

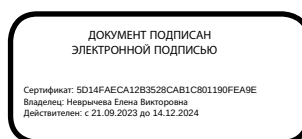
Министерство здравоохранения Хабаровского края
Краевое государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного
профессионального образования
"ИНСТИТУТ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ"
(КГБОУ ДПО ИПКСЗ)

ОДОБРЕНО
педагогическим советом КГБОУ ДПО
ИПКСЗ
12.09.2022, протокол № 5

УТВЕРЖДАЮ
И.о. проректора управления
по учебной работе

Е.В. Неврычева

13 сентября 2022 г.



**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ
«УРОЛОГИЯ»**

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

Блок 1 «Дисциплины (модули)». Базовая часть
Б1.Б.1 (1224 часа, 34 з.е.)

Хабаровск
2022

Оглавление

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	3
II. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ), ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)	4
III. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ.....	22
IV. УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММ	25
V. КОНТРОЛЬ И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА РЕЗУЛЬТАТОВ ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММЫ....	29
VI. ТРЕБОВАНИЯ К ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ	29
VII. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ	30

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Настоящая рабочая программа дисциплины «Урология» (далее – Программа) разработана в КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края (далее – Институт). представляет собой комплекс основных характеристик образования (объем, содержание, планируемые результаты), организационно-педагогических условий, форм аттестации.

Настоящая Программа содержит совокупность требований к результатам ее освоения, установленные федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (далее – ФГОС ВО) и Институтом, в виде универсальных и профессиональных компетенций обучающихся, а также к индикаторам их достижения, и реализуется с целью создания обучающимся условий для приобретения знаний, умений, навыков, необходимых для осуществления профессиональной деятельности и приобретения квалификации.

II. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ), ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

2.1. Цель: формирование у обучающихся системы универсальных и профессиональных компетенций, необходимых для самостоятельной деятельности врача-уролога в медицинской сфере.

2.2. Задачи:

2.2.1. Углубление знаний в этиологии, патогенезе, клиническом течении заболеваний (патологических состояний) и возможных вариантах их исхода у взрослых пациентов с учетом возраста и исходного состояния здоровья.

2.2.2. Совершенствование знаний, умений и навыков в методике сбора жалоб и анамнеза, анализа и интерпретации полученной информации.

2.2.3. Совершенствование знаний, умений и навыков в методике физикального осмотра, в оценке тяжести состояния по заболеванию, в определении объема манипуляций и их проведения.

2.2.4. Приобретение умений и навыков в определении показаний к проведению лабораторных и инструментальных методов исследования, интерпретации и анализа результатов исследований.

2.2.5. Приобретение умений и навыков в проведении дифференциальной диагностики заболеваний и состояний, формулировке диагноза в соответствии с общепринятой для данной нозологической формы классификации и действующей МКБ, используя методологию и алгоритм постановки диагноза.

2.2.6. Приобретение знаний в методах медикаментозного и немедикаментозного лечения, механизмах действия, лечебных и побочных эффектах лекарственных препаратов, их взаимодействии и эффектах при одновременном назначении нескольких лекарственных средств, а также умений и навыков составления плана лечения, определения медицинских показаний и противопоказания к назначению медикаментозного и немедикаментозного лечения.

2.2.7. Приобретение и совершенствование знаний, умений и навыков по осуществлению комплекса профилактических мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни, а также, осуществлению комплекса мероприятий, направленных на профилактику инфекционных заболеваний или противозидемических мероприятий, в случае возникновения очага инфекции.

2.2.8. Приобретение знаний в основах медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, методах медицинской реабилитации, а также умений и навыков определения медицинских показаний и противопоказаний для проведения мероприятий медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения, участия в проведении мероприятий по медицинской реабилитации.

2.2.9. Приобретение знаний в законодательстве РФ, регламентирующим порядок проведения медицинских экспертиз, выдачи листов временной нетрудоспособности и их продлении, умений и навыков определения медицинских показаний для направления пациентов с нарушениями, приводящими к ограничению его жизнедеятельности, на медико-социальную экспертизу, определения необходимости ухода за пациентом с заболеванием и (или) состоянием.

2.2.10. Приобретение и совершенствование знаний, умений и навыков в ведении медицинской документации и организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала.

2.2.11. Приобретение и совершенствование знаний, умений и навыков в оценке состояния пациентов, требующих оказания срочной и неотложной медицинской помощи.

2.3. Требования к результатам освоения дисциплины (модуля)

Формирование универсальных и профессиональных компетенций у обучающихся в рамках изучения дисциплины (модуля) предполагает овладение системой теоретических знаний по выбранной специальности и формирование соответствующих умений и (или) владений.

Таблица 1

Код и наименование компетенции, индикатора достижения компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю)	
УК-1. Готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу		
УК-1.1 Анализирует достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Знать	– профессиональные источники информации; – методологию поиска, сбора и обработки информации; – критерии оценки надежности профессиональных источников информации
	Уметь	– пользоваться профессиональными источниками информации; – проводить анализ источников, выделяя надежные и высококачественные источники информации; – анализировать и критически оценивать полученную информацию
	Владеть	– навыками поиска, отбора и оценки полученной информации; – методами обработки информации
УК-1.2 Оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Знать	– методы оценки возможностей и способов применения достижений в области медицины и фармации;
	Уметь	– определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте; – сформулировать проблему, выделить ключевые цели и задачи по ее решению; – обобщать и использовать полученные данные
	Владеть	– методами и способами применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте; – навыками планирования и осуществления своей профессиональной деятельности
ПК-2 Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения		
ПК-2.1 Проводит профилактику (в том числе профилактические медицинские осмотры) по профилю «урология»	Знать	– медицинские показания и медицинские противопоказания к применению методов профилактики заболеваний и (или) состояний почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи – принципы и особенности оздоровительных мероприятий среди пациентов с хроническими заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов и инвалидов – формы и методы санитарно-просветительной работы по формированию элементов здорового образа жизни, в том числе программ потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ – формы и методы санитарно-просветительной работы среди пациентов (их законных представителей), медицинских работников по вопросам профилактики заболеваний и (или) состояний почек, мочевыводящих

Код и наименование компетенции, индикатора достижения компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю)	
		путей и мужских половых органов – основы здорового образа жизни и методы его формирования – принципы и особенности профилактики возникновения и прогрессирования заболеваний и (или) состояний почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов
	Уметь	– проводить санитарно-просветительную работу по формированию здорового образа жизни, профилактике заболеваний и (или) состояний почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов – 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
	Владеть	– проведение работы по пропаганде здорового образа жизни, профилактики заболеваний и (или) состояний почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов – проведение профилактических мероприятий пациентам с учетом факторов риска в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи – контроль выполнения профилактических мероприятий и оценка эффективности их проведения – определение медицинских показаний к введению ограничительных мероприятий (карантина) и показаний для направления к врачу-специалисту при возникновении инфекционных (паразитарных) болезней – формирование программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ – оценка эффективности профилактической работы с пациентами
ПК-2.2 Проводит диспансеризацию и диспансерное наблюдение	Знать	– нормативные правовые акты и иные документы, регламентирующие порядок диспансерного наблюдения за пациентами при заболеваниях и (или) состояниях почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов – принципы диспансерного наблюдения за пациентами при заболеваниях и (или) состояниях почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов в соответствии нормативными правовыми актами и иными документами – порядок диспансерного наблюдения за пациентами с выявленными хроническими заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов, в том числе за инвалидами
	Уметь	– проводить диспансерное наблюдение за пациентами с выявленными хроническими заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов
	Владеть	– Проведение диспансерного наблюдения за пациентами с хроническими заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов и инвалидами
ПК-3 Готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в		

Код и наименование компетенции, индикатора достижения компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю)	
очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях		
ПК-3.1 Проводит противоэпидемические мероприятия	Знать	– вопросы организации санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний – вопросы организации санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний
	Уметь	– проводить санитарно-противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции
	Владеть	– навыками проведения противоэпидемических мероприятий в случае возникновения очага инфекции
ПК-3.2 Организует защиту населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	Знать	– противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции
	Уметь	– проведение противоэпидемических мероприятий в случае возникновения очага инфекции
	Владеть	– навыками проведения противоэпидемических мероприятий в случае возникновения очага инфекции
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		
ПК-5.1 Проводит клиническую диагностику и обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями	Знать	– общие вопросы организации и оказания медицинской помощи населению – порядок оказания медицинской помощи по профилю «урология» – стандарты оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи, стандарты специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов – клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов – методика сбора анамнеза жизни и жалоб у пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов – методика осмотра и обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов – Анатомо-функциональные и возрастные особенности при заболеваниях и (или) состояниях почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов у взрослых в норме – современные классификации, симптомы и синдромы заболеваний и (или) состояний почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов – изменения в мочеполовых органах при неурологических заболеваниях и (или) состояниях и у пациентов – этиология, патогенез заболеваний и (или) состояний почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов у пациентов – этиология и патогенез и диагностика новообразований почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов у пациентов – этиология и патогенез, диагностика недержания мочи и

Код и наименование компетенции, индикатора достижения компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю)	
		пролапса тазовых органов у пациентов – профессиональные заболевания почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов у пациентов – медицинские показания и медицинские противопоказания к использованию инструментальных и лабораторных методов диагностики при заболеваниях и (или) состояниях почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов – заболевания и (или) состояния почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов, требующие направления пациентов к врачам-специалистам – заболевания и (или) состояния почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов, требующие неотложной помощи – заболевания и (или) состояния иных органов и систем, сопровождающиеся изменениями со стороны почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов – симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур у взрослых с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов
	Уметь	– осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни у пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов – интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов – оценивать анатомо-функциональное состояние почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов в норме, при заболеваниях и (или) состояниях у пациентов – 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 – интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования пациента с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов – проводить дифференциальную диагностику острых

Код и наименование компетенции, индикатора достижения компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю)	
		хирургических и урологических заболеваний – интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования пациентов с новообразованиями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов – интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования пациентов с недержанием мочи и пролапсом тазовых органов – интерпретировать и анализировать результаты анкетирования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов – применение медицинских изделий в соответствии с действующими клиническими рекомендациями – применять медицинские изделия для пациентов при заболеваниях и (или) состояниях почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов – интерпретировать и анализировать результаты повторного осмотра и обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов – использовать алгоритм постановки диагноза с учетом МКБ, применять методы дифференциальной диагностики пациентов с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов
	Владеть	– сбор жалоб, анамнеза жизни, анкетирование пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов – осмотр пациентов с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов, интерпретация и анализ полученных сведений – анкетирование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов – установление диагноза с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ) – обеспечение безопасности диагностических манипуляций
ПК-5.2 Направляет пациентов (или проводить самостоятельно) на лабораторные и инструментальные обследования	Знать	– применение медицинского оборудования в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи по профилю «урология»
	Уметь	– 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 – 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

Код и наименование компетенции, индикатора достижения компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю)	
		помощи – 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 пиелоуретерография, ретроградная уретеропиелография мочевого пузыря) – интерпретировать и анализировать результаты лабораторного обследования пациента с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов – 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 – интерпретировать и анализировать результаты осмотра врачами-специалистами пациентов с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов
	Владеть	– формулирование предварительного диагноза и обоснование объема лабораторного и инструментального обследований пациентов с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи – направление пациентов с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов на лабораторные и инструментальные обследования в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи – обоснование 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

ПК-6. Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в урологической медицинской помощи

Код и наименование компетенции, индикатора достижения компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю)	
ПК-6.1 Назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях	Знать	– порядки оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях и (или) состояниях почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов – стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, в том числе стандарты специализированной высокотехнологичной медицинской помощи при заболеваниях и (или) состояниях почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов – клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов – методы оперативного лечения заболеваний и (или) состояний почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи – методы лечения пациентов с новообразованиями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов с учетом симптомов в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи – методы лечения пациентов с недержанием мочи и пролапсом тазовых органов в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи – методы консервативного лечения заболеваний и (или) состояний почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов у пациентов в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи – механизм действия лекарственных препаратов, применяемых в урологии, медицинские показания и медицинские противопоказания, возможные осложнения и побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов – методы подбора и (или) назначения медицинских изделий пациентам с заболеваниями и 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, медицинские показания и медицинские противопоказания, возможные осложнения и побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные – принципы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения пациентов с заболеваниями и

Код и наименование компетенции, индикатора достижения компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю)	
		(или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов – принципы и методы проведения оперативного лечения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов, в том числе медицинские показания, медицинские противопоказания, возможные осложнения и побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные – принципы и методы проведения оперативного лечения пациентов с новообразованиями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов, в том числе медицинские показания, медицинские противопоказания, возможные осложнения и побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные – принципы и методы проведения оперативного лечения пациентов с недержанием мочи и пролапсом тазовых органов, в том числе медицинские показания, медицинские противопоказания, возможные осложнения и побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные – манипуляции при заболеваниях и (или) состояниях почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов пациентов, в том числе медицинские показания, медицинские противопоказания, возможные осложнения и побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные – методы местной анестезии в урологии
	Уметь	– 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 – 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 – 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 – 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

Код и наименование компетенции, индикатора достижения компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю)
	оказания медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи – 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 – 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 – разрабатывать план подготовки пациентов с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов для оперативных вмешательств и манипуляций – 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 – выполнять самостоятельно: установку уретрального катетера мужчине и женщине; троакарную цистостомию; закрытие свища мочевого пузыря; цистоскопию и установку мочеточникового стента/катетера; чрескожную пункционную нефростомию 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; орхиэпидидимэктомию; остановку кровотечения из мужских половых органов; трансуретральную биопсию мочевого пузыря; уретероцистоскопию ригидным и гибким фиброуретероцистоскопом – разрабатывать план послеоперационного ведения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов, проводить профилактику или лечение послеоперационных

Код и наименование компетенции, индикатора достижения компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю)	
		осложнений в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи – проводить мониторинг заболевания и (или) состояния почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов, корректировать план лечения в зависимости от особенностей течения – назначать режим лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов – 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
	Владеть	– разработка плана лечения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов с учетом симптомов и синдромов в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи – выполнение манипуляций и оперативных вмешательств пациентам с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов в амбулаторных условиях, в том числе в дневном стационаре, в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи – назначение лекарственных препаратов и медицинских изделий пациентам с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов – назначение и применение лекарственных препаратов для местной анестезии – оказание паллиативной медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов – интерпретация назначения лекарственных препаратов и немедикаментозной терапии врачами-специалистами
ПК-6.2 Контролирует эффективность и безопасность назначенного лечения	Знать	– требования асептики и антисептики – способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших при обследовании или лечении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов
	Уметь	– 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,

Код и наименование компетенции, индикатора достижения компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю)	
		требующих оказания скорой специализированной, медицинской помощи вне медицинской организации – 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 – проводить мониторинг эффективности и безопасности использования лекарственных препаратов у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов – 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
	Владеть	– оценка эффективности и безопасности немедикаментозной терапии и медицинских изделий у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов – оценка результатов проведенных манипуляций и оперативных вмешательств пациентам с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов – оценка осложнений манипуляций и оперативных вмешательств на мочеполовых органах у пациентов – профилактика и лечение осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозной терапии и оперативных вмешательств и манипуляций – оценка эффективности и безопасности лекарственных препаратов у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов
ПК-6.3 Проводит экспертизу временной нетрудоспособности, оформляет необходимую медицинскую документацию и направляет для прохождения медико-социальной экспертизы (МСЭ)	Знать	– нормативные правовые акты, регламентирующие порядки проведения медицинских экспертиз, выдачи листов нетрудоспособности – медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функции организма, обусловленное наличием урологического заболевания и (или) состояния, последствиями травм или дефектами, на медико-социальную экспертизу, требования к оформлению медицинской документации
	Уметь	– направлять пациентов с урологическими заболеваниями и (или) состояниями на медико-социальную экспертизу – определять признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого нарушения функции организма, обусловленного урологическими заболеваниями и (или) состояниями, последствиями травм или дефектами – подготавливать необходимую медицинскую

Код и наименование компетенции, индикатора достижения компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю)	
		документацию пациентам с урологическими заболеваниями и (или) состояниями для осуществления медико-социальной экспертизы в федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы, в том числе в форме электронных документов – формулировать медицинские заключения по результатам медицинских экспертиз, касающиеся наличия и (или) отсутствия урологического заболевания и (или) состояния – оформлять листок нетрудоспособности
	Владеть	– проведение экспертизы временной нетрудоспособности пациентов с урологическими заболеваниями и (или) состояниями, работа в составе врачебной комиссии медицинской организации по экспертизе временной нетрудоспособности – подготовка необходимой медицинской документации пациентам с урологическими заболеваниями и (или) состояниями для осуществления медико-социальной экспертизы в федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы, в том числе в форме электронного документооборота – направление пациентов с урологическими заболеваниями и (или) состояниями для прохождения медико-социальной экспертизы
ПК-8. Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации		
ПК-8.1 Применяет методы медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях	Знать	– методы немедикаментозной терапии при заболеваниях и (или) состояниях 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, медицинские показания и медицинские противопоказания, возможные осложнения и побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные – принципы подбора лечебного питания пациентам с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов – порядок оказания медицинской помощи по профилю «урология» – стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи пациентам при заболеваниях и (или) состояниях почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов – порядок организации медицинской реабилитации – клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи при заболеваниях и (или) состояниях почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов – основы медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов – методы медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов – медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий у пациентов и инвалидов с заболеваниями и

Код и наименование компетенции, индикатора достижения компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю)	
		(или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов, в том числе индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов – механизм воздействия медицинских реабилитационных мероприятий на организм пациентов и инвалидов с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов – 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, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов – медицинские показания для направления пациентов с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов к врачам-специалистам для назначения и проведения санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов – медицинские показания и медицинские противопоказания для назначения медицинских изделий пациентам с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов – медицинские показания и медицинские противопоказания для назначения лекарственных препаратов с целью реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов
	Уметь	– 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 – 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 – 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 – 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

Код и наименование компетенции, индикатора достижения компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю)	
		реабилитации или абилитации инвалидов – 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 – 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 – 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
	Владеть	– назначение немедикаментозной терапии и медицинских изделий пациентам с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов в соответствии с действующими клиническими рекомендациями – назначение лечебного питания пациентам с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов – определение медицинских показаний и медицинских противопоказаний для проведения мероприятий медицинской реабилитации пациентам с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующим порядком организации медицинской реабилитации – проведение 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 и абилитации инвалидов – направление пациентов с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий по медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов
ПК-8.2 Контролирует эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях	Знать	– способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате мероприятий по медицинской реабилитации пациентов и инвалидов с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов
	Уметь	– 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

Код и наименование компетенции, индикатора достижения компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю)	
		инвалидов
	Владеть	– оценка эффективности и безопасности мероприятий по медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов

2.4. Уровни освоения компетенции

Дескрипторы

Таблица 2

Оценка: неудовлетворительно Низкий уровень	Оценка: удовлетворительно Базовый уровень	Оценка: хорошо Продвинутый	Оценка: отлично Высокий уровень
Недостаточный уровень развития компетенции	Достаточный уровень развития компетенции.	Компетенция сформирована на среднем уровне.	Компетенция развита на высоком уровне
Не демонстрирует достаточный уровень самостоятельности, устойчивого практического навыка и применения базовых знаний. Не рассказывает механизмы развития типовых патологических процессов, поясняет их значение для развития различных заболеваний и при применении основных групп лекарственных средств. Не описывает и объясняет значение процессов компенсации для развития заболеваний и при основной лекарственной терапии. Не называет методы функционального исследования для оценки патологического процесса. Не выявляет общие симптомы и синдромы заболевания по данным клинических, функциональных и инструментальным методам исследования. Не называет основные эффекты от применения лекарственных средств определять	Демонстрирует достаточный уровень самостоятельности, устойчивого практического навыка и применения базовых знаний. Рассказывает механизмы развития типовых патологических процессов, поясняет их значение для развития различных заболеваний и при применении основных групп лекарственных средств. Описывает и объясняет значение процессов компенсации для развития заболеваний и при основной лекарственной терапии. Называет методы функционального исследования для оценки патологического процесса. Выявляет общие симптомы и синдромы заболевания по данным клинических, функциональных и инструментальным методам исследования. Называет основные эффекты от применения лекарственных средств определять	Демонстрируется высокий уровень самостоятельности, высокого практического навыка и применения базовых знаний. Формулирует классификации типовых патологических процессов. Объясняет закономерности их развития. Описывает механизмы патогенеза и их влияние на исход заболевания, их значение для организма при заболеваниях и при развитии побочных эффектов от применения лекарственных средств. Объясняет значение процессов компенсации и приспособления для развития заболеваний и эффектов применения лекарственных средств. Формулирует и группирует принципы терапии заболеваний, иллюстрирует примерами для оценки принципов лекарственной терапии. Анализирует и выделяет необходимые методы обследования для оценки тяжести течения заболевания, факторы риска. Выявляет общие симптомы и синдромы заболевания по данным клинических, функциональных и инструментальным методам исследования. Поясняет основные и побочные эффекты от применения лекарственных средств, в том числе совместном	Выделяет главные принципы в классификации. Устанавливает закономерности развития типовых патологических процессов и их взаимосвязи между собой. Формулирует выводы по результатам полного клинического, функционального и лабораторного исследования. Критически оценивает значение процессов компенсации для развития заболевания, прогнозирует течение, развитие осложнений и исходы при применении лекарственных средств в различной комбинации. Выявляет и оценивает степень тяжести на конкретных клинических примерах. Аргументирует необходимость применения принципов лекарственной терапии, составляет план лечения с учетом основных и побочных эффектов от применения разных групп лекарственных средств

		применении различных групп лекарственных препаратов	
--	--	--	--

III. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

1.1. Общее содержание дисциплины

Таблица 3

Индекс	Наименование дисциплин (модулей)	Кол-во часов	Код компетенции
Б1.О.01	Урология	1332	ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-8
Тема 1	Организация и обеспечение урологической службы	36	ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-8
Тема 2	Клиническая физиология и анатомия мочеполовых органов	72	ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-8
Тема 3	Семиотика и методы диагностики	72	ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-8
Тема 4	Методы лечения в урологии	144	ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-8
Тема 5	Аномалии мочеполовых органов	180	ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-8
Тема 6	Воспалительные заболевания	180	ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-8
Тема 7	Мочекаменная болезнь	180	ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-8
Тема 8	Фтизиоурология	108	ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-8
Тема 9	Травма мочеполовых органов	180	ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-8
Тема 10	Уроонкология	180	ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-8

1.2. Учебно-тематический план

Таблица 4

Индекс	Наименование раздела дисциплины (модуля)	З.Е.	Всего	Контактная работа			Самостоятельная работа	Форма контроля	Код компетенции
				Всего	Лекции	Практические занятия			
Б1.Б.1	Урология	37	1332	666	54	612	666	Промежуточная аттестация	ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-8
1	Организация и обеспечение урологической службы	1	36	18	2	16	18	Текущий контроль	
2	Клиническая анатомия и физиология мочеполовых органов	2	72	36	4	32	36	Текущий контроль	
2.1	Клиническая анатомия	1	36	18	2	16	18		
2.2	Физиология мочеполовых органов	1	36	18	2	16	18		
3	Семиотика и методы диагностики	2	72	36	4	32	36	Текущий контроль	
3.1	Семиотика урологических заболеваний	1	36	18	2	16	18		
3.2	Диагностика урологических заболеваний	1	36	18	2	16	18		
4	Методы лечения в урологии	4	144	72	4	68	72	Текущий контроль	
4.1	Оперативная урология	1	36	18	1	17	18		
4.2	Антибактериальная терапия	1	36	18	1	17	18		
4.3	Диетотерапия, санаторно-курортное лечение	1	36	18	1	17	18		
4.4	Лечебная физкультура, физиотерапия	1	36	18	1	17	18		
5	Аномалии мочеполовых органов	5	180	90	6	84	90	Текущий контроль	
5.1	Эмбриогенез мочеполовых органов	1	45	23	2	21	22		
5.2	Аномалии почек и верхних мочевых путей	1	45	22	1	21	22		
5.3	Аномалии мочевого пузыря и уретры	1	45	22	1	21	23		
5.4	Аномалии половых органов	1	45	23	2	21	23		
6	Воспалительные заболевания	5	180	90	6	84	90	Текущий контроль	
6.1	Воспалительные заболевания почек и забрюшинной клетчатки		60	30	2	28	30		
6.2	Воспалительные заболевания мочевого пузыря и уретры		60	30	2	28	30		
6.3	Воспалительные заболевания мужских половых органов		60	30	2	28	30		
7	Мочекаменная болезнь	5	180	90	6	84	90	Текущий контроль	
7.1	Этиология и патогенез	1	45	22	1	21	22		
7.2	Клиника и диагностика	1	45	22	1	21	22		
7.3	Оперативные и эндоскопические методы лечения	1	45	23	2	21	23		

7.4	Консервативное лечение и профилактика	1	45	23	2	21	23		
8	Фтизиоурология	3	108	54	6	48	54	Текущий контроль	
8.1	Проблемы развития фтизиоурологии	1	36	18	2	16	18		
8.2	Туберкулез почек и мочевых путей	1	36	18	2	16	18		
8.3	Туберкулез мужских половых органов	1	36	18	2	16	18		
9	Травма мочеполовых органов	5	180	90	6	84	90	Текущий контроль	
9.1	Травма почек и мочеточников	1	45	22	1	21	22		
9.2	Трвма мочевого пузыря	1	45	22	1	21	22		
9.3	Травма уретры	1	45	23	2	21	23		
9.4	Травма мужских половых органов	1	45	23	2	21	23		
10	Уроонкология	5	180	90	8	82	90	Текущий контроль	
10.1	Проблемы развития уроонкологии		12	6	2	4	6		
10.2	Опухоли паренхимы почек		28	14	1	13	14		
10.3	Опухоли верхних мочевых путей		28	14	1	13	14		
10.4	Опухоли брюшинного пространства (экстраренальные)		28	14	1	13	14		
10.5	Опухоли мочевого пузыря и уретры		28	14	1	13	14		
10.6	Опухоли предстательной железы		28	14	1	13	14		
10.7	Опухоли наружных половых органов		28	14	1	13	14		

IV. УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММ

4.1. Общесистемные требования

Институт располагает материально-технической базой, соответствующей действующим противопожарным правилам и нормам и обеспечивающей проведение всех видов учебных занятий, предусмотренных учебным планом.

Каждый обучающийся в течение всего периода обучения обеспечен индивидуальным неограниченным доступом к электронной информационно-образовательной среде (далее – ЭИОС) Института. ЭИОС обеспечивает возможность доступа обучающегося из любой точки, в которой имеется доступ к информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (далее – сеть «Интернет»), как на территории института, так и вне его.

Структура ЭИОС Института:

- официальный сайт Института (<http://ipksz.ru>);
- социальные сети;
- электронная библиотека
- система дистанционного обучения (далее – СДО) Прометей;
- программный сервис видеоконференцсвязи (Mirapolis Virtual Room)

Электронная библиотека обеспечивает доступ к:

- ЭБС IPRbooks, обеспечивает пользователей ЭИОС индивидуальным доступом к электронным учебным изданиям (включая учебники и учебные пособия), методическим и периодическим изданиям, профессиональным базам данных (<http://iprbookshop.ru>);

- электронная медицинская библиотека «Консультант врача». Условия доступа: регистрация по IP-адресам в локальной сети Института, которая позволяет пользоваться ЭМБ «Консультант врача» из любой точки, имеющей доступ к сети «Интернет» (<http://www.rosmedlib.ru>).

СДО «Прометей» обеспечивает:

- создание курсов (модулей): размещение учебного материала, тестов, формирование расписания, ведомости успеваемости;
- доступ к электронным учебно-методическим комплексам учебных курсов (модулей);
- проведение учебных занятий, предусмотренных учебным планом;
- проведение текущего контроля знаний обучающихся, промежуточной и итоговой аттестации;
- взаимодействие между участниками образовательного процесса (объявления, рассылки, анкетирование, форум);
- фиксация хода образовательного процесса: отслеживание активности пользователей, запреты и разрешения на доступ к материалам в зависимости от успеваемости;
- результатов освоения образовательной программы;
- формирование электронного портфолио обучающегося, в том числе сохранение работ обучающихся, рецензий и оценок на эти работы со стороны участников образовательного процесса.

Условия доступа к СДО «Прометей»: авторизация по логину и паролю из любой точки, имеющей доступ к сети Интернет. Логин и пароль для доступа предоставляется при зачислении (<http://prometeus.ipksz.ru/>).

Mirapolis Virtual Room (далее – Мираполис), платформа для организации и проведения вебинаров и онлайн-встреч, обеспечивает:

- проведение очных занятий в виде вебинаров;
- общение с преподавателем в чате;

- использование «интерактивной доски»;
- проведение текущего контроля знаний (тестирование);
- контроль и отчеты присутствия на занятии.

Условия доступа к Мирополису: за день до начала мероприятия на адрес электронной почты обучающегося приходит сгенерированная ссылка для входа в виртуальную комнату Мирополиса, с информацией о дате и времени начала вебинара.

4.2. Организационные условия реализации Программы

В программе используются следующие виды учебных занятий: лекции, практические (семинарские) занятия, симуляционное обучение (тренинг, мастер-класс).

Лекции проводятся с использованием компьютерных презентаций, интерактивной доски, демонстрацией видеофильмов и т.д. Практические занятия проводятся с использованием графиков, схем, результатов диагностических исследований, ситуационных задач для отработки умений и навыков, как в аудиториях института, так и на клинических базах.

Симуляционное обучение реализуется на базе центра симуляционной подготовки и аккредитации / клинической базе кафедры (в соответствии с договором о практической подготовке) с применением симуляционного оборудования, стандартизированного пациента, симулированного пациента в симулированных условиях.

Самостоятельная работа ординаторов

Формы и виды самостоятельной работы определяются преподавателями при разработке Программы.

Основные формы самостоятельной работы:

- внеаудиторная самостоятельная работа под руководством и контролем преподавателя (при выполнении презентаций, докладов);
- внеаудиторная самостоятельная работа без непосредственного участия преподавателя (подготовка к аудиторным занятиям, докладам, конкурсам, работа с учебной литературой, составление конспектов, работа с электронными информационными ресурсами и базами данных, просмотр учебных фильмов, видеозаписей).

4.3. Условия материально-технического обеспечения Программы

Институт располагает помещениями для проведения учебных занятий:

- аудитории, оборудованные мультимедийными и иными средствами обучения;
- аудитории, оснащенные симуляционным оборудованием, медицинскими изделиями и расходным материалом в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные образовательной программой;
- помещения для самостоятельной работы обучающихся оснащены компьютерной техникой с подключением к сети «Интернет», и обеспечены доступом в ЭИОС института.

Обучающиеся из числа с ограниченными возможностями здоровья обеспечены электронными образовательными ресурсами в формах, адаптированных к ограничениям их здоровья.

Институт обеспечен необходимым комплектом лицензионного программного обеспечения, обновляющимся по мере необходимости.

Материально-техническая база соответствует действующим противопожарным правилам и нормам и обеспечивает проведение всех видов занятий, предусмотренной учебным планом.

Таблица 5

Материально-техническое обеспечение Программы

Наименование организации	Адрес, место нахождения	№ аудитории	Оборудование
КГБОУ ДПО	680009, Хабаровский край, г.	ауд.115	Столы (5), стулья (18), доска маркерная

Наименование организации	Адрес, место нахождения	№ аудитории	Оборудование
ИПКСЗ	Хабаровск, ул. Краснодарская, дом 9		(1), мультимедийный проектор (1), экран настенный (1), персональный компьютер (1), кушетка (1), манекен-симулятор ребенка для отработки сердечно-легочной реанимации (1), манекен-симулятор для отработки сердечно-легочной реанимации (1), тренажер «Петр» Т-24 для восстановления проходимости дыхательных путей (1), тренажер-манекен Ребенок (1), тренажер Т2 «Максим» (1). Комплект иммобилизационный для транспортировки пациентов (1), мешокambu (2), фантом головы с пищеводом (1).
КГБОУ ДПО ИПКСЗ	680009, Хабаровский край, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, дом 9	ауд.122	Стол (19), стулья (22), доска интерактивная (1), мультимедийный проектор (1), ноутбук (16), МФУ (1), персональный компьютер (1), принтер (1).
КГБОУ ДПО ИПКСЗ	680009, Хабаровский край, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, дом 9	201	1. Проектор 2. Ноутбук 3. Экран 4. Доска 5. Столы 6. Стулья
КГБОУ ДПО ИПКСЗ	680009, Хабаровский край, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, дом 9	ауд.127	Стол (2), стулья (46), экран настенный с электроприводом (1), мультимедийный проектор (1), ноутбук (1).
КГБУЗ «ККБ» имени С.И. Сергеева	680009, Хабаровский край, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, дом 9	№ 188	Стол (11), стулья (11), доска маркерная (1), наглядные пособия, мультимедийный проектор (1), ноутбук (1).
КГБУЗ «ККБ» имени С.И. Сергеева	680009, Хабаровский край, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, дом 9	№ 192 (6 этаж 7 блок) (учебная комната)	Стол (6), стулья (13), шкафы (3), доска маркерная (1), наглядные пособия, мультимедийный проектор (1)
КГБУЗ «ККБ» имени С.И. Сергеева	680009, Хабаровский край, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, дом 9	№ 193 (6 этаж 7 блок)	Стол (1), стулья (4), шкаф д/документов (3), шкаф одежный (1), персональный компьютер (2), МФУ (1), TV (1)
КГБУЗ ККБ имени С.И. Сергеева	680009, Хабаровский край, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, дом 9 ОПЕРАЦИОННЫЙ БЛОК	№24	(тонометр, стетоскоп, фонендоскоп, термометр, медицинские весы, ростометр, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, электрокардиограф, облучатель бактерицидный, аппарат наркозно-дыхательный, аппарат искусственной вентиляции легких, инфузомат, отсасыватель послеоперационный, дефибрилятор с функцией синхронизации, стол операционный хирургический многофункциональный универсальный, хирургический, микрохирургический инструментарий, универсальная система ранорасширителей с прикреплением к операционному столу, аппарат для мониторинга основных
		№25	
		№26	
		№27	
		№29	
		№ 30, 34, 36	
		№ 32, 34, 36	

Наименование организации	Адрес, место нахождения	№ аудитории	Оборудование
			функциональных показателей, анализатор дыхательной смеси, электроэнцефалограф, дефибриллятор с функцией синхронизации, урофлоуметр, уродинамические системы, урологическое кресло (детское, взрослое), система терапии недержания мочи и сексуальных расстройств, ультразвуковой сканер, экстракорпоральный литотриптер, интракорпоральный литотриптер, эндоскопическая стойка для проведения цистоскопии и малоинвазивных операциях на мочевом пузыре, мочеточниках, уретре) и расходным материал

4.4. Условия кадрового обеспечения реализации Программы

Реализация Программы обеспечивается руководящими и научно-педагогическими работниками Института, а также лицами, привлекаемыми к реализации программы на условиях гражданско-правового договора.

Учебные занятия проводятся высококвалифицированными преподавателями Института, имеющими значительный опыт работы в данной профессиональной области.

V. КОНТРОЛЬ И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА РЕЗУЛЬТАТОВ ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММЫ

5.1. Формы контроля знаний

Оценка качества освоения Программы проводится в отношении соответствия результатов освоения заявленным целям и планируемым результатам обучения и осуществляется на основе текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации.

5.6 Оценочные материалы контроля знаний обучающихся

Для контроля знаний обучающихся создан фонд оценочных средств, объем которого позволяет оценить результаты освоения Программы (сформированность компетенции):

- оценочные средства для текущего контроля: тестовые задания, ситуационные задачи, алгоритмы практических навыков, контрольные вопросы;
- оценочные средства для промежуточной аттестации: тестовые задания, контрольные вопросы, ситуационные задачи, алгоритмы практических навыков;
- оценочные средства промежуточной аттестации: тестовые задания, ситуационные задачи / контрольные вопросы, алгоритмы практических навыков.

Оценочные материалы размещены в СДО «Прометей».

VI. ТРЕБОВАНИЯ К ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

К промежуточной аттестации допускается обучающийся, в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план, предусмотренный Программой.

Форма промежуточной аттестации – экзамен, проводится в несколько этапов: тестовый контроль, собеседование, зачет по практическим навыкам.

К проведению промежуточной аттестации привлекаются представители работодателей, практического здравоохранения.

Критерии оценки при промежуточной аттестации утверждены «Положением о порядке проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации ординаторов в КГБОУ ДПО ИПКСЗ».

Таблица 6

Этапы проведения промежуточной аттестации

№ п/п	Наименование этапов итоговой аттестации	Критерии оценки
1.	Тестирование	Четырехбалльная система
2.	Зачет по практическим навыкам	Зачтено/не зачтено
3.	Собеседование	Четырехбалльная система

6.1. Тестирование.

Тестирование проводится в электронном виде в СДО «Прометей». Институт обеспечивает идентификацию личности обучающихся. В отдельных случаях допускается проведение итогового тестирования с использованием бумажных носителей информации.

Для проведения тестирования выделена аудитория, оснащенная персональными компьютерами с доступом в сеть «Интернет». Тестирование оценивается по четырехбалльной системе («отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно»).

6.2. Процедура зачета по практическим навыкам.

Оценка практических навыков проводится на клинической базе кафедры / центре симуляционной подготовки и аккредитации института по алгоритмам практических навыков. При оценке используется шкала: зачтено /не зачтено.

6.3. Процедура собеседования.

Собеседование состоит из ответов на вопросы и / или решения ситуационных задач. Собеседование с использованием ДОТ может проводиться в режиме видеоконференцсвязи, в режиме компьютерного тестирования, в режиме обмена файлами (с использованием СДО или электронной почты), обмена сообщениями в форумах или чатах. По результатам собеседования выставляются оценки по четырехбалльной системе («отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно»).

VII. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

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., рекомендован. 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, рекомендован. 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. цктнтр 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. Корытов, Л. И. Корытова, 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, рекоменд. 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. Пушкар, 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. Жиров. – 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. Пушкар, 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. Пушкар, 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. Пушкар, 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. Гварсалия [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. Епифанов, Н. Б. Корчажкина, А. В. Епифанов [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. Пушкарёва. – 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. Пушкарёв, 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. Хощенко, 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. Вишневского. – 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

1.2. Издательство РАМН (книги по всем отраслям медицины): 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 (литокINETическая 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 пузырь.
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 мочеоточника.
 83. Травмы мочевого пузыря.
 84. Травма уретры.
 85. Травмы органов мошонки.
 86. Эректильная дисфункция. Этиопатогенез. 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 мочеоточников. 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: неотягощена. 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 неотягощена. 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 потенциала.

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 н/З 6х4 мм. Какая тактика?
5. При неэффективности консервативной терапии, рецидиве почечной колики. Вашатактика?

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-15мм/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/З 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/З 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 литокINETической 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 16×10^9 . 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°С с познaбливанием, 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 самостоятельнымочевым 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^{gr}C, 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 объемных 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 4 кг. В анамнезе рецидивирующий цистит, по поводу чего получала эмпирическую антибактериальную терапию со временным положительным эффектом. Отмечает эпизоды кратковременной тотальной гематурии. В остальном анамнез, в том числе семейный онкоанамнез не отягощен. Из лекарственных препаратов принимает парацетамол. Объективно: температура 38,1^{gr}C,

пульс 102 уд/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 38°C. Мочеиспускание было вначале болезненным, а затем отмечено ослабление струи мочи. Над лоном пальпируется увеличенный мочевого 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 не отягощен. 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;
- орхиэпидидимэктомию;
- 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

Актуальные вопросы онкологии

**В ОБЩЕЙ СТРУКТУРЕ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
НАИБОЛЬШИЙ УДЕЛЬНЫЙ ВЕС СОСТАВЛЯЮТ**

злокачественные новообразования

болезни органов кровообращения

травмы и отравления

болезни органов пищеварения

болезни органов дыхания

**САМОЙ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЙСЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛЬЮ У МУЖЧИН
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

рак легкого

рак желудка

рак предстательной железы

рак прямой кишки

КУРЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ФАКТОРОМ РИСКА

рака легкого, гортани, мочевого пузыря

рака легкого, яичников, мочевого пузыря
рака легкого, почки, щитовидной железы
рака легкого, желудка, толстой кишки
рака легкого, шейки матки, лимфосаркомы

К IБ КЛИНИЧЕСКОЙ ГРУППЕ БОЛЬНЫХ ОТНОСЯТСЯ

больные с заболеваниями, подозрительными на злокачественное образование
больные с предопухолевыми заболеваниями
лица, излеченные от злокачественных новообразований
правильного ответа нет

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОСТЕОГЕННАЯ САРКОМА МЕТАСТАЗИРУЕТ

в легкие
в плоские кости
в паховые лимфоузлы
в кожу

ЧАЩЕ ВСЕГО ОСТЕОГЕННАЯ САРКОМА ПОРАЖАЕТ

длинные трубчатые кости
все плоские кости
кости черепа
кости таза

В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК ЯВЛЯЕТСЯ
ПРЕОБЛАДАЮЩИМ ГИСТОЛОГИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ ПРИ РАКЕ

пищевода и анального канала прямой кишки
желудка и тонкой кишки
тонкой и ободочной кишки
желудка и ободочной кишки

ПРИ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЕТСЯ
АНАТОМИЧЕСКИЙ ОТДЕЛ:

сигмовидная кишка
восходящая ободочная кишка
поперечная ободочная кишка
нисходящая ободочная кишка
слепая кишка

К КАКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ГРУППЕ ОТНОСЯТСЯ БОЛЬНЫЕ, СТРАДАЮЩИЕ
ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ МАСТОПАТИИ С ПРИЗНАКАМИ ПРОЛИФЕРАЦИИ

Iб
Iа
II
III

ОСТЕОГЕННЫЕ САРКОМЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСЕГО ВСТРЕЧАЮТСЯ В
ВОЗРАСТЕ:

до 25 лет
от 30 до 40 лет
от 40 до 50 лет
старше 50 лет

ПОСЛЕ ВЫЯВЛЕНИЯ НОВООБРАЗОВАНИЯ СРЕДОСТЕНИЯ ПРИ
РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОПТИМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ
госпитализация в специализированную клинику с целью дообследования и выбора метода
лечения
проведение противовоспалительного и общеукрепляющего лечения
динамическое наблюдение
назначение противоопухолевой химиотерапии или лучевого лечения

БАЗАЛЬНО-КЛЕТОЧНЫЙ РАК ЛОКАЛИЗУЕТСЯ НА КОЖЕ ЛИЦА У
75-85% больных
60-70% больных
50-55% больных
на коже лица встречается редко

НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ, ЛИДИРУЮЩИМ ПО ЧАСТОТЕ КЛИНИЧЕСКИМ
СИМПТОМОМ РАКА ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ
дисфагия
боль в грудной клетке при глотании
повышенное слюноотделение
рвота

НАИБОЛЕЕ ПРЕДРАСПОЛОЖЕНА К ОТДАЛЕННОМУ МЕТАСТАЗИРОВАНИЮ
МЕЛАНОМА МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ТИПА
узловая
акролентигинозная
злокачественное лентиго
поверхностная

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПЕРВЫМ СИМПТОМОМ РАКА ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ
гематурия
пальпируемая опухоль
боль
слабость
ускоренная СОЭ

ПО МЕРЕ РОСТА РАКА ЛЕГКОГО СКОРОСТЬ НАРАСТАНИЯ СТЕПЕНИ
НАРУШЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ ПРОХОДИМОСТИ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕНА
при эндобронхиальном экзофитном раке
при перибронхиальном узловатом раке
при разветвленном раке
при пневмониеподобном раке
при раке верхушки легкого (Пэнкоста)

СИМПТОМЫ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ
РАКА ЛОКАЛИЗОВАННОГО
в сигмовидной кишке
в восходящей кишке
в поперечной кишке
в слепой кишке

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ РФ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 10 ЛЕТ ИМЕЕТ
ТЕНДЕНЦИЮ

к повышению
к снижению
к стабильности
к повышению в старшей возрастной группе
к снижению среди лиц молодого возраста

ПРИ РАКЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЕТСЯ
головка
тело
хвост
вся поджелудочная железа (тотальное поражение)

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ГЕМАТОГЕННЫЕ МЕТАСТАЗЫ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ
ЛОКАЛИЗОВАНЫ В
печени
костях
легких
надпочечниках
селезенке

К ТРИАДЕ СИМПТОМОВ РАКА ПОЧКИ ОТНОСЯТСЯ
гематурия, боль, пальпируемая опухоль
гематурия, боль, ускоренная СОЭ
гематурия, потеря веса, слабость
гематурия, боль, слабость
гематурия, боль, повышенная температура тела

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ОПУХОЛИ
ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЮТСЯ
затрудненное и\или учащенное мочеиспускание
боль в промежности, крестце, пояснице
микроскопическая гематурия
нарушение акта дефекации

АДЕКВАТНЫМ ОБЪЕМОМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РАКЕ
ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ
тотальная тиреоидэктомия
резекция доли
гемитиреоидэктомия
энуклеация узла

С КАКОЙ ПЕРИОДИЧНОСТЬЮ ДОЛЖЕН ПРОХОДИТЬ КОНТРОЛЬНЫЕ ОСМОТРЫ
ПАЦИЕНТ, ИЗЛЕЧЕННЫЙ ОТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО НОВООБРАЗОВАНИЯ
первый год - 1 раз в 3 мес, второй - третий год - 1 раз в 6 мес, в дальнейшем 1 раз в год
один раз в 6 мес. в течение 5 лет, затем – ежегодно
первый год - 1 раз в мес, второй год -1 раз в 3 мес, третий - пятый года -1 раз в 6 мес, в
дальнейшем 1 раз в год
ежегодно в течение 10 лет

НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ РАКА НИЖНЕЙ ГУБЫ НЕ ВЛИЯЕТ
употребление большого количества жиров
ультрафиолетовое излучение

курение
микротравмы слизистой губы

КАКИЕ ИЗ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СОПРОВОЖДАЮТСЯ НАИБОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНЫМ ПРОГНОЗОМ

фолликулярный и папиллярный рак
медуллярный и недифференцированный рак
папиллярный и медуллярный рак
недифференцированный и фолликулярный рак

ТИПИЧНЫМ СИМПТОМОМ ВНУТРИПРОТОВОКОЙ ПАПИЛЛОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

кровянистые выделения из соска
симптом втяжения
наличие плотного участка с зернистой поверхностью
болезненность при пальпации ареолы

КАКОЙ СИМПТОМ ВОЗНИКАЕТ ПРИ МЕТАСТАЗАХ РАКА ПИЩЕВОДА В ЛИМФОУЗЛЫ АОРТАЛЬНОГО ОКНА

осиплость голоса
кашель
боль в грудной клетке
икота
дисфагия

РАК ЖЕЛУДКА ЧАЩЕ ВСЕГО МЕТАСТАЗИРУЕТ В

печень
легкие
надключичные лимфатические узлы
кости

МЕТАСТАЗЫ В ПЕЧЕНЬ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОЯВЛЯЮТСЯ ПРИ РАКЕ

желудочно-кишечного тракта
легкого
молочной железы
женских половых органов

Здоровый образ жизни

ОСНОВНЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА ЛАКУНАРНОГО ИНСУЛЬТА ЯВЛЯЮТСЯ

артериальная гипертония
мерцательная аритмия
сахарный диабет
искусственные клапаны сердца
все вышеперечисленное

ПОКАЗАТЕЛИ НАРУШЕНИЯ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ

натощак > 7.0 ммоль/л и через 2 часа после глюкозо-толерантного теста ≥ 11.1 ммоль/л
натощак ≥ 6.1 и < 7.0 ммоль/л и через 2 часа после глюкозо-толерантного теста < 7.8 ммоль/л
натощак < 6.1 ммоль/л и через 2 часа после глюкозо-толерантного теста > 7.8 ммоль/л

ОПТИМАЛЬНЫЕ ЗНАЧЕНИЯ ХС ЛПНП ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ≤ 1.8 ммоль/л

≤2.5 ммоль/л

≤3.0 ммоль/л

РЕГУЛЯРНОСТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПОСЕЩЕНИЙ БОЛЬНЫХ ХИБС СО СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ III ФК

не менее 2-х раз в год

не менее 3-х раз в год

не менее 4-х раз в год

БОЛЬНЫХ ИБС, ОТНЕСЕННЫХ К ГРУППЕ УМЕРЕННОГО РИСКА НАПРАВЛЯЮТ НА КАГ

без дальнейших неинвазивных исследований

по результатам дополнительных исследований

необходимость в рутинном направлении на каг отсутствует

К ОСНОВНЫМ МЕДИКАМЕНТОЗНЫМ ПРЕПАРАТАМ, УЛУЧШАЮЩИМ ПРОГНОЗ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА, ОТНОСЯТСЯ (ОТМЕТИТЬ ВСЕ ПОДХОДЯЩИЕ ОТВЕТЫ):

АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВАЯ КИСЛОТА

статины

бета-адреноблокаторы

нитраты

ингибиторы АПФ или блокаторы РААС

антагонисты кальция

РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ПОВЫШЕН ПРИ ОКРУЖНОСТИ ТАЛИИ У МУЖЧИН

180 см и более;

94 см и более;

102 см и более;

110 см и более;

ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ УЧАСТКОВЫХ ВРАЧЕЙ-ТЕРАПЕВТОВ (ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ) ПОДЛЕЖАТ СЛЕДУЮЩИЕ КОНТИНГЕНТЫ ГРАЖДАН

больные хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ), являющимися основными причинами инвалидности и преждевременной смертности населения

пациенты имеющие высокий риск развития ССЗ

больные ХНИЗ и пациенты с высоким сердечно-сосудистым риском

нет правильного ответа

ЦЕЛЬЮ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ, ИМЕЮЩИХ ДОКАЗАННЫЕ ХНИЗ ЯВЛЯЕТСЯ

ДОСТИЖЕНИЕ ЗАДАННЫХ ПАРАМЕТРОВ ФИЗИКАЛЬНОГО, ЛАБОРАТОРНОГО И ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

достижение целевых уровней факторов риска

замедление патологического процесса и развития обострений.

снижение числа госпитализаций и осложнений.

повышение качества и увеличение продолжительности жизни

ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ДЛЯ ЛИЦ, НЕ ИМЕЮЩИХ ДОКАЗАННЫХ ХНИЗ, НО ИМЕЮЩИХ ВЫСОКИЙ РИСК ИХ РАЗВИТИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

достижение заданных параметров физикального, лабораторного и инструментального обследования
достижение целевых уровней факторов риска
предупреждение развития патологического процесса и заболеваний.
повышение качества и увеличение продолжительности жизни
все вышеперечисленное

В ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ НУЖДАЮТСЯ ПАЦИЕНТЫ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К СЛЕДУЮЩИМ ГРУППАМ ЗДОРОВЬЯ

- 1 I группа
- 2 II группа
- III группа
- I и II группы
- II и III группы

ОРИЕНТИРОВОЧНЫЙ ОБЪЕМ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ III ГРУППЫ ЗДОРОВЬЯ В МАСШТАБАХ РОССИИ СОСТАВЛЯЕТ

- 43,7%
- 2 23,1%
- 17,6%

ОРИЕНТИРОВОЧНЫЙ ОБЪЕМ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ II ГРУППЫ ЗДОРОВЬЯ В МАСШТАБАХ РОССИИ СОСТАВЛЯЕТ

- 43,7%
- 23,1 %
- 17,6%

ОСНОВНЫМИ КРИТЕРИЯМИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ (ВЫБРАТЬ ОДИН ВАРИАНТ ОТВЕТА)

- уменьшение числа случаев и количества дней временной нетрудоспособности лиц, находящихся под диспансерным наблюдением
- уменьшение числа госпитализаций, в т.ч. по экстренным показаниям, по поводу обострений и осложнений заболевания
- сокращение числа случаев инвалидности
- уменьшение частоты обострений хронических заболеваний у лиц, находящихся под диспансерным наблюдением
- снижение числа вызовов СМП и госпитализаций по экстренным показаниям
- все перечисленное

ОСНОВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ АКТИВНОСТИ ВРАЧЕЙ (ФЕЛЬДШЕРОВ) В ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- уменьшение числа случаев и количества дней временной нетрудоспособности лиц, находящихся под диспансерным наблюдением
- уменьшение числа госпитализаций, в т.ч. по экстренным показаниям, по поводу обострений и осложнений заболевания
- сокращение числа случаев инвалидности
- уменьшение частоты обострений хронических заболеваний у лиц, находящихся под диспансерным наблюдением
- полнота охвата диспансерным наблюдением больных
- все перечисленное

РЕГУЛЯРНОСТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПОСЕЩЕНИЙ БОЛЬНЫХ С АГ I-III СТЕПЕНИ С ПОРАЖЕНИЯМИ ОРГАНОВ МИШЕНЕЙ, НО БЕЗ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

не менее 1 раза в год

не менее 2-х раз в год

1 раз в 3 месяца

каждый месяц

КАКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АД ЯВЛЯЕТСЯ ПОРОГОВЫМ ПРИ САМОКОНТРОЛЕ

менее или равно 140/90 мм рт ст

менее или равно 135/85 мм рт ст

менее или равно 130/80 мм рт ст

МЕТОДЫ ВЫЯВЛЕНИЯ ОСНОВНЫХ ФОРМ ИБС ПРИ СКРИНИНГЕ (МАССОВЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОБСЛЕДОВАНИЯХ) ОТНОСЯТСЯ К

высоким технологиям

простейшим и нетрудозатратным

сложным инструментальным

В ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММАХ ПОКАЗАНО, ЧТО ВЛИЯНИЕ МНОГОФАКТОРНЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕР НА УРОВЕНЬ СМЕРТНОСТИ У БОЛЬНЫХ (ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА) ПРОЯВЛЯЕТСЯ НА

первом году программы

третьем году программы

пятом году программы

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ПРОГРАММА ЭТО

комплекс организационных и технологических мероприятий по управлению и осуществлению профилактической программы

систематизированное изложение основных целей, задач, направленных на профилактику заболеваний, травм, несчастных случаев, сохранение и укрепление здоровья

повседневная работа и деятельность системы здравоохранения, общественных организаций

ЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ РАЦИОНА ДОЛЖНА РАВНЯТЬСЯ

основному обмену;

200ккал;

энерготратам;

расходам на движение;

верного ответа нет

С ВОЗРАСТОМ ЭНЕРГОГРАТЫ

увеличиваются;

не изменяются;

уменьшаются;

зависит только от профессии;

верного ответа нет

У ЖЕНЩИН ЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ РАЦИОНА ДОЛЖНА БЫТЬ

как у мужчин;

меньше;

больше;
зависит только от профессии;
верного ответа нет

ЖИРЫ СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ВОЗ ПО ЗДОРОВОМУ ПИТАНИЮ ДОЛЖНЫ СОСТАВЛЯТЬ ОТ КАЛОРИЙНОСТИ СУТОЧНОГО РАЦИОНА

7%;
10%;
30%;
40%;
верного ответа нет

ПРОСТЫЕ УГЛЕВОДЫ СОСТАВЛЯТЬ ДОЛЖНЫ ОТ КАЛОРИЙНОСТИ СУТОЧНОГО РАЦИОНА

12%;
7%;
0%;
30%;
верного ответа нет

ПРИЕМ ПИЩИ ЗА СУТКИ ДОЛЖЕН БЫТЬ

2-3 раза;
3-4 раза;
по желанию;

ИЗБЫТОК ЖИРА МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К

желчекаменной болезни;
атеросклерозу;
раку кишечника;
раку молочной железы;
все вышеперечисленное.

ИЗБЫТОК ПОТРЕБЛЕНИЯ ПРОСТЫХ УГЛЕВОДОВ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ

ожирение;
язвенную болезнь;
рак груди;
цирроз печени;
колит.

ИЗБЫТОК ПОВАРЕННОЙ СОЛИ ОПАСЕН ДЛЯ РАЗВИТИЯ

гастрита;
колита;
артериальной гипертонии;
артроза суставов
верного ответа нет

В ПИТАНИИ ЖИТЕЛЕЙ РОССИИ ОТМЕЧАЕТСЯ

избыток белка;
нерациональное соотношение жиров;
недостаток витаминов;
недостаток углеводов;
избыток жира и недостаток витаминов

ПОВАРЕННУЮ СОЛЬ ЛУЧШЕ ОГРАНИЧИТЬ

убрав солонку со стола;
недосаливая при кулинарной обработке
избегая солений;
верно а,б,в;
верного ответа нет

ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НЕОБХОДИМО, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, ОГРАНИЧИТЬ

белки;
соль;
растительное масло;
фрукты;

ПРИ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИПЕМИИ НЕОБХОДИМО В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ОГРАНИЧИТЬ

жиры;
соль;
растительное масло;
фрукты, овощи;

ПРИ ГИПЕРТРИГЛИЦЕРИДЕМИИ НЕОБХОДИМО ОГРАНИЧИТЬ ПРЕЖДЕ ВСЕГО

белки;
жиры;
сахара;
алкоголь;
сахара и алкоголь.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОДУКТЫ НЕОБХОДИМЫ В ОСНОВНОМ ДЛЯ

лечения больных в стационаре;
профилактике наркомании;
помощи при отказе от курения;
достижения сбалансированности рациона;
профилактика ХНИЗ

ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА В НОРМЕ ДОЛЖЕН БЫТЬ РАВЕН

5- 9;
10 - 14;
15- 19;
20 - 25;
верного ответа нет

РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ВЫСОК ПРИ ОКРУЖНОСТИ ТАЛИИ У МУЖЧИН

80 и более;
94 и более;
102 и более;
110 и более;
верного ответа нет

РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ВЫСОК ПРИ ОКРУЖНОСТИ ТАЛИИ У ЖЕНЩИН

88 и более;
94 и более;
102 и более;
ПО и более;

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ АЛИМЕНТАРНОЙ ФОРМЫ (ПЕРВИЧНОГО) ОЖИРЕНИЯ

низкая физическая активность;
переедание;
гормональная недостаточность;

АБДОМИНАЛЬНЫЙ (МУЖСКОЙ) ТИП ОЖИРЕНИЯ ДЕЙСТВУЕТ В ОСНОВНОМ НА

сердце;
артерии;
вены;
А и Б;
суставы;

ЖЕНСКИЙ ТИП ОЖИРЕНИЯ (ТИП «ГРУШИ») ДЕЙСТВУЕТ В ОСНОВНОМ НА

печень;
легкие;
опорно-двигательный аппарат;
почки;
верного ответа нет

ОСНОВНОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ

лекарственная терапия;
диета;
пищевые добавки;
хирургическое лечение;

СТЕПЕНЬ ДОЛГОВРЕМЕННОЙ РЕДУКЦИИ ДИЕТЫ ПРИ ОЖИРЕНИИ ВОЗМОЖНА ДО

500 ккал.
800 ккал.
1000 ккал.
1200ккал.

ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОЖИРЕНИИ ПОКАЗАНА ПРИ

высоких степенях ожирения;
сопутствующей патологии;
булимии;

ПРИ ОЖИРЕНИИ НУЖНО ОГРАНИЧИВАТЬ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ

белки;
витамины;
минералы;
углеводы;

ПОВЫШЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ПРИ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЕ ТЕЛА
ПРЕДПОЛАГАЕТ

занятия йогой;
аэробные нагрузки на досуге;
марафон;
силовые нагрузки;
верного ответа нет

1Г ЖИРА СОДЕРЖИТ, КИЛОКАЛОРИЙ

1;
4;
7;
9;

1Г УГЛЕВОДОВ СОДЕРЖИТ, КАЛОРИЙ

1;
4;
7;
9;

1Г БЕЛКА СОДЕРЖИТ, КАЛОРИЙ

1;
7;
4;
9;
верного ответа нет

1Г «ЧИСТОГО» АЛКОГОЛЯ СОДЕРЖИТ КАЛОРИЙ

1;
4;
7;
9;
верного ответа нет

АЛКОГОЛЬ В ПЕРЕСЧЕТЕ НА «ЧИСТЫЙ СПИРТ» ВРЕДЕН ДЛЯ ЖЕНЩИН В
КОЛИЧЕСТВЕ ЗА СУТКИ БОЛЕЕ

5г;
50 г;
30 г;
60 г;

АЛКОГОЛЬ В ПЕРЕСЧЕТЕ НА «ЧИСТЫЙ СПИРТ» ВРЕДЕН ДЛЯ МУЖЧИН В
КОЛИЧЕСТВЕ ЗА СУТКИ БОЛЕЕ

5г;
50 г;
50 г;
60 г;
верного ответа нет

УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ (СОГЛАСНО ОПРЕДЕЛЕНИЮ, ВОЗ) – ЭТО

процесс, позволяющий людям повысить контроль за своим здоровьем, а также процесс предоставления отдельным людям и сообществам возможностей повысить их контроль над факторами, определяющими здоровье и улучшить тем самым здоровье
процесс, позволяющий людям повысить контроль за своим здоровьем.
процесс предоставления отдельным людям и сообществам возможностей повысить их контроль над факторами, определяющими здоровье и улучшить тем самым здоровье.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ

межсекторальное сотрудничество, ориентация на граждан, участие местного сообщества
б) убежденность лиц, принимающих решения, межсекторальное сотрудничество, ориентация на граждан, участие местного сообщества
ориентация на граждан, участие местного сообщества.

ПРОФИЛАКТИКА ПЕРВИЧНАЯ – ЭТО

комплекс медицинских мероприятий, направленных на предупреждение развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний
комплекс немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний
комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний

ПРОФИЛАКТИКА ВТОРИЧНАЯ – ЭТО

комплекс медицинских мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний
комплекс социальных мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний
комплекс медицинских, санитарно-гигиенических и психологических мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний
комплекс медицинских, социальных, санитарно-гигиенических и психологических и иных мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний

РИСК КАКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И НАРУШЕНИЙ ЗДОРОВЬЯ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ В БОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ЗАВИСИТ ОТ НЕЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

сердечно-сосудистых
травм и несчастных случаев
болезней нервной системы
новообразований
болезней органов пищеварения

ЦЕЛЬ КОНЦЕПЦИИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

стабилизация показателей здоровья населения РФ.
снижении показателей смертности общей
снижение показателей смертности от сердечно-сосудистых заболеваний
снижение показателей смертности от внешних причин

КОНТИНГЕНТЫ, НА КОТОРЫЕ НАПРАВЛЕНА КОНЦЕПЦИЯ ЗДОРОВЬЯ ЗДОРОВЫХ

детей всех возрастных групп.

молодежь.
пожилых людей
все вышеперечисленное.

КАКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ОФИЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СТАТИСТИКИ ЯВЛЯЮТСЯ НЕОБХОДИМЫМИ ДЛЯ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ БРЕМЕНИ БОЛЕЗНИ В ПОПУЛЯЦИИ

смертность, инвалидность, летальность, заболеваемость, временная нетрудоспособность
летальность, инвалидность, заболеваемость, временная нетрудоспособность
смертность, летальность, заболеваемость, временная нетрудоспособность
смертность, инвалидность, заболеваемость, временная нетрудоспособность
смертность, инвалидность, летальность, временная нетрудоспособность

СКРИНИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ НАПРАВЛЕННЫ НА

выявление заболеваний на ранних стадиях.
выявление заболеваний и факторов риска
выявление факторов риска и факторов здоровья

ПО ПРОГНОЗАМ ЭКСПЕРТОВ ВОЗ К 2020 ГОДУ ОСНОВНОЙ УРОН (ЧИСЛО ПОТЕРЯННЫХ ЛЕТ ТРУДОСПОСОБНОСТИ) ВСЛЕДСТВИЕ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОСТАВИТ

50%
80%
60%

ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ ВОЗ К ОСНОВНЫМ НИЗ ОТНОСЯТ

болезни системы кровообращения, рак, хронические заболевания легких, сахарный диабет, психические заболевания и расстройства
болезни системы кровообращения, рак, хронические заболевания легких, травмы, психические заболевания и расстройства
болезни системы кровообращения, рак, сахарный диабет, психические заболевания и расстройства.

СНИЖЕНИЕ СМЕРТНОСТИ НИЗ В ЗАПАДНЫХ СТРАНАХ СВЯЗЫВАЮТ, ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ, СО СЛЕДУЮЩИМИ ФАКТОРАМИ

снижением распространенности поведенческих ФР среди населения
снижением частоты возникновения новых случаев НИЗ
снижением смертности от БСК
все ответы верны

УПРАВЛЯЕМЫЕ ОСНОВНЫМИ ФАКТОРЫ РИСКА, ОТВЕТСТВЕННЫЕ ЗА РОСТ СМЕРТНОСТИ В РОССИИ

курение, потребление алкоголя, нездоровое питание
только курение
курение и повышенное артериальное давление
курение, повышенное артериальное давление, потребление алкоголя, нездоровое питание

КАКОЙ ПРИНЦИП (СТРАТЕГИЯ) ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПО ОЦЕНКАМ ЭКСПЕРТОВ ВОЗ, СЧИТАЕТСЯ ОСНОВНЫМ

популяционная стратегия
стратегия высокого риска

сочетание стратегий популяционной и высокого риска

РУКОВОДСТВОВАТЬСЯ ПРИ ВЫБОРЕ СТРАТЕГИИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ НЕОБХОДИМО

уровнями отдельных факторов риска

возрастом

географическими условиями и характеристиками окружающей среды

суммарным риском

наличием необходимого оборудования

ИНТЕГРАЛЬНЫЕ СТРАТЕГИИ ПРОФИЛАКТИКИ ДОЛЖНЫ ВКЛЮЧАТЬ

разработку законодательства;

просвещение населения

поддержку активности населения;

доступ к информации и содействие ее распространению;

наличие и доступность профилактической помощи;

межсекторальное взаимодействие.

все вышеперечисленное

КАКИЕ ПРИНЦИПЫ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ, НА ПРИМЕРЕ МЕР ПО ПОВЫШЕНИЮ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ, СЧИТАЮТСЯ ВАЖНЕЙШИМИ И ДОЛЖНЫ УЧИТЫВАТЬСЯ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ЭФФЕКТИВНЫХ МЕР ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И УКРЕПЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ

поддержки, осознание пользы от занятий.

уверенность индивидуума в наличие социальной поддержки, осознание пользы от занятий.

уверенность индивидуума в возможностях заниматься физической активностью, в получение удовольствия от занятий, наличие социальной поддержки, осознание пользы от занятий.

уверенность индивидуума в пользе от занятий.

КАКИЕ ФАКТОРЫ, НАРЯДУ С ТРАДИЦИОННЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА, ОКАЗАЛИ СУЩЕСТВЕННОЕ ВЛИЯНИЕ НА РОСТ СМЕРТНОСТИ ОТ БСК В РОССИИ

психосоциальные факторы, адекватная лечебная и профилактическая деятельность служб здравоохранения

психосоциальные факторы, экономический уровень жизни населения,

психосоциальные факторы, экономический уровень жизни населения, адекватная лечебная и профилактическая деятельность служб здравоохранения

экономический уровень жизни населения, адекватная лечебная и профилактическая деятельность служб здравоохранения

СРЕДИ ПРИЧИН ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОТ БСК ТЕМПЫ РОСТА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В РОССИИ ВЫШЕ ОТ

ишемической болезни сердца, чем от цереброваскулярной болезни

цереброваскулярной болезни, чем от ишемической болезни сердца

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ ПО ДАННЫМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ОБСЛЕДОВАНИЙ СОСТАВЛЯЕТ

20%

50%

40%

55%

МЕТОДЫ ВЫЯВЛЕНИЯ ОСНОВНЫХ ФОРМ ИБС ПРИ СКРИНИНГЕ (МАССОВЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОБСЛЕДОВАНИЯХ) ОТНОСЯТСЯ К

высоким технологиям
простейшим и нетрудозатратным
сложным инструментальным

К НАУЧНО ДОКАЗАННЫМ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕРАМ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ (ПРОФИЛАКТИКИ) АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ОТНОСЯТСЯ

диетическая коррекция избыточной массы тела, дислипотеидемии, водно-солевого обмена.

оптимизация двигательной активности: быстрая ходьба и/или бег, плавание; включение физической активности в часы досуга и повседневную деятельность.

отказ от вредных привычек (курения, злоупотребления алкоголем).

нормализация режима дня, рациональное распределение свободного времени.

рациональная психотерапия, самосовершенствование, аутотренинг, развитие устойчивости к стрессовым ситуациям.

все вышеперечисленное

В ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММАХ ПОКАЗАНО, ЧТО ВЛИЯНИЕ МНОГОФАКТОРНЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕР НА УРОВЕНЬ СМЕРТНОСТИ У БОЛЬНЫХ (ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА) ПРОЯВЛЯЕТСЯ НА

первом году

на третьем году

через 5 лет;

ДОЛЯ СМЕРТЕЙ СРЕДИ МУЖЧИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА В РОССИИ, СВЯЗАННАЯ С КУРЕНИЕМ ТАБАКА

до 10%

20-30%

30-40%

40-50%

ДОЛЯ СМЕРТЕЙ СРЕДИ ЖЕНЩИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА В РОССИИ, СВЯЗАННАЯ С КУРЕНИЕМ ТАБАКА

до 10%

20-30%

30-40%

40-50%

В КАКИХ СТРАНАХ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ЧАСТОТА КУРЕНИЯ МУЖЧИН МЕНЕЕ 30%

Западная Европа

Восточная Европа

Финляндия

Канада

ОСНОВНЫЕ МЕРЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ КУРЕНИЯ ПО РЕКОМЕНДАЦИИ ВОЗ ВКЛЮЧАЮТ

предотвращать курение с детского и юношеского возраста

оказывать помощь лицам, желающим бросить курить

информационную работу медиков, СМИ
законодательное регулирование
все вышеперечисленное

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН ОБ ОГРАНИЧЕНИИ КУРЕНИЯ ТАБАКА НЕ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

регулирование производства табачных изделий, оптовой и розничной продажи
рекламирование табака
запрет на курения (на рабочих местах, в транспорте, учреждениях здравоохранения, образования, культуры, спорта, власти)
пропаганду знаний о вреде курения.
запрет на показ курения в фильмах, кроме новых.

ВО ВРЕМЯ АНТИАЛКОГОЛЬНОЙ КАМПАНИИ В РОССИИ НАБЛЮДАЛОСЬ

снижение смертности от внешних причин
увеличение продолжительности жизни
снижение смертности от внешних причин и увеличение продолжительности жизни

В КАКОМ ГОДУ В РОССИИ ПРИНЯТА КОНЦЕПЦИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ ПО КОНТРОЛЮ ЗА НАРКОТИКАМИ

в 2000
в 1999
в 1993
в 2005

Реализация профилактических программ направлена на
достижение поставленных целей программы
соблюдение запланированных сроков и использование запланированных ресурсов
достижение поставленной цели и использование запланированных ресурсов
достижение цели в запланированные сроки
достижение поставленной цели, соблюдение сроков и использования запланированных ресурсов.

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

партнерство и участие СМИ
участие системы образования
управление программой, оценку процесса реализации, оценку эффективности реализации
партнерство, участие СМИ, системы образования, управление программой, оценку процесса реализации и эффективности, профилактические технологии, обучение специалистов, населения и пациентов, создание условий для реализации
профилактические технологии и обучение специалистов, населения и пациентов, и создание условий для реализации

ОБЯЗАТЕЛЬНО ВХОДИТ В ДИРЕКЦИЮ ПРОГРАММЫ НА ЭТАПЕ ЕЕ РЕАЛИЗАЦИИ

административное руководство региона (территории)
административное руководство региона (территории) и представители общественности
административное руководство региона (территории) и представители всех партнеров по реализации программы
представители общественности и финансовых организаций, участвующих в финансировании программы.
представители всех партнеров по реализации программы и представители общественности

РОЛЬ СМИ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ

содействие формированию позитивного отношения к здоровью, и моды на здоровый образ жизни

повышение ответственности каждого человека за сохранение своего здоровья, а следовательно и здоровья общества

вовлечение различных секторов общества, администрации в реализацию мероприятий по укреплению здоровья и профилактике заболеваний.

формирование партнерских отношений для продвижения профилактических программ на различных уровнях

все вышеперечисленное.

ОСНОВНЫЕ ПУТИ СОТРУДНИЧЕСТВА СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБРАЗОВАНИЯ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ

обязательная программа гигиенического воспитания в школах, лекции по здоровому образу жизни и здоровому поведению в школах

обследование состояния здоровья и здорового поведения школьников и осуществление профилактических вмешательств (вакцинация) через школьные медицинские кабинеты

программа по укреплению здоровья в школах

совместная подготовка предложений к мероприятиям областных и городских программ по охране здоровья

все вышеперечисленное

ФАКТОРЫ, ПО ВАШЕМУ МНЕНИЮ, НАИБОЛЕЕ СПОСОБСТВУЮЩИЕ УСПЕШНОМУ ПРОВЕДЕНИЮ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

уровень информированности пациента о факторах риска

уровень подготовки медицинского работника по основам профилактического консультирования

уровень профессиональной подготовки медицинского работника и наличие личного опыта
желание пациента изменить свое поведение

знание медицинскими работниками психологии изменения поведенческих привычек и умение их применить при профилактическом консультировании

В ОСНОВЕ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРВОСТЕПЕННЫМ

раннее выявление заболевания и факторов риска

консультирование по профилактике и коррекции факторов риска

медикаментозное лечение и коррекция факторов риска

межсекторальное сотрудничество и создание условий для реализации профилактических мер

все вышеперечисленное

МОНИТОРИРУЮТСЯ И ОЦЕНИВАЮТСЯ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММАХ ВНЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКА ЕЕ РЕАЛИЗАЦИИ

структурные измерения

организационные изменения

показатели здоровья и уровни факторов риска

данные социологических опросов об уровне знаний и умений медицинских работников, знаний населения, пациентов.

все перечисленное

ОСНОВНЫМ В ОЦЕНКЕ КРАТКОСРОЧНЫХ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

показатели здоровья населения (пациентов)
уровень знаний и умений медицинских работников
уровень знаний населения (пациентов) и отношение к здоровью
построение партнерства
рациональное расходование ресурсов

ОСНОВНЫМ В ОЦЕНКЕ ДОЛГОСРОЧНЫХ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

показатели здоровья населения (пациентов)
уровень знаний и умений медицинских работников
уровень знаний населения (пациентов) и отношение к здоровью
построение партнерства
рациональное расходование ресурсов

ИСТОЧНИКИ, ИСПОЛЬЗУЮЩИЕСЯ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ ПО ОЦЕНКЕ ДОЛГОСРОЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ

данные медицинской статистики
результаты выборочных обследований населения
статистические отчеты, отчеты о деятельности, протоколы совещаний, первичная медицинская документация
наглядные санпросвет материалы
опросы специалистов, населения, целевых групп
программы подготовки специалистов, программы обучения
все перечисленное

ИСТОЧНИКИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ ПО ОЦЕНКЕ КРАТКОСРОЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ программ

данные официальной медицинской статистики
результаты выборочных обследований населения
статистические отчеты, отчеты о деятельности, протоколы совещаний, первичная медицинская документация
наглядные санпросвет материалы
опросы специалистов, населения, целевых групп
программы подготовки специалистов, программы обучения

ИСТОЧНИКИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ ПО ОЦЕНКЕ СРЕДНЕСРОЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ

данные официальной медицинской статистики
результаты выборочных обследований населения
статистические отчеты, отчеты о деятельности, протоколы совещаний, первичная медицинская документация
наглядные санпросвет материалы
опросы специалистов, населения, целевых групп
программы подготовки специалистов, программы обучения

ПОКАЗАТЕЛИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ (В ПОЛИКЛИНИКАХ)

распространенность факторов риска
удельный вес профилактических посещений (в % от общего числа)
полнота охвата профилактическими осмотрами (в %)

показатели, характеризующие качество диспансерного наблюдения
смертность и заболеваемость

ПОКАЗАТЕЛИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЮТ
контингент и объем диспансеризации.

потребность в диспансерном наблюдении в лечебно-профилактической помощи и
активность в ее реализации

оценку эффективности диспансеризации

здоровье прикрепленного населения

информированность и отношение населения (пациентов) к медицинским назначениям

УКАЖИТЕ РЕКОМЕНДУЕМОЕ ВОЗ ПОТРЕБЛЕНИЕ ФРУКТОВ И ОВОЩЕЙ В СУТКИ
(БЕЗ УЧЕТА КАРТОФЕЛЯ)

200 г

300 г

500 г

800 г

ВЫСОКАЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОЖИРЕНИЯ В РАЗВИТЫХ СТРАНАХ
ОБЪЯСНЯЕТСЯ

наличием сбалансированного регулярного питания;

недостатком в рационе питания белка;

избытком насыщенных жиров и легкоусвояемых углеводов в рационе питания;

недостатком в рационе питания клетчатки;

недостатком витаминов группы В и Д.

Избранные вопросы скрининга онкологических заболеваний

МЕТОДОМ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ВЕРИФИКАЦИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО
НОВООБРАЗОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

рентгеноскопия

биопсия опухоли*

УЗИ

компьютерное обследование

термография

В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА И ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА НАИБОЛЕЕ
НАДЕЖНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ МАЛИГНИЗАЦИИ
СЧИТАЕТСЯ

эндоскопия желудка с биопсией

рентгенологический метод (Rg-скопия, Rg-графия)

исследование кала на скрытую кровь

исследование желудочного сока с гистамином

НАИБОЛЕЕ ОБЪЕКТИВНЫЕ СВЕДЕНИЯ О МЕСТНОЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ
ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА (СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ) МОГУТ БЫТЬ ПОЛУЧЕНЫ
при патоморфологическом исследовании резецированного (удаленного) органа с
регионарным лимфатическим аппаратом
при рентгенологическом исследовании
при использовании эндоскопических методов
при клиническом осмотре больного

ВНУТРИПРОТОКОВЫЕ ПАПИЛЛОМЫ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ МОГУТ БЫТЬ ВЫЯВЛЕНЫ ПРИ
дуктографии
бесконтрастной маммографии
крупнокадровой флюорографии
не могут быть выявлены рентгенологически

РАДИОАКТИВНЫЙ ЙОД ПРИМЕНЯЮТ С ЦЕЛЬЮ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
ОПУХОЛЕЙ
щитовидной железы
желудка
поджелудочной железы
почки
предстательной железы

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ОСТЕОБЛАСТОКЛАСТОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ
крупный литический очаг в эпифизе кости, иногда с остатками ячеистой структуры
нарушение кортикального слоя
экстраоссальный компонент, не содержащий дополнительных включений
periosteal reaction в виде "козырька"

ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ РЭА (РАКОВО-ЭМБРИОНАЛЬНОГО АНТИГЕНА) МОЖЕТ
БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНО
для динамического наблюдения после лечения (в качестве мониторинга)
для уточнения степени распространенности опухоли (стадирования)
для установления диагноза рака

ПОСЛЕ ВЫЯВЛЕНИЯ НОВООБРАЗОВАНИЯ СРЕДОСТЕНИЯ ПРИ
РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОПТИМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ
госпитализация в специализированную клинику с целью дообследования и выбора метода
лечения
проведение противовоспалительного и общеукрепляющего лечения
динамическое наблюдение
назначение противоопухолевой химиотерапии или лучевого лечения

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ НЕИНВАЗИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ
ПОРАЖЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ СРЕДОСТЕНИЯ И КОРНЕЙ ЛЕГКИХ
ЯВЛЯЕТСЯ
рентгеновская компьютерная томография
рентгенография + линейная томография
рентгеноскопия
сканирование органов грудной клетки с цитратом галлия (^{67}Ga)
магнитно-резонансная томография

ОСЛОЖНЕНИЕ, КОТОРОЕ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ
ТРАНСТОРАКАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ ОПУХОЛИ ЛЕГКОГО НАИБОЛЕЕ ЧАСТО
пневмоторакс
гемоторакс
кровохаркание
имплантационное метастазирование

ДЛЯ ОЦЕНКИ МЕСТНОЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА ПРИ ЗАБРЮШИННЫХ НЕОРГАНИЧЕСКИХ ОПУХОЛЯХ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО

компьютерная томография
ангиографическое исследование
экскреторная урография
рентгеноконтрастное исследование желудочно-кишечного тракта
ультразвуковое исследование

НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ

цистоскопия
бимануальное ректальное исследование при опорожненном мочевом пузыре
общий клинический анализ мочи
радионуклидная цистография

ПРИ КАКОМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ПУНКЦИЯ ОПУХОЛИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К БЫСТРОМУ МЕТАСТАЗИРОВАНИЮ

меланоме
раке нижней губы
раке молочной железы
остеогенной саркоме

МЕТОД ОБСЛЕДОВАНИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ В РОССИИ ДЛЯ СКРИНИНГА НА РАК ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

гемокульт-тест
ирригография
рентгеноскопия желудка и кишечника
колоноскопия

ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАНА маммография*

УЗИ молочных желез
пункционная Биопсия
секторальная резекция
самообследование

В ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ДИФФЕРЕНЦИРОВКА КЛЕТОК

не нарушена*
нарушена умеренно
нарушена выраженно
возможны все варианты

СОЧЕТАНИЕ «N₀» ОБОЗНАЧАЕТ

недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов
нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов*
одну из степеней поражения метастазами регионарных лимфатических узлов

ТЕРМОГРАФИЧЕСКИЙ МЕТОД НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ

легких
органов брюшной полости
молочной железы*

щитовидной железы*

Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи, инфекционная безопасность

МЕХАНИЗМ (ПУТЬ) ЗАРАЖЕНИЯ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

контактно-бытовой

аэрогенный

вертикальный

пищевой

трансмиссивный

ВИЧ ПОРАЖАЕТ

эритроциты

лимфоциты

тромбоциты

гепатоциты

макрофаги

ДИАГНОЗ ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ СТАВИТСЯ ТОЛЬКО НА ОСНОВАНИИ

полового контакта

наличие у больного СПИД-маркерного заболевания

увеличения лимфатических узлов более 3-х мес.

обнаружения антител к ВИЧ в сыворотке методом ИБ

наличия у больного иммунодефицита, снижение количества Т4 (хелперов)

ПРИ ЗАГРЯЗНЕНИИ КРОВЬЮ КОЖУ РУКИ ОБРАБАТЫВАЮТ

96⁰ спиртом

70⁰ спиртом

дважды моют с мылом

3% раствором хлорамина

ПРЕДМЕТЫ ОБИХОДА В ОКРУЖЕНИИ БОЛЬНОГО ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ ДЕЗИНФИЦИРУЮТ

6% раствором перекиси водорода

96⁰ спиртом

5% хлорными растворами

3% хлорными растворами

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ АНАЛИЗА НА ВИЧ ОЗНАЧАЕТ, ЧТО

пациент болен СПИДом

в организме есть антитела к ВИЧ

человек заразен на протяжении всей его жизни

у больного терминальный период

7. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА ВИЧ ИНФЕКЦИИ

2-3 недели

3-4 месяца

5-6 месяцев

от 2 недель до 6 месяцев

от 3 недель до 1 года и более

ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫЙ НАИБОЛЕЕ ЗАРАЗЕН В

стадии инкубации
серонегативный период
стадии ПСИДа
бессимптомный период

ПОКАЗАТЕЛЬ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ (БОЛЕЗНЕННОСТИ) ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ – ЭТО

число больных туберкулезом, состоящих на учете на конец года, в пересчете на 100 000 жителей так же на конец года
число больных активным туберкулезом на конец года
удельный вес больных туберкулезом среди всех больных на данной территории
число больных туберкулезом в пересчете на 1000 жителей.

САМЫМ ОПАСНЫМ ОЧАГОМ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

бактериовыделитель с наличием в окружении его детей или лиц с асоциальным поведением
скудный бактериовыделитель при контакте только со взрослыми
бактериовыделитель с факультативным выделением МБТ и при контакте только со взрослыми

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН О ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ УСТАНАВЛИВАЕТ

правовые основы осуществления государственной политики в области предупреждения распространения туберкулеза в Российской Федерации
общие рекомендации по борьбе с туберкулезом в Российской Федерации
все перечисленное

Клиническая фармакология

ШИРОТА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ - ЭТО

хирургическая доза лекарства;
отношение концентрации лекарства в органе или ткани к концентрации его в плазме крови;
диапазон между минимальной терапевтической и минимальной токсической концентрациями лекарства в плазме; (+)
процент не связанного с белком лекарства;
диапазон между минимальной и максимальной терапевтическими концентрациями лекарства.

ФАРМАКОКИНЕТИКА - ЭТО

изучение абсорбции, распределения, метаболизма и выведения лекарств (+)
изучение биологических и терапевтических эффектов лекарств
изучение токсичности и побочных эффектов
методология клинического испытания лекарств
изучение взаимодействий лекарственных средств

ВИДЫ АБСОРБЦИИ В ЖКТ

фильтрация
диффузия
активный транспорт
пиноцитоз
все виды (+)

РЕЗУЛЬТАТОМ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ СВЯЗЫВАНИЯ ПРЕПАРАТА С БЕЛКАМИ ПЛАЗМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

уменьшение $T_{1/2}$

повышение концентрации свободной фракции препарата

снижение концентрации свободной фракции препарата (+)

лучшая эффективность препарата

ПРЕПАРАТЫ, БОЛЬШЕ ПОДВЕРГАЮЩИЕСЯ МЕТАБОЛИЗМУ В ПЕЧЕНИ

липофильные (+)

гидрофильные

липофобные

имеющие кислую реакцию

имеющие щелочную реакцию

ФАРМАКОДИНАМИКА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ИЗУЧЕНИЕ

эффектов лекарственных средств и механизмов их действия (+)

абсорбции и распределения лекарств

метаболизма лекарств

выведения лекарств

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА КИШЕЧНУЮ АБСОРБЦИЮ

pH желудочного сока

васкуляризация

моторика

состояние микрофлоры кишечника

все перечисленные (+)

ПРЕПАРАТЫ, ОКАЗЫВАЮЩИЕ ОДНОНАПРАВЛЕННОЕ ДЕЙСТВИЕ, НАЗЫВАЮТСЯ

агонистами

синергистами (+)

антагонистами

миметиками

литиками

ЕСЛИ ПЕРВИЧНУЮ МОЧУ СДЕЛАТЬ БОЛЕЕ ЩЕЛОЧНОЙ, ТО

экскреция слабых кислот уменьшится

экскреция слабых кислот увеличится (+)

экскреция слабых оснований увеличится

увеличится экскреция и слабых кислот, и слабых оснований

экскреция не изменится

ПРЕПАРАТЫ, ПРИВОДЯЩИЕ К ИНДУКЦИИ ФЕРМЕНТОВ В ПЕЧЕНИ

фенобарбитал (+)

циметидин

амиодарон

эритромицин

ципрофлоксацин

факторы, влияющие на период полувыведения

почечный и печёночный клиренс (+)

биодоступность
скорость распределения
связь с белком
экскреция почками

ФАКТОРЫ ФАРМАКОКИНЕТИКИ, ИЗМЕНЯЮЩИЕСЯ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

всасывание
объём распределения
почечная экскреция
метаболизм
всё перечисленное (+)

ВЕЛИЧИНА БИОДОСТУПНОСТИ ВАЖНА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

пути введения лекарственных средств (+)
кратности приема
скорости выведения
эффективности препарата
продолжительности лечения

БИОДОСТУПНОСТЬ - ЭТО

процент вещества, выделенного из организма
процент вещества, достигшего системного кровотока (+)
эффективная доза препарата, оказывающая терапевтический эффект
процент препарата, связанного с белком
ничего из перечисленного

ЛЕКАРСТВА ПРЕИМУЩЕСТВЕННО СВЯЗЫВАЮТСЯ В ПЛАЗМЕ С

альбуминами (+)
глобулинами
фибриногеном
мукопротеинами
трансферрином

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ИНДЕКС - ЭТО

разница между минимальной терапевтической и минимальной токсической дозами (+)
между максимальной терапевтической и максимальной токсической
между минимальной терапевтической и максимальной токсической
между максимальной терапевтической и минимальной токсической

ЗАВИСИТ БИОДОСТУПНОСТЬ ОТ

всасывания и связи с белком
всасывания и пресистемного метаболизма (+)
экскреции почками и биотрансформации в печени
объёма распределения

ПЕРИОД ПОЛУВЫВЕДЕНИЯ ($T_{1/2}$) ЭТО

время выведения препарата из организма
время снижения концентрации препарата в плазме на 50% (+)
снижение скорости выведения на 50%
время достижения терапевтической концентрации

НА ПОЧЕЧНУЮ ЭКСКРЕЦИЮ ВЛИЯЮТ

уровень клубочковой фильтрации
уровень канальцевой реабсорбции
уровень канальцевой секреции
всё вышеперечисленное (+)
ничего из перечисленного

РЕЗУЛЬТАТОМ БИОТРАНСФОРМАЦИИ ЛЕКАРСТВ В ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

образование активных метаболитов
образование неактивных метаболитов
образование токсических продуктов
всё вышеперечисленное (+)
ничего из перечисленного

БИОТРАНСФОРМАЦИЯ ПРЕПАРАТА ПРИВОДИТ К

меньшей степени ионизации
меньшей жирорастворимости (+)
снижению связывания с белком
большей степени ионизации

ПАРАМЕТР «КАЖУЩИЙСЯ ОБЪЕМ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ» ХАРАКТЕРИЗУЕТ

скорость всасывания препарата
скорость выведения препарата
скорость распада препарата
эффективность препарата
способность препарата проникать в органы и ткани (+)

БОЛЕЕ ВЫСОКАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ ПРЕПАРАТА В ПЛАЗМЕ ПРИ СУБЛИНГВАЛЬНОМ ВВЕДЕНИИ, ЧЕМ ПЕРОРАЛЬНОМ ПОТОМУ, ЧТО

лекарство не подвергается пресистемному метаболизму (+)
лекарство не связывается с белками плазмы
лекарства не связываются с тканями
увеличивается гидрофильность препарата
увеличивается липофильность препарата

ЭФФЕКТЫ ПРЕПАРАТА, РАЗВИВАЮЩИЕСЯ НЕЗАВИСИМО ОТ ДОЗЫ ИЛИ ФАРМАКОДИНАМИЧЕСКИХ СВОЙСТВ, НАЗЫВАЮТСЯ

токсические
аллергические (+)
фармакодинамические
фармакокинетические
псевдоаллергические

ВЫСОКИЙ ОБЪЁМ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

о высоких концентрациях свободного препарата в плазме
о высоких концентрациях препарата в тканях (+)
о высоких концентрациях связанного препарата в плазме
о низких концентрациях препарата в тканях
о хорошей эффективности препарата

ЭФФЕКТ ДВУХ ЛЕКАРСТВ ПРЕВЫШАЕТ СУММУ ИЗ ОТДЕЛЬНЫХ ЭФФЕКТОВ, ЭТО

антагонизм

суммарный эффект

аддитивный эффект

потенцирование (+)

сенситизация

В ПОНЯТИЕ ЭЛИМИНАЦИИ ПРЕПАРАТА ВХОДИТ

всасывание

распределение

экскреция (+)

связь с белком

пресистемный метаболизм

СПОСОБ ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВ, ПРИ КОТОРОМ БИОДОСТУПНОСТЬ МАКСИМАЛЬНА

пероральном

сублингвальном

внутримышечном

внутривенном (+)

ректальном

В ПОНЯТИЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ВХОДИТ

вытеснение препарата из связи с белком

ингибирование метаболизма в печени

инактивация препаратов в инфузионном растворе (+)

торможение всасывания лекарств

взаимодействие на уровне экскреции в почках

ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПРИ КОТОРОМ СНИЖАЕТСЯ СВЯЗЫВАНИЕ ПРЕПАРАТОВ С БЕЛКАМИ ПЛАЗМЫ

ишемическая болезнь сердца

острые инфекции

цирроз печени (+)

бронхиальная астма

пневмония

ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА ПОЧЕЧНЫЙ КЛИРЕНС ПРЕПАРАТОВ

пол

вес

почечный кровоток (+)

гипертензия

заболевания печени

ФАКТОРЫ, ПРИВОДЯЩИЕ К УСКОРЕНИЮ МЕТАБОЛИЗМА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

курение (+)

пожилой возраст

хроническое употребление алкоголя

прием эритромицина

лихорадка

СИНДРОМ «РИКОШЕТА» - ЭТО

снижение эффекта препарата при его отмене
увеличения эффекта препарата при его отмене
ответная реакция организма при отмене препарата
развитие обратного эффекта при продолжении использования препарата (+)

ФАКТОР, ПРИВОДЯЩИЙ К ЗАМЕДЛЕНИЮ МЕТАБОЛИЗМА ЛЕКАРСТВ

курение
пожилой возраст (+)
однократное употребление алкоголя
прием барбитуратов
прием рифампицина

АУТОИНДУКЦИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

пенициллина
нитроглицерина (+)
пропранолола
преднизолона
гентамицина

СИНДРОМ ОТМЕНЫ ЭТО

положительное действие лекарственного средства
снижение эффекта препарата при его отмене
ответная реакция организма на отмену препарата (+)
усиление эффекта препарата при его отмене

ФАКТОРЫ, УМЕНЬШАЮЩИЕ ВСАСЫВАНИЕ ПРЕПАРАТОВ В ЖКТ

запор
приём антацидов (+)
приём холинолитиков
хорошее кровоснабжение стенки кишечника

ИНГИБИТОРОМ ПЕЧЁНОЧНОГО МЕТАБОЛИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ

циметиди (+)
нитраты
рифампицин
фенобарбитал
никотин

АУТОИНДУКЦИЯ ВЫЗЫВАЕТ

повышение эффективности препарата при повторном применении
инактивация препарата другим лекарственным средством
увеличение активности препарата при первом введении
снижение эффективности препарата при повторном применении (+)

РАВНОВЕСНАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ ЭТО

состояние, когда количество абсорбированного препарата равно количеству выводимого (+)
максимальная концентрация после введения препарата
концентрация перед очередным введением препарата

средняя концентрация после введения препарата
правильных ответов нет

ВСАСЫВАНИЕ БОЛЬШЕЙ ЧАСТИ ЛЕКАРСТВ ПРОИСХОДИТ
в ротовой полости
в пищеводе
в желудке
в тонком кишечнике (+)
в толстом кишечнике

ПРЕПАРАТЫ С ВЫСОКОЙ ЛИПОФИЛЬНОСТЬЮ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ ВСЕМ
ВЫШЕПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ
выводятся почками в неизменном виде (+)
хорошо всасываются в ЖКТ
метаболизируются в печени
хорошо проникают через гематоэнцефалический барьер

ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ПЕРИОД ПОЛУВЫВЕДЕНИЯ
дигоксина
гентамицина
теофиллина (+)
преднизолона
ванкомицина

В ЩЕЛОЧНОЙ МОЧЕ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ВЫВЕДЕНИЕ
морфина
новокаидамида
барбитуратов (+)
хинина
варфарина

КАКОЙ ИЗ ПРЕПАРАТОВ ВЫЗЫВАЕТ ОЩЕЛАЧИВАНИЕ МОЧИ
аскорбиновая кислота
аспирин
тиазидные диуретики
бикарбонат натрия (+)
эуфиллин

УКАЖИТЕ МЕХАНИЗМЫ АБСОРБЦИИ ПРЕПАРАТА
пиноцитоз
пассивная диффузия
активный транспорт
филтрация
все перечисленное (+)

УКАЖИТЕ, ГДЕ В ОСНОВНОМ ПРОИСХОДИТ ВСАСЫВАНИЕ ЛЕКАРСТВ
в ротовой полости
в пищеводе
в желудке
в тонком кишечнике (+)
в прямой кишке

ВСАСЫВАНИЕ КАКИХ ПРЕПАРАТОВ СНИЖАЕТСЯ ПРИ ПРИЕМЕ ПИЩИ

ампициллина (+)
рамиприла
омепразола
ципрофлоксацина
метопролола

СЕЛЕКТИВНОСТЬ ДЕЙСТВИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ВЕЩЕСТВА ЗАВИСИТ ОТ

периода полувыведения
способа приема
связи с белком
объема распределения
дозы (+)

ПРИ ПАТОЛОГИИ ПОЧЕК ВОЗНИКАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ФАРМАКОКИНЕТИКИ ЛЕКАРСТВ, КРОМЕ

нарушения почечной экскреции
увеличения концентрации препаратов в плазме
уменьшения связывания с белками плазмы
увеличения $T_{1/2}$
уменьшения биодоступности (+)

ХРОНИЧЕСКИЙ ПРИЕМ АЛКОГОЛЯ ПРИВОДИТ К

увеличению абсорбции лекарств
увеличению объема распределения лекарств
замедлению метаболизма в печени (+)
снижению почечной экскреции
снижению $T_{1/2}$

НИКОТИН ПРИВОДИТ К

уменьшению абсорбции лекарств
увеличению объема распределения лекарств
увеличению связи с белками плазмы
ускорению метаболизма в печени (+)
ускорению почечной экскреции

ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ТИАЗИДНЫХ ДИУРЕТИКОВ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ

гиперкалиемия
гинекомастия
синдром Рейно
подагра (+)
гипогликемия

АНТИБИОТИК, ВЫЗЫВАЮЩИЙ ДИАРЕЮ, ОБУСЛОВЛЕННУЮ ПРОКИНЕТИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ

эритромицин (+)
амоксциллин
цефтриаксон
гентамицин
ванкомицин

НАИБОЛЕЕ ТОКСИЧНЫМ ИЗ АНТИБИОТИКОВ АМИНОГЛИКОЗИДНОЙ ГРУППЫ ЯВЛЯЕТСЯ

амикацин
тобрамицин
гентамицин
неомицин (+)
стрептомицин

РАЗВИТИЕ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КАКОГО ВИТАМИНА МОЖНО ОЖИДАТЬ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИЕМЕ ПЕРОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ

A
B1
B2
C
фолиевой кислоты (+)

НАЗНАЧЕНИЕ КАКОГО ВИТАМИНА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ МОЖЕТ ПРИВОДИТЬ К ПОРОКАМ РАЗВИТИЯ У РЕБЕНКА

A (+)
B1
B2
C
PP

ПРЕПАРАТ, КОТОРЫЙ НЕ РЕКОМЕНДУЮТ ПРИМЕНЯТЬ ПРИ ПОДАГРЕ ИЗ-ЗА СПОСОБНОСТИ ВЫЗЫВАТЬ ГИПЕРУРИКЕМИЮ

нитроглицерин
эритромицин
пропранолол
гипотиазид (+)
каптоприл

УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ РАННИЙ СИМПТОМ ПЕРЕДОЗИРОВКИ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ

рвота
гинекомастия
потеря аппетита (+)
гиперкалиемия
тахикардия

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ АНТИДЕПРЕССАНТОВ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ИХ АНТИХОЛИНЕРГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ

сердцебиение
сухость во рту
нарушение аккомодации
задержка мочеиспускания
все перечисленное (+)

Диуретик, вызывающий развитие гирсутизма и гинекомастии
гипотиазид

спиронолактон (+)
фуросемид
диакарб
индапамид

СОЧЕТАНИЕ ГИПОТОНИИ И БРАДИКАРДИИ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО ПРИ
ПЕРЕДОЗИРОВКЕ

клофелина (+)
нифедипина
каптоприла
празозина
нитроглицерина

Медицина чрезвычайных ситуаций

СИСТЕМА МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПОДГОТОВКЕ К ЗАЩИТЕ И ПО ЗАЩИТЕ
НАСЕЛЕНИЯ, МАТЕРИАЛЬНЫХ И КУЛЬТУРНЫХ ЦЕННОСТЕЙ НА ТЕРРИТОРИИ
РФ ОТ ОПАСНОСТЕЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ ПРИ ВЕДЕНИИ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ
ИЛИ ВСЛЕДСТВИЕ ЭТИХ ДЕЙСТВИЙ ЭТО

мобилизация;
мобилизационная подготовка;
территориальная оборона;
гражданская оборона;

ВВЕДЕНИЕ ГРАЖДАНСКОЙ ОБОРОНЫ НА ТЕРРИТОРИИ РФ НАЧИНАЕТСЯ

с момента объявления состояния войны;
с момента фактического начала военных действий;
с введением на территории РФ военного положения;
все перечисленное выше;

ОБЩЕЕ РУКОВОДСТВО ГРАЖДАНСКОЙ ОБОРОНОЙ В ОБЛАСТИ ИЛИ КРАЕ
ОСУЩЕСТВЛЯЕТ

Центр по делам ГО и ЧС;
Комиссия по ГО и ЧС;
Специально уполномоченное лицо;
Законодательное собрание области;
Губернатор.

ВОЗРАСТ ГРАЖДАН, РФ МУЖСКОГО ПОЛА, КОТОРЫХ МОГУТ ЗАЧИСЛЯТЬ В
НЕВОЕНИЗИРОВАННЫЕ ФОРМИРОВАНИЯ И СЛУЖБЫ ГО СОСТАВЛЯЕТ

18-27 лет;
20 - 45 лет;
16 - 60 лет
18-60 лет;
18-45 лет.

ЗАЩИТА НАСЕЛЕНИЯ И ВЫПОЛНЕНИЕ ЗАДАЧ ГРАЖДАНСКОЙ ОБОРОНЫ В
ВОЕННОЕ ВРЕМЯ ПОВЫШАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРОВЕДЕНИЯ

повседневных мероприятий;
первоочередных мероприятий первой группы;
первоочередных мероприятий второй группы;
мероприятий общей готовности;
все перечисленное выше.

КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПЕРЕВОДУ ЭКОНОМИКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ЭКОНОМИКИ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ЭКОНОМИКИ МУНИЦИПАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ, ПЕРЕВОДУ ОРГАНОВ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ВЛАСТИ, ОРГАНОВ МЕСТНОГО САМОУПРАВЛЕНИЯ И ОРГАНИЗАЦИЙ НА РАБОТУ В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ, ПЕРЕВОДУ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ДРУГИХ ВОЙСК, ВОИНСКИХ ФОРМИРОВАНИЙ, ОРГАНОВ И СПЕЦИАЛЬНЫХ ФОРМИРОВАНИЙ НА ОРГАНИЗАЦИЮ И СОСТАВ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ- ЭТО

мобилизация;

мобилизационная подготовка;

военная подготовка;

гражданская оборона;

мероприятия ГО и ЧС.

МЕРОПРИЯТИЯ МОБИЛИЗАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ ПРОВОДЯТСЯ

в мирное время;

в военное время;

в рабочее время;

всегда;

после введения военного положения.

СОСТОЯНИЕ ВОЙНЫ В РФ ОБЪЯВЛЯЕТСЯ В СЛУЧАЕ

в случае угрозы вооруженного нападения на РФ другого государства;

в случае вооруженного нападения на РФ другого государства или группы государств;

в случае возникновения чрезвычайной ситуации:

в случае угрозы проведения на территории РФ террористических актов:

НА УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, В ОБЛАСТИ МОБИЛИЗАЦИИ, ВОЗЛОЖЕНО

разработка документов по планированию деятельности организации;

создание мобилизационных органов;

осуществление международного сотрудничества

выполнение мобилизационных заказов (заданий);

МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ РФ, ПОСТРАДАВШЕГО ОТ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ ИЛИ ВСЛЕДСТВИЕ ЭТИХ ДЕЙСТВИЙ ВОЗЛОЖЕНО

на МО РФ

на ВСМК

на МСГО

на ГВМУ

на МЗ РФ

МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ, В СЛУЧАЕ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ, ВКЛЮЧАЕТ **лечебно-эвакуационные и санитарно-противоэпидемические мероприятия, медицинское снабжение, медицинскую защиту населения**

медицинское снабжение, этап медицинской эвакуации, путь медицинской эвакуации, медицинскую защиту.

лечебно-эвакуационные мероприятия, учет и отчетность, эвакуационное направление, медицинскую сортировку

санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия, медицинское снабжение, вид медицинской помощи, объем медицинской помощи
повышение устойчивости тыла, сохранение промышленного потенциала страны, защиту населения в условиях военного времени

СОСТАВ МСГО ПРЕДСТАВЛЕН

областью, краем, республикой в составе РФ б. территорией города, городского района, сельского округа

руководством, органом управления, формированиями, учреждениями

головными больницами, многопрофильными и профилированными больницами
органами управления и штабами МСГО

В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОДЧИНЕННОСТИ, ФОРМИРОВАНИЯ МСГО ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ

на территориальные и производственные

на объектовые и территориальные

на производственные и объектовые

на территориально-производственные

на санитарные - гигиенические и лечебные

В СОСТАВ МСГО НА МЕСТНОМ УРОВНЕ ВХОДЯТ

силы и средства МСГО организаций

силы и средства МСГО на территории города, сельского района

силы и средства МСГО на территории субъектов РФ

силы и средства МСГО на территории всей РФ

формирования и учреждения

Первая и неотложная помощь

МАКСИМАЛЬНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ ПРИ ОБЫЧНЫХ УСЛОВИЯХ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ СОСТАВЛЯЕТ

2-3 минуты

4-5 минут

5-6 минут

до 30 минут +

ОСНОВНЫМИ ПРИЗНАКАМИ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ ЯВЛЯЮТСЯ

нитевидный пульс на сонной артерии

отсутствие спонтанного дыхания +

отсутствие пульса на сонной артерии +

отсутствие сознания +

САМЫМ ЧАСТЫМ ЭКГ-ПРИЗНАКОМ ПРИ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ ЯВЛЯЕТСЯ

асистолия

фибрилляция желудочков +

олная атриовентрикулярная блокада

экстремальная синусовая брадикардия

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ

старческий возраст

травмы не совместимые с жизнью +

заведомо неизлечимые заболевания, в последней стадии развития +

ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ
только клиническая смерть +
агония и предагональное состояние
все внезапно развившиеся терминальные состояния
клиническая смерть и биологическая смерть

СООТНОШЕНИЕ МЕЖДУ КОМПРЕССИЯМИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ И ВДУВАНИЯМИ
ВОЗДУХА ПРИ СЛР, ПРОВОДИМОЙ 1 РЕАНИМАТОРОМ ДОЛЖНО БЫТЬ
1 вдох:5-6 компрессий
1-2 вдоха:6-8 компрессий
15 компрессий:2 вдоха
30 компрессий:2 вдоха +

ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЕТСЯ
постоянная одышка
приступообразная одышка
вынужденное положение больного во время приступа
приступы одышки с удлиненным выдохом +
"бочкообразная" грудная клетка

МАКСИМАЛЬНОЕ ВРЕМЯ, В ТЕЧЕНИЕ КОТОРОГО МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ
АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК, ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТА СОСТАВЛЯЕТ
10 мин
30 мин +
1 час
3 мин

ПЕРВООЧЕРЕДНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ
ЯВЛЯЕТСЯ
введение антигистаминных препаратов
наложение жгута
в/в введение преднизолона и адреналина +
п/к введение адреналина в место инъекции

ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ИНФЕКЦИОННОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ
бледность кожи на фоне высокой температуры
заторможенность и вялость больного
гипотония, не поддающаяся лечению прессорными аминами +
гипотония, поддающихся лечению прессорными аминами

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 нефрэктомия

*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 ЦЕЛЮ 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 ЧАЩЕ 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 уретеропиелогграфии

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 T₁N₀M₀. ЕМУ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

нефрэктомия

лучевая терапия

*нефроуретерэктомия, резекция мочевого пузыря в зоне устья мочеточника

полихимиотерапия

У БОЛЬНОЙ 55 ЛЕТ ПАПИЛЛЯРНЫЙ РАК СРЕДНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА T₂-Z_N₀M₀. 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 T₂N₀M₀, 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 УЗС

внутриполостного УЗС

цистоскопии

*цистограафии

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

паракавадных 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 см³
количество остаточной мочи более 100 мл
камни мочевого пузыря
макрогематурия
*все перечисленное

ТУР ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ДГПЖ ПРИ ОБЪЕМЕ ПРОСТАТЫ
более 120 см³
объем значения не имеет
*менее 60 см³
от 80 до 100 см³

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 СМ³. 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

*простатэктомии, цистолитотомии

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

аденомэктомии

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 простаты

*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 БИОПТАТАХ 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
БИОПТАТАХ 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

*TDM,
*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 стадиях T1-T2

после радикальной простатэктомии

*при местнораспространенном раке

при ПИН высокой степени

К ГЕРМИНОГЕННЫМ ОПУХОЛЯМ ЯИЧКА ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

рака яичка

семиномы

тератобластомы

*метастического 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

экскетодной удогдафки

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 ПСКАЗАНО 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 Джжена

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 ЦИСТОУРЕТЕРОГРАФИИ 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 гидронефроз

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 уретроцеле

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)

полипозиционная 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 1-ГО ЭТАПА), СОСТАВЛЯЕТ

До 1 месяца

До 3 месяцев

*До 6 месяцев

До I 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 i

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 цистографии

*при микционной восходящей цистоуретрографии

при урофлоурометрии

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 СМЗ 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 дисморфофобических 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

уретероцистоанастомоз

*перкутанная нефростомия

пиелостомия

нефростомия открытая

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

уретроуретероанастомоз

нефростомия

пиелостомия

*уретрокутанеостомия

перевязка мочеточника

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОВРЕЖДАЕТСЯ ПРИ ТРАНСПЕРИТОНЕАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ

передняя стенка мочевого пузыря

боковые стенки мочевого пузыря

*задняя стенка мочевого пузыря

треугольник Льето 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 мочеточника

уретероцистоанастомоза

ушивания дефекта мочевого пузыря

цистостомии

дренирования околомочеточниковой 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 мочеточников
- свищ ниже межмочеточниковой складки
- свищ в зоне верхушки мочевого пузыря
- *пузырно-влагалищный свищ в сочетании с уретро-влагалищным
- пузырно-влагалищный свищ и сужение мочеточника в нижней трети

ПОКАЗАНИЕМ к пузырному доступу при пузырно-влагалищном свище является

- *свищ в зоне устьев мочеточников
- свищ ниже межмочеточниковой 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 мочеточников
- свищ выше межмочеточниковой складки
- свищ выше межмочеточниковой 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 удлиннение 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 мочевой 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 нефростомию

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

уретроцистонеостомия

нефрэктомия

уретрокутанеостомия

*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 см³
паранефральной гематоме объемом 300 см³

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 см³

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
*хромоцистоскопию 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 ОСЛОЖНЕНИЯМ ТРАВМЫ УРЕТРЫ ОТНОСЯТСЯ

*мочевые затеки таза и промежности
стриктура уретры, мочевиные 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 височного отдела
*стриктура задней уретры длиной 2-3 см

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

БЕСКРОВОНОЕ 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
- *установление стента в мочеочник + первичная хирургическая обработка раны

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

нефростомия

катетеризация мочеточника

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 межзачаточной 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
эритроцигурия

ТЕРМИНАЛЬНАЯ ГЕМАТУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЯХ, КРОМЕ
камней 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 перечисленном

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 СФИНКТЕРОМЕТРИИ 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

кровотечение 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 полой 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 ИССЛЕДОВАНИЙ 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}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
Эритромаcсы
Консервированной донорской крови
*Кристаллоидных и коллоидных растворов
Значения не имеет

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

ЛЕЧЕНИЕ КРОВОПОТЕРИ ДО 1 Л (20% ОЦК) ПРОИЗВОДИТСЯ
донорской кровью и эритромаcсой
*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

*литолитиза

вмешательство не показано

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

*дистанционную ударно-волновую литотрипсию

литолитиз

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

литолитиз

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

литолиз

чрескожную пункционную нефролитолапаксию

*пиелолитотомию, уретеролиз

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

ударно-волновая литотрипсия

вмешательство не показано

*пиелолитотомия

катетеризация мочеточника

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

литолиз

пункционную нефролитозэкстракцию

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

литолиз

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

литолиз

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. нефростомия

*пиелолитотомия. нефростомия

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

*нефрэктомию справа

нефрэктомию 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
*расщепление 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
защитить 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 6X9 ММ, ЧАСТИЧНО НАРУШАЮЩИМ УРОДИНАМИКУ В НАЧАЛЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО РЕКОМЕНДОВАТЬ

консервативную терапию

уретеролитотомию

уретеролитоэкстракцию

*дистанционную ударно-волновую литотрипсию

У ПАЦИЕНТКИ 30 ЛЕТ КАМЕНЬ НИЖНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА 5X9 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 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, кортикостероиды, 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

нефростомия операционная

оперативное лечение не проводить

катетеризация мочеточника

нефростомия 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 х 1-2 см
2-3 см х 0,5 см
*2-3 см х 1-2 см
3-4 см х 3-4 см
4-5 см х 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
*паракаважные 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

*фильтрационного 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 тую же 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 нефрэктомии
*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 Шумлянского-Боумена

*канальцы почки

межуточная ткань почки

восходящее колено петли Гёнле

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

*гоноррейный

*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 и хламидии
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 скintiграфия

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
уретролиза

*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

орхиэктомия

*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 аутоклетки или

синтетического лоскута

*экстракорпоральное протезирование полового члена (при эректильной дисфункции)

фаллоэндопротезирование (при эректильной дисфункции)