

анафилактического шока

отслоения сетчатки глаза

\*коллапса, острой почечной недостаточности

острой печеночной недостаточности

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЯХ

глюкокортикоиды

тиосульфат натрия

\*супрастин

10% р-р хлористого кальция

лазикс

ПРИ КЛИНИКЕ ВНЕБРЮШИННОГО РАЗРЫВА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ НЕОБХОДИМО  
ПРОИЗВЕСТИ

нисходящую цистографию

\*восходящую цистографию в прямой проекции

восходящую цистографию в боковой проекции  
УЗИ  
все перечисленное

ПОКАЗАНИЯМИ К АНТЕГРАДНОЙ ПИЕЛОГРАФИИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ  
ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ  
гидронефроза с нарушением проходимости лоханочно-мочеточникового сегмента  
туберкулеза почки, мочеточника, мочевого пузыря  
стриктуры мочеточника  
\*опухоли почки

ПОКАЗАНИЯМИ К АНТЕГРАДНОЙ ПИЕЛОГРАФИИ ЯВЛЯЮТСЯ  
камень или опухоль мочеточника с блокадой почки  
проверка правильности нахождения нефростомы  
определение проходимости верхних мочевых путей  
\*все перечисленное  
ничего из перечисленного

ПОКАЗАНИЯМИ К РЕТРОГРАДНОЙ УРЕТЕПИЕЛОРОГРАФИИ ЯВЛЯЮТСЯ  
уратный камень почки или мочеточника  
папиллярная опухоль лоханки  
туберкулез почки  
\*все перечисленное

ОСЛОЖНЕНИЯМИ РЕТРОГРАДНОЙ ПИЕЛОУРЕТЕРОГРАФИИ ЯВЛЯЮТСЯ  
перфорация почки и мочеточника  
острый пиелонефрит, острый простатит  
острая почечная недостаточность  
\*забрюшинная флегмона  
все перечисленное

ПОКАЗАНИЕМ К ВЕЗИКУЛОГРАФИИ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ  
подозрения на опухоль семенных пузырьков  
рака предстательной железы  
туберкулеза семенных пузырьков и предстательной железы  
опухоли дна и шейки мочевого пузыря  
\*опухоли яичка

ПРИ ИНТЕРПРЕТАЦИИ ВЕЗИКУЛОГРАММ СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ  
строение семенных пузырьков  
высоту расположения семенных пузырьков  
угол между семенными пузырьками  
\*все перечисленное

ПОКАЗАНИЯМИ К ЭПИДИДИМОГРАФИИ ЯВЛЯЮТСЯ  
бесплодие  
туберкулез придатка яичка  
опухоль яичка  
\*все перечисленное

К ОСЛОЖНЕНИЯМ ЧРЕСКОЖНОЙ КАТЕТЕРИЗАЦИИ АОРТЫ ПО ВЕЛЬДИНГЕРУ  
ОТНОСЯТСЯ

кровоотечение и гематомы  
тромбоз и эмболия артерий  
введение контрастного вещества под интиму  
\*перфорация аорты или артерий проводником или катетером, развитие артериовенозного свища  
все перечисленное

#### К ОСЛОЖНЕНИЯМ ЧРЕСКОЖНОЙ КАТЕТЕРИЗАЦИИ АОРТЫ ПО СЕЛЬДИНГЕРУ ОТНОСЯТСЯ

\*отрыв гибкого конца проводника  
повреждение грудного лимфатического протока  
ранение кишечника или почки  
\*спазм бедренной артерии

#### ПОКАЗАНИЯМИ К ВЕНОКАВАГРАФИИ ЯВЛЯЮТСЯ

\*оценка состояния нижней поллой вены (смещение, компрессия, тромбоз, прорастание при опухолях почек, забрюшинного пространства)  
\*диагностика ретрокавального мочеточника  
диагностика рака мочевого пузыря и предстательной железы  
выяснение характера изменений в надпочечниках (опухоль, гиперплазия, метастазы)

#### ОПТИМАЛЬНАЯ СУММАРНАЯ ДОЗА 75% КОНТРАСТНОГО ВЕЩЕСТВА, КОТОРОЕ МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНО ДЛЯ БРЮШНОЙ АОРТОГРАФИИ СОСТАВЛЯЕТ В РАСЧЕТЕ НА 1 КГ ВЕСА БОЛЬНОГО

0,5 мл  
1 мл  
2 мл  
3 мл  
\*4 мл

#### ОДНИМ ИЗ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПУНКЦИИ БЕДРЕННОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ КРОВОТЕЧЕНИЕ ТАЗОВАЯ ГЕМАТОМА. ПРОФИЛАКТИКОЙ УКАЗАННОГО ОСЛОЖНЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

Пункция бедренной артерии на 2-3 см ниже пупартевой связки  
\*Пункция артерии на уровне пупартовой связки  
Введение иглы под углом 45 к коже бедра

#### ПРИ ТАЗОВОЙ ФЛЕБОГРАФИИ КОНТРАСТНОЕ ВЕЩЕСТВО ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ВВОДЯТ

в бедренную вену  
в большую подкожную вену  
в лобковые кости  
\*в глубокую и поверхностную вены полового члена  
в подвздошные кости

#### ВЕЩЕСТВО, ВВОДИМОЕ ДЛЯ РАДИОИНДИКАЦИИ ТОГО ИЛИ ИНОГО ОРГАНА ЧЕЛОВЕКА, ПРИНЯТО НАЗЫВАТЬ

радиоактивный препарат  
радиофармпрепарат  
\*меченые соединения  
изотопный препарат  
короткоживущий препарат

ДЛЯ ПОДГОТОВКИ БОЛЬНЫХ С ЦЕЛЬЮ РАДИОИЗОТОПНЫХ ИССЛЕДОВАНИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ

очистительная клизма

\*сухоедение

обычный питьевой и пищевой режим

введение пробной дозы препарата

голод накануне исследования

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕНОГРАФИИ НАИБОЛЕЕ УДОБНЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ БОЛЬНОГО ЯВЛЯЕТСЯ

сидя, с расположением датчиков (детекторов) со стороны спины

сидя, с расположением датчиков со стороны живота

\*лежа, с расположением датчиков со стороны спины

лежа, с расположением датчиков со стороны живота

лежа, с расположением датчиков на область мочевого пузыря

ТРАНСПОРТ, ПРИМЕНЯЕМОГО ДЛЯ РЕНОГРАФИИ  $^{131}\text{I}$  ГИППУРАНА ПРОИСХОДИТ, В ОСНОВНОМ, ЗА СЧЕТ

\*клубочковой фильтрации

канальцевой секреции

перехода в экстрацеллюлярное пространство

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ РЕНОГРАФИИ ЯВЛЯЮТСЯ

индивидуальная непереносимость йодсодержащих контрастных веществ

\*практически нет противопоказаний

почечная недостаточность

печеночная недостаточность

гипертиреозидизм

ОСНОВНЫМИ ОБЩЕПРИНЯТЫМИ ОЦЕНКАМИ ХАРАКТЕРИСТИК РЕНОГРАФИЧЕСКИХ КРИВЫХ ЯВЛЯЮТСЯ

описательная характеристика

\*полуколичественная характеристика

количественная характеристика

ОШИБКИ ПРИ РЕНОГРАФИИ В ОСНОВНОМ СВЯЗАНЫ С

\*неправильной установкой детектора (датчика)

положением больного при исследовании

недостаточной подготовкой пациента для обследования

НА ПОКАЗАТЕЛИ РЕНОГРАММ МОГУТ ВЛИЯТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ЭКСТРАРЕНАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ КРОМЕ

Сухоедения

высокой лабильности нервной системы

подкожного введения радиофармпрепарата

\*заболевания толстого кишечника, гипертиреозидизма

неправильного положения датчиков

РАДИОИЗОТОПНАЯ РЕНОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

\*скрининг-тестом  
основным методом диагностики  
\*методом динамического контроля

#### ПРИМЕНЕНИЕ СКАНИРОВАНИЯ ПОЧЕК С КОРОТКОЖИВУЩИМИ ИЗОТОПАМИ У БЕРЕМЕННЫХ ЦЕЛЕСООБРАЗНО

для выявления опухолевого процесса в почках  
для выявления нарушений секреторной функции почек  
для выявления нарушений экскреторной функции почек  
\*нецелесообразно ни в одном случае

#### УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРИЗНАКИ ПРОСТОЙ КИСТЫ ПОЧКИ

объемное образование округлой формы  
объемное образование округлой формы гипоехогенной структуры  
солидное (тканевое) образование округлой формы  
солидное образование округлой формы с ровными контурами  
\*объемное образование округлой формы, гипоехогенной структуры с феноменом  
дистального усиления эхосигнала

#### УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРИЗНАКИ РАКА ПОЧКИ

объемное образование округлой формы  
объемное образование сводной формы  
тонкостенное объемное образование гипоехогенной структуры  
\*объемное образование округлой формы солидной эхоструктуры  
гипоехогенное объемное образование с капсулой 2-3 мм

#### ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ СКАНИРОВАНИИ ПОЧКИ ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ В ВИДЕ ОБРАЗОВАНИЯ ОВОИДНОЙ ФОРМЫ, ПРОДОЛЬНЫЙ РАЗМЕР КОТОРОГО СОСТАВЛЯЕТ

2-4 см  
5-6 см  
7-9 см  
\*10-12 см  
20-30 см

#### ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ СКАНИРОВАНИИ ПОЧКИ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ В ВИДЕ ОБРАЗОВАНИЯ ОВОИДНОЙ ФОРМЫ, ПОПЕРЕЧНЫЙ РАЗМЕР КОТОРЫХ СОСТАВЛЯЕТ

3,5-4,8 см  
\*4,5-6,5 см  
6,5-7,5 см  
7,5-8,5 см  
все верно

#### ВИЗУАЛИЗАЦИЯ МОЧЕТОЧНИКОВ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ СКАНИРОВАНИИ ВОЗМОЖНА

во всех случаях  
никогда  
если они не расширены  
\*если они содержат мочу

ИЗОБРАЖЕНИЕ ЧАШЕЧНО-ЛОХАНОЧНОГО КОМПЛЕКСА ПРИ  
УЛЬТРАЗВУКОВОМ СКАНИРОВАНИИ ИМЕЕТ ВИД  
треугольной формы  
\*зоны повышенной эхогенности  
овоидной формы

ТОЛЩИНА ПОЧЕЧНОЙ ПАРЕНХИМЫ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ СКАНИРОВАНИИ  
РАВНА  
0,8-1,0 см  
1,6-1,2 см  
1,0-1,6 см  
\*1,8-1,9 см.  
1,5-3,2 см'

НАДПОЧЕЧНИКИ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ СКАНИРОВАНИИ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ В  
ВИДЕ  
эхонегативных образований  
\*эхопозитивных образований  
\*треугольной формы

ПРЕДСТАТЕЛЬНАЯ ЖЕЛЕЗА ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ СКАНИРОВАНИИ  
ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ В ВИДЕ  
эхонегативного образования  
\*эхопозитивного образования  
не определяется

СРЕДНИЙ РАЗМЕР СЕМЕННОГО ПУЗЫРЬКА ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ  
СКАНИРОВАНИИ СОСТАВЛЯЕТ  
6х2 см  
\*3,5х1,0 см  
2х1,5 см  
4х2 см  
5х3 см

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ СКАНИРОВАНИЕ ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВЛЯТЬ ОКСАЛАТНЫЕ  
КАМНИ ЧАШЕЧЕК ДИАМЕТРОМ 1 СМ  
не позволяет  
менее половины случаев  
более половины случаев  
\*во всех случаях

ПРИ ЛЕЧЕНИИ МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРИ, СОСТАВЛЯЮЩЕЙ БОЛЕЕ 30%  
ОБЪЕМА ЦИРКУЛИРУЮЩЕЙ КРОВИ, СЛЕДУЕТ ОТДАТЬ ПРЕДПОЧТЕНИЕ  
\*эритроцитарной массе  
тромбоцитарной массе  
лейкоцитарной массе  
цельной крови  
прямому переливанию крови

ПОКАЗАНИЯМИ К ПРИМЕНЕНИЮ ЗАМОРОЖЕННОЙ ПЛАЗМЫ ЯВЛЯЮТСЯ

массивная кровопотеря  
ДВС- синдром, геморрагическая стадия  
коагулопатии (гемофилия-а, дефицит фибриногена)  
\*все ответы правильны

ДЛЯ РАСЧЕТА ДОПУСТИМОГО ОБЪЕМА ГИДРАТАЦИИ В ОЛИГОАНУРИЧЕСКОЙ  
СТАДИИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕОБХОДИМО  
ПОЛЬЗОВАТЬСЯ ФОРМУЛОЙ  
суточный диурез +200 мл жидкости  
-/- +400 -/-  
-/- +600 -/-  
-/- +800 -/-  
\*-/-+1000-/-

ПЕРЕЛИВАНИЕ ЗНАЧИТЕЛЬНОГО КОЛИЧЕСТВА КОНСЕРВИРОВАННОЙ  
ДОНОРСКОЙ КРОВИ СОПРОВОЖДАЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ  
ЭФФЕКТАМИ  
метаболическим ацидозом  
гиперкалиемией  
интоксикацией цитратом  
гипотонией  
\*всем перечисленным

К ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПРОБАМ, ПРОВОДИМЫМ ПЕРЕД ПЕРЕЛИВАНИЕМ КРОВИ,  
ОТНОСЯТСЯ  
групповая и индивидуальная совместимость  
биологическая проба  
определение резус-совместимости  
определение резус-фактора  
\*все перечисленное

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРИ НАЧИНАЮТ ВСЕГДА С ПЕРЕЛИВАНИЯ  
Эритромазсы  
Консервированной донорской крови  
\*Кристаллоидных и коллоидных растворов  
Значения не имеет

СВЕЖЕЗАМОРОЖЕННАЯ ПЛАЗМА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ВСЕГО  
ПЕРЕЧИСЛЕННОГО, КРОМЕ  
плазмозамещения  
повышения онкотического давления  
\*возмещения термоллабильных (У и УП) факторов свертывания  
возмещения прочих факторов свертывания

ЛЕЧЕНИЕ КРОВОПОТЕРИ ДО 1 Л (20% ОЦК) ПРОИЗВОДИТСЯ  
донорской кровью и эритромазой  
\*реинфузией  
коллоидами и кристаллоидами  
прямой трансфузией свежзамороженной плазмы или тромбоцитарной массы

ЛЕЧЕНИЕ КРОВОПОТЕРИ БОЛЕЕ 2,5 Л (СВЫШЕ 50% ОЦК) ПРОИЗВОДИТСЯ

донорской кровью и эритро массой  
коллоидами и кристаллоидами  
прямой трансфузией свежзамороженной плазмы или тромбоцитарной массой  
\*всем перечисленным

НАИБОЛЕЕ ДЕЙСТВУЮЩИМ ЭФФЕКТОМ ЗАМЕЩЕНИЯ ПРИ КРОВОПОТЕРИ  
ОБЛАДАЮТ ПЛАЗМОЗАМЕНЯЮЩИЕ РАСТВОРЫ

\*декстрины  
\*растворы желатина  
плазма  
Рингер-лактат

АНТИДОТОМ ГЕПАРИНА ЯВЛЯЕТСЯ

хлористый кальций  
дицинон  
криопреипитат  
\*протамин-сульфат  
тромбин

БАКТЕРИЦИДНЫМ ЭФФЕКТОМ ОБЛАДАЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ,  
КРОМЕ

\*тетрациклины  
аминогликозиды  
цефалоспорины  
пенициллины  
фторхинолоны

БАКТЕРИОСТАТИЧЕСКИМ ЭФФЕКТОМ ОБЛАДАЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ  
ПРЕПАРАТЫ, КРОМЕ

сульфаниламиды  
\*ко-тримоксазол  
тетрациклины  
макролиды  
нитрофураны

ПРИНЦИПИАЛЬНАЯ СХЕМА ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ СЕПТИЧЕСКОГО ШОКА  
ВКЛЮЧАЕТ 1) ХИРУРГИЧЕСКУЮ САНАЦИЮ ОЧАГА 2) АНТИБАКТЕРИАЛЬНУЮ  
ТЕРАПИЮ 3) ВОССТАНОВЛЕНИЕ НОРМАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ И  
ГАЗООБМЕНА 4) КОРРЕКЦИЮ ВОДНО-ЭЛЕКТРОЛИТНОГО ОБМЕНА И  
КИСЛОТНО-ЩЕЛОЧНОГО БАЛАНСА 5) ВОССТАНОВЛЕНИЕ УРОДИНАМИКИ 6)  
МЕТОДЫ ДЕТОКСИКАЦИИ

\*все ответы правильны  
всё правильно кроме 1  
всё правильно кроме 2  
всё правильно кроме 3, 4  
всё правильно кроме 6

ОСНОВНЫМИ ОШИБКАМИ ПРИ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ЯВЛЯЮТСЯ 1)  
НАРУШЕНИЕ ПРИНЦИПА СОЧЕТАНИЯ АНТИБИОТИКОВ 2) ПОДДЕРЖАНИЕ  
НИЗКОГО УРОВНЯ КОНЦЕНТРАЦИИ АНТИБИОТИКОВ В КРОВИ И ОЧАГЕ  
ПОРАЖЕНИЯ 3) ДЛИТЕЛЬНОЕ (10-15) СУТОК ПРИМЕНЕНИЕ ОДНОГО

АНТИБИОТИКА 4) НАЗНАЧЕНИЕ АНТИБИОТИКА БЕЗ УЧЕТА ПРИНАДЛЕЖНОСТИ ФЛОРЫ И ЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ

\*все ответы верны

все ответы верны кроме 1

все ответы верны 2

все ответы верны 3

все ответы верны 4

К В-ЛАКТАМНЫМ АНТИБИОТИКАМ ОТНОСЯТ

\*монобактамы, карбапенемы

\*пенициллины, цефалоспорины

фторхинолоны

АКТИВНОСТЬ КАКИХ ПРЕПАРАТОВ ЗАВИСИТ ОТ PH МОЧИ

\*сульфаниламидов, нитрофуранов

\*аминогликозидов, тетрациклинов

цефалоспоринов

В ЩЕЛОЧНОЙ СРЕДЕ (PH>7) ПОВЫШАЕТСЯ АКТИВНОСТЬ ВСЕХ ПРЕПАРАТОВ, КРОМЕ

сульфаниламидов

\*тетрациклинов

аминогликозидов

линкозамидов

эритромицина

В КИСЛОЙ СРЕДЕ (PH< 6) ПОВЫШАЕТСЯ АКТИВНОСТЬ СЛЕДУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ

тетрациклинов

нитрофуранов

норфлоксацина

\*все ответы верны

ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ЗАПРЕЩЕНО НАЗНАЧЕНИЕ СЛЕДУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ

карбапенемов

\*тетрациклинов

\*хинолонов и фторхинолонов

НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ СЛЕДУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ

аминогликозидов

\*пенициллинов

\*цефалоспоринов

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НЕОБХОДИМО ОЦЕНИВАТЬ ЧЕРЕЗ

10 часов

\*24-48 часов

5 суток

7 суток

10 суток

КОРРЕКЦИЮ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ  
при получении данных о возбудителе  
при неэффективности предшествующей терапии  
при возникновении аллергической реакции на препарат  
\*все ответы верны

ОПТИМАЛЬНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ  
ОСТРОМ ЦИСТИТЕ

1 сутки  
2 суток  
\*3-5 суток  
7 суток

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К ПРОВЕДЕНИЮ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ  
КОРОТКИМИ КУРСАМИ ЯВЛЯЮТСЯ

беременность  
сахарный диабет  
острый цистит у мужчин  
\*все ответы верны

ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ  
ПРИМЕНЕНИЕ АНТИБИОТИКОВ

внутривенное  
внутримышечное  
эндолимфатическое  
\*в виде ступенчатой терапии  
лимфотропное

ЛЕЧЕНИЕ БАКТЕРИОТОКСИЧЕСКОГО ШОКА ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЧИНАТЬ С  
ВВЕДЕНИЯ

плазмы  
раствора глюкозы 5%  
гемодеза  
реополиглюкина  
\*полиглюкина + кортикостероидов

БОЛЬНОМУ ПРОИЗВЕДЕНА НЕФРОПЕКСИЯ, В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ  
ЕМУ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПОСТЕЛЬНЫЙ РЕЖИМ В ТЕЧЕНИЕ

3-5 дней  
7-10 дней  
\*12 дней в кровати с панцирной сеткой  
21 дня

ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОМ НЕФРОПТОЗЕ 1 СТАДИИ БОЛЬНОМУ СЛЕДУЕТ  
РЕКОМЕНДОВАТЬ

\*ЛФК в положении лежа  
ритмическую гимнастику (аэробику)  
бег, ходьбу  
атлетическую гимнастику  
физкультура противопоказана

ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОМ НЕФРОПТОЗЕ 1 СТАДИИ БОЛЬНОМУ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

ношения бандажа

прибавки в весе

\*Грязелечения на курорте

запрещения тяжелого физического труда

лечебной гимнастики в положении лежа

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА ЦЕЛЕСООБРАЗНА ПРИ

остром пиелонефрите, остром простатите

поликистозе почек

коралловидном камне, множественных камнях в почке

\*нефроптозе, хроническом простатите и пиелонефрите

хроническом эпидидимите

ВО ВРЕМЯ ХИМИОТЕРАПИИ ОПУХОЛИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПОКАЗАТЕЛИ АНАЛИЗА КРОВИ СНИЗИЛИСЬ НА 50%. В ЭТОМ СЛУЧАЕ НЕОБХОДИМО

\*отменить лечение

снизить дозу химиопрепаратов

провести замену препаратов

увеличить интервалы между введением препаратов

ПРИ ОСТРОЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ

полусинтетические пенициллины

\*аминогликозиды

фторхинолоны

цефалоспорины

сульфаниламиды

БОЛЬНОМУ С ОСТРЫМ НЕОБСТРУКТИВНЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ СЛЕДУЕТ ВКЛЮЧАТЬ В ДИЕТУ

белки (мясо, рыбу)

жиры

молочные продукты

\*овощи и фрукты

все перечисленное

БОЛЬНОМУ ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ БЕЗ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ПОЧЕК СЛЕДУЕТ ВКЛЮЧАТЬ В ДИЕТУ

белки (мясо, рыба)

жиры

молочные продукты

овощи и фрукты

\*все перечисленное

БОЛЬНОМУ ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, СЛЕДУЕТ ОГРАНИЧИТЬ В ДИЕТЕ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

белков (мясо, рыба)

жиров (сливочное, растительное масло)

молочных продуктов

\*овощей и фруктов

БОЛЬНОМУ С ПОЛИКИСТОЗОМ ПОЧЕК БЕЗ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ  
МОЖНО ВКЛЮЧАТЬ В ДИЕТУ

белки

жиры, масла

молочные продукты

овощи и фрукты

\*все перечисленное

У БОЛЬНОЙ САМОСТОЯТЕЛЬНО ОТХОДЯТ ОКСАЛАТНЫЕ КАМНИ,  
СОХРАНЯЕТСЯ ОКСАЛАТУРИЯ. ЕЙ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ  
ограничение продуктов, содержащих щавелевую кислоту (лиственная зелень, шоколад и др.)

ограничения продуктов, содержащих лимонную кислоту (цитрусовые)

ограничение молочных продуктов

увеличение продуктов, содержащих витамины группы В и А, магний

\*все перечисленное

У БОЛЬНОЙ ОТХОДЯТ УРАТНЫЕ КАМНИ И СОХРАНЯЕТСЯ УРАТУРИЯ. ЕЙ  
МОЖНО РЕКОМЕНДОВАТЬ

ограничить белок (мясо до 1 гр. на 1 кг веса в сутки)

молочно-растительную диету

ограничение высококалорийной диеты

фрукты

\*все ответы верны

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ НАУКОЙ, ИЗУЧАЮЩЕЙ  
здоровье населения

социальные факторы, влияющие на здоровье населения

экономические факторы, влияющие на здоровье населения

природные факторы и влияние окружающей среды

\*все перечисленное

ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ,  
КРОМЕ

\*трудовой активности населения

заболеваемости

демографических показателей

физического развития населения

обеспеченности врачами

МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКУЮ БАЗУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СОСТАВЛЯЮТ  
сеть учреждений здравоохранения

коечный фонд

оснащенность аппаратурой

укомплектованность врачебными кадрами

\*все перечисленное

О КАЧЕСТВЕ ЛЕЧЕНИЯ В СТАЦИОНАРЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ВСЕ  
ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

средней продолжительности пребывания на койке  
летальности  
процента расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов  
числа осложнений  
\*числа больных, переведенных в специализированные отделы

ПОКАЗАТЕЛЯМИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМИ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПОЛИКЛИНИКИ, ЯВЛЯЮТСЯ

участковость  
охват диспансерным наблюдением  
снятие с диспансерного учета  
летальность на участке  
сведения о заключительных диагнозах из статистических отчетов  
\*все перечисленное

НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМИ СТАТИСТИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ, ПО КОТОРЫМ МОЖНО ОЦЕНИТЬ РАБОТУ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ, ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

\*интенсивности потока больных (посетителей)  
длительности ожидания больных  
показателей "простоя" специалистов  
числа обслуживаемого контингента  
длительности (времени) обслуживания посетителей

ОКАЗАНИЕ УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ПОЛИКЛИНИКЕ ФИКСИРУЕТСЯ В СЛЕДУЮЩИХ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТАХ

\*журнал вызова на дом  
\*индивидуальная карта амбулаторного больного  
\*контрольная карта диспансерного больного

ТИПОВЫМИ КАТЕГОРИЯМИ СТАЦИОНАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

областной (краевой) больницы  
городской больницы  
центральной районной больницы  
сельской участковой больницы  
\*специализированной лечебницы

ОСНОВНЫМИ ДОКУМЕНТАМИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМИ ПРИ СОСТАВЛЕНИИ РАЗДЕЛА ГОДОВОГО ОТЧЕТА "ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПОЛИКЛИНИКИ", ЯВЛЯЮТСЯ

\*статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов  
дневник врача  
\*листок учета больных и госпитализированных  
\*контрольная карта диспансерного наблюдения  
карта вышедшего из стационара

ОСНОВНЫМИ ТЕНДЕНЦИЯМИ РАЗВИТИЯ СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ НИЖЕ, КРОМЕ

внедрения принципа этапности  
возрастания значимости преемственности в работе стационара и других медицинских учреждений

возрастания стоимости основных фондов медицинских учреждений и расходов на содержание больных  
сокращения коечного фонда  
\*все перечисленное

ОСНОВНЫМ И ВЕДУЩИМ ЗВЕНОМ В СИСТЕМЕ СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ УРОЛОГИЧЕСКОМУ БОЛЬНОМУ ЯВЛЯЕТСЯ  
санаторий-профилакторий  
диспансер  
научно-исследовательский институт  
\*урологическое отделение многопрофильной больницы  
дневной стационар при поликлинике

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ МОЖНО ИЗУЧИТЬ ПО ДАННЫМ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ, КРОМЕ  
обращаемости населения в медицинские учреждения  
\*деятельности КЭК и МСЭК  
профилактических осмотров и диспансерного наблюдения  
причин смерти

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТ  
\*совокупность всех заболеваний в данном году  
количество посещений в данном году  
распространенность заболеваний в данном году  
общее количество обращений в данном году  
количество вновь возникших заболеваний

ПОТРЕБНОСТЬ В АППАРАТУРЕ ДЛЯ ДИСТАНЦИОННОЙ ЛИТОТРИПСИИ К ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ  
1 аппарат на 200 000;  
\*1 на 1000 000  
1 на 1 500 000 населения  
1 на 500 000  
1 на 2 000 000

ЭКСПЕРТИЗА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ТРУДЯЩИХСЯ ДО 10 ДНЕЙ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ  
\*врачом  
заведующим отделением  
врачебно-контрольной комиссией  
каждым из перечисленных  
все ответы верны

РЕЗЕРВАМИ РАЦИОНАЛЬНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОЕЧНОГО ФОНДА ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ  
более полного обследования больных на догоспитальном этапе  
организации дневных стационаров  
уменьшения случаев дублирования обследования  
\*снижения повторной госпитализации  
поздней выписки больного

ДЛЯ РАСЧЕТА ПОКАЗАТЕЛЯ "ОБОРОТ КОЙКИ" НЕОБХОДИМЫ ДАННЫЕ

общее число коек

\*среднее число дней занятости койки в году

нормы нагрузки врачебной должности в стационаре

\*среднее число дней пребывания больного на койке

показатель отбора на койку к числу обращений (в%)

#### ОБЩИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ЯВЛЯЮТСЯ

фактическое число дней работы в течение года

оборот койки

средняя продолжительность пребывания на койке

летальность

\*все перечисленное

#### К КАЧЕСТВЕННЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТАЦИОНАРА ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ КРОМЕ

летальности

среднего койко-дня

хирургической активности

% расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов

\*количества средств, затраченных на медикаменты

#### ОСНОВНАЯ СХЕМА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТАЦИОНАРОВ, КРОМЕ ОБЩИХ СВЕДЕНИЙ СОДЕРЖИТ СВЕДЕНИЯ

об организации работы стационара

о качестве медицинского обслуживания и качестве врачебной диагностики

о преимуществах работы стационара с другими лечебно-профилактическими учреждениями

работе специализированных отделений

\*все ответы правильные

#### НЕОБХОДИМОСТЬ И СРОКИ ВРЕМЕННОГО ПЕРЕВОДА НА ДРУГУЮ РАБОТУ ПО БОЛЕЗНИ РАБОЧЕГО ИЛИ СЛУЖАЩЕГО ОПРЕДЕЛЯЮТ

профсоюзные органы

КЭК

заведующий отделением

\*МСЭК

#### РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В МЕДИЦИНСКОЙ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ РАБОТАЮЩЕГО В НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ УСЛОВИЯХ ТРУДА ИМЕЮТ

перевод больного на другую работу

своевременное освобождение от работы в неблагоприятных условиях труда

выдача листка нетрудоспособности

направление на МСЭК

\*все перечисленное

#### ОСНОВНЫМИ КРИТЕРИЯМИ, ОТЛИЧАЮЩИМИ ВРЕМЕННУЮ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ ОТ СТОЙКОЙ, ЯВЛЯЮТСЯ

продолжительность нетрудоспособности

\*благоприятный клинический прогноз

\*благоприятный трудовой прогноз

все перечисленное

ЛИСТОК ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЕТСЯ ПРИ  
острых заболеваниях  
обострениях хронического заболевания  
травмах  
ничего из перечисленного  
\*всех перечисленных причинах

БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВЫДАЕТСЯ  
в случае выраженного обострения  
при нарушении функции больного органа  
при общем тяжелом состоянии больного  
ни в одном из перечисленных случаев  
\*в любом из перечисленных случаев

ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ БОЛЬНИЧНОГО ЛИСТКА ПРИ ВРЕМЕННОЙ УТРАТЕ  
НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ИМЕЮТ  
\*все трудящиеся  
только те трудящиеся, на которых распространяется государственное социальное  
страхование  
только те, которые работают постоянно  
те, которые работают временно или на сезонных работах

ЕСЛИ ЧЕЛОВЕК ЗАБОЛЕЛ ВО ВРЕМЯ КОМАНДИРОВКИ, БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ  
ВЫДАЕТСЯ  
\*медицинским учреждением по месту командировки  
выдается только справка о заболевании  
со дня возвращения из командировки  
все утверждения верные  
все утверждения неверные

ЧАЩЕ ВСЕГО ВРЕМЕННАЯ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ ОБУСЛОВЛЕНА  
острым заболеванием  
обострением хронического заболевания  
травмой  
\*всем перечисленным

НАПРАВЛЕНИЕ НА МСЭК И УСТАНОВЛЕНИЕ ГРУППЫ ИНВАЛИДНОСТИ  
ПРОИЗВОДИТСЯ НА ОСНОВЕ  
оценки состояния здоровья больного  
условий труда больного  
оценки медицинского и социального фактора  
\*всего перечисленного

ЕСЛИ ТРУДОСПОСОБНОСТЬ БОЛЬНОГО ВОССТАНОВИЛАСЬ ВО ВРЕМЯ  
ЛЕЧЕНИЯ В СТАЦИОНАРЕ, БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ ЗАКРЫВАЮТ  
в день обращения больного к врачу в поликлинику  
\*в день выписки из стационара  
через 3 дня после выписки  
вопрос решается индивидуально

## БОЛЬНОЙ ДОЛЖЕН БЫТЬ ДОСТАВЛЕН В ОПЕРАЦИОННУЮ

до прихода анестезиологической бригады

\*после полной готовности к обезболиванию анестезиологов

\*после прихода в операционную хирурга с ассистентами

может быть доставлен в операционный блок медсестрой и оставлен там в ожидании прихода участников операции

## ЭКСПЕРТИЗОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЗАНИМАЮТСЯ

лечащий врач

заведующий отделением

заместитель главного врача по экспертизе временной нетрудоспособности

главный врач

\*все перечисленные

## ФУНКЦИЯМИ КЭК ПО ЭКСПЕРТИЗЕ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

решения конфликтных вопросов экспертизы трудоспособности

продления больничных листов на сроки выше 10 дней

выдачи больничных листов на санаторно-курортное лечение

направление на МСЭК

\*трудоустройства лиц, имеющих инвалидность

## ФУНКЦИЯМИ МСЭК ЯВЛЯЮТСЯ

продление временной нетрудоспособности на срок свыше 10 месяцев

установление группы и причины инвалидности

определение трудовых рекомендаций инвалидам

определение времени фактического наступления инвалидности

\*все перечисленные

## ОСНОВНЫМИ ФАКТОРАМИ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ, ОКАЗЫВАЮЩИМИ ВЛИЯНИЕ НА ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ, ЯВЛЯЮТСЯ

состояние окружающей среды (воздух, водоснабжение, озеленение и др)

условия труда

питание

условия воспитания и обучения детей и подростков

\*все перечисленное

## НА МСЭК БОЛЬНОГО НАПРАВЛЯЮТ

\*для установления группы инвалидности

\*для санкционирования долечивания после 4-х месяцев нетрудоспособности

для направления на санаторно-курортное лечение

для назначения пособия по временной нетрудоспособности

## КАЧЕСТВО ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ХАРАКТЕРИЗУЮТ

охват больных диспансерным наблюдением

своевременность взятия на учет

снижение случаев и дней нетрудоспособности

снятие с учета по выздоровлении

полнота проведенных лечебных и оздоровительных мероприятий

\*все верно

#### ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ВКЛЮЧАЕТ

активное выявление больных  
диспансерный учет  
систематическое наблюдение  
патронаж  
\*все верно

#### ФАКТ СТОЙКОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ УСТАНОВЛИВАЕТ

лечащий врач  
ВКК  
\*ВТЭК  
заведующий отделением  
все перечисленное

#### ОПТИМАЛЬНОЕ ЧИСЛО ДНЕЙ РАБОТЫ КОЙКИ В ГОДУ В ГОРОДСКИХ БОЛЬНИЦАХ СОСТАВЛЯЕТ В СРЕДНЕМ

240-300 дней  
300-330 дней  
330-340 дней  
\*340-350 дней  
350-360 дней

#### РАЗВИТИЮ НЕОТЛОЖНОЙ УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СПОСОБСТВУЮТ

работа больниц скорой помощи  
функционирование специальных бригад  
работа отделений планово-экстренной медицинской помощи в виде консультаций  
санитарная авиация  
\*все перечисленное

#### ПРИ ПЕРВОМ ОБРАЩЕНИИ БОЛЬНОГО ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ МОЖЕТ ВЫДАТЬ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ НА СРОК

до выздоровления  
до 3 дней  
до 7 дней  
\*до 10 дней  
до 14 дней

#### ИСТОЧНИКОМ ИНФОРМАЦИИ В КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ СЛУЖАТ

история развития заболевания  
карта выбывшего из стационара  
контрольная карта диспансерного наблюдения  
\*все перечисленное

#### СПРАВКУ О СМЕРТИ НА УМЕРШИХ ДОМА ОФОРМЛЯЕТ

\*лечащий врач  
патологоанатом  
судмедэксперт  
врач медицинской статистики

#### СПРАВКУ ОБ УМЕРШИХ В СТАЦИОНАРЕ ОФОРМЛЯЕТ

лечащий врач  
главный врач  
\*патологоанатом  
врач мед статистики

ПРИМЕНЕНИЕ КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКОГО МЕТОДА ВОЗМОЖНО ДЛЯ  
поиска новых методов лечения  
определения эффективности действия лекарственных веществ  
анализа эффективности оперативных вмешательств  
оценки эффективности профилактических мероприятий  
\*всего перечисленного

К ВИДАМ МЕДИЦИНСКОЙ УЧЕТНОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ, ПРИМЕНЯЕМОЙ В  
КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ, ОТНОСЯТСЯ  
история болезни  
карта амбулаторного больного  
контрольная карта диспансерного наблюдения  
карта выбывшего из стационара  
\*все перечисленное

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ  
демографические показатели  
показатели заболеваемости  
показатели физического развития  
\*все перечисленное

СТАРЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ - ЭТО ПОСТОЯННОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ ДОЛИ ЛИЦ  
\*старше 65 лет в возрастной структуре населения  
в возрасте старше 50 лет в структуре населения  
в возрасте 90 лет и старше в структуре населения  
в возрасте 100 лет и старше в структуре населения

К ДОЛГОЖИТЕЛЯМ ОТНОСЯТСЯ ЛИЦА  
70 лет и старше  
80 лет и старше  
90 лет и старше  
\*100 лет и старше

ПОКАЗАТЕЛЕМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОЕЧНОГО ФОНДА ОТДЕЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ  
среднегодовая занятость койки  
средняя длительность пребывания больного на койке  
\*оборот койки  
простой койки  
летальность

ДЕОНТОЛОГИЯ - НАУКА О ДОЛГЕ ВРАЧА И СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО  
ПЕРСОНАЛА, КОТОРЫЙ СОСТОИТ В ТОМ, ЧТОБЫ  
обеспечить наилучшее лечение  
создать благоприятную обстановку для-выздоровления больного  
установить доверительные отношения больной - врач, врач - больной, врач - родственники  
больного, врачи между собой

\*все перечисленное

ЭТИЧЕСКИЕ НОРМЫ ВРАЧА ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ ВСЕМ, КРОМЕ

умений и навыков

законов и приказов

\*этнических особенностей региона

моральной ответственности перед обществом

БОЛЬНОЙ ЧАСТО ХОРОШО ОСВЕДОМЛЕН О ПОСЛЕДНИХ ДОСТИЖЕНИЯХ В ОБЛАСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРИБОРОВ КАК ДИАГНОСТИЧЕСКИХ, ТАК И ЛЕЧЕБНЫХ. В ВАШЕМ УЧРЕЖДЕНИИ ТАКОГО ОСНАЩЕНИЯ НЕТ, НО БОЛЬНОЙ НАСТАИВАЕТ НА ИХ ИСПОЛЬЗОВАНИИ. В ЭТОМ СЛУЧАЕ СЛЕДУЕТ

отказать больному, ссылаясь на их отсутствие

\*обратиться за помощью к администрации

использовать предложение о помощи родственников

выписать больного

ЕСЛИ СУЩЕСТВУЕТ БОЛЬШОЙ РИСК ОПЕРАЦИИ, КОТОРАЯ ЯВЛЯЕТСЯ ЕДИНСТВЕННЫМ ШАНСОМ ПОМОЧЬ БОЛЬНОМУ, ТО УРОЛОГ ДОЛЖЕН

отказаться от операции

принять решение оперировать больного

\*созвать консилиум в составе старшего по клинике, анестезиолога, терапевта для решения вопроса об операции

\*предупредить близких родственников о сложности операции и степени риска

БОЛЬНОЙ ОТКАЗЫВАЕТСЯ ОТ НЕОБХОДИМОЙ ОПЕРАЦИИ. В ЭТОМ СЛУЧАЕ НЕ СЛЕДУЕТ

созвать консилиум

оперировать без согласия больного, но при согласии родственников

предупредить родственников о критическом состоянии больного и привлечь их для убеждения больного

\*продолжать настойчиво, но не императивно предлагать операцию

в случае онкологического заболевания объявить об этом, но сказать, что стадия заболевания позволяет надеяться на благоприятный исход

ДОЛЖЕН ЛИ ЗНАТЬ БОЛЬНОЙ, КАКИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА ЕМУ НАЗНАЧЕНЫ ПО ДЕЙСТВИЮ

\*должен знать, если ему будет дана доступная информация

не должен знать

должен знать достаточно полно при достаточном уровне образования

ПОВЕДЕНИЕ ВЕДУЩЕГО УРОЛОГА, ПРОИЗВОДЯЩЕГО В ТЕЧЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ВРЕМЕНИ ВСЕ СЛОЖНЫЕ ОПЕРАЦИИ

правильно

\*неправильно, т.к. он должен постоянно заботиться о профессиональном росте своих помощников

\*правильно, если он и его окружение не видят достаточных данных для такого профессионального уровня

УРОЛОГ УБЕЖДЕН, ЧТО НЕСМОТРИ НА РИСК, ОПЕРАЦИЮ ПРОИЗВЕСТИ МОЖНО. АНЕСТЕЗИОЛОГ КАТЕГОРИЧЕСКИ ВОЗРАЖАЕТ. В ЭТОМ СЛУЧАЕ СЛЕДУЕТ

- \*созвать расширенный консилиум в составе старшего в клинике, старшего анестезиолога, врачей отделения и принять соответствующее решение
- \*принять единоличное решение об операции
- предупредить родственников больного о риске необходимой операции

БОЛЬНОЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ НАХОДИТСЯ В РЕАНИМАЦИОННОМ ОТДЕЛЕНИИ.  
ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ВЕДЕНИЕ БОЛЬНОГО ВОЗЛАГАЕТСЯ НА

врача-реаниматолога  
врача-анестезиолога  
оперировавшего уролога  
всех вместе

- \*всех вместе во главе с оперировавшим урологом

БОЛЬНОЙ ОТКАЗЫВАЕТСЯ ОТ ОПЕРАЦИИ У ПРЕДЛОЖЕННОГО ЕМУ УРОЛОГА.  
В ЭТОМ СЛУЧАЕ ВОЗМОЖНО ЛЮБОЕ РЕШЕНИЕ, КРОМЕ

- \*выписки больного

разъяснения, убеждения больного в высоких профессиональных качествах уролога  
согласия с кандидатурой уролога, выбранной самим больным, если его профессиональные качества высоки  
предложения кандидатуры самого старшего уролога в клинике

РОДСТВЕННИКИ БОЛЬНОГО КАТЕГОРИЧЕСКИ ОТКАЗЫВАЮТСЯ ОТ  
ПРОИЗВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИИ ЛЕЧАЩИМ ВРАЧОМ, НО БОЛЬНОЙ СОГЛАСЕН  
ОПЕРИРОВАТЬСЯ ТОЛЬКО У ЛЕЧАЩЕГО ВРАЧА. В ЭТОМ СЛУЧАЕ ЗАВ.  
ОТДЕЛЕНИЕМ ДОЛЖЕН

согласиться с родственниками и назначить другого хирурга  
оперировать самому

- \*убедить родственников о профессиональной подготовленности лечащего врача и согласиться с желанием больного

ДОЛЖЕН ЛИ СТАРШИЙ ПО СТАЖУ И ВОЗРАСТУ УРОЛОГ СОГЛАСОВЫВАТЬ С  
МЛАДШИМИ ПОМОЩНИКАМИ В СЛОЖНЫХ СИТУАЦИЯХ НА ОПЕРАЦИИ ВСЕ  
ВОЗМОЖНЫЕ ВАРИАНТЫ ДЛЯ ВЫРАБОТКИ ОПТИМАЛЬНОГО РЕШЕНИЯ

- \*должен

не должен, боясь уронить свой авторитет

- \*должен в начале выслушать мнение младших

- \*последним высказать свое мнение

АВТОРИТЕТ СТАРШЕГО В ОБРАЩЕНИИ К МЛАДШЕМУ ПРИ БОЛЬНЫХ ПРОСТО  
ПО ИМЕНИ И НА "ТЫ"

возрастает

- \*не увеличивает

- \*возможно при доверительном отношении вне служебной обстановки

ДОЛЖЕН ЛИ УРОЛОГ В ХОДЕ ОПЕРАЦИИ ИНТЕРЕСОВАТЬСЯ У  
АНЕСТЕЗИОЛОГА СОСТОЯНИЕМ БОЛЬНОГО

- \*обязательно должен

не должен, полностью доверяясь анестезиологу

зависит от взаимоотношений уролога и анестезиолога

УРОЛОГ ДОЛЖЕН САМ ПЕРЕВЯЗЫВАТЬ И ОСМАТРИВАТЬ  
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННУЮ РАНУ БОЛЬНОГО ИЛИ ДОВЕРИТЬ ЭТО

медицинской сестре  
стажеру на рабочем месте  
\*только сам

#### ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБСУЖДЕНИЕ ВО ВРЕМЯ ОБХОДА ТОГО ИЛИ ИНОГО БОЛЬНОГО В ПАЛАТЕ

допустимо в простейших ситуациях  
допустимо, когда лишний раз необходимо склонить больного к операции, одновременно щадя его психику  
недопустимо в случаях онкологического заболевания  
\*все перечисленное правильно

#### В СЛУЧАЯХ НАРУШЕНИЯ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ ЗАВ.ОТДЕЛЕНИЕМ ДОЛЖЕН

\*разобрать случай нарушения в отделении на утренней конференции  
сообщить о нарушении администрации в любом случае  
\*сообщить администрации при повторном нарушении  
\*на усмотрение зав.отделением - провести отдельную беседу с нарушителем

#### СТАРШИЙ ХИРУРГ (ЗАВ.ОТДЕЛЕНИЕМ, СТАРШИЙ ОРДИНАТОР, АССИСТЕНТ И ДР.), ПОМОГАВШИЙ НА ОПЕРАЦИИ НАЧИНАЮЩЕМУ ОПЕРАЦИОННУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ВРАЧУ, КОТОРЫЙ ДОПУСТИЛ ТУ ИЛИ ИНУЮ ТЕХНИЧЕСКУЮ ОПОШНОСТЬ (ОШИБКУ, ПОВЛЕКШУЮ К ЛЕТАЛЬНОМУ ИСХОДУ ОПЕРАЦИИ), ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

\*несет  
не несет  
не несет, т.к. пытался вовремя исправить ошибку, но безуспешно  
несут оба  
однозначно ответить в каждом конкретном случае нельзя

#### СООБЩИТЬ РОДСТВЕННИКАМ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОИЗВЕДЕННОЙ ОПЕРАЦИИ ДОЛЖЕН

\*только оперировавший уролог  
кто-либо из присутствующих на операции  
медсестра  
зав. отделением  
любой из перечисленных

#### НАИБОЛЕЕ ВЫСОКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ УРОЛИТИАЗОМ НАБЛЮДАЕТСЯ В РЕГИОНАХ С

\*сухим жарким климатом  
умеренным климатом средней полосы  
холодным заполярным климатом  
тропическим влажным климатом  
климатом морского побережья

#### К ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ОТНОСЯТСЯ

нарушение фосфорно-кальциевого обмена  
нарушение обмена щавелевой кислоты  
нарушение пуринового обмена  
мочевая инфекция (пиелонефрит)  
\*все перечисленное

ПРИ ЩЕЛОЧНОЙ РЕАКЦИИ МОЧИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ОБРАЗУЮТСЯ  
мочекислые (уратные) камни  
цистиновые камни  
\*фосфатные камни  
оксалатные камни  
камнеобразование не зависит от реакции мочи

РАЗВИТИЮ ОКСАЛАТУРИИ СПОСОБСТВУЕТ ВСЕ, КРОМЕ  
дефицита в организме витамина В6  
\*дефицита в организме витамина D  
избытке в пище лимонной кислоты  
хронических колитов  
литолитических препаратов (блемарен, уралит-У и др.)

ГИПЕРКАЛЬЦЕМИЯ И ГИПЕРКАЛЬЦИУРИЯ СПОСОБСТВУЮТ ОБРАЗОВАНИЮ  
цистиновых камней  
мочекислых (уратных) камней  
\*оксалатных камней  
\*фосфатных камней

СНИЖЕНИЕ РЕАБСОРБЦИИ В КАНАЛЬЦАХ ПОЧЕК МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ МОЖЕТ  
ПРИВОДИТЬ К ОБРАЗОВАНИЮ  
цистиновых мочевых солей  
оксалатных мочевых солей  
\*уратных (мочекислых) мочевых солей  
фосфатных мочевых солей  
любых из перечисленных

ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ СПОСОБСТВУЕТ  
нарушению лимфооттока из почки  
нарушению уродинамики  
повышению вязкости мочи  
нарушению стабильности pH мочи  
\*всему перечисленному

ОБРАЗОВАНИЮ ПОЧЕЧНЫХ КАМНЕЙ В БОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ СПОСОБСТВУЕТ  
хронический гломерулонефрит  
\*внутрипочечная лоханка и нарушение лимфооттока из почки  
гипоксия почки  
внепочечная лоханка  
артериальная гипертензия

К ФАКТОРАМ, НЕ ВЛИЯЮЩИМ НА ОБРАЗОВАНИЕ МОЧЕВЫХ КАМНЕЙ,  
ОТНОСЯТСЯ  
\*высокая концентрация натрия и креатинина в крови и моче  
уростаз  
высокая вязкость мочи  
низкий уровень защитных коллоидов в моче  
высокая концентрация щавелевой, мочевой кислоты, кальция в моче

ДЛЯ КРИСТАЛЛИЗАЦИИ ОКСАЛАТНЫХ СОЛЕЙ НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНОЙ pH  
МОЧИ ЯВЛЯЕТСЯ

3,5  
\*5,5  
6,9  
7,5  
8,8

ДЛЯ КРИСТАЛЛИЗАЦИИ УРАТНЫХ МОЧЕВЫХ СОЛЕЙ НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНОЙ pH МОЧИ ЯВЛЯЕТСЯ

3,5  
\*5,5  
7,0  
7,5  
8,5

ДЛЯ КРИСТАЛЛИЗАЦИИ ФОСФАТНЫХ СОЛЕЙ НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНОЙ pH МОЧИ ЯВЛЯЕТСЯ

4,0  
5,7  
\*7,1  
8,8  
8,9

ОБРАЗОВАНИЮ И РОСТУ КАМНЕЙ В МОЧЕВЫХ ПУТЯХ СПОСОБСТВУЮТ ВСЕ УСЛОВИЯ, КРОМЕ

уростаза  
шовного материала (капрон) стенки лоханки  
высокой вязкости мочи  
\*высокого содержания в моче мочевины и креатинина  
высокого содержания в моче мочевой и щавелевой кислот

К ФАКТОРАМ РИСКА КАМНЕОБРАЗОВАНИЯ НЕ ОТНОСЯТСЯ

уратурия, оксалатурия  
\*высокое содержание мочевины и креатинина в крови  
высокое содержание в крови и в моче кальция, мочевой и щавелевой кислоты  
лейкоцитурия и эритроцитурия  
фосфатурия

К РЕНТГЕНОКОНТРАСТНЫМ МОЧЕВЫМ КАМНЯМ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

оксалатов  
фосфатов  
смешанных  
\*уратов и мочекислых камней  
уратов + оксалатов

К РЕНТГЕНОНЕГАТИВНЫМ МОЧЕВЫМ КАМНЯМ ОТНОСЯТСЯ

фосфаты  
фосфаты + ураты  
ураты + оксалаты  
\*ураты (мочекислые)  
ураты + оксалаты + фосфаты

ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ ПРИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ВЫЯВЛЯЮТ ПРИБЛИЗИТЕЛЬНО

в 10% случаев

в 30% случаев

в 50% случаев

\*в 80% случаев

в 100% случаев

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ПРИ КАЛЬЦИЕВЫХ МОЧЕВЫХ КАМНЯХ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНИТЬ ВСЕ МЕТОДЫ, КРОМЕ

определения ионизированного кальция в крови

ультразвукового сканирования паращитовидных желез

\*определения паратгормона в моче

определения паратгормона в крови

определения кальция в суточной моче

В ДИАГНОСТИКЕ МОЧЕКИСЛОГО (УРАТНОГО) УРОЛИТИАЗА СЛЕДУЕТ ПРИМЕНИТЬ УКАЗАННЫЕ НИЖЕ МЕТОДЫ, КРОМЕ

обзорной и экскреторной урографии

\*определения кислой и щелочной фосфатаз крови

определения мочевой кислоты крови

ультразвукового сканирования почек

определения мочевой кислоты в суточной моче

ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫЙ ВАРИАНТ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ДЕЙСТВИЙ ПРИ ЭКСТРЕННОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА 1 КОМПЬЮТЕРНАЯ РЕНТГЕНОВСКАЯ ТОМОГРАФИЯ 2 УЛЬТРАЗВУКОВОЕ СКАНИРОВАНИЕ ПОЧЕК 3 ИЗМЕРЕНИЕ АД И ПУЛЬСА 4 КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ И МОЧИ 5 РАДИОИЗОТОПНАЯ РЕНОГРАФИЯ 6 ОБЗОРНАЯ И ЭКСКРЕТОРНАЯ УРОГРАФИЯ 7 ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ КАТЕТЕРИЗАЦИЯ МОЧЕТОЧНИКА

1,2,4,7

7, 3, 2, 5

\*3,2,4,6, 7

6, 4, 2, 7

2, 5,7,3

В ВЫБОРЕ МЕТОДА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОЧЕЧНАЯ АРТЕРИОГРАФИЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНА

при камнях чашечек почки

при коралловидном камне почки I степени

при камне лоханки почки

при губчатой почке и множественных камнях

\*ни в одном случае

КОМПЬЮТЕРНАЯ РЕНТГЕНОВСКАЯ ТОМОГРАФИЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНА

при коралловидном камне почки II степени

при камнях лоханок обеих почек

при уратном (рентгенонегативном) камне лоханки почки

во всех случаях

\*ни в одном случае

#### РЕТРОГРАДНАЯ УРЕТЕРОПИЕЛОГРАФИЯ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНА

при камне (оксалате) лоханки, почки или мочеточника

\*при подозрении на камень (урат) мочеточника, лоханки или чашечки

при камне (фосфате) чашечки, лоханки или мочеточника

во всех случаях

ни в одном случае

#### РАДИОИЗОТОПНАЯ РЕНОГРАФИЯ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНА

при коралловидном камне почки

при камнях обеих почек

при камнях обоих мочеточников

\*во всех случаях

ни в одном случае

#### УЛЬТРАЗВУКОВОЕ СКАНИРОВАНИЕ ПОЧЕК ЦЕЛЕСООБРАЗНО

при подозрении на камень урат почки

при коралловидном камне почки

при камне мочеточника

ни в одном случае

\*во всех случаях

#### ОБЗОРНАЯ И ЭКСКРЕТОРНАЯ УРОГРАФИЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫ

при камнях лоханок обеих почек

при коралловидном камне почки (обеих почек)

при камне (урате) мочеточника

\*во всех случаях

#### АНАЛИЗ МОЧИ ПО НЕЧИПОРЕНКО ЦЕЛЕСООБРАЗЕН

при хроническом калькулезном пиелонефрите в активной фазе

при коралловидных камнях почек и пиурии

при остром гнойном пиелонефрите

во всех случаях

\*Ни в одном случае

#### ПОСЕВ МОЧИ НА МИКРОФЛОРУ ЦЕЛЕСООБРАЗЕН

при остром гнойном пиелонефрите и камне мочеточника

при остром серозном пиелонефрите и камне почки

при хроническом пиелонефрите в стадии активного воспаления

\*во всех случаях

ни в одном случае

#### ПРОБА ПО ЗИМНИЦКОМУ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНА

при камне чашечки почки

при камне лоханки почки, нарушающем уродинамику

\*при коралловидных камнях почек

при камне лоханки почки без нарушения уродинамики

при камне мочеточника, нарушающем уродинамику

#### ДИНАМИЧЕСКАЯ НЕФРОСЦИНТИГРАФИЯ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНА

\*при коралловидном камне почки

при камне лоханки почки размером 5х6 мм

при камне мочеточника  
при камне чашечки почки  
при отошедшем камне мочеточника

**РАДИОИЗОТОПНОЕ СТАТИЧЕСКОЕ СКАНИРОВАНИЕ ПОЧЕК ЦЕЛЕСООБРАЗНО**

при камне мочеточника  
при камне лоханки почки диаметром не менее 5 мм  
при камнях обоих мочеточников  
во всех случаях  
\*ни в одном случае

У БОЛЬНОГО САМОСТОЯТЕЛЬНО ОТХОДЯТ УРАТНЫЕ КАМНИ И СОЛИ.  
ВЫБЕРИТЕ ОПТИМАЛЬНЫЙ ВАРИАНТ ИССЛЕДОВАНИЙ ИЗ ПРЕДЛОЖЕННЫХ 1  
ОБЩИЙ АНАЛИЗ МОЧИ, МОЧЕВАЯ КИСЛОТА СУТОЧНОЙ МОЧИ 2  
ТРАНСАМИНАЗА КРОВИ 3 МОЧЕВАЯ КИСЛОТА КРОВИ 4 ОБЗОРНАЯ И  
ЭКСКРЕТОРНАЯ УРОГРАФИЯ 5 УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЧЕК 6  
КОМПЬЮТЕРНАЯ РЕНТГЕНОВСКАЯ ТОМОГРАФИЯ

\*1,3,4,5  
1,2,3,5,6  
2, 3,5,6  
все виды исследований  
все, кроме 2

У ПАЦИЕНТА САМОСТОЯТЕЛЬНО ОТХОДЯТ ОКСАЛАТНЫЕ КАМНИ И СОЛИ.  
ВЫБЕРИТЕ НЕОБХОДИМЫЙ ВАРИАНТ ОБСЛЕДОВАНИЯ 1 КАЛЬЦИЙ КРОВИ И  
СУТОЧНОЙ МОЧИ 2 ТРАНСАМИНАЗЫ КРОВИ 3 ФОСФОР КРОВИ 4 ХЛОРИДЫ  
КРОВИ 5 ОКСАЛАТЫ (ЩАВЕЛЕВАЯ КИСЛОТА) СУТОЧНОЙ МОЧИ 6 БЕЛКОВЫЕ  
ФРАКЦИИ КРОВИ

все вышеперечисленные исследования  
1,2,5,6  
\*1,3,5  
4,5,6  
2, 3, 5, 6

У ПАЦИЕНТА САМОСТОЯТЕЛЬНО ОТХОДЯТ ФОСФАТНЫЕ КАМНИ И СОЛИ.  
ВЫБЕРИТЕ НЕОБХОДИМЫЙ ВАРИАНТ ОБСЛЕДОВАНИЯ 1 КАЛЬЦИЙ, ФОСФОР  
КРОВИ 2 КИСЛАЯ И ЩЕЛОЧНАЯ ФОСФАТАЗЫ КРОВИ 3 ТРАНСАМИНАЗА КРОВИ  
4 ОБЩИЙ И БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ МОЧИ 5 ПАРАТИРЕОИДНЫЙ  
ГОРМОН И КАЛЬЦИТОНИН КРОВИ 6 СКАНИРОВАНИЕ ПАРАЩИТОВИДНЫХ  
ЖЕЛЕЗ

1,3,4,6  
\*1, 2,4,6, 7,8  
2, 4, 5, 7, 8  
все перечисленное  
1,4,6,8

У ПАЦИЕНТА КАМЕНЬ НИЖНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА 3 ММ,  
УРЕТЕРОПИЕЛОЭКТАЗИЯ ВЫШЕ КАМНЯ. ВЫБЕРИТЕ ВАРИАНТ ИЗ  
ПРЕДЛОЖЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ

\*спазмолитические средства  
\*стимулирующая мочеточник физиотерапия

водные нагрузки 1,5л в день + фуросемид

У ПАЦИЕНТА В ПОЛИКЛИНИКЕ ДИАГНОСТИРОВАНА ПОЧЕЧНАЯ КОЛИКА, ТЕМПЕРАТУРА 38,3С В ТЕЧЕНИЕ ДВУХ ДНЕЙ, ОЗНОБЫ. ВАШИ ДЕЙСТВИЯ

лечить на дому антибиотиками

госпитализировать в терапевтическое отделение

\*срочно госпитализировать в урологический стационар

\*срочно деблокировать почку

У ПАЦИЕНТА КАМНИ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ОБОИХ МОЧЕТОЧНИКОВ. ПОЧЕЧНАЯ КОЛИКА. ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ СПРАВА. БАКТЕРИЕМИЧЕСКИЙ ШОК. ВЫБЕРИТЕ САМОЕ ПЕРВОЕ ДЕЙСТВИЕ В ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ

срочная нефростомия, декапсуляция правой почки

\*внутривенно кортикостероиды, полиглокин, сердечно-сосудистые средства

срочная уретеролитотомия справа

катетеризация правого мочеточника

срочная чрескожная пункционная нефростомия справа

АНУРИЯ В ТЕЧЕНИЕ 24 ЧАСОВ. В АНАМНЕЗЕ ОТХОЖДЕНИЕ УРАТНЫХ КАМНЕЙ И СОЛЕЙ. ВАШЕ ПЕРВОЕ ДЕЙСТВИЕ ПО ОКАЗАНИЮ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ

лазикс внутривенно 100 мг

\*катетеризация мочеточников

срочная чрескожная пункционная нефростомия

внутривенно 1 л физиологического раствора

перевести пациента в нефрологический стационар

У ПАЦИЕНТА УРАТНЫЙ (РЕНТГЕНОНЕГАТИВНЫЙ) КАМЕНЬ 25X25 ММ ЛОХАНКИ ПОЧКИ БЕЗ НАРУШЕНИЯ УРОДИНАМИКИ. НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ЛЕЧЕНИЕ НАЧИНАТЬ С

чрескожной пункционной нефролитолапаксии

дистанционной ударноволновой литотрипсии

пиелолитотомии

\*литоллиза

вмешательство не показано

У ПАЦИЕНТА КАМЕНЬ - ОКСАЛАТ ЛОХАНКИ ПОЧКИ 15X15 ММ БЕЗ НАРУШЕНИЯ УРОДИНАМИКИ. ЕМУ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ

\*дистанционную ударно-волновую литотрипсию

литоллиз

пиелолитотомию

чрескожную пункционную нефролитолапаксию

вмешательство не показано

ПРИ ФОСФАТНОМ КАМНЕ ЛОХАНКИ ПОЧКИ 10X10 ММ БЕЗ НАРУШЕНИЯ УРОДИНАМИКИ, ХРОНИЧЕСКОМ ЛАТЕНТНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО РЕКОМЕНДОВАТЬ

пиелолитотомию

вмешательство не показано

\*ударно-волновую литотрипсию

литоллиз

чрескожную пункционную нефролитолапаксию

ПРИ УРАТНОМ КАМНЕ ЛОХАНКИ ПОЧКИ 20X18 ММ, ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ В АКТИВНОЙ ФАЗЕ, ПЕДУНКУЛИТЕ, ПЕРИУРЕТЕРИТЕ, ГИДРОКАЛИКОЗЕ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ

ударно-волновую литотрипсию

антибактериальную терапию без оперативного вмешательства

литолит

чрескожную пункционную нефролитолапаксию

\*пиелолитотомию, уретеролит

ПРИ ОКСАЛАТНОМ КАМНЕ ЛОХАНКИ ПОЧКИ 25X30 ММ, ХРОНИЧЕСКОМ ЛАТЕНТНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ И ВЫРАЖЕННОМ ГИДРОКАЛИКОЗЕ ПОКАЗАНО литолит

ударно-волновая литотрипсия

вмешательство не показано

\*пиелолитотомия

катетеризация мочеточника

ПРИ ОКСАЛАТНОМ КАМНЕ ЛОХАНКИ ПОЧКИ 15X16 ММ БЕЗ НАРУШЕНИЯ УРОДИНАМИКИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ

литолит

пункционную нефролитоэкстракцию

пиелолитотомию

вмешательство не показано

\*дистанционную ударно-волновую литотрипсию

У ПАЦИЕНТА 40 ЛЕТ КОРАЛЛОВИДНЫЙ РЕНТГЕНОКОНТРАСТНЫЙ КАМЕНЬ ЛОХАНКИ ВНУТРИПОЧЕЧНОГО ТИПА БЕЗ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ПОЧКИ И УРОДИНАМИКИ, ХРОНИЧЕСКИЙ ЛАТЕНТНЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ. ЕМУ ЛУЧШЕ РЕКОМЕНДОВАТЬ

пиелолитотомию нефростомию

секционную нефролитотомию нефростомию

литолит

пункционную нефростомию. нефролитолапаксию.

\*вмешательство не производить, динамическое наблюдение

У ПАЦИЕНТА 40 ЛЕТ КОРАЛЛОВИДНЫЙ РЕНТГЕНОКОНТРАСТНЫЙ КАМЕНЬ ВНУТРИПОЧЕЧНОЙ ЛОХАНКИ, ГИДРОКАЛИКОЗ, ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ В АКТИВНОЙ ФАЗЕ. НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО РЕКОМЕНДОВАТЬ

вмешательство не производить

\*пиелолитотомию, возможно нефролитотомию и нефростомию

пункционную нефролитолапаксию

дистанционную ударно-волновую литотрипсию

литолит

У ПАЦИЕНТА 20 ЛЕТ КОРАЛЛОВИДНЫЙ РЕНТГЕНОКОНТРАСТНЫЙ КАМЕНЬ II СТАДИИ ПРИ ВНЕПОЧЕЧНОМ ТИПЕ ЛОХАНКИ, ХРОНИЧЕСКИЙ ЛАТЕНТНЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ, ПЕДУНКУЛИТ. ОПТИМАЛЬНЫМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ

вмешательство не производить

дистанционная ударно-волновая литотрипсия

секционная нефролитотомия. нефростомию

\*пиелолитотомия. нефростомию

## ЛИТОЛИЗ

У ПАЦИЕНТА 55 ЛЕТ КОРАЛЛОВИДНЫЙ РЕНТГЕНОКОНТРАСТНЫЙ КАМЕНЬ II СТАДИИ ВНЕПОЧЕЧНОЙ ЛОХАНКИ, ВЫРАЖЕННЫЙ ГИДРОКАЛИКОЗ, ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ В АКТИВНОЙ ФАЗЕ, ПЕДУНКУЛИТ ЕМУ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ

вмешательство не производить

\*заднюю поперечную пиелокаликотомию. уретеролиз нефростомию  
пункционную нефростомию в сочетании с литолапаксией  
литолиз

секционную нефролитотомию. нефростомию

ПРИ ГУБЧАТЫХ ПОЧКАХ, МНОЖЕСТВЕННЫХ КАМНЯХ ПАРЕНХИМЫ ПОЧЕК, ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ В АКТИВНОЙ ФАЗЕ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ

нефролитотомию и нефростомию

\*антибактериальную терапию без оперативного вмешательства  
дистанционную ударно-волновую литотрипсию  
литолиз

пункционную нефролитотомию

ПАЦИЕНТУ 35 ЛЕТ С ДВУСТОРОННИМИ КОРАЛЛОВИДНЫМИ КАМНЯМИ ПОЧЕК, ПРИ ВНЕПОЧЕЧНЫХ ЛОХАНКАХ, УМЕРЕННОМ НАРУШЕНИИ УРОДИНАМИКИ И ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ МОЖНО РЕКОМЕНДОВАТЬ

\*пиелолитотомию. нефростомию с одной стороны  
пиелолитотомию. нефростомию одновременно с 2-х сторон  
вмешательство не показано

литолиз

двустороннюю пункционную нефростомию

ПАЦИЕНТУ 50 ЛЕТ С ПИОНЕФРОЗОМ СПРАВА И КОРАЛЛОВИДНЫМ КАМНЕМ И ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ СЛЕВА СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ

пиелолитотомию и нефростомию слева

\*нефрэктомия справа

нефрэктомия справа. Пиелолитотомию и нефростомию слева одномоментно  
дистанционную ударноволновую литотрипсию слева  
вмешательство не показано

ПРИ УРАТНЫХ КАМНЯХ ЧАШЕЧЕК ОБЕИХ ПОЧЕК НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЛАТЕНТНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА СЛЕДУЕТ ПРИМЕНИТЬ

оперативное лечение

дистанционную ударноволновую литотрипсию

\*литолиз

пункционную нефролитотомию

санаторно-курортное лечение

ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОБЪЕМОМ 90 СМ И УРАТНОМ КАМНЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ 30X2.5 ММ СЛЕДУЕТ

литолиз

цистолитотомию и цистостомию

ударно-волновую литотрипсию

\*цистолитотомию, простатэктомию и цистостомию

вмешательство не показано

ПРИ УРАТНОМ КАМНЕ ЛОХАНОЧНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО СЕГМЕНТА И ОСТРОМ СЕРОЗНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ПОКАЗАНЫ

антибиотики, спазмолитические средства  
пункционная нефролитотомия  
\*пиелолитотомия, ревизия почки (нефростомия)  
дистанционная ударно-волновая литотрипсия  
катетеризация мочеточника

ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ СЛАБОКОНТРАСТНОМ КАМНЕ (УСЛОВНО 85% УРАТ + 15% ОКСАЛАТ) 15X17 ММ ЛОХАНКИ ПОЧКИ И ХРОНИЧЕСКОМ ЛАТЕНТНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ВОЗМОЖНО РЕКОМЕНДОВАТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

\*Литолиза  
пиелолитотомии  
дистанционной ударно-волновой литотрипсии  
пункционной нефролитолалоксии  
все равноценно

ПРИ КАМНЕ - УРАТЕ (РЕНТГЕНОНЕГАТИВНОМ) 12X8 ММ ВЕРХНЕЙ (СРЕДНЕЙ) ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА, НАРУШАЮЩЕМ УРОДИНАМИКУ И ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ В СТАДИИ РЕМИССИИ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ

литолиз  
\*уретеролитотомию  
литокинетическую терапию  
уретеролитоэкстракцию  
контактную литотропсию

ПРИ УРАТНОМ КАМНЕ 5X10 ММ В НИЖНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА, УМЕРЕННО НАРУШАЮЩЕМ УРОДИНАМИКУ И ХРОНИЧЕСКОМ ЛАТЕНТНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАНО

литолиз  
\*уретеролитоэкстракция  
уретеролитотомия  
вмешательство не производить  
санаторно-курортное лечение

ПРИ ОКСАЛАТНОМ ИЛИ ФОСФАТНОМ КАМНЕ 12X7 ММ В СРЕДНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА И ФУНКЦИОНИРУЮЩЕЙ ПОЧКЕ МОЖНО РЕКОМЕНДОВАТЬ

\*контактную литотрипсию  
\*дистанционную ударно-волновую литотрипсию  
\*уретеролитотомию  
\*уретеролитоэкстракцию

У ПАЦИЕНТА 20 ЛЕТ КАМЕНЬ ОКСАЛАТ 5/8 ММ НИЖНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА С УМЕРЕННОЙ УРЕТЕРОЭКТАЗИЕЙ. ЕМУ ЛУЧШЕ ВСЕГО РЕКОМЕНДОВАТЬ

уретеролитоэкстракцию  
\*дистанционную ударно-волновую литотрипсию  
\*консервативное лечение в течение 1 месяца  
контактную литотрипсию

ПАЦИЕНТУ 25 ЛЕТ С КАМНЯМИ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ОБОИХ МОЧЕТОЧНИКОВ РАЗМЕРАМИ 14Х6 ММ И УМЕРЕННОЙ УРЕТЕРОЭКТАЗИЕЙ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ

продолжить консервативную терапию  
\*дистанционную ударно-волновую литотрипсию  
уретеролитоэкстракцию с одной стороны  
уретеролитотомию одномоментно с 2-х сторон  
контактную литотрипсию

ПРИ КАМНЕ - ФОСФАТЕ 5Х10 ММ НИЖНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА, УМЕРЕННОЙ УРЕТЕРОЭКТАЗИИ НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАНО

уретеролитотомия  
\*дистанционная ударно-волновая литотрипсия  
\*контактная литотрипсия  
продолжить консервативное лечение

КАМЕНЬ 5 ММ В УРЕТЕРОЦЕЛЕ, РАЗМЕРАМИ 12Х12 ММ, УРОДИНАМИКА НЕ НАРУШЕНА. НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО РЕКОМЕНДОВАТЬ

вмешательство не производить  
иссечение уретероцеле трансвезикально  
\*рассечение уретероцеле трансуретрально электроножом на мочеточниковом катетере  
дистанционную ударно-волновую литотрипсию  
контактную литотрипсию

ПАЦИЕНТУ 55 ЛЕТ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ КАМНЯМИ ПОЧКИ, ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ В АКТИВНОЙ ФАЗЕ, ВТОРИЧНО СМОРЩЕННОЙ ПОЧКОЙ, АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ТЕЧЕНИЕ 2-Х ЛЕТ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО

противовоспалительная, гипотензивная терапия амбулаторно  
пиелолитотомия, нефростомия  
пункционная нефростомия  
\*нефрэктомия  
дистанционная ударно-волновая литотрипсия

ПРИ КАМНЕ ЛОХАНКИ ПОЧКИ 20Х25 ММ И НИЖНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА С ТОЙ ЖЕ СТОРОНЫ РАЗМЕРОМ 14Х8 ММ, СОХРАНЕННОЙ ФУНКЦИЕЙ ПОЧКИ И ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ В АКТИВНОЙ ФАЗЕ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО

длительная антибактериальная и спазмолитическая терапия  
уретеролитоэкстракция + пиелолитотомия  
дистанционная ударно-волновая литотрипсия камня почки  
пиелолитотомия и уретеролитотомия из одного разреза по Израэлю  
\*уретеролитотомия, пиелолитотомия и нефростомия из 2-х разрезов

У ПАЦИЕНТА КАМЕНЬ ЛОХАНКИ ПОЧКИ, КАРБУНКУЛ ПОЧКИ, ВЫСОКАЯ ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА, ВЫРАЖЕННАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ, ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧИТЬ ВНУТРИВЕННО ИЛИ ЭНДОЛИМФАТИЧЕСКИ АНТИБИОТИКИ БЕЗ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ВЫПОЛНИТЬ СРОЧНУЮ НЕФРЭКТОМИЮ

\*выполнить срочную пиелолитотомию, иссечение карбункула, нефростомию  
произвести катетеризацию или стентирование мочеточника и назначить консервативную терапию

выполнить пункционную нефростомию

ПРИ КАМНЕ ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА, ОСЛОЖНЕННОМ ОСТРЫМ ГНОЙНЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ, СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ

\*уретеролитотомию, нефростомию и декапсуляцию почки  
катетеризацию или стентирование мочеоточника и консервативное лечение  
консервативное лечение внутривенно или эндолимфатически антибиотики широкого спектра действия без вмешательства  
чрескожную пункционную нефростомию  
нефрэктомию

ПРИ КАМНЕ НИЖНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА 5X4 ММ, ОСЛОЖНЕННОМ ОСТРЫМ СЕРОЗНЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ, НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАНА

уретеролитотомия  
нефростомия и декапсуляция почки  
\*пункционная нефростомия и антибиотики широкого спектра действия  
уретеролитоэкстракция и стентирование мочеоточника  
контактная литотрипсия

КАМЕНЬ 25X20 ММ И ЛОХАНКЕ СМЕШАННОГО ТИПА, ПЕДУНКУЛИТ, НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАН ДОСТУП В ЛОХАНКУ

\*задняя поперечная внутрисинусная пиелолитотомия, уретеролиз  
передняя пиелолитотомия  
нижняя продольная пиелолитотомия.  
верхняя поперечная пиелолитотомия  
равноценны все методы

ПРИ КОРАЛЛОВИДНОМ КАМНЕ 2 СТАДИИ И ВНЕПОЧЕЧНОЙ ЛОХАНКЕ ЛУЧШЕ РЕКОМЕНДОВАТЬ

заднюю продольную пиелолитотомию  
\*заднюю поперечную внутрисинусную пиелолитотомию  
секционную нефролитотомию  
переднюю продольную пиелолитотомию  
равноценны все методы

ПАЦИЕНТУ ПРОИЗВЕДЕНА ПИЕЛОЛИТОТОМИЯ, НЕФРОЛИТОТОМИЯ ПО ПОВОДУ КОРАЛЛОВИДНОГО КАМНЯ ПОЧКИ III СТАДИИ СЛЕДУЕТ ТАКЖЕ ВЫПОЛНИТЬ

\*нефростомию через нижнюю (среднюю) чашку  
зашить лоханку наглухо без нефростомии  
пиелостомия  
циркулярную (кольцевую) нефростомию  
равноценны все методы

ПРИ УДАЛЕНИИ КАМНЕЙ ИЗ ЛОХАНКИ И ЧАШЕЧЕК ПОЧКИ ОБНАРУЖЕНЫ ТАКЖЕ СОЛИ, ДЕТРИТ. ПРИ ЭТОМ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНИТЬ

циркулярную нефростомию  
\*нефростомию через нижнюю (среднюю) чашку  
пиелостомия  
ушить лоханку наглухо  
равноценны все методы

ВО ВРЕМЯ ПИЕЛОЛИТОТОМИИ И НЕФРОЛИТОТОМИИ ОТМЕЧАЛОСЬ  
ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ ФОРНИКАЛЬНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ. В ЭТОМ СЛУЧАЕ СЛЕДУЕТ  
ПРИМЕНИТЬ

введение в лоханку и чашечки гемостатической губки

каликостомия

\*нефростомия

нефрэктомия

защитить лоханку наглухо

ПРИ КОРАЛЛОВИДНОМ КАМНЕ III СТЕПЕНИ ПЛАНИРУЕТСЯ  
ПИЕЛОЛИТОТОМИЯ, НЕФРОТОМИЯ И НЕФРОСТОМИЯ. РАСПОЛОЖЕНИЕ ПОЧКИ  
ВЫСОКОЕ, XI И XII РЕБРА ДЛИННЫЕ, МЕЖРЕБЕРЬЕ УЗКОЕ. НАИБОЛЕЕ  
РАЦИОНАЛЬНЫМ ОПЕРАТИВНЫМ ДОСТУПОМ МОЖЕТ БЫТЬ

люмботомия по Федорову

люмботомия с переходом в 9-е межреберье

люмботомия с переходом в 10-е межреберье

люмботомия по Израэлю

\*люмботомия по Нагамацу

ПРИ КАМНЕ ЛОХАНКИ ПОЧКИ 25X20 ММ И КАМНЕ ЮКСТАВЕЗИКАЛЬНОГО  
ОТДЕЛА МОЧЕТОЧНИКА 12X9 ММ С ТОЙ ЖЕ СТОРОНЫ ПОКАЗАН ДОСТУП

\*люмботомия по Федорову и разрез по Пирогову

люмботомия по Израэлю

параректальный разрез

трансабдоминальный доступ

все доступы равноценны

ПРИ УРАТНОМ (РЕНТГЕНОНЕГАТИВНОМ) КАМНЕ СРЕДНЕЙ ТРЕТИ  
МОЧЕТОЧНИКА, 15X9 ММ, НАРУШАЮЩЕМ УРОДИНАМИКУ, НАИБОЛЕЕ  
ЦЕЛЕСООБРАЗНО

литолиз

уретеролитоэкстракция

\*уретеролитотомия

спазмолитическая терапия, электростимуляция мочеточника

чрескожная пункционная нефростомия

ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ  
ОБЪЕМОМ 40 МЛ И КАМНЕ (ОКСАЛАТЕ) МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ 30X30 ММ МОЖНО  
РЕКОМЕНДОВАТЬ

литолиз

цистолитотомия, простатэктомия и цистостомия

\*контактную литотрипсию и ТУР простаты

трансуретральную цистолитотрипсию

дистанционную ударно-волновую литотрипсию

ПАЦИЕНТУ 50 ЛЕТ С КАМНЕМ ЮКСТАВЕЗИКАЛЬНОГО ОТДЕЛА МОЧЕТОЧНИКА  
РАЗМЕРОМ 6X9 ММ, ЧАСТИЧНО НАРУШАЮЩИМ УРОДИНАМИКУ В НАЧАЛЕ  
ЦЕЛЕСООБРАЗНО РЕКОМЕНДОВАТЬ

консервативную терапию

уретеролитотомия

уретеролитоэкстракцию

\*дистанционную ударно-волновую литотрипсию

ПАЦИЕНТУ 55 ЛЕТ С КАМНЕМ СРЕДНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА РАЗМЕРОМ 6Х9 ММ, ЧАСТИЧНО НАРУШАЮЩИМ УРОДИНАМИКУ В НАЧАЛЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО РЕКОМЕНДОВАТЬ

консервативную терапию

уретеролитотомию

уретеролитоэкстракцию

\*дистанционную ударно-волновую литотрипсию

У ПАЦИЕНТКИ 30 ЛЕТ КАМЕНЬ НИЖНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА 5Х9 ММ, НАРУШАЮЩИЙ УРОДИНАМИКУ. ЕЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО РЕКОМЕНДОВАТЬ

проводить консервативную терапию

уретеролитотомию

\*уретеролитоэкстракцию

\*контактную литотрипсию

ПРИ СТОЙКОЙ ФОСФАТУРИИ ПОСЛЕ ПИЕЛОЛИТОТОМИИ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ 1 МОЛОЧНУЮ ДИЕТУ 2 ЕЖЕДНЕВНО ПРИНИМАТЬ ПО 1 ЛИМОНУ 3 АНТИБИОТИКИ ШИРОКОГО СПЕКТРА ДЕЙСТВИЯ, УРОАНТИСЕПТИКИ 4 МЕТИОНИН, АСКОРБИНОВУЮ КИСЛОТУ 5 ПИЩУ, БОГАТУЮ БЕЛКОМ (МЯСО, РЫБА), ЖИРЫ, МАСЛА 6 МОЧЕГОННЫЕ РАСТИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА 7 ЦИТРАТНЫЕ ПРЕПАРАТЫ (МАГУРЛИТ ИЛИ УРАЛИТ-У

правильно все перечисленное

\*правильно все, кроме 1, 2, 7

правильно все, кроме 5 и 7

правильно все, кроме 1,2, 3

правильно все, кроме 2, 5, 7

ПРИ СТОЙКОЙ ОКСАЛАТУРИИ ПОСЛЕ ТРЕХКРАТНОГО ОТХОЖДЕНИЯ ОКСАЛАТНЫХ КАМНЕЙ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ 1 ПИЩУ, БОГАТУЮ ЛИСТВЕННОЙ ЗЕЛЕНЬЮ, БОБОВЫЕ, ЦИТРУСОВЫЕ 2 ПИЩУ, БОГАТУЮ КАЛЬЦИЕМ (МОЛОЧНЫЕ ПРОДУКТЫ, КАРТОФЕЛЬ) 3 ПИЩУ, СОДЕРЖАЩУЮ ВИТАМИНЫ ГРУППЫ В, А, МАГНИЙ 4 ЦИТРАТНЫЕ ПРЕПАРАТЫ 5 ОКИСЬ МАГНИЯ, ТИОСУЛЬФАТ МАГНИЯ 6 ВИТАМИНЫ В6, А 7 ПШЕНИЧНЫЕ ОТРУБИ 8 УВЕЛИЧИТЬ ДИУРЕЗ ДО 2 Л

правильно все перечисленное

правильно все, кроме 2 и 5

правильно все, кроме 1, 2,4

\*правильно все, кроме 3, 5,6, 7 и 8

правильно все, кроме 1 и 5

ПРИ СТОЙКОЙ УРАТУРИИ ЛЕЧЕНИЕ ВКЛЮЧАЕТ 1 МОЛОЧНУЮ ДИЕТУ 2 РАСТИТЕЛЬНУЮ ДИЕТУ 3 МЯСНУЮ ДИЕТУ 4 ДИУРЕЗ 2-2,5 Л 5 ДИУРЕЗ МЕНЕЕ 1 Л 6 ЦИТРАТНЫЕ ПРЕПАРАТЫ 7 БЛОКАТОРЫ ПУРИНОВОГО ОБМЕНА (АЛЛОПУРИНОЛ И ДР.)

правильно все перечисленное

правильно все, кроме 1, 3, 5

правильно все, кроме 1, 2, 3 и 4

правильно все, кроме 1, 3,4 и 6

\*правильно все, кроме 3 и 5

**ПРИ ДВУСТОРОННИХ РЕНТГЕНОКОНТРАСТНЫХ КОРАЛЛОВИДНЫХ КАМНЯХ ПОЧЕК И ПОДОЗРЕНИЕ НА ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ В ПЛАН ДИАГНОСТИКИ СЛЕДУЕТ ВКЛЮЧИТЬ**

исследование ренина, альдостерона крови

\*определение кальция, фосфора сыворотки крови и суточной мочи

\*определение паратгормона, кальцитонина крови

\*сканирование паращитовидных желез и скелета

**ПРИ УРАТНОМ КАМНЕВЫДЕЛЕНИИ В ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ СЛЕДУЕТ ВКЛЮЧИТЬ**

рентгенографию черепа

\*определение мочевой кислоты в сыворотке крови и суточной моче

определение щелочной фосфатазы крови

**ПРИ РЕЦИДИВНОМ ОКСАЛАТНОМ КАМНЕОБРАЗОВАНИИ И ОКСАЛАТУРИИ ВКЛЮЧАЕМ ИССЛЕДОВАНИЕ**

определение кальция и фосфора в сыворотке крови и суточной моче

определение оксалатов в суточной моче

УЗИ паращитовидных желез

определение кислой фосфатазы крови

\*все верно

**УРЕТЕРОЛИТОЭКСТРАКЦИЯ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНА**

\*у женщин с камнями нижней трети мочеточника размерами до 6 мм и неосложненном течении

у мужчин в той же ситуации

при камнях средней трети мочеточника 5 мм у мужчин и женщин

при двусторонних камнях 5 мм верхней трети мочеточника

во всех случаях

**ПРИ ПОСТРЕНАЛЬНОЙ АНУРИИ (КАМНИ МОЧЕТОЧНИКОВ) ЭКСТРЕННУЮ ПОМОЩЬ НАЧИНАЮТ С**

внутривенного введения лазикса, спазмолитиков и инфузионной терапии

\*катетеризации мочеточников

чрескожной пункции и ионич нефростомии

дистанционной ударноволновой литотрипсии

**ПРИ УРАТНОМ КАМНЕ ЛОХАНКИ ПРАВОЙ ПОЧКИ И ОКСАЛАТНОМ - В ЛЕВОЙ ПОЧКЕ, РАЗМЕРАМИ ПО 25X20 ММ КАЖДЫЙ ПЕРВОНАЧАЛЬНО ЛУЧШЕ ВСЕГО РЕКОМЕНДОВАТЬ.**

растворение уратного камня справа, вторым этапом - дистанционную ударноволновую литотрипсию или пиелолитотомию слева

одномоментно пиелолитотомию с 2-х сторон

последовательно пиелолитотомию с интервалом в 1-2 месяца

\*дистанционную ударноволновую литотрипсию

пункционную нефролитолапаксию слева и литолиз справа

**ДВУСТОРОННИЕ КОРАЛЛОВИДНЫЕ КАМНИ ПОЧЕК У БОЛЬНОГО 45 ЛЕТ. ХРОНИЧЕСКИЙ ЛАТЕНТНЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ. ЛОХАНКИ ВНЕПОЧЕЧНОГО ТИПА. ЕМУ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ**

оперативное лечение не показано

одномоментно пиелолитотомию, нефростомию с 2-х сторон

\*пиелолитотомию,(нефростомию) с одной стороны, через 2-3 месяца - с другой стороны  
двустороннюю дистанционную ударноволновую литотрипсию

**ПРИ КАМНЕ ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА 10 ММ И ОСТРОМ СЕРОЗНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНИТЬ**

\*экстренно уретеролитотомию, ревизию почки

экстренно нефрэктомию

экстренно контактную литотрипсию

установку стента в мочеточник

продолжить консервативную, антибактериальную терапию

**ПРИ КАМНЕ ЛОХАНКИ 20Х20 ММ И ОСТРОМ СЕРОЗНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНИТЬ**

консервативную терапию

\*экстренно пиелолитотомию, ревизию почки, нефростомию

нефрэктомию

пункционную нефролитолапаксию и нефростомию

Дистанционную ударноволновую литотрипсию

**ПРИ КАМНЕ ЛОХАНКИ 20Х20 ММ И ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ**

антибиотики, кортикостероиды, инфузионную терапию

\*экстренно пиелолитотомию, нефростомию, декапсуляцию почки

экстренно пункционную нефростомию

катетеризацию мочеточника, лоханки

**КАМЕНЬ ЛОХАНКИ. ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ. БАКТЕРИЕМИЧЕСКИЙ ШОК. СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ**

экстренно нефрэктомию

экстренно пиелолитотомию, нефростомию, декапсуляцию почки

стент мочеточника

\*противошоковую терапию, котрикоиды, инфузионную терапию и др., после выведения из шока - оперативное лечение

**УРАТНЫЙ КАМЕНЬ ПОЧКИ И ОСТРЫЙ СЕРОЗНЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ. СЛЕДУЕТ ПРИМЕНИТЬ**

растворение камня в сочетании с антибактериальной терапией

установку стента в мочеточник

пункционную нефролитолапаксию

дистанционную ударноволновую литотрипсию

\*экстренную пиелолитотомию, ревизию почки

**МЕЛКИЕ КАМНИ ОБОИХ МОЧЕТОЧНИКОВ И АНУРИЯ 20 ЧАСОВ. В НАЧАЛЕ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНИТЬ**

внутривенно лазикс, инфузионную терапию, спазмолитики

двустороннюю нефростомию

\*катетеризацию мочеточников

установить пункционную нефростому

двустороннюю экстренную уретеролитотомию

КАМЕНЬ МОЧЕТОЧНИКА 5 ММ ЕДИНСТВЕННОЙ ПОЧКИ И АНУРИЯ 12 ЧАСОВ. В НАЧАЛЕ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНИТЬ

внутривенно лазикс

экстренную нефростомию оперативно

чрескожную пункционную нефростомию

\*катетеризацию мочеточника

В ПОЛИКЛИНИКЕ У ПАЦИЕНТА ДИАГНОСТИРОВАН КАМЕНЬ МОЧЕТОЧНИКА. ПОЧЕЧНАЯ КОЛИКА. ОСТРЫЙ СЕРОЗНЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ. ЕМУ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ

продолжить антибактериальную, спазмолитическую терапию на дому

\*экстренно госпитализировать в урологический стационар

катетеризацию мочеточника в поликлинике

срочно экскреторную урографию в поликлинике

У ПАЦИЕНТКИ ~ ЛЕТ ДВУСТОРОННИЕ КОРАЛЛОВИДНЫЕ КАМНИ. ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ. ВТОРИЧНО СМОРЩЕННЫЕ ПОЧКИ. УРЕМИЯ. ЕЙ МОЖНО РЕКОМЕНДОВАТЬ

\*гемодиализ, инфузионную терапию, в перспективе двустороннюю нефрэктомию и трансплантацию почки

пиелолитотомию, нефростомию последовательно с 2-х сторон

установку стентов с 2-х сторон

катетеризацию мочеточников

чрескожную пункционную нефростомию

У БОЛЬНОГО НАГНОЕНИЕ ПОЯСНИЧНОЙ РАНЫ ПОСЛЕ ПИЕЛОТОМИИ. ЕМУ НЕОБХОДИМО

увеличить дозу антибиотиков

промывать рану раствором антибиотиков

\*исключить мочевого затек и оперировать

тампоны с мазью Вишневского в рану

пунктировать почку

ПАЦИЕНТУ ПРОВОДЯТ МНОЖЕСТВЕННУЮ НЕФРОЛИТОТОМИЮ ПО ПОВОДУ КОРАЛЛОВИДНОГО КАМНЯ ПРИ ВНУТРИПОЧЕЧНОЙ ЛОХАНКЕ. С ЦЕЛЬЮ УМЕНЬШЕНИЯ КРОВОПОТЕРИ ЕМУ НЕОБХОДИМО

предварительно внутривенно е-аминокапрононовая кислота

гемотрансфузия

гипотермия почки

\*предварительное выделение почечной артерии и парциальное пережатие ее на время секции почки

тампонада разреза почки гемостатической губкой

ПОСЛЕ 4-Х ПЕРЕНЕСЕННЫХ РАНЕЕ ОПЕРАЦИЙ НА ПОЧКЕ ПО ПОВОДУ НЕФРОЛИТИАЗА ВЫЯВЛЕН ПИОНЕФРОЗ. НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫМ МЕТОДОМ ОПЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

нефростомию операционная

оперативное лечение не проводить

катетеризация мочеточника

нефростомию чрескожная пункционная

\*нефрэктомия, возможно субкапсулярно

ПРИ МНОЖЕСТВЕННЫХ КАМНЯХ РАСШИРЕННОЙ НИЖНЕЙ ЧАШЕЧКЕ. ГДЕ ПАРЕНХИМА СОСТАВЛЯЕТ 3-4 ММ И УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПОЧКИ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ

вмешательство не производить

нефролитотомию

пиелолитотомию

\*резекцию нижнего полюса почки

нефрэктомия

ПРИ ХПН 1 И 2 СТАДИИ И УРАТНОМ НЕФРОЛИТИАЗЕ В ДИЕТЕ СЛЕДУЕТ

увеличить мясные бульоны

белок (мясо) назначать из расчета 1 г на 1 кг массы тела больного

\*белок можно уменьшить до 30 г/24 час с добавлением 1 яйца в день

белок (мясо) исключить полностью

заменить мясную диету на рыбную

ПРИ ОКСАЛАТУРИИ И ОКСАЛАТНОМ НЕФРОЛИТИАЗЕ СЛЕДУЕТ

увеличить прием аскорбиновой кислоты до 1 г/24 ч

исключить полностью из диеты листовую зелень

\*исключить из растительной пищи продукты, содержащие избыток щавелевой кислоты

рекомендовать 1 - 2 лимона в день

увеличить белок (мясо) до 3 г на 1 кг массы тела больного в сутки

ПРИ ФОСФАТУРИИ И ФОСФАТНОМ НЕФРОЛИТИАЗЕ СЛЕДУЕТ

увеличить прием молочных продуктов

назначить 1 - 2 лимона ежедневно

\*увеличить белок (мясо) до 1,5 - 2 г на 1 кг массы тела больного

уменьшить объем жидкости в сутки до 0,5 л

диета не имеет значения

ПРИ МКБ И ПОСЕВАХ МОЧИ С ПОЛУЧЕНИЕМ РОСТА ПРОТЕЯ, ПСЕВДОМОНАС ДОМОНАС НАИБОЛЬШИЙ ЛЕЧЕБНЫЙ ЭФФЕКТ МОЖНО ПОЛУЧИТЬ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ

пенициллинов

нитрофуранов

сульфаниламидов

макролидов

\*фторхинолонов, цефалоспоринов, аминогликозидов

ПРИ ЩЕЛОЧНОЙ РЕАКЦИИ МОЧИ НЕ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ

пенициллины

\*нитроксалины

фторхиналоны

макролиды

цефалоспорины

ИЗБЫТОЧНОЕ СОДЕРЖАНИЕ В ПИЩЕ ЛИМОННОЙ И ЩАВЕЛЕВОЙ КИСЛОТ СПОСОБСТВУЕТ ОБРАЗОВАНИЮ

цистиновых камней

\*оксалатных камней

мочекислых камней

фосфатных камней

значения не имеет

ПРИ РЕНТГЕНОКОНТРАСТНОМ КАМНЕ РАЗМЕРАМИ 15X15 ММ С НЕОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ПЕРВОНАЧАЛЬНО СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ  
пиелолитотомию  
консервативное ведение  
литолитическую терапию  
пункционную нефролитолапосию  
\*дистанционную литотрипсию

ПРИ КАМНЕ ЛОХАНКИ ПОЧКИ 25X20 ММ, ИНФИЦИРОВАННОЙ МОЧЕ ПЕРВОНАЧАЛЬНО СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ  
ДЛТ  
\*пункционную нефролитолапосию  
пункционную нефростомию на 1 мес.  
пиелолитотомию  
все равноценно

ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ПОЧКИ НЕЦЕЛЕСООБРАНО МЕТОДОМ  
\*стентирования мочеточника  
пункционной нефростомии  
операционной нефростомии  
\*катетеризации мочеточника

ПРИ ХПН III СТАДИИ КАМНЕОБРАЗОВАНИЕ В ПОЧКАХ ПРИ МКБ МОЖЕТ  
усиливаться  
\*уменьшаться  
не меняется  
меняется только состав камней

РАЗВИТИЕ МКБ МОЖЕТ ПРОИСХОДИТЬ ЗА СЧЕТ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ  
\*экзогенных  
\*эндогенных  
\*только сочетанных

МОЧЕКИСЛОЕ КАМНЕОБРАЗОВАНИЕ ПРОИСХОДИТ ПРИ  
гиперпаратиреозе  
переломах костей  
иммобилизации тела  
молочно-растительной диете  
\*нарушении пуринового обмена

ПРИ ЧАСТОМ РЕЦИДИВНОМ КАМНЕОБРАЗОВАНИИ УДАЛЕНИЕ КАМНЕЙ ИЗ ПОЧКИ ПРЕПОЧТИТЕЛЬНО ПРОИЗВОДИТЬ МЕТОДОМ  
оперативной пиелолитотомии  
лапароскопической пиелолитотомии  
\*пункционной нефролитолапосии  
секционной нефролитотомии  
значения не имеет

МЫШЕЧНЫЙ КАРКАС ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ СОСТОИТ ИЗ

\*трех слоев мышц  
двух слоев мышц  
четырёх слоев мышц  
одного слоя

#### СРЕДНИЙ МЫШЕЧНЫЙ СЛОЙ ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ ПРЕДСТАВЛЕН

нижней задней зубчатой мышцей и наружной косой мышцей живота  
широчайшей мышцей спины и наружной косой мышцей живота  
наружной косой мышцей живота и поперечной мышцей живота  
\*разгибателем позвоночника, нижней задней зубчатой мышцей и внутренней косой  
мышцей живота  
всем перечисленным

#### АНАТОМИЧЕСКИ СЛАБЫМ МЕСТОМ ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОЯСНИЧНЫЙ ТРЕУГОЛЬНИК (ТРЕУГОЛЬНИК ПТИ), ДНОМ КОТОРОГО СЛУЖИТ

поперечная мышца живота  
наружная косая мышца живота  
\*внутренняя косая мышца живота  
нижняя задняя зубчатая мышца  
широчайшая мышца спины

#### СТЕНКАМИ АНАТОМИЧЕСКИ СЛАБОГО МЕСТА ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ - ПОЯСНИЧНОГО РОМБА (РОМБА ЛЕСГАФТА-ГРЮНФЕЛЬДА) ЯВЛЯЮТСЯ

разгибатель позвоночника, нижняя задняя зубчатая мышца и внутренняя косая мышца  
живота  
поперечная мышца живота, нижняя задняя зубчатая мышца и наружная косая мышца  
живота, гребень подвздошной кости  
широчайшая мышца спины, наружная косая мышца живота и гребень подвздошной кости  
\*нижняя задняя зубчатая мышца, внутренняя косая мышца живота, разгибатель  
позвоночника, и XII-ребро  
ни одно из приведенных

#### БЕЛАЯ ЛИНИЯ ЖИВОТА (LINEA ALBA) СОСТОИТ ИЗ АПОНЕВРОЗОВ СЛЕДУЮЩИХ МЫШЦ ЖИВОТА

наружной косой мышцы живота и передним листком апоневроза внутренней косой  
мышцы живота  
задним листком апоневроза внутренней косой мышцы живота и поперечной мышцы  
живота.  
\*наружной косой мышцы живота, внутренней косой мышцы живота и поперечной мышцы  
живота.  
поперечной мышцы живота  
ни одним из перечисленных

#### ОБЛИТЕРИРОВАННЫЙ МОЧЕВОЙ ПРОТОК (УРАХУС) РАСПОЛАГАЕТСЯ В

средних паховых складках брюшины  
латеральных паховых складках брюшины  
\*срединной паховой складке брюшины

ГРАНИЦАМИ ПАХОВОГО КАНАЛА ЯВЛЯЮТСЯ I - АПОНЕВРОЗ НАРУЖНОЙ  
КОСОЙ МЫШЦЫ ЖИВОТА II - ПОПЕРЕЧНАЯ ФАСЦИЯ III - ВНУТРЕННЯЯ КОСАЯ  
МЫШЦА ЖИВОТА IV - ПОПЕРЕЧНАЯ МЫШЦА ЖИВОТА V - ПАХОВАЯ  
(ПУПАРТОВА) СВЯЗКА

правильно I, II, IV, V  
правильно I, II, III, V  
правильно I, III, IV, V  
\*все правильно

#### ВНУТРЕННЕЕ ОТВЕРСТИЕ ПАХОВОГО КАНАЛА СО СТОРОНЫ ВНУТРЕННЕЙ ПОВЕРХНОСТИ БРЮШИНЫ СООТВЕТСТВУЕТ

медиальной паховой ямке  
\*латеральной паховой ямке  
надпузырной ямке  
пупочному кольцу  
запирательному отверстию

#### НОРМАЛЬНЫЕ РАЗМЕРЫ НАРУЖНОГО ОТВЕРСТИЯ ПАХОВОГО КАНАЛА У МУЖЧИН СОСТАВЛЯЮТ

0,5-1 см x 1-2 см  
2-3 см x 0,5 см  
\*2-3 см x 1-2 см  
3-4 см x 3-4 см  
4-5 см x 2-3 см

#### КОЛИЧЕСТВО ЖИРОВЫХ КЛЕТЧАТОЧНЫХ СЛОЕВ В ЗАБРЮШИННОМ ПРОСТРАНСТВЕ СОСТАВЛЯЕТ

1  
2  
\*3  
4  
5

#### ФАСЦИЯ ТОЛЬДТА (FASCIA TOLDTI) - ЭТО

предпочечная фасция  
позадипочечная фасция  
позадибрюшинная фасция  
внутрибрюшинная фасция  
\*позадиободочная фасция

#### СОБСТВЕННОЕ ЗАБРЮШИННОЕ ЖИРОВОЕ КЛЕТЧАТОЧНОЕ ПРОСТРАНСТВО ОГРАНИЧЕНО

предпочечной фасцией и позадипочечной фасцией  
позадипочечной фасцией и фасцией квадратной мышцы  
позадибрюшинной фасцией и внутрибрюшинной фасцией  
\*позадипочечной фасцией и внутрибрюшинной фасцией

#### В ПОЛОСТИ МАЛОГО ТАЗА РАЗЛИЧАЮТ

один этаж  
два этажа  
\*три этажа  
четыре этажа  
пять этажей

#### ФАСЦИЯ ДЕНОНВИЛЬЕ - ЭТО

пузырно-прямокишечный апоневроз  
простато-прямокишечный апоневроз  
предпузырный апоневроз  
фасциальная капсула прямой кишки  
\*брюшинно-промежностный апоневроз

ПРЕДПУЗЫРНОЕ (RETZII) КЛЕТЧАТОЧНОЕ ПРОСТРАНСТВО ОТГРАНИЧЕНО  
\*задней поверхностью лобковых костей, поперечной фасцией и предпузырной фасцией  
между передним и задним листками предпузырной фасции и стенкой мочевого пузыря  
задней поверхностью лонных костей, симфиза и стенкой мочевого пузыря  
между предпузырной фасцией и брюшиной

ПУТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ГНОЙНЫХ ЗАТЕКОВ ИЗ ПРЕДПУЗЫРНОГО  
ПРОСТРАНСТВА МОГУТ БЫТЬ СЛЕДУЮЩИМИ  
через бедренный и запирающий канал - на бедро  
в боковые пристеночные пространства таза  
в брюшную полость  
во влагалище прямых мышц живота и область пупка  
\*все правильно

ПЕРФОРИРОВАТЬ ЗАПИРАТЕЛЬНУЮ МЕМБРАНУ ПРИ ДРЕНИРОВАНИИ  
ПРЕДПУЗЫРНОГО ПРОСТРАНСТВА ПО БУЯЛЬСКОМУ-МАК-УОРТЕРУ  
НЕОБХОДИМО  
в верхнем наружном отделе  
в верхнем внутреннем отделе  
в нижнем наружном отделе  
в нижнем внутреннем отделе  
\*допустимо в любом отделе

В СОСТАВ МЫШЦ МОЧЕПОЛОВОГО ТРЕУГОЛЬНИКА ВКЛЮЧАЮТСЯ  
седалищно-пещеристые мышцы  
луковично-губчатые мышцы  
поверхностная поперечная мышца промежности  
глубокая поперечная мышца промежности  
\*все правильно

МЫШЕЧНОЙ ОСНОВОЙ ДИАФРАГМЫ ТАЗА ЯВЛЯЕТСЯ  
внутренняя запирающая мышца  
\*мышца, поднимающая задний проход  
большая ягодичная мышца  
глубокая поперечная мышца промежности  
наружный сфинктер ануса

ГРАНИЦАМИ СЕДАЛИЩНО-ПРЯМОКИШЕЧНОЙ ЯМКИ СЛУЖАТ I - НАРУЖНЫЙ  
СФИНКТЕР АНУСА II - МЫШЦА, ПОДНИМАЮЩАЯ ЗАДНИЙ ПРОХОД III -  
СЕДАЛИЩНЫЙ БУГОР IV-БОЛЬШАЯ ЯГОДИЧНАЯ МЫШЦА V - ГЛУБОКАЯ  
ПОПЕРЕЧНАЯ МЫШЦА ПРОМЕЖНОСТИ  
правильно I, II, III, V  
правильно I, II, III, IV  
\*правильно I, III, IV, V  
правильно II, III, IV, V

СРАМНОЙ СОСУДИСТО-НЕРВНЫЙ ПУЧОК ВЫХОДИТ ИЗ ЯГОДИЧНОЙ ОБЛАСТИ  
ЧЕРЕЗ

запирательную мембрану  
большое седалищное отверстие  
\*малое седалищное отверстие  
седалишно-прямокишечную ямку

КАКОМУ СЛОЮ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ СООТВЕТСТВУЕТ МЫШЦА,  
ПОДНИМАЮЩАЯ ЯИЧКО

наружной косой мышце живота  
\*внутренней косой мышце живота  
\*поперечной мышце живота  
все правильно

ЧРЕВНЫЙ СТОЛ ДЕЛИТСЯ НА СЛЕДУЮЩИЕ АРТЕРИАЛЬНЫЕ ВЕТВИ I - ЛЕВАЯ  
ЖЕЛУДОЧНАЯ АРТЕРИЯ II - ЛЕВАЯ ЯИЧКОВАЯ АРТЕРИЯ III - ОБЩАЯ  
ПЕЧЕНОЧНАЯ АРТЕРИЯ IV - СЕЛЕЗЕНОЧНАЯ АРТЕРИЯ V - СРЕДНЯЯ  
НАДПОЧЕЧНИКОВАЯ АРТЕРИЯ

правильно I, II, V  
правильно I, III, V  
правильно I, IV, V  
\*правильно I, III, IV

ПОРЯДОК ЭЛЕМЕНТОВ ПОЧЕЧНОЙ НОЖКИ СПЕРЕДИ НАЗАД СЛЕДУЮЩИЙ

\*вена, артерия, лоханка  
артерия, вена, лоханка  
вена, лоханка, артерия  
лоханка, вена, артерия  
лоханка, артерия, вена

ПРАВАЯ ПОЧЕЧНАЯ АРТЕРИЯ РАСПОЛАГАЕТСЯ

впереди нижней полой вены  
\*позади нижней полой вены  
впереди брюшной аорты  
позади брюшной аорты  
между нижней полой веной и брюшной аортой

КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ИЗ БАССЕЙНА

\*внутренней подвздошной артерии  
наружной подвздошной артерии  
общей подвздошной артерии  
нижней брыжеечной артерии

КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ

\*нижне-пузырные артерии  
\*средне-прямокишечные артерии  
запирательные артерии  
нижне-ягодичные артерии

КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

луковичной артерией  
тыльной артерией полового члена  
глубокой артерией полового члена  
\*все правильно

#### ЛИМФООТТОК ИЗ ЯИЧЕК ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

в поверхностные паховые лимфатические узлы  
в глубокие паховые лимфатические узлы  
\*паракавальные и парааортальные лимфоузлы  
\*околоподвздошные лимфоузлы

#### НАРУЖНЫЙ (ПРОИЗВОЛЬНЫЙ) СФИНКТЕР УРЕТРЫ ИННЕРВИРУЕТСЯ

подвздошно-паховым нервом  
подвздошно-подчревным нервом  
седалищным нервом  
запирательным нервом  
\*срамным нервом

#### ТОПОГРАФИЯ НОРМАЛЬНОГО ПОЛОЖЕНИЯ ПОЧЕК В ЗАБРЮШИННОМ ПРОСТРАНСТВЕ

ориентиром служит XI-ребро, которое делит левую и правую почки на 2/3 и 1/3  
ориентиром служит XII-ребро, которое делит левую почку на 1/3 и 2/3, а правую почку - пополам.  
\*ориентиром служит XII-ребро, которое делит правую почку на 1/3 и 2/3, а левую почку - пополам.  
ориентиром служит XII-ребро, которое делит обе почки пополам

#### НОРМАЛЬНЫЕ РАЗМЕРЫ ПОЧЕК

6-8 см х 3-5 см х 3-4 см  
\*10-12 см х 6-8 см х 3-5 см  
10-12 см х 4-6 см х 3-5 см  
14-16 см х 8-10 см х 3-5 см  
14-16смх6-8смх5-7см

#### ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ЕМКОСТЬ ЧАШЕЧНО-ЛОХАНОЧНОЙ СИСТЕМЫ ПОЧКИ СОСТАВЛЯЕТ

3-5 мл  
4-6 мл  
6-7 мл  
\*7-10 мл  
10-12 мл

#### ДЛИНА МОЧЕТОЧНИКА У ПОЛОВОЗРЕЛОГО МУЖЧИНЫ

10-12 см  
14-18 см  
20-24 см  
\*28-32 см  
32-36 см

#### НАИБОЛЕЕ УЗКИЙ ПРОСВЕТ МОЧЕТОЧНИКА - ДО 2 ММ. ОТМЕЧАЕТСЯ

в области лоханочно-мочеточникового сегмента  
на уровне перекреста с подвздошными сосудами

предпузырном отделе  
\*интрамуральном отделе

ЛЕВЫЙ МОЧЕТОЧНИК У ПОГРАНИЧНОЙ ЛИНИИ ТАЗА ПЕРЕСЕКАЕТ

\*общую подвздошную артерию  
наружную подвздошную артерию  
внутреннюю подвздошную артерию  
запирательную артерию  
подчревную артерию

ПРАВЫЙ МОЧЕТОЧНИК У ПОГРАНИЧНОЙ ЛИНИИ ТАЗА ПЕРЕСЕКАЕТ

\*общую подвздошную артерию  
наружную подвздошную артерию  
внутреннюю подвздошную артерию  
запирательную артерию  
подчревную артерию

НИЖНЯЯ ТРЕТЬ (ТАЗОВЫЙ ОТДЕЛ) МОЧЕТОЧНИКА КРОВΟΣНАБЖАЕТСЯ

подчревной артерией  
верхними пузырными артериями  
маточными артериями  
средними геморроидальными артериями  
\*все правильно

В ПУЗЫРНО-ПРОСТАТИЧЕСКОЙ БОРОЗДЕ РАСПОЛОЖЕНЫ

\*вена  
артерия  
лимфатический сосуд  
все перечисленное

М-ХОЛИНЕРГИЧЕСКИЕ РЕЦЕПТОРЫ РАСПОЛАГАЮТСЯ

\*диссеминированно в детрузоре  
избирательно в шейке мочевого пузыря  
преимущественно в проксимальном отделе уретры  
в предстательной железе

А-1А-АДРЕНОРЕЦЕПТОРЫ РАСПОЛОЖЕНЫ

диссеминированно в детрузоре  
\*избирательно в шейке мочевого пузыря  
\*преимущественно в проксимальном отделе уретры  
\*в предстательной железе

МАССА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ

10  
\*около 20  
не более 60  
30-40

К ОСНОВАНИЮ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИЛЕЖИТ

\*шейка и дно мочевого пузыря  
семенные пузырьки

ампулы семявыносящих протоков  
мочеполовая диафрагма (глубокая поперечная мышца промежности)  
апоневроз Денонвилье

ПО ТЕОРИИ ЗОНАЛЬНОГО СТРОЕНИЯ МАК НИЛА В ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЕ  
РАЗЛИЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ОТДЕЛЫ I - ЦЕНТРАЛЬНУЮ ЗОНУ II - БОКОВЫЕ  
ЗОНЫ III - ПЕРИФЕРИЧЕСКУЮ ЗОНУ IV - ПЕРЕХОДНУЮ ЗОНУ V - ЗОНУ  
ПАРАУРЕТРАЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗ VI - ФИБРОМУСКУЛЯРНУЮ ЗОНУ  
правильно I, II, V  
правильно I, II, V, VI  
правильно I, III, IV, V  
\*правильно I, III, IV, V, VI

ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ ЗОНА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАХОДИТСЯ ПОД  
ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ВЛИЯНИЕМ  
эстрогенов  
\*андрогенов  
лютеинизирующего гормона  
фолликулостимулирующего гормона

ДЛИНА ПРОСТАТИЧЕСКОЙ ЧАСТИ УРЕТРЫ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ  
0,5 - 1 см  
1 - 2,5 см  
\*2,5-4 см  
не более 4 см  
3 - 6 см

ПРЕДСТАТЕЛЬНАЯ ЖЕЛЕЗА СОСТОИТ ИЗ ЖЕЛЕЗИСТЫХ ДОЛЕК (АЦИНУСОВ) В  
КОЛИЧЕСТВЕ  
5-10  
10-20  
20-30  
\*30-50  
50-70

НАИБОЛЕЕ УЗКИМ УЧАСТКОМ УРЕТРЫ ЯВЛЯЕТСЯ  
переход мочевого пузыря в уретру  
\*в месте прохождения через мочеполовую диафрагму  
область наружного сфинктера уретры  
в области наружного отверстия уретры

ДЛИНА ПЕРЕПОНЧАТОЙ ЧАСТИ МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА  
0,5 -1,5 см  
\*1,5-2,5 см  
3 - 4 см  
не более 4 см

ГИДРОЦЕЛЕ - ЭТО СКОПЛЕНИЕ ЖИДКОСТИ МЕЖДУ  
наружной и внутренней семенной фасциями  
внутренней семенной фасциями и собственной влагалищной оболочкой яичка  
наружной семенной фасциями и мясистой оболочкой мошонки

белочной оболочкой яичка и висцеральным листком собственной влагалищной оболочки яичка

\*париетальным и висцеральными листками собственной влагалищной оболочки яичка

#### РАЗМЕРЫ ЯИЧКА В НОРМЕ У ВЗРОСЛОГО МУЖЧИНЫ

2,5 - 3,5 см х 2 - 3 см х 2-3 см

\*4 - 5 см х 2,5 - 3 см х 3-3,5 см

5 - 6 см х 3 - 4 см х 2-3 см

4 -5 см х 2 - 3 см х 1-2 см

не более 5 см

#### ГЛАНДУЛОЦИТЫ ЯИЧКА (КЛЕТКИ ЛЕЙДИГА) РАСПОЛАГАЮТСЯ

в извитых семенных канальцах яичка

в прямых семенных канальцах яичка

\*в интерстициальной ткани яичка

в семявыносящем протрке

#### КЛЕТКИ СПЕРМАТОГЕННОГО ЭПИТЕЛИЯ - СПЕРМАТОГОНИИ РАСПОЛАГАЮТСЯ

\*в извитых семенных канальцах яичка

в прямых семенных канальцах яичка

в интерстициальной ткани яичка

в семявыносящем протоке

#### НОРМАЛЬНЫЕ РАЗМЕРЫ ПРИДАТКА ЯИЧКА ВЗРОСЛОГО МУЖЧИНЫ СОСТАВЛЯЮТ

2,5 - 3,5 см х 1 - 3 см х 0,6-0,8 см

4 - 5 см х 2,5 - 3 см х 1-2 см

\*5 - 6 см х 1 - 2 см х 0,6-0,8 см

4 -5 см х 2 - 3 см х 1 -2 см

не более 5 см

#### ЖИРАЛЬДОВ ОРГАН (.PARADIDYMIS) РАСПОЛАГАЕТСЯ

\*в верхнем полюсе яичка

на головке придатка яичка

в области тела придатка яичка

на оболочках семенного канатика

#### ВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ ПОЧЕК СОСТОИТ ИЗ

филтрации и проксимальной реабсорбции

дистальной реабсорбции

осмотического концентрирования мочи

форникальной реабсорбции

\*все ответы правильные

#### ПРОЦЕСС ФИЛЬТРАЦИИ ЗАВИСИТ ОТ

\*величины артериального давления

\*филтрационного давления

объёма циркулирующей крови

#### ПРОЦЕСС ОБРАЗОВАНИЯ ОКОНЧАТЕЛЬНОЙ МОЧИ СКЛАДЫВАЕТСЯ ИЗ канальцевой реабсорбции

простой диффузии  
канальцевой экскреции  
канальцевой секреции  
\*все ответы правильные

АУТОРЕГУЛЯЦИЯ ПОЧЕЧНОГО КРОВотоКА ПРЕКРАЩАЕТСЯ ПРИ СНИЖЕНИИ  
СИСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

до 100 мм .рт.ст.  
до 80-90 мм.рт.ст.  
до 60-70 мм. рт.ст  
\*до 40-50 мм.рт.ст.  
до 20-30 мм.рт.ст.

НОРМАЛЬНАЯ ВЕЛИЧИНА ПОЧЕЧНОГО КРОВотоКА У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА  
СОСТАВЛЯЕТ В СРЕДНЕМ

1600 мл \ мин  
\*1100 мл\мин.  
800 мл\ мин  
600 мл\мин.  
400 мл\мин.

СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА  
СОСТАВЛЯЕТ В СРЕДНЕМ

60 мл\мин.  
\*120мл\мин.  
180мл\мин.  
240 мл\мин.  
300 мл\мин.

ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ГИПОКАЛИЕМИИ

астенизация.  
мышечная слабость.  
дыхательные нарушения.  
уплощение зубца Т, удлинение интервала PQ  
\*все ответы правильные

ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГИПЕРКАЛИЕМИИ

рвота и понос.  
мерцание желудочков.  
аритмия, желудочковый ритм  
остановка сердца в диастоле.  
\*все ответы правильные

ДАВЛЕНИЕ В МОЧЕТОЧНИКЕ ПРИ НОРМАЛЬНОЙ ЕГО УРОДИНАМИКЕ  
КОЛЕБЛЕТСЯ В ПРЕДЕЛАХ

5-20 см.вод.ст.  
\*20-50 см.вод.ст.  
50-70 см.вод.ст.  
70-80 см.вод.ст.  
80-90 см.вод.ст.

ДАВЛЕНИЕ МОЧИ В МОЧЕВОМ ПУЗЫРЕ В СОСТОЯНИИ ПОКОЯ РАВНО

\*5-10 см.вод.ст.  
10-30 см.вод.ст.  
30-40 см.вод.ст.  
40-50 см.вод.ст.  
50-60 см.вод.ст.

СПИНАЛЬНЫЕ ЦЕНТРЫ МОЧЕИСПУСКАНИЯ НАХОДЯТСЯ НА УРОВНЕ LIV.

\*LII-LIII.  
\*S II-S IV.

РЕЗЕРВУАРОМ ДЛЯ СПЕРМАТОЗОИДОВ ЯВЛЯЮТСЯ

семенные пузырьки.  
головка придатка яичка  
\*хвост придатка яичка  
предстательная железа.  
семявыносящие протоки

ПРИЧИНАМИ ПОВЫШЕНИЯ УРОВНЯ ПРОСТАТ-СПЕЦИФИЧЕСКОГО (PSA) АНТИГЕНА МОГУТ БЫТЬ

РАК ПРОСТАТЫ

воспалительный или инфекционный процесс в простате  
ДГПЖ

эякуляция накануне исследования

\*все ответы правильные

НОРМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ СОДЕРЖАНИЯ ПСА СЫВОРОТКИ КРОВИ НЕ ПРЕВЫШАЕТ

\*4 нг/ мл.  
10 нг/мл.  
12 нг/мл.  
15 нг/мл.  
20 нг/мл.

НА УРОВЕНЬ СОДЕРЖАНИЯ ПРОСТАТИЧЕСКОГО СПЕЦИФИЧЕСКОГО АНТИГЕНА В КРОВИ ВЛИЯЕТ ВСЕ КРОМЕ

массы предстательной железы.  
возраста пациента.  
\*физической нагрузка.  
пальцевого ректального исследования.  
трансректального ультразвукового исследования

МУЖСКИЕ ПОЛОВЫЕ ГОРМОНЫ-АНДРОГЕНЫ ПРОДУЦИРУЮТСЯ В

\*яичках (клетками Лейдига).  
клетках предстательной железы.  
\*коре надпочечников.

ОСНОВНОЕ ДЕЙСТВИЕ ТЕСТОСТЕРОНА СКЛАДЫВАЕТСЯ ИЗ

активации сперматогенеза  
активации метаболических процессов  
стимуляции сексуальных проявлений  
стимуляции стволовых клеток ( гемопоэз )

\*все ответы правильные

ОСНОВНЫМИ МЕТАБОЛИТАМИ ТЕСТИКУЛЯРНОГО ТЕСТОСТЕРОНА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ КРОМЕ

андростерона

этиандростерона

\*эстрадиола

В ПРОЦЕССЕ НЕЙРО-ЭНДОКРИННОЙ РЕГУЛЯЦИИ МУЖСКИХ ПОЛОВЫХ ГОРМОНОВ УЧАСТВУЮТ

гипофиз

гипоталамус

яички

кора надпочечников

\*все ответы правильные

ВЫРАБОТКУ НАДПОЧЕЧНИКОВЫХ АНДРОГЕНОВ КОНТРОЛИРУЕТ

лютеинизирующий гормон

релизинг фактор

адренокортикотропный гормон

\*все верно

ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ

\*возникновение заболевания преимущественно у женщин

определенная последовательность возникновения симптомов

\*преобладание симптомов интоксикации над местными симптомами

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЗЫВАЮТ ПИЕЛОНЕФРИТ

\*кишечная палочка

протей

палочка сине-зеленого гноя

стафилококк

энтерококк

ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ В НЕИЗМЕНЕННЫХ ПОЧКАХ ВЫЗЫВАЕТ

протей

кишечная палочка

палочка сине-зеленого гноя

энтерококк

\*стафилококк плазмокоагулирующий

ФАКТОРАМИ, СПОСОБСТВУЮЩИМИ ВОЗНИКНОВЕНИЮ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА, ЯВЛЯЮТСЯ

пузырно-мочеточниковый рефлюкс

переохлаждение

нарушение пассажа мочи и оттока венозной крови из почки

бактериурия

\*все перечисленное

**ПРИ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПОРАЖАЮТСЯ**

чашечно-лоханочная система

клубочки почки

канальцы почки

\*венозная система почки и интерстициальная ткань

все перечисленное

**ИЗМЕНЕНИЯ В ПОЧКЕ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ**

нарушением проницаемости сосудов

лейкоцитарной инфильтрацией межуточной ткани

скоплением микробов в межуточной ткани

деструкцией почечной ткани (канальцев и клубочков)

\*всем перечисленным

**ОСНОВНЫМ УЛЬТРАЗВУКОВЫМ ПРИЗНАКОМ ОСТРОГО СЕРОЗНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ**

очаговое утолщение паренхимы

\*увеличение размеров почки

неоднородность паренхимы

ограничение подвижности почки при дыхании

наличие ореола разряжения вокруг почки

**МИНИМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО ЛЕЙКОЦИТОВ В ОСАДКЕ МОЧИ У ЖЕНЩИН, УКАЗЫВАЮЩЕЕ НА НАЛИЧИЕ ЛЕЙКОЦИТУРИИ, СОСТАВЛЯЕТ**

2-5 лейкоцитов в поле зрения

\*больше 6 лейкоцитов в поле зрения

больше 10 лейкоцитов в поле зрения

больше 20 лейкоцитов в поле зрения

лейкоциты покрывают все поля зрения

**ОСНОВНЫМИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ СЕРОЗНОЙ И ГНОЙНОЙ СТАДИЙ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЮТСЯ**

\*гипертермия с ознобами

боль в поясничной области

\*напряжение мышц передней брюшной стенки

**К ИСХОДАМ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ОТНОСЯТ**

артериальную гипертензию

\*пионефроз

хроническую почечную недостаточность

\*сморщенную почку

В ПОЛИКЛИНИКУ ОБРАТИЛАСЬ БОЛЬНАЯ 37 ЛЕТ С ЖАЛОБАМИ НА ОБЩУЮ СЛАБОСТЬ, НОЮЩИЕ БОЛИ В ПОЯСНИЦЕ СПРАВА. ДВА ЧАСА НАЗАД ПЕРЕНЕСЛА ПРИСТУП ПРАВОСТОРОННЕЙ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ, СОПРОВОЖДАЮЩИЙСЯ ПОВЫШЕНИЕМ ТЕМПЕРАТУРЫ ДО 38,5, ОЗНОБОМ С ПОСЛЕДУЮЩИМ БЫСТРЫМ СНИЖЕНИЕМ ТЕМПЕРАТУРЫ, ПРОЛИВНЫМ ПОТОМ И ИСЧЕЗНОВЕНИЕМ БОЛЕЙ В ПОЯСНИЦЕ. В МОМЕНТ ОСМОТРА СИМПТОМ ПАСТЕРНАЦКОГО СЛАБО ПОЛОЖИТЕЛЕН СПРАВА, ПОЧКИ НЕ

ПАЛЬПИРУЮТСЯ, МОЧЕИСПУСКАНИЕ НЕ НАРУШЕНО, МОЧА ПРОЗРАЧНАЯ, ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА 37,2С. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ  
состояние после приступа правосторонней почечной колики  
острый гнойный пиелонефрит  
пиелит  
острый гематогенный пиелонефрит  
\*камень правого мочеточника, острый серозный пиелонефрит

ТАКТИКА ВРАЧА ПОЛИКЛИНИКИ ПРИ КАМНЕ МОЧЕТОЧНИКА, ОСТРОМ СЕРОЗНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В  
назначении амбулаторных исследований  
\*срочной госпитализации  
госпитализации в плановом порядке  
динамическом наблюдении на дому  
назначении амбулаторного лечения

ПРОИЗВЕДЕНА ОПЕРАЦИЯ НЕФРОСТОМИИ И ДЕКАПСУЛЯЦИИ ПОЧКИ ПО ПОВОДУ АПОСТЕМАТОЗНОГО НЕФРИТА. ВОЗМОЖНЫМИ СПОСОБАМИ ДРЕНИРОВАНИЯ РАНЫ ЯВЛЯЮТСЯ  
\*установить резино(целлофано) марлевые тампоны в точку с гипертоническим раствором хлористого натрия  
\*установить 2-3 резиновых "страховых" дренажа  
установить тампоны с мазью Вишневского

ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА КАРБУНКУЛ ЛЕВОЙ ПОЧКИ, ТЕМПЕРАТУРЕ ТЕЛА 37 8-38,5'С, ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ 6 ДНЕЙ, НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНИТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ В СЛЕДУЮЩЕЙ ОЧЕРЕДНОСТИ 1 ИЗОТОПНАЯ РЕНОГРАФИЯ 2 АНАЛИЗ МОЧИ И КРОВИ 3 УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ 4 ДИНАМИЧЕСКАЯ НЕФРОСЦИНТИГРАФИЯ 5 ПОЧЕЧНАЯ ВЕНОГРАФИЯ 6 ЭКСКРЕТОРНАЯ УРОГРАФИЯ 7 РЕТРОГРАДНАЯ ПИЕЛОГРАФИЯ  
правильно 1, 2, 3,4, 5, 6 и 7  
\*правильно 2, 3,6  
правильно 2, 4, 1, 3, 7, 5 и 6  
правильно 2,1, 5,4, 5, 7 и 3  
правильно 6, 2, 3, 7

ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТА 64 ЛЕТ ВЫЯВЛЕН КАРБУНКУЛ НИЖНЕГО ПОЛЮСА ЛЕВОЙ ПОЧКИ 2Г3 СМ. ПАССАЖ МОЧИ И ФУНКЦИЯ ПОЧЕК НЕ ИЗМЕНЕНЫ. БОЛЕН 3 ДНЯ, НЕ ЛЕЧИЛСЯ. ВЫБЕРИТЕ ОПТИМАЛЬНЫЙ ВАРИАНТ ЛЕЧЕНИЯ ИЗ ПРЕДЛОЖЕННЫХ  
\*срочную операцию - ревизию левой почки, иссечение или рассечение карбункула, нефростомию, дренирование паранефрального пространства  
плановую операцию - ревизию почки, иссечение или рассечение карбункула, дренирование паранефрального пространства, антибактериальную терапию нефростомию  
чрескожную пункцию карбункула, антибактериальную терапию нефрэктомиию

ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ И КАМНЕ ЛОХАНКИ ПРАВОЙ ПОЧКИ РАЗМЕРАМИ 1,5Г2 СМ, ВЫСОКОЙ ТЕМПЕРАТУРЕ С ПЕРИОДИЧЕСКИМИ ОЗНОБАМИ В ТЕЧЕНИЕ 10 ДНЕЙ. НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАНО

пункционная нефростомия  
катетеризация мочеточника  
интенсивная антибактериальная терапия  
дистанционная литотрипсия  
\*операция - ревизия почки, пиелолитотомия, нефростомия

БОЛЬНОМУ 32 ГОДА. ПОСТУПИЛ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО ГНОЙНОГО  
ПИЕЛОНЕФРИТА, КАМНЯ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ПРАВОГО МОЧЕТОЧНИКА. БОЛЕН 10  
ДНЕЙ. НА ЭКСКРЕТОРНЫХ УРОГРАММАХ ФУНКЦИЯ ПРАВОЙ ПОЧКИ  
ОТСУТСТВУЕТ В ТЕЧЕНИЕ 1,5 ЧАСОВ НАБЛЮДЕНИЯ. БОЛЬНОМУ ПОКАЗАНО  
плановое обследование с целью уточнения функции почек  
установка мочеточникового стента  
уретеролитотомия  
\*срочная операция - ревизия правой почки, нефростомия и интенсивная  
антибактериальная терапия  
интенсивная антибактериальная терапия без операции

ПРИ АБСЦЕССЕ НИЖНЕГО ПОЛЮСА ПРАВОЙ ПОЧКИ РАЗМЕРАМИ 4Г4 СМ  
НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАНО  
интенсивная антибактериальная терапия  
нефрэктомия  
\*операция - вскрытие и дренирование абсцесса или чрескожная пункция и дренирование  
полости абсцесса  
резекция нижнего полюса почки  
декапсуляция почки, нефростомия

БЕРЕМЕННОСТЬ 20 НЕДЕЛЬ. ПРАВОСТОРОННИЙ ОСТРЫЙ СЕРОЗНЫЙ  
ПИЕЛОНЕФРИТ. ЭКТАЗИЯ ЛОХАНКИ И ПРАВОГО МОЧЕТОЧНИКА ДО ТАЗОВОГО  
ОТДЕЛА. ДАННЫХ ЗА КОНКРЕМЕНТЫ НЕТ. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОЙ  
ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЧАТЬ С  
правосторонней нефрэктомии  
прерывания беременности  
катетеризации мочеточника  
чрескожной пункционной нефростомии  
\*постоянного пребывания больной на противоположном боку, антибактериальной  
терапии

К ОСЛОЖНЕНИЯМ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ОТНОСЯТ  
некроз почечных сосочков, паранефрит  
шок  
сепсис  
ОПН  
\*все перечисленное

ПРИМЕНЯТЬ НЕПРЕРЫВНО ОДИН И ТОТ ЖЕ АНТИБИОТИК ПРИ ОСТРОМ  
ПИЕЛОНЕФРИТЕ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО В ТЕЧЕНИЕ  
до 3-х дней  
4-6 дней  
\*7-10 дней  
11-20 дней  
более 20-ти дней

## АНТИБАКТЕРИАЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ

до нормализации температуры  
до исчезновения пиурии  
до исчезновения бактериурии  
до выписки больного из стационара  
\*длительно в течение нескольких месяцев

## ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ЭМФИЗЕМАТОЗНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

ультразвуковой  
радионуклидный  
\*рентгенологический  
бактериологический  
цистоскопия

## КОЛИЧЕСТВО ПОВАРЕННОЙ СОЛИ, КОТОРОЕ СЛЕДУЕТ УПОТРЕБЛЯТЬ БОЛЬНОМУ ОСТРЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

бессолевая диета  
ограниченное количество  
\*обычное количество  
повышенное количество  
большое количество

## НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ КСАНТОГРАНУЛЕМАТОЗНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

\*боль в поясничной области  
\*симптомы интоксикации, тяга к теплу  
макрогематурия

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ПРИ ПЕРВИЧНОМ КСАНТОГРАНУЛЕМАТОЗНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ С

\*карбункулом почки  
\*раком почки  
кистой почки

ПРИ КАМНЕ ПРАВОГО МОЧЕТОЧНИКА, ОСТРОМ ПРАВОСТОРОННЕМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ, БАКТЕРИЕМИЧЕСКОМ ШОКЕ, ПРОВЕСТИ МОЧЕТОЧНИКОВЫЙ КАТЕТЕР ВЫШЕ КАМНЯ НЕ УДАЛОСЬ. В ЭТОМ СЛУЧАЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО проводить более интенсивную антибактериальную терапию  
назначить внутривенное введение антибиотиков  
провести эндолимфатическое введение антибиотиков  
\*произвести операцию - ревизию почки, нефростомию на фоне продолжающейся противошоковой терапии  
продолжать интенсивную терапию, направленную на выведение больного из шока

## ЧАШЕ ВСЕГО ВЫЗЫВАЮТ ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ

стафилококк  
\*кишечная палочка, протей  
стрептококк  
энтерококк  
палочка сине-зеленого гноя

ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО

диффузное поражение почки

\*очаговое, полиморфное поражение почки

очаговое мономорфное поражение почки

поражение только клубочков почки

поражение только канальцев почки

ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ПРЕЖДЕ ВСЕГО ПОРАЖАЮТСЯ

сосудистые петли клубочка почки

капсула Шумлянського-Боумена

\*канальцы почки

межуточная ткань почки

восходящее колено петли Гёнке

ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ

\*нарушение функции канальцев

нарушение функции клубочков

нарушение функции чашечек

нарушение фильтрационной функции почки

нарушение функции почечной лоханки

НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА РАЗВИТИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА У  
БЕРЕМЕННЫХ ЯВЛЯЮТСЯ

\*сдавление мочеточников увеличенной маткой

\*дилатация мочеточников за счет гормональных изменений

понижение реактивности организма

все перечисленное

СИМПТОМ ХОДСОНА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ОСНОВАН НА

изменении тонуса чашечек

изменении тонуса почечной лоханки

увеличении почки

\*очаговости и полиморфности воспалительных изменений в почке

нарушении функции почки

У ЖЕНЩИНЫ 34 ЛЕТ В ПРОЦЕССЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОБНАРУЖЕНО В  
ОСАДКЕ МОЧИ 25-30 ЛЕЙКОЦИТОВ В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ. ЖАЛОБ НЕ ПРЕДЪЯВЛЯЕТ.  
В АНАМНЕЗЕ УКАЗАНИЙ НА УРОЛОГИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ НЕТ. НАИБОЛЕЕ  
ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ

\*хронический пиелонефрит

хронический цистит I

хронический уретрит

пиелит

хронический аднексит

В ТЕЧЕНИЕ ГОДА ЦИСТИТ С ПЕРИОДИЧЕСКИМИ ОБОСТРЕНИЯМИ. РЕАКЦИЯ  
МОЧИ ЩЕЛОЧНАЯ. СТОЙКАЯ ЛЕЙКОЦИТУРИЯ, НЕСМОТРИ НА ПРИМЕНЕНИЕ 5-  
НОК, НИТРОФУРАНОВ, УРОСУЛЬФАНА. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ

\*хронический цистит

хронический пиелонефрит

туберкулез мочевого пузыря

туберкулез почки  
цисталгия

У ПАЦИЕНТА 42 ЛЕТ ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОБНАРУЖЕНА ЛЕЙКОЦИТУРИЯ (ДО 35-40 ЛЕЙКОЦИТОВ В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ). ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ИСТОЧНИКА ЛЕЙКОЦИТУРИИ (УРЕТРА, ПРЕДСТАТЕЛЬНАЯ ЖЕЛЕЗА, ПОЧКИ ИЛИ МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ) ИССЛЕДОВАНИЕ НУЖНО НАЧИНАТЬ С

бактериологического анализа мочи

\*двухстаканной пробы

пробы Нечипоренко

исследования мочи, полученной путем катетеризации мочевого пузыря

проведения провокационного преднизолонового теста

ПРИ ТЯЖЕЛОМ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ И АЗОТЕМИИ (12-18 ММОЛЬ/Л) ПРИ НЕИЗМЕНЕННОЙ КОНТРАЛАТЕРАЛЬНОЙ ПОЧКЕ НЕФРЭКТОМИЯ

\*возможна и целесообразна

возможна

невозможна

возможна только при применении гемодиализа

возможна только при проведении гемосорбции

ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ СО СЛЕДУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК

туберкулезом

гипоплазией

гломерулонефритом

первично сморщенной почкой

\*всем перечисленным

К ОСЛОЖНЕНИЯМ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ОТНОСЯТ ХПН

артериальную гипертензию

нефролитиаз

некроз почечных сосочков

\*все перечисленное

ОСНОВНОЕ ЗНАЧЕНИЕ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ЦИСТИТА ПРИДАЕТСЯ

местным расстройствам кровообращения

физическим факторам

\*инфекции

химическим факторам

общим факторам

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ЦИСТИТА У МУЖЧИН СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ С

\*пиелонефритом

\*простатитом

парапроктитом

всем перечисленным

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ЦИСТИТА У ЖЕНЩИН СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ С

- \*пиелонефритом
- \*туберкулезом и опухолью мочевого пузыря
- \*эндометриозом мочевого пузыря

колитом, аднекситом

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПУТЕМ ПРОНИКНОВЕНИЯ ИНФЕКЦИИ В МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ ЯВЛЯЕТСЯ

- \*уретральный, восходящий

нисходящий  
лимфогенный  
гематогенный  
контактный

ОСНОВНЫМИ СИМПТОМАМИ ОСТРОГО ЦИСТИТА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

поллакиурии

- \*полиурии

терминальной гематурии  
болей при мочеиспускании  
пиурии

ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ЦИСТИТА ОСНОВАНА НА АНАЛИЗЕ ВСЕГО ПЕРЕЧИСЛЕННОГО, КРОМЕ

анамнестических данных и клинически проявлении  
данных микроскопии осадка мочи  
данных посева мочи

- \*данных экскреторной урографии и уретроцистографии

ПРИ ОСТРОМ ЦИСТИТЕ ПОКАЗАНЫ

цистоскопия (в большинстве случаев)

- \*цистоскопия (в исключительных случаях)

катетеризация мочевого пузыря  
уретроскопия  
цистометрия

ДЛЯ ОСТРОГО ЦИСТИТА ХАРАКТЕРНА ГЕМАТУРИЯ

тотальная с бесформенными сгустками  
инициальная

- \*терминальная

безболевая

ПРИ ОСТРОМ ЦИСТИТЕ ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ФОРМЫ

- \*катаральный
- \*геморрагический

грануляционный

- \*фибринозный и язвенный

ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЦИСТИТЕ ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ФОРМЫ

- \*катаральный
- \*полипозный, кистозный
- \*язвенный, инкрустирующий, некротический

## В РАЗВИТИИ ЦИСТИТА ЭТИОЛОГИЧЕСКУЮ РОЛЬ ИГРАЮТ

патогенные микроорганизмы

микоплазмы

вирусы

хламидии

\*все перечисленное

## ПРИ ОСТРЫХ ЦИСТИТАХ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНЯТЬ

\*диетотерапию

инсталляции лечебных средств

\*антибактериальную терапию

## В ОСНОВУ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЦИСТИТА НЕОБХОДИМО СТАВИТЬ

антибактериальную терапию

\*устранение причин, поддерживающих воспалительный процесс

инсталляции лечебных средств

диетотерапию

применение спазмолитиков

## ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЙ ЦИСТИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

\*стойким болевым симптомокомплексом

отсутствием жалоб

\*нарушением резервуарной функции мочевого пузыря

## ПРИ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОМ ЦИСТИТЕ ПОКАЗАНЫ

\*противовоспалительная терапия (вольтарен), пикамилон

\*гепаринотерапия

\*инсталляции лечебных средств

## ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ ОСТРОГО УРЕТРИТА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

болей при мочеиспускании

\*гематурии и отека кожи мошонки

гнойных выделений из уретры

отека губок наружного отверстия уретры

учащенного мочеиспускания

## ДИАГНОСТИКА УРЕТРИТА ОСНОВЫВАЕТСЯ НА ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННОМ, КРОМЕ

данных анамнеза и клиники

результатов исследования осадка одной порции мочи

\*данных клинического анализа крови и исследования секрета предстательной железы посева и микроскопии гнойного отделяемого уретры

## УРЕТРОСКОПИЯ ПОКАЗАНА

при остром течении уретрита

при торпидном течении уретрита

при латентном течении уретрита

\*при хроническом уретрите

## УРЕТРОГРАФИЯ ПОКАЗАНА

при эпидидимите  
при простатите  
\*при подозрении на кондиломатозный уретрит

#### РЕНТГЕНОВСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА ПОКАЗАНО

при остром уретрите  
при простатите и везикулите  
\*при подозрении на стриктуру уретры  
при торпидном течении уретрита

#### ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ОСТРОГО УРЕТРИТА СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ С

баланопоститом  
\*циститом  
\*простатитом  
всем перечисленным

#### ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ БАЛАНОПОСТИТА СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ С

пиелонефритом  
парапроктитом  
фимозом  
гангреной Фурнье  
\*ни с одним из перечисленных

#### НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ХРОНИЧЕСКОГО УРЕТРИТА ЯВЛЯЮТСЯ

\*колликулит  
геморрой  
\*простатит  
\*везикулит

#### К ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ХРОНИЧЕСКОГО УРЕТРИТА ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

простатита  
эпидидимита  
поражения уретральных желез  
\*парапроктита  
орхита

#### ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ТЕРМИЧЕСКИХ, ХИМИЧЕСКИХ И ТРАВМАТИЧЕСКИХ УРЕТРИТАХ ПОКАЗАНО

установление постоянного катетера в сочетании с интенсивной антибактериальной терапией  
интенсивная антибактериальная и местная терапия  
\*цистостомия с последующей интенсивной антибактериальной и местной терапией  
лучевая терапия  
физиотерапевтическое лечение

#### ПРИ УРЕТРАЛЬНОЙ (РЕЗОРБТИВНОЙ) ЛИХОРАДКЕ ПОКАЗАНА

\*интенсивная антибактериальная и инфузионная терапия  
интенсивная антибактериальная терапия и инсталляции в уретру жировых эмульсий и растительных масел  
только инфузионная терапия, направленная на уменьшение общей интоксикации  
цистостомия с последующей интенсивной антибактериальной терапией

#### БАЛАНОПОСТИТ - ЭТО ВОСПАЛЕНИЕ

крайней плоти Столового члена

головки полового члена

парауретральных желез

\*крайней плоти и головки полового члена

#### ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМИ ФАКТОРАМИ К ВОЗНИКНОВЕНИЮ БАЛАНОПОСТИТА ЯВЛЯЮТСЯ

\*сужение крайней плоти (фимоз)

искривление полового члена

\*сахарный диабет

#### ВОЗБУДИТЕЛЯМИ НЕГОНОРРЕЙНОГО УРЕТРИТА ЯВЛЯЮТСЯ

трихомонады

бактерии

вирусы

дрожжевые грибы

\*все перечисленные возбудители

#### ВЕНЕРИЧЕСКИЙ УРЕТРИТ - ЭТО

обменный

\*хламидийный

\*гонорейный

\*трихомонадный

#### К НЕИНФЕКЦИОННОМУ УРЕТРИТУ ОТНОСЯТСЯ

\*аллергический

\*травматический и обменный

\*химический

микотический

#### ПРИ БАЛАНОПОСТИТЕ НАБЛЮДАЕТСЯ

\*отек и гиперемия крайней плоти

боли над лобком

\*эрозии и гнойные выделения на внутреннем листке крайней плоти и головке полового члена

#### ПРИ ВРОЖДЕННОМ ФИМОЗЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО

оперативное лечение не показано

расширение крайней плоти инструментально

\*иссечение крайней плоти

\*пластическая операция с сохранением крайней плоти

#### ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ БАЛАНОПОСТИТА СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ С

\*сифилисом  
кавернитом  
\*рожистым воспалением

#### ПРИ БАЛАНОПОСТИТЕ ПОКАЗАНО

\*промывание крайней плоти и теплые ванночки дезинфицирующими растворами  
иссечение крайней плоти  
\*медикаментозная терапия

#### КАВЕРНИТ - ЭТО

\*воспаление кавернозных тел полового члена  
фибропластическая индурация полового члена  
флеботромбоз кожи полового члена

#### ЛЕЧЕНИЕ КАВЕРНИТА СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С

\*антибактериальной терапии  
наложения сафено-кавернозного или губчато-пещеристого анастомоза  
рассечения кавернозных тел

#### ПАРАФИМОЗ - ЭТО

сужение отверстия крайней плоти полового члена  
\*ущемление головки полового члена суженной крайней плотью  
воспаление кавернозного тела уретры и головки полового члена  
воспаление вен полового члена

#### ЛЕЧЕНИЕ ПАРАФИМОЗА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ

\*в попытке вправления головки полового члена  
в иссечении крайней плоти  
в наложении губчато-пещеристого анастомоза  
\*в рассечении ущемляющего кольца

#### ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭПИДИДИМИТ И ОРХИТ МОГУТ БЫТЬ ВЫЗВАНЫ

\*бактериями и вирусами  
\*микоплазмами и хламидиями  
семенной гранулемой  
правильно все перечисленное

#### ПРИ ОСТРОМ ЭПИДИДИМИТЕ ПРИДАТОК ЯИЧКА

\*резко напряжен и болезнен  
\*увеличен  
атрофичен

#### ДЛЯ ОСТРОГО ЭПИДИДИМИТА ХАРАКТЕРНО

\*повышение температуры тела с первых дней заболевания  
повышение температуры тела на 3-4-е сутки  
повышение температуры тела на 5-6-е сутки  
нормальная температура тела в течение всего заболевания  
пониженная температура тела

#### ПОЯВЛЕНИЕ БОЛЕЙ В ПАХОВОЙ ОБЛАСТИ И В ЖИВОТЕ ПРИ ОСТРОМ ЭПИДИДИМИТЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ВОЗНИКНОВЕНИИ

- \*деферентита
- \*фуникулита

острого аппендицита  
колита

ОСТРЫЙ ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭПИДИДИМИТ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

- \*перекрутом и некрозом гидатид
- \*перекрутом яичка

кавернитом

ХРОНИЧЕСКИЙ ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭПИДИДИМИТ И ОРХИТ СЛЕДУЕТ  
ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ СО ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ

туберкулеза яичка и придатка  
новообразования яичка и придатка  
фуникулита и деферентита  
сперматоцеле

- \*варикоцеле

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЭПИДИДИМИТА И ОРХИТА СЛЕДУЕТ  
НАЧИНАТЬ С

- \*назначения антибактериальных препаратов
- \*новокаиновой блокады семенного канатика

оперативного лечения

ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ПРОСТАТИТА  
ЯВЛЯЮТСЯ

бактерии и вирусы  
микоплазмы ихламидии  
трихомонады  
микобактерии туберкулеза

- \*все перечисленное

ИНФИЦИРОВАНИЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВОЗНИКАЕТ

гематогенным путем  
лимфогенным путем  
восходящим путем

- \*всеми перечисленными путями

ДЛЯ ОСТРОГО ПРОСТАТИТА ХАРАКТЕРНО

- \*равномерное увеличение предстательной железы
- каменистая консистенция предстательной железы
- \*резкая болезненность предстательной железы при пальпации
- уменьшение размеров предстательной железы

ВОЗМОЖНЫ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ФОРМЫ ПРОСТАТИТА, КРОМЕ

катарального  
конгестивного  
гнойного

- \*эмфизематозного

ксантогранулематозного

ОСЛОЖНЕНИЯМИ ОСТРОГО ПРОСТАТИТА МОГУТ БЫТЬ

острый аппендицит  
\*уретрит  
артрит  
\*абсцесс предстательной железы

ГЛАВНЫМИ ПРИЗНАКАМИ АБСЦЕССА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЮТСЯ

\*резкая болезненность предстательной железы при пальпации  
уменьшение размеров предстательной железы  
\*наличие очагов размягчения и флюктуации  
симптомы раздражения брюшины

ПРИ АБСЦЕДИРОВАНИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СО СТОРОНЫ  
ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ наблюдаются

лимфопения  
полицитемия  
\*лейкоцитоз  
\*сдвиг лейкоцитарной формулы влево

ПРИ АБСЦЕССЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОКАЗАНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ,  
КРОМЕ

интенсивной антибактериальной терапии  
\*установления постоянного катетера  
цистостомии при задержке мочи  
дренировании полости абсцесса  
дезинтоксикационной терапии

ХРОНИЧЕСКИЙ ПРОСТАТИТ МОЖЕТ БЫТЬ ДИАГНОСТИРОВАН ПРИ

\*наличии в анамнезе достоверных признаков острого простатита  
альбуминурии и цилиндрурии  
\*наличии дизурии, болей в промежности, половых расстройств  
гипотрофии яичек

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ СКАНИРОВАНИЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПРОСТАТИТЕ  
ВЫЯВЛЯЕТ

\*увеличение размеров предстательной железы  
\*диффузные изменения структуры предстательной железы  
признаки кистозного перерождения  
\*уменьшение предстательной железы в размерах

КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ГРАНУЛЕМАТОЗНОГО ПРОСТАТИТА  
ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

хронического течения  
\*болей в эпигастрии  
умеренного лейкоцитоза и эозинофилии  
признаков склероза предстательной железы по данным пальцевого ректального исследования  
увеличения простаты

ПРИ ВЫЯВЛЕННОМ ТРАНСРЕКТАЛЬНО, ПАЛЬПАТОРНО И МЕТОДОМ УЗИ  
АБСЦЕССЕ ПРОСТАТЫ ПОКАЗАНЫ

трансвезикальное (во время цистостомии) вскрытие абсцесса

промежностная пункция абсцесса  
\*трансректальное вскрытие абсцесса  
продолжение противовоспалительного лечения  
пункция абсцесса и постоянная ирригация

#### НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ВЕЗИКУЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

анализ секрета предстательной железы  
везикулография  
спермограмма  
\*ультразвуковое исследование семенных пузырьков  
уретроцистография

#### НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВЕЗИКУЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

анализ спермы  
анализ секрета предстательной железы  
везикулография  
\*ультразвуковое исследование семенных пузырьков  
уретроцистография

#### ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПРОСТАТИТЕ (ЛАТЕНТНОМ ТЕЧЕНИИ), СКЛЕРОЗЕ ШЕЙКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ, остаточной моче в количестве 100 мл показано

цистостомия  
простатэктомия  
\*трансуретральная электрорезекция шейки мочевого пузыря  
пункционная цистостомия  
санаторно-курортное лечение, рассасывающая терапия

#### К АНОМАЛИЯМ ПОЛОЖЕНИЯ ПОЧЕК ОТНОСЯТСЯ

подковообразная почка  
нефроптоз  
\*дистопия гетеролатеральная (перекрестная)  
L-образная почка

#### ДИСТОПИРОВАННУЮ ПОЧКУ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОТ фиксированного нефроптоза

опухоли кишечника  
опухоли женских гениталий  
новообразования почки  
\*всего перечисленного

#### ТОЧНЫЙ ДИАГНОЗ ДИСТОПИИ ПОЧКИ МОЖНО УСТАНОВИТЬ НА ОСНОВАНИИ

экскреторной урографии  
\*ангиографии  
ретроградной пиелографии  
\*УЗИ + доплерографии

#### К СИММЕТРИЧНЫМ ФОРМАМ СРАЩЕНИЯ ОТНОСЯТ

S-образную почку  
\*подковообразную почку

L-образную почку  
\*галетообразную почку

#### НА ЭКСКРЕТОРНЫХ УРОГРАММАХ ПОДКОВООБРАЗНАЯ ПОЧКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

латеральным расположением чашечно-лоханочной системы  
\*изменением угла, составленного продольными осями сросшихся почек  
наличием симптома "рыболовного крючка"

#### ПРИ ПОДКОВООБРАЗНОЙ ПОЧКЕ С СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННЫМ ПЕРЕШЕЙКОМ, КАМНЕ ЛОХАНКИ 25 ММ ПОКАЗАНА

\*пиелолитотомия  
пиелолитотомия, уретропиелонеостомия, нефростомия  
пункционная нефролитотомия  
ударно-волновая литотрипсия  
рассечение перешейка и репозиция половины почки (резекция нижнего полюса почки)

#### ПАТОГЕНЕЗ СОЛИТАРНОЙ КИСТЫ СВЯЗАН

\*с канальцевой окклюзией (врожденной или приобретенной)  
с ретенцией мочи  
с ишемией почечной ткани  
с обструкцией мочеточника  
с симптомом Froyley

#### ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ СОЛИТАРНОЙ КИСТЫ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ КРОМЕ

локализация кисты в почечном синусе  
нагноение кисты  
нарушение пассажа мочи и хроническая инфекция в почке и верхних мочевых путях  
\*простой кисты нижнего или среднего сегмента почки

#### ПОЛИКИСТОЗ ПОЧЕК - ЭТО ЗАБОЛЕВАНИЕ

\*врожденное  
приобретенное  
одностороннее  
\*двустороннее

#### ПОКАЗАНИЯМИ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ ПОЛИКИСТОЗЕ ПОЧЕК ЯВЛЯЮТСЯ

длительная микрогематурия  
\*нагноение кист  
хронический пиелонефрит  
артериальная гипертензия  
все перечисленное

#### МУЛЬТИКИСТОЗНАЯ ПОЧКА - ЭТО ЗАБОЛЕВАНИЕ

\*одностороннее  
врожденное  
\*приобретенное

#### ОТЛИЧИЕМ МУЛЬТИКИСТОЗНОЙ ПОЧКИ ОТ ПОЛИКИСТОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- \*одностороннее поражение
- двустороннее поражение
- \*отсутствие нефронов в почке
- не полное поражение почки

ОСНОВНЫМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЗНАКОВ МУЛЬТИКИСТОЗНОЙ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- мочеточник не изменен
- \*мочеточник слепо заканчивается, не доходя до лоханки
- облитерация устья мочеточника
- гидроуретер
- экстраренальная лоханка

У БОЛЬНОГО ПОЛИКИСТОЗ ПОЧЕК. КАМЕНЬ ЛОХАНКИ ПОЧКИ 25 ММ, НАРУШАЮЩИЙ УРОДИНАМИКУ, ПИЕЛОНЕФРИТ. ЕМУ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ

- ударно-волновую литотрипсию
- пункционную нефролитотомию, нефростомию
- консервативное лечение
- \*пиелолитотомию, нефростомию, вскрытие кист
- нефростомию

МУЛЬТИЛОКУЛЯРНАЯ КИСТА ПОЧКИ - ЭТО

- однокамерная киста
- множественные кисты почки
- не сообщающаяся с лоханкой киста
- \*кистозно измененный сегмент почки без нефронов
- парапельвикальные кисты

ЛЕЧЕНИЕ МУЛЬТИЛОКУЛЯРНОЙ КИСТЫ

- консервативное
- чрезкожная пункция кисты
- нефрэктомия
- \*оперативное лечение
- введение склерозирующих растворов в полость кист

СИНОНИМАМИ ТЕРМИНА "ГУБЧАТАЯ ПОЧКА" ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- мультикистоз и поликистоз почки
- мультикистоз мозгового вещества
- \*медуллярная губчатая почка
- кистозное расширение почечных пирамид
- врожденная кистозная дилатация собирательных канальцев почки

ГУБЧАТАЯ ПОЧКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ БОЛЬШОГО ЧИСЛА МЕЛКИХ КИСТ

- в корковом веществе почки
- \*в мозговом веществе почки
- в почечных пирамидах
- в воротах почки
- в одном из полюсов почки

ДЛЯ ГУБЧАТОЙ ПОЧКИ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ МЕЛКИХ КОНКРЕМЕНТОВ  
в чашечках  
в лоханке  
\*в измененных канальцах почек  
в мочеточнике  
в корковом слое почки

ДИАГНОЗ "ГУБЧАТАЯ ПОЧКА" УСТАНОВЛИВАЮТ С ПОМОЩЬЮ  
\*ультразвукового исследования  
почечной ангиографии  
доплерографии  
динамической нефросцинтиграфии  
ретроградной уретеропиелогграфии

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ГУБЧАТОЙ ПОЧКОЙ  
динамическое наблюдение  
оперативное лечение  
ДЛТ  
\*консервативное

ИСТИННОЕ УДВОЕНИЕ ПОЧКИ - ЭТО НАЛИЧИЕ  
удвоенная лоханка  
только удвоенные мочевые пути  
\*раздельное кровоснабжение сегментов почки  
подковообразная почка  
S-образная почка

УДВОЕНИЕ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ - ЭТО  
разделение почки на два сегмента, имеющих отдельное кровоснабжение  
внутрипочечное удвоение лоханки  
\*расщепление мочеточника  
\*полное удвоение мочеточника

ЗАКОН ВЕЙГЕРТА-МЕЙЕРА ДЕЙСТВУЕТ ПРИ  
удвоении лоханки  
удвоении почки  
расщеплении мочеточника  
неполном удвоении почки  
\*полном удвоении мочеточника

ДИАГНОСТИКА РЕТРОКАВАЛЬНОГО МОЧЕТОЧНИКА ОСНОВЫВАЕТСЯ НА  
ДАННЫХ  
экскреторной урографии  
аортографии  
венокавографии  
спиральной КТ  
\*всего перечисленного

СТАДИЯМИ НЕЙРОМЫШЕЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ МОЧЕТОЧНИКА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ  
ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ  
ахалазии  
\*гидрокаликоза и пиелозктазии

мегауретера  
гидроуретеронефроза

НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЭКСТРАВЕЗИКАЛЬНОЙ ЭКТОПИИ  
УСТЬЯ МОЧЕТОЧНИКА У ЖЕНЩИН ЯВЛЯЕТСЯ

\*постоянное недержание мочи  
неудержание мочи  
боли в поясничной области  
задержка мочи  
учащенное мочеиспускание

НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМИ МЕТОДАМИ ДИАГНОСТИКИ УРЕТЕРОЦЕЛЕ  
ЯВЛЯЮТСЯ

\*ультразвуковое исследование  
экскреторная урография  
восходящая цистография  
\*цистоскопия

У БОЛЬНОГО УРЕТЕРОЦЕЛЕ 5Х4 СМ, ГИДРОУРЕТЕРОНЕФРОЗ, ПОКАЗАНЫ

\*оперативное лечение  
пункционная нефростомия  
уретеросигмостомия  
электрокоагуляция уретероцеле  
трансвезикальное иссечение уретероцеле

ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ФУНКЦИИ ПОЧКИ ПРИ <ЗАКРЫТОМ> ГИДРОНЕФРОЗЕ  
МЕТОДОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

почечная артериография  
экскреторная урография  
ретроградная уретерография  
\*ЧПНС  
динамическая сцинтиграфия

ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ, ОБУСЛОВЛЕННОМ ДОБАВОЧНЫМ НИЖНЕПОЛЯРНЫМ  
СОСУДОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ОСТРЫМ ГНОЙНЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ ПОКАЗАНА  
операция по Culp de Weerd

резекция лоханочно-мочеточникового сегмента с пиелоурете-роанастомозом  
\*чрезкожная пункционная нефростомия  
операция по Фолею  
антевазальный пиелоуретероанастомоз

ПРИ ВЫСОКОМ ОТХОЖДЕНИИ МОЧЕТОЧНИКА ЦЕЛЕСООБРАЗНА ОПЕРАЦИЯ  
уретеролиза

\*латеро-латеральный уретеропиелоанастомоз  
операция по Фолею  
операция по Альбаррану  
нефрэктомия

ПРИ СТРИКТУРЕ ЛОХАНОЧНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО СЕГМЕНТА И  
НИЖНЕПОЛЯРНОМ ДОБАВОЧНОМ СОСУДЕ ПОКАЗАНА ОПЕРАЦИЯ

перемещения сосуда  
пересечения сосуда с резекцией нижнего полюса  
\*антевазального уретеропиелоанастомоза с резекцией сегмента  
операция по Фолею  
операция по Culp de Weerd

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ГИДРОНЕФРОЗА ПРИ ПОДКОВООБРАЗНОЙ ПОЧКЕ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ КРОМЕ

расположение лоханки спереди почки и перегиб мочеточника через паренхиму почки  
врожденный стеноз лоханочно-мочеточникового соустья  
добавочный сосуд  
периуретерит  
\*синдрома Froley

АБСОЛЮТНЫМИ ПОКАЗАНИЯМИ К НЕФРОПЕКСИИ ПРИ НЕФРОПТОЗЕ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

\*нефроптоза с периодическими тупыми болями в пояснице  
нефроптоза с периодической макрогематурией  
нефроптоза, с частыми атаками пиелонефрита  
резко выраженного болевого синдрома

ЭКСТРОФИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЧАСТО СОЧЕТАЕТСЯ С

паховой грыжей  
пороками развития верхних мочевых путей  
удвоением влагалища, наличием двурогой матки  
\*отсутствием лонных костей  
атрезией ануса

ВРОЖДЕННЫЙ ДИВЕРТИКУЛ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ПРИОБРЕТЕННОГО НАЛИЧИЕМ

всех слоев стенки мочевого пузыря  
широкого входа в дивертикул  
\*узкого входа в дивертикул  
наличия выраженной трабекулярности слизистой пузыря

РАЗЛИЧАЮТ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ ФОРМЫ ГИПОСПАДИИ, КРОМЕ

головчатой  
стволовой  
\*дорзальной  
мошоночной  
промежностной

ОПТИМАЛЬНЫМ ВОЗРАСТОМ ДЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ТЕЧЕНИЯ КРИПТОРХИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ

8-10 месяцев  
1 год  
\*6 лет  
3-4 года  
12 лет

ПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ ЯИЧКА ПРИ АБДОМИНАЛЬНОЙ ФОРМЕ КРИПТОРХИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ КРОМЕ

невозможность его низведения

гипоплазия яичка  
подозрение на опухоль яичка  
\*малого объема мошонки

У БОЛЬНОГО 20 ЛЕТ ГИДРОЦЕЛЕ. ЕМУ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ  
наблюдение  
пункцию гидроцеле  
\*оперативное лечение  
физиотерапию  
орхиэктомия

ПРИЧИНОЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТОГО ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЛЕВОСТОРОННЕГО  
ВАРИКОЦЕЛЕ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ КРОМЕ  
врожденное отсутствие клапанов в яичковой вене  
аорто-мезентериальный пинцет  
почечная венная гипертензия  
опухоль почки  
\*гемангиомы почки

ПОКАЗАНИЯМИ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ВАРИКОЦЕЛЕ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ,  
КРОМЕ  
варикоцеле 3 ст.  
варикоцеле + олигозооспермия  
\*неасложненное варикоцеле 1 ст.  
варикоцеле + выраженный болевой симптом  
варикоцеле в сочетании с почечной венной гипертензией

АНОРХИЗМ - ЭТО  
двустороннее неопущение яичек  
отсутствие одного яичка в мошонке  
\*гонадная агенезия  
гипоплазия яичек  
синдром феминизирующих яичек

СИНОРХИДИЗМ ЭТО  
гипоплазия яичек  
врожденное отсутствие яичек  
отсутствие одного яичка в мошонке  
\*внутрибрюшинное сращение яичек  
перекрестная дистопия яичек

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЦИКЛА СПЕРМАТОГЕНЕЗА СОСТАВЛЯЕТ  
48  
50ч  
\*72 часа  
48дней  
90 дней

НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВЯЗКОСТИ ЭЯКУЛЯТА  
0.1-0.2см  
\*0.3- 0.5 см  
1-2 см

3-5 см  
5-10 см

БРАК СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ БЕСПЛОДНЫМ, ЕСЛИ БЕРЕМЕННОСТЬ НЕ НАСТУПАЕТ  
в течение 6 месяцев

\*в течение года  
в течение 2 лет  
в течение 3 лет  
свыше 3 лет

БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЫ, ПРОВОДЯЩИЕСЯ ПРИ ОТНОСИТЕЛЬНОМ  
БЕСПЛОДИИ В БРАКЕ

определение полового хроматина  
феномен кристаллизации  
симптом зрачка  
\*посткоитальный тест  
гормональная проба

НИЖНЕЙ ГРАНИЦЕЙ НОРМЫ КОЛИЧЕСТВА СПЕРМАТОЗОИДОВ В 1 МЛ  
ЭЯКУЛЯТА ПО ДАННЫМ ВОЗ ЯВЛЯЕТСЯ

\*20 млн  
40 млн  
60 млн  
80 млн  
100 млн

КОЛИЧЕСТВО АКТИВНО ПОДВИЖНЫХ СПЕРМАТОЗОИДОВ В НОРМЕ В  
ЭЯКУЛЯТЕ СОСТАВЛЯЕТ

более 20%  
более 30%  
более 40%  
\*более 50%  
более 60%

КОЛИЧЕСТВО КЛЕТОК СПЕРМАТОГЕНЕЗА В ЭЯКУЛЯТЕ В СРЕДНЕМ  
СОСТАВЛЯЕТ

до 1,9%  
\*2-4%  
5-6%  
7-8%  
9-10%

АСПЕРМАТИЗМ ЭТО

отсутствие сперматозоидов в эякуляте  
наличие в эякуляте только клеток сперматогенеза  
\*отсутствие выделения эякулята при половом акте  
наличие в эякуляте только мертвых сперматозоидов  
наличие в эякуляте только малоподвижных сперматозоидов

КАКОЙ СРЕДНИЙ СРОК ПОЛОВОГО ВОЗДЕРЖАНИЯ ПЕРЕД СДАЧЕЙ АНАЛИЗА  
ЭЯКУЛЯТА

1 сутки;  
\*3 суток;  
7 суток;  
10 суток;  
перед сдачей эякулята воздерживаться не обязательно

К ПОКАЗАТЕЛЯМ НОРМОСПЕРМИИ ПО ДАННЫМ ВОЗ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ  
объем эякулята 3 мл;  
рН7,5;  
\*количество сперматозоидов в 1 мл - 10 млн.  
количество сперматозоидов с быстрым прогрессивным прямолинейным движением 30 %;  
количество морфологически нормальных сперматозоидов 70 %.

АУТОИММУННОЕ БЕСПЛОДИЕ У МУЖЧИН ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИЕ  
поражения печени  
нарушения функции гипофиза  
поражения щитовидной железы  
\*разрушения гематотестикулярного барьера  
обструкции семявыносящих путей

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СЕКРЕТОРНОГО И ЭКСКРЕТОРНОГО  
БЕСПЛОДИЯ ПРОВОДИТСЯ С ПОМОЩЬЮ  
термографии мошонки  
\*биопсии яичка  
генитографии  
анализа спермограммы  
исследования гормонального статуса

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭКСКРЕТОРНОГО БЕСПЛОДИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ  
антибактериальная, гормоно- и витаминотерапия  
\*оперативное лечение  
иглорефлексотерапия  
пересадка яичек  
трансплантация клеток Лейдига

ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ОБСТРУКТИВНОЙ АСПЕРМИИ ВЫПОЛНЯЮТ  
\*вазовазоанастомоз  
вазоилеоанастомоз  
вазорезекцию  
реверсивную вазэктомию  
трансплантацию яичка

ЭПИДИДИМОВАЗОАНАСТОМОЗ ПРОИЗВОДИТСЯ ПРИ  
олигозооспермии  
некроспермии  
секреторной аспермии  
асперматизме  
\*обструктивной аспермии

ПОКАЗАНИЯМИ К ВНУТРИМАТОЧНОЙ ИНСЕМИНАЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ

цервикальный фактор бесплодия.  
нарушения семяизвержения.  
качественные и количественные изменения спермы  
иммунологический фактор бесплодия  
\*все правильно

ПОКАЗАНИЯМИ К ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОМУ ОПЛОДОТВОРЕНИЮ ЯВЛЯЮТСЯ  
патоспермия различной степени выраженности.  
аутоиммунный фактор бесплодия.  
состояния обуславливающие невозможность вагинальной эякуляции.  
азооспермия различного генеза  
\*все правильно

КАКОЙ ДОСТУП НЕ ИСПОЛЬЗУЮТ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ  
ВАРИКОЦЕЛЕ  
забрюшинный;  
паховый;  
субингвинальный;  
\*позадилонный;  
минидоступ

К ОСЛОЖНЕНИЯМ ОПЕРАЦИЙ ПО МЕТОДИКАМ ИВАНИССЕВИЧА И ПАЛОМО  
ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ  
формирование гидроцеле;  
\*эректильная дисфункция;  
травма яичковой артерии;  
атрофия яичка;  
рецидив варикоцеле

ПРАВОСТОРОННЕЕ ВАРИКОЦЕЛЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ  
сужении правой почечной вены  
\*опухоли забрюшинного пространства  
нефроптозе  
ожирении  
опухоли печени

ПРИ ОПЕРАЦИИ ПАЛОМО  
перевязывают яичковую вену  
перевязывают яичковую артерию  
\*перевязывают яичковые вену и артерию  
перевязывают семявыносящий проток  
формируют проксимальный тестикулосафенный анастомоз

ВОЗМОЖНЫМИ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ ПРИ БОЛЕЗНИ ПЕЙРОНИ  
ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ  
аутоиммунного  
\*вирусного  
генетического  
травматического  
воспалительного

## ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ФИБРОПЛАСТИЧЕСКОЙ ИНДУРАЦИЕЙ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ

операция - удаление бляшек

удаление бляшек с закрытием дефектов пластическими материалами

\*консервативное лечение

магнитолазерная терапия

комбинированное лечение

## ОСТРЫЙ ПРИАПИЗМ - ЭТО ЭРЕКЦИЯ

исчезающая после длительного полового акта без эякуляции

\*напряжение только боковых кавернозных тел

напряжение только спонгиозного тела уретры

стойкий спазм шейки мочевого пузыря

острое гнойное воспаление кавернозной ткани

## ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТА КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ПРИАПИЗМА НАИБОЛЕЕ целесообразно рекомендовать в первую очередь

рассечение белочной оболочки кавернозные тел

наложение каверно-кавернозного анастомоза

наложение сафено-кавернозного анастомоза

\*пункционное шунтирование кавернозных тел

гофрирование ножек полового члена

## ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ПРИАПИЗМЕ

\*формирование губчато-пещеристого анастомоза по Аль-Хорабу

резекция тыльной вены полового члена

интракавернозное шинирование полового члена

операция Мармара

гофрирование ножек полового члена

## ПРИ ПОЛНОЙ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ АМПУТАЦИИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ЕГО РЕПЛАНТАЦИЮ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ В СРОКИ ДО

2 ч

6ч

\*24 ч

48 ч

1ч

## КАКИЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПОКАЗАНЫ ДЛЯ ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТА КОЖИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

операция Даренкова

операция Мармара

операция Нечипоренко

операция Джонас

\*операция Райха

## ПАЦИЕНТУ 20 ЛЕТ С ПАХОВЫМ КРИПТОРХИЗМОМ И НОРМАЛЬНЫМИ РАЗМЕРАМИ ЯИЧКА СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ

динамическое наблюдение

андрогены

орхиоэктомию

\*ревизию пахового канала и низведение яичка

протезирование яичек

**БОЛЬНЫХ С ГИПОСПАДИЕЙ И ЭПИСПАДИЕЙ НЕОБХОДИМО ОПЕРИРОВАТЬ**

\*в первые годы жизни

после 15 лет

после 20 лет

в 25 лет

вообще не оперировать

**СКРЫТЫЙ ПОЛОВОЙ ЧЛЕН ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ**

осложнения после операции

\*порока развития

воспалительных заболеваний полового члена

травмы пениса

опухоли пениса

**ЛИГИРОВАНИЕ ДОРСАЛЬНОЙ ВЕНЫ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА КОРРИГИРУЕТ**

артериальный приток

\*патологический венозный дренаж кавернозных тел

патологическое проксимальное дренирование полового члена

капиллярный кровоток

перемежающийся приапизм

**СОХРАННОСТЬ УТРЕННИХ ЭРЕКЦИЙ ПОЗВОЛЯЕТ ПРЕДПОЛОЖИТЬ НАЛИЧИЕ  
СЕКСУАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ**

сосудистой

эндокринной

\*психогеной

нейрогенной

медикаментозной

**ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ СЕКСУАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ ПОКАЗАНА ПРИ**

сексуальных дисфункциях сосудистого генеза

дебютантных половых расстройств

\*инволютивных сексуальных дисфункциях

дисгармонии семейно-брачных отношений

психогенных сексуальных расстройствах

**СОСТАВ КАВЕРЖЕКТА И ЭДЕКСА (ДЛЯ ИНТРАКАВЕРНОЗНОГО ВВЕДЕНИЯ)**

андростендион

папаверин

тестостерона пропионат

\*простагландин Е,

тестостерона энантат

**ПРИ ПРИМЕНЕНИИ КАКОГО ПРЕПАРАТА ТЕСТОСТЕРОН МИНУЕТ ПЕРВИЧНОЕ  
ПРОХОЖДЕНИЕ ЧЕРЕЗ ПЕЧЕНЬ**

\*андриол

йо-андрол

тестостерона пропионат

метилтестостерон  
эдекс

УКАЖИТЕ ПРЕПАРАТ ТЕСТОСТЕРОНА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ  
андриол  
эдекс  
\*сустанон-250  
метилтестостерон  
йо-андрол

КАКОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ В ОТНОШЕНИИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ЯВЛЯЕТСЯ НЕПРАВИЛЬНЫМ

дорсальный сосудисто-нервный пучок проходит между фасцией Бука и белочной оболочкой  
фасция Коллиса является поверхностной фасцией полового члена  
\*дорсальный сосудисто-нервный пучок состоит из дорсальной артерии, двух дорсальных вен и нервов  
кавернозные тела анатомически взаимосвязаны между собой  
серповидные артерии отходят от кавернозных артерий

КАКОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ В ОТНОШЕНИИ НЕЙРОФИЗИОЛОГИИ ЭРЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ НЕПРАВИЛЬНЫМ

механизм эрекции управляется автономной нервной системой  
нервные парасимпатические волокна от S2-4 отделов спинного мозга ответственны за индуцирование эрекции.  
нервные симпатические волокна от T11-L2 отделов спинного мозга регулируют механизмы эякуляции и детумесценции.  
\*важным этапом в развитии эрекции является сокращение гладкомышечных элементов кавернозных тел  
основным нейромедиатором эрекции является оксид азота

ДЛЯ ПСИХОГЕННОЙ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ, КРОМЕ внезапное начало.

ночные спонтанные эрекции сохранены  
\*проблемы при любых обстоятельствах  
проблема взаимоотношений с партнершей  
молодой возраст

ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ИНТРАКАВЕРНОЗНЫХ ИНЪЕКЦИЙ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

органические эректильные дисфункции  
психогенные эректильные дисфункции  
\*патологический венозный дренаж кавернозных тел  
комбинация инъекций с применением вакуумных эректоров.  
состояние после операций на сосудах полового члена и реконструктивных операций на пенисе.

МИКРОПЕНИСОМ У ВРОСЛОГО МУЖЧИНЫ НАЗЫВАЕТСЯ ПОЛОВОЙ ЧЛЕН, ДЛИНА КОТОРОГО В СОСТОЯНИИ ЭРЕКЦИИ МЕНЕЕ

12 см  
\*10 см  
8 см

6 см

4 см

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ ПРОВОДИТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

пероральная терапия

применение вакуум-констрикторных устройств

психосексуальная терапия

\*интракавернозная терапия

применение Виагры

АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОТЕЗИРОВАНИЮ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ЯВЛЯЕТСЯ

кавернозный фиброз

наличие травм промежности в анамнезе

болезнь Пейрони

\*психическое заболевание

артифициальный половой член

ПОКАЗАНИЯМИ К ФАЛЛОПРОТЕЗИРОВАНИЮ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

кавернозный фиброз

\*уретро-кавернозная фистула

болезнь Пейрони в сочетании с эректильной дисфункцией

васкулогенная эректильная дисфункция

артифициальный половой член

К ГРУППЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВЫЗЫВАЮЩИХ ЭРЕКТИЛЬНУЮ ДЕФОРМАЦИЮ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

болезнь Пейрони

локальный фиброз кавернозных тел

\*тотальный кавернозный фиброз

врожденное искривление полового члена

фибропластическая индурация полового члена

С ЦЕЛЬЮ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ПЕЙРОНИ ПРИМЕНЯЕТСЯ

силденафила цитрат

\*дерапамил

дальфаз

апоморфин

витамин В12

В КАЧЕСТВЕ МЕТОДОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ПЕЙРОНИ ПРИМЕНЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

операция Несбита в модификации

пликация белочной оболочки

реконструкция белочной оболочки пениса с использованием аутоклет или

синтетического лоскута

\*экстракорпоральное протезирование полового члена (при эректильной дисфункции)

фаллоэндопротезирование (при эректильной дисфункции)