

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
МИНИСТЕРСТВО НАУКИ, ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ И ИННОВАЦИЙ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

МОО ВО Кыргызско-Российский Славянский университет имени
первого Президента Российской Федерации Б.Н. Ельцина



ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

уровень подготовки кадров высшей квалификации

Программа ординатуры

СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 31.08.68 (РФ); 133 (КР)

Урология

Бишкек 2025

Программа составлена в соответствии с требованиями федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.68 урология (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014 г. N 1098 и Постановление Правительства КР №303 от 31.07.2007г.

Государственная итоговая аттестация включает подготовку к сдаче и сдачу государственного экзамена

Программу составили:

Чернецова Галина Степановна д.м.н., профессор, зав. кафедрой
урологии
Алимов Чыныбек Байышевич, к.м.н., доцент.

СОДЕРЖАНИЕ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	4
1.1. Цель государственной итоговой аттестации	
1.2. Порядок проведения государственной итоговой аттестации	
1.3. Критерии оценивания государственной итоговой аттестации	
2. СОДЕРЖАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ	10
2.1. Перечень вопросов, выносимых на государственную аттестацию	
2.2. Примерный перечень ситуационных задач, выносимых на государственную аттестацию	
2.3. Перечень тестовых заданий, выносимых на государственную аттестацию	
3. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА	30

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Государственная итоговая аттестация выпускника высшего учебного заведения является обязательной и осуществляется после освоения образовательной программы в полном объеме.

Результаты освоения ООП определяются приобретаемыми выпускником компетенциями, т.е. его способностью применять знания, умения и личные качества в соответствии с задачами профессиональной деятельности. Государственная итоговая аттестация проверяет сформированность следующих универсальных и профессиональных компетенций:

Универсальные

(УК-1) - готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу;

(УК-2) - готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия;

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

Профессиональные

Профилактическая деятельность:

(ПК-1) - готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;

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

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

(ПК-4) - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков;

Диагностическая деятельность:

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

Лечебная деятельность:

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

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

Реабилитационная деятельность:

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

Психолого-педагогическая деятельность:

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

Организационно-управленческая деятельность:

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

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

(ПК-12) - готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации. При разработке программы ординатуры все универсальные и профессиональные компетенции включаются в набор требуемых результатов освоения программы ординатуры.

1.1. Цель государственного экзамена

Целью государственной итоговой аттестации является определение соответствия результатов освоения обучающимися основной образовательной программы ординатуры по специальности 31.08.68 урология (уровень подготовки кадров высшей квалификации) требованиям федерального государственного образовательного стандарта по специальности 31.08.68 урология (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014 г. N 1098

1.2. Порядок проведения государственного экзамена.

Сроки проведения государственного экзамена в соответствии с графиком учебного процесса – июнь текущего учебного года, как правило, 42-43 недели учебного года. К экзамену допускаются лица, завершившие полный курс обучения и успешно прошедшие все предшествующие аттестационные испытания, предусмотренные учебным планом.

Прием государственного экзамена по специальности осуществляет государственная экзаменационная комиссия. Персональный состав государственной экзаменационной комиссии утверждается ректором. Программа государственного экзамена доводится до сведения ординаторов не позднее, чем за месяц до предполагаемой даты экзамена. Во время государственной итоговой аттестации обучающимся запрещается иметь при себе и использовать средства связи. Государственная итоговая аттестация проводится в три этапа:

1. Тестирование
2. Оценка практических умений и навыков
3. Собеседование

Тестирование проводится в форме бланочного тестирования.

Предлагается 1 вариант тестов из 100 вопросов по основным разделам изученных дисциплин. Время на подготовку ответов составляет не менее два часа.

Сформированность практических умений и навыков проверяется в форме клинического разбора больного в Национальном Госпитале при Министерстве Здравоохранения Кыргызской Республики, в отделениях общей урологии, андрологии, мочекаменной болезни, эндовидеохирургии с реконструктивно-пластической урологии. Клинический разбор больного необходимо проводить по следующей схеме плана обследования урологического больного:

1. Сбор жалоб и анамнестических данных.
2. Наружный осмотр поясничной области, наружных половых органов и промежности.
3. Пальпация почек, области мочевого пузыря, органов мошонки, простаты.
4. Пальцевое исследование простаты.

5. Эндоскопия:

диагностическая цистоскопия: оценка состояния слизистой оболочки мочевого пузыря, устьев мочеточников.

6. Рентгенологические методы:

- а) обзорная, экскреторная урография
- б) цистография, обзорная, микционная, лакунарная, осадочная.
- в) фистулография: изучение состояния хода мочевых свищей.
- г) уретеропиелография: ретроградная, антеградная.

Собеседование проводится в устной форме по билетам, включающим три теоретических вопроса и практическое задание в виде ситуационной задачи. Время на подготовку ответа по билету составляет не менее 40 мин. При подготовке ответов на вопросы билета, ординатор может использовать Программу государственной итоговой аттестации по специальности 31.08.68 Урология. Во время подготовки ответов обучающиеся делают необходимые записи на выданных секретарем экзаменационной комиссии листах бумаги со штампом медицинского факультета.

Для ответа на вопросы билета каждому ординатору предоставляется время для выступления продолжительностью не более 20 мин. После выступления члены государственной экзаменационной комиссии могут задать обучающемуся дополнительные вопросы в рамках тематики вопросов в билете. Если обучающийся затрудняется при ответе на дополнительные вопросы, члены комиссии могут задать вопросы в рамках содержания программы государственного экзамена. По решению председателя государственной экзаменационной комиссии обучающегося могут попросить ответить на другие вопросы, входящие в программу государственного экзамена.

1.3. Критерии оценивания государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация обучающихся по результатам освоения ООП ординатуры по специальности 31.08.68. - Урология проводится в три этапа и оценивает теоретическую и практическую подготовку врача - уролога в соответствии с формируемыми компетенциями:

1 Этап - Тестирование.

Оцениваются ответы на 100 тестовых вопросов.

За каждый правильно ответ – 1 балл

Общая оценка определяется как сумма набранных баллов.

Результаты считаются положительными при правильном решении более 70 вопросов.

2 Этап - Оценка практических умений и навыков. Практические навыки оцениваются по умению ординатора собрать жалобы, анамнез, провести комплексное физикальное и при необходимости эндоскопическое обследование больного. Ординатор выставляет предварительный диагноз, составляет план лабораторного обследования, назначает лечение. Кроме этого, ординатору предлагается оценить данные лабораторного и инструментального обследования (общие анализы крови, биохимическое исследование крови, результаты рентгенологического и других лучевых методов исследования, результаты бактериологического исследования). Результаты оценки практических навыков и умений оцениваются как "зачтено" или "не зачтено". Зачет практических навыков оценивается при их выполнении на отлично, хорошо и удовлетворительно.

Критерии оценки:

Отлично - ординатор правильно выполняет все предложенные навыки и правильно их интерпретирует.

Отметкой отлично оценивается ответ, при котором ординатор:

- Профессионально ставит постановку проблемы и самостоятельно оценивает альтернативные решения проблемы;
- Отлично выполняет необходимые диагностические лечебные манипуляции, наиболее часто применяемые урологические операции;
- Очень хорошо проводит дифференциальную диагностику заболеваний;
- Организует необходимую и адекватную урологическую помощь;
- Быстро и профессионально оказывает неотложную урологическую помощь.
- Глубоко и профессионально оценивает состояние больного и умеет привлечь специалистов другого профиля для оказания полноценной медицинской помощи. Демонстрирует полное понимание проблемы. Отлично владеет методикой комплексного обследования урологических больных и интерпретации результатов, методикой оценки и интерпретации результатов высокотехнологичных урологических методик исследования, а также методикой экстренной и неотложной медицинской, в том числе урологической помощи в случае чрезвычайных ситуаций.

Все требования, предъявляемые к заданию выполнены. Хорошо - ординатор в основном правильно выполняет предложенные навыки, интерпретирует их и самостоятельно может исправить выявленные преподавателем отдельные ошибки. Отметкой хорошо оценивается ответ, при котором ординатор:

- Умеет ставить постановку проблемы и оценивать ее альтернативные решения
- Не достаточно хорошо выполняет необходимые диагностические лечебные манипуляции, наиболее часто применяемые урологические операции;
- Не очень быстро проводит дифференциальную диагностику заболеваний;
- Не совсем правильно организует необходимую и адекватную урологическую помощь;
- Не вполне профессионально оказывает неотложную урологическую помощь.
- Достаточно хорошо оценивает состояние больного и умеет привлечь специалистов другого профиля для оказания полноценной медицинской помощи. Демонстрирует полное понимание проблемы. Хорошо владеет методикой комплексного обследования урологических больных и интерпретации результатов, методикой оценки и интерпретации результатов высокотехнологичных урологических методик исследования, а также методикой экстренной и неотложной медицинской, в том числе урологической помощи в случае чрезвычайных ситуаций. Большинство требований, предъявляемых к заданию выполнены. Удовлетворительно - обучающийся ориентируется в основном задании по практическим навыкам, но допускает ряд существенных ошибок, которые исправляет с помощью преподавателя.

Отметкой удовлетворительно оценивается ответ, при котором ординатор:

- Не ставит постановку проблемы и не оценивает ее альтернативные решения
- Не достаточно хорошо выполняет необходимые диагностические лечебные манипуляции, наиболее часто применяемые урологические операции;
- Не очень быстро проводит дифференциальную диагностику заболеваний;
- Не совсем правильно организовывает необходимую и адекватную урологическую помощь;
- Медленно и не вполне профессионально оказывает неотложную урологическую помощь.
- Не достаточно хорошо оценивает состояние больного и слабо умеет привлечь специалистов другого профиля для оказания полноценной медицинской помощи.

2. СОДЕРЖАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ.

1. Неспецифические воспалительные заболевания мочеполовых органов
2. Острый пиелонефрит этиопатогенез, клиника, диагностика. Лечение.
3. Хронический пиелонефрит этиопатогенез, клиника, диагностика. Лечение.
4. Бактериемический (эндотоксический) шок этиопатогенез, клиника, диагностика. Лечение.
5. Пиелонефрит беременных этиопатогенез, клиника, диагностика. Лечение.
6. Цистит этиопатогенез, клиника, диагностика. Лечение.
7. Уретриты этиопатогенез, клиника, диагностика. Лечение.
8. Простатит этиопатогенез, клиника, диагностика. Лечение.
9. Орхит, эпидидимит этиопатогенез, клиника, диагностика. Лечение.
10. Классификацию туберкулеза почек.
11. Особенности клинической симптоматики туберкулеза органов мочеполовой системы.
12. Принципы лабораторной диагностики мочеполового туберкулеза.
13. Последовательность рентгенологического обследования и рентгенологические признаки мочеполового туберкулеза.
14. Показания к консервативному и оперативному лечению мочеполового туберкулеза.
15. Принципы диспансерного наблюдения больных туберкулезом органов мочеполовой системы.
16. Факторы, способствующие камнеобразованию в почках и классификация мочевого камней.
17. Клинические признаки мочекаменной болезни.
18. Методы диагностики мочекаменной болезни.
19. Осложнения мочекаменной болезни.
20. Методы купирования почечной колики.
21. Показания к консервативному лечению и его методы (диетотерапия, медикаментозное лечение, инструментальное, литолиз).
22. Особенности клиники, диагностики и лечения камней мочевого пузыря.
23. Пороки развития мочеполовой системы
24. Аномалии почек
25. Аномалии мочеточников
26. Аномалии мочевого пузыря
27. Аномалии мужских половых органов
28. Осложнения аномалий почек и мочеточников.
29. Клинические проявления аденомы и рака предстательной железы.
30. Идентификацию стадий аденомы.
31. Осложнения аденомы и рака предстательной железы.
32. Диагностику аденомы.
33. Лечение аденомы в зависимости от стадии заболевания.
34. Оказание помощи при острой задержке мочи.
35. Эректильная дисфункция, классификация
36. Нарушение сперматогенеза
37. Мужское бесплодие, причины.
38. Гипогонадизм у мужчин.
39. Недержание мочи у женщин, классификация.

40. Методы диагностики недержания мочи у женщин.
41. Урологические заболевания и беременность
42. Медикаментозная и немедикаментозная терапия урологических заболеваний.
43. Особенности фармакотерапии урологических заболеваний при беременности.
44. Особенности фармакотерапии у пожилых людей.
45. Нейрогенный мочевой пузырь у женщин, определение, клиника.
46. Нейрогенный мочевой пузырь у женщин, диагностика.
47. Нейрогенный мочевой пузырь у женщин, методы лечения.
48. Цель лечения нейрогенного мочевого пузыря у женщин.
49. Санаторно-курортное лечение в метофилактике МКБ.
50. Методы физиотерапии при воспалительных заболеваниях МПС.
51. Элеткростимуляция при консервативной терапии МКБ.
52. Методы физиотерапии при эректильной дисфункции.
53. Методы физиотерапии при цисталгиях и циститах.
54. Санаторно-курортное лечение при простатитах.
55. Санаторно-курортное лечение в реабилитации урологических больных на позднем послеоперационном периоде.
56. Гиперактивный мочевой пузырь, клиника, классификация, методы лечения.
57. Расстройства мочеиспускания неврологических больных
58. Деонтологические аспекты в урологии.
59. Диагностические и лечебные цели основных методов инструментального исследования урологического больного.
60. Суммарные и отдельные функциональные почечные пробы.
61. Роль цистоскопии в установлении источника кровотечения в момент гематурии, в выявлении причин дизурии (камень, опухоль, туберкулез и т.д.).
62. Значение катетеризации мочеточника как окончательного лечебного пособия при купировании почечной колики.
63. Значение двусторонней катетеризации почечных лоханок для установления вида анурии.
64. Значение катетеризации почечных лоханок для лечения острого гестационного пиелонефрита.
65. Рентгеноанатомию мочевой системы.
66. Последовательность рентгенологического исследования при подозрении на заболевание почек и мочевого пузыря.
67. Диагностические возможности обзорной урографии и рентгеноконтрастных методов исследования.
68. Ультразвуковые методы исследования органов мочеполовой системы и их диагностические возможности.
69. Принципы лабораторной диагностики мочеполового туберкулеза.
70. Последовательность рентгенологического обследования и рентгенологические признаки мочеполового туберкулеза.
71. Показания к консервативному и оперативному лечению мочеполового туберкулеза.
72. Принципы диспансерного наблюдения больных туберкулезом органов
73. Методы диагностики мочекаменной болезни.
74. Особенности клиники, диагностики и лечения камней мочевого пузыря.
75. Способы диагностики аномалий развития почек и мочеточников.
76. Показания к экстренной урографии, цистографии и восходящей уретеропиелографии при подозрении на аномалии развития почек и мочеточников.
77. Синдром длительного сдавления (Crush-syndrom)
78. Инородные тела мочевого пузыря и мочеиспускательного канала
79. Принципиальные различия в диагностике рака почечной паренхимы и рака лоханки.
80. Клинические проявления опухолей мочевого пузыря.
81. Особенности инструментальной и рентгенологической диагностики опухолей мочевого пузыря.
82. Клинические проявления аденомы и рака предстательной железы.
83. Идентификацию стадий аденомы.
84. Диагностику аденомы.
85. Особенности диагностики (биопсия простаты) и лечения рака простаты (эстрогенотерапия, кастрация).
86. Эректильная дисфункция, классификация
87. Нарушение сперматогенеза
88. Гипогонадизм у мужчин.

89. Методы диагностики пузырно-влагалищных свищей
90. Методы диагностики мочеточниково-влагалищных свищей
91. Показания дренирования почек при беременности
92. Гестационный пиелонефрит, клиника, диагностика лечение.
93. Методы дренирование почек при объемных образованиях органов малого таза у женщин
94. Острая задержка мочи при объемных образованиях органов малого таза у женщин.
95. Методы диагностики недержания мочи у женщин.
96. Анатомо-физиологические особенности мочеполовой системы.
97. Деонтологические аспекты в урологии.
98. Диагностические и лечебные цели основных методов инструментального исследования урологического больного.
99. Роль цистоскопии в установлении источника кровотечения в момент гематурии, в выявлении причин дизурии (камень, опухоль, туберкулез и т.д.).
100. Значение двусторонней катетеризации почечных лоханок для установления вида анурии.
101. Значение катетеризации почечных лоханок для лечения острого гестационного пиелонефрита.
102. Рентгеноанатомию мочевой системы.
103. Ультразвуковые методы исследования органов мочеполовой системы и их диагностические возможности.
104. Показания к оперативному лечению мочеполового туберкулеза.
105. Клинические признаки мочекаменной болезни.
106. Методы оперативного лечения МКБ.
107. Способы диагностики аномалий развития почек и мочеточников, основные принципы операций при аномалиях почек и мочеточников
108. Стриктура и облитерация мочеиспускательного канала, виды операций.
109. Травма мошонки и ее органов, оперативное лечение.
110. Травма полового члена, показания к операции и виды операций.
111. Синдром длительного сдавления (Crush-syndrom)
112. Инородные тела мочевого пузыря и мочеиспускательного канала
113. Мочеполовые свищи у женщин, показания к операции и виды операций.
114. Виды оперативных пособий при опухолях мочевого пузыря.
115. Клинические проявления аденомы и рака предстательной железы.
116. Лечение аденомы в зависимости от стадии заболевания.
117. Особенности диагностики (биопсия простаты) и лечения рака простаты (эстрогенотерапия, кастрация).
118. Оперативное лечение эректильной дисфункции
119. Показания к TESE.
120. Методы оперативного лечения пузырно-влагалищных свищей
121. Методы оперативного лечения мочеточниково-влагалищных свищей
122. Показания дренирования почек при беременности
123. Методы дренирование почек при объемных образованиях органов малого таза у женщин
124. Виды оперативных вмешательств при недержании мочи у женщин.
125. Повреждения органов мочевой системы в акушерстве и гинекологии
126. Малоинвазивные операции на почку.
127. Уретерореноскопические и чрескожные нефроскопические операции
128. Лапароскопические операции на мочевой пузырь и простату
129. Хирургические доступы и основные операции на мочевой пузырь, простату и органы мошонки.
130. Виды доступов и операций в поясничной области при открытых операциях в урологии.
131. Виды доступов и операций при открытых операциях на мочеточники.
132. Лапароскопические операции на почку и мочеточники.

2.2. Примерный перечень ситуационных задач, выносимых на государственную аттестацию:

Задача №1.

У больного наблюдаются сильные боли в правой поясничной области

(иррадиирующие в правую подвздошно-паховую область и яичко) и мочеиспускание мочой красного цвета после физической нагрузки и длительной езды на автомашине.

Предположительный диагноз.

Дифференциальная диагностика (с опухолями почек)

Задача №2.

Мужчина, 26 лет, жалуется на боль в правой половине мошонки, жар. Кожа мошонки гиперемирована, складки сглажены. Придаток яичка резко увеличен, уплотнен, болезненный. Определяется флюктуация.

Диагноз. Лечение.

Задача №3.

Больной 45 лет обратился с жалобами на тупые боли в левой поясничной области, тотальную гематурию. На экскреторной урограмме выявлен дефект наполнения в лоханке левой почки.

Диагноз. Дифференциальный диагноз.

Задача №4.

Мальчик 4 лет, жалуется на болезненное и затрудненное, с натуживанием, мочеиспускание. На ретроградной уретерограмме патологии не выявлено. Детский цистоскоп под наркозом совершенно свободно проведен в мочевой пузырь. Выпущено 150 мл остаточной мочи из мочевого пузыря, но изменений в мочевом пузыре не выявлено. На цистоуретрограмме определили увеличение размеров мочевого пузыря, расширение задней части уретры. Головчатый буж легко проникает в мочевой пузырь, но при его выведении ощущается препятствие на уровне задней части уретры.

Почему инструменты свободно проходят в мочевой пузырь, и есть ли действительно инфравезикальная обструкция? Диагноз? Лечение.

Задача №5.

У молодой женщины через 7 дней после свадьбы и первого в жизни коитуса возникли боли в надлобковой области, учащенное болезненное мочеиспускание. Температура тела нормальная. Определяется болезненность над лоном. В анализе мочи – лейкоциты до 40 в поле зрения.

Диагноз? Показаны ли цистография и цистоскопия? Лечение?

Задача №6.

В клинику поступила женщина, 25-ти лет, в тяжелом состоянии. Трое суток назад ей произведен аборт во внебольничных условиях. После аборта поднялась температура тела до 38, был озноб, выделения из влагалища с неприятным запахом. У больной нет мочи в течение 1,5 суток. Состояние тяжелое. Кожные покровы и видимые слизистые бледной окраски. Язык сухой. АД- 95 мм. РТ. ст. Пульс – 101 в минуту, ритмичный, слабого наполнения. Мочевой пузырь не пальпируется. Введен катетер в мочевой пузырь – мочи не получено. Мочевина сыворотки крови – 26 ммоль, креатинин – 0,65 ммоль/л.

Диагноз? Лечение?

Задача №7.

После удара носком ботинка в область промежности у 18-летнего больного выделились несколько капель крови из уретры. Мочеиспускание затрудненное и болезненное. Обратился в урологический стационар через 1 час после травмы. Состояние удовлетворительное. Живот мягкий. Мочевой пузырь не пальпируется. Кожа промежности сине-черного цвета. АД – 120/80 мм.рт.ст. Анемии нет.

Предполагаемый диагноз. Назовите основной метод диагностики. Лечение. Каковы возможные отдаленные результаты осложнения?

Задача №8.

Мужчина, 23 года, получил удар ногой в область мошонки во время драки. Почувствовал резкую боль в животе, тошноту, наблюдалась рвота. Появились боли в правой половине мошонки. Поступил в больницу через 2 часа после травмы. Состояние удовлетворительное. АД – 110/70 мм. рт. ст. Живот мягкий, симптом Щеткина – Блюмберга отрицательный. В правой половине мошонки определяется опухолевидное образование 7х6х6 см, тугоэластичной консистенции, болезненное, определяется флюктуация. Кожа мошонки обычной окраски.

Диагноз. Какую тактику лечения вы выберете? Ее обоснование.

Задача №9.

Мужчина 40 лет, получил удар ногой в живот. Поступил в клинику через 2 часа после травмы. Предъявляет жалобы на боли в низу живота, затрудненное мочеиспускание по каплям. Моча с примесью крови. Состояние удовлетворительное. В надлобковой области определяется болезненность, напряжение мышц, перкуторно определяется тупой звук. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

Предположительный диагноз. Какие методы исследования необходимы? Лечение.

Задача №10.

У больной 23 лет, имеются боли в левой подвздошной области. Анализ мочи без патологии. На обзорной урограмме, в проекции малого таза слева, имеется тень 4х6 см. Экскреторная урография не произведена из-за непереносимости контрастного вещества.

Каким образом можно подтвердить наличие камней мочеточника?

Задача №11.

Больной 42 лет жалуется на тупые боли в надлобковой области, терминальную гематурию. При цистоскопии на боковой стенке мочевого пузыря видна опухоль размером 3х3 см, на широком основании, грубо ворсинчатая. Вокруг опухоли отек слизистой.

Диагноз. Какие исследования необходимо провести для уточнения характера опухоли?

Задача №12.

Женщина 45 лет поступила в отделение через сутки от начала заболевания с жалобами на боли в правой поясничной области, озноб. Температура тела 38. Лейкоцитоз – 13000. На обзорной урограмме видна тень в проекции почечного отдела правого мочеточника 9х10 см.

Ваша дальнейшая диагностическая и лечебная тактика?

Задача №13.

Больная 33 лет доставлена в больницу после автомобильной аварии. Состояние тяжелое. Макрогематурия. АД – 100/70 мм.рт.ст. пальпируется припухлость в правой поясничной области. В анализе крови – эритроциты – $4,9 \times 10^{12}$ в л., гемоглобин – 126 г/л., гематокрит - 32. Через 15 минут после поступления начата экстренная операция. Обнаружен линейный разрыв на передней поверхности почки длиной 2,5 см и околопочечная гематома. Произведена нефрэктомия. Через 24 часа после операции обнаружено, что состояние больной резко ухудшилось: установлена анурия.

Какие диагностические и лечебные ошибки были допущены? Почему возникла анурия?

Задача №14.

Молодой мужчина 6 месяцев назад прощупал у себя в правом яичке небольшой плотный узел. К врачу своевременно не обратился, так как болей не было. Яичко увеличилось в размере, появилась тяжесть в правой половине мошонки, увеличились молочные железы. Травму и воспалительные заболевания яичка, венерические заболевания отрицает. При осмотре выявлена гинекомастия, правое яичко увеличено (7,0x 6,5x5 см), плотное, бугристое, безболезненное. Инфильтрат распространяется на придаток яичка. Рентгеноскопия грудной клетки, экскреторная урография, лимфоаденография патологии не выявили. В моче обнаружено повышенное количество хорионического гонадотропина и α -фетопротеина.

Диагноз и его стадия. Предположительная гистологическая форма. Комплексное лечение.

Задача №15.

Больной 25 лет поступил в урологический стационар 2 дня назад. При поступлении были боли в левой поясничной области с иррадиацией в яичко, учащенное мочеиспускание. После инъекции наркотиков и спазмолитиков боли прошли. Сегодня во время мочеиспускания возникла резкая боль в уретре, струя мочи прервалась.

Предполагаемый диагноз. Лечение.

Задача №16.

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

Диагноз. Лечение.

Задача №17.

У женщины 47 лет произведена операция – экстирпация прямой кишки по поводу рака. Через сутки больная жалуется на боли в пояснице с обеих сторон, мочеиспускание отсутствует, позывов к нему нет.

О чем следует думать? Необходимые диагностические и лечебные мероприятия.

Задача №18.

Больной предъявляет жалобы на примесь крови в моче. Болей нет. При проведении

трехстаканной пробы кровь равномерно окрашивает все порции мочи. При бимануальной пальпации опухоли в малом тазу не определяется. Обнаружены атипичные клетки в моче. На цистограмме имеется дефект наполнения размером 2,5х3,5 см.

При цистоскопии на правой боковой стенке мочевого пузыря обнаружено грубоворсинчатое образование на широком основании, с участками некроза и кровоизлияний. Слизистая мочевого пузыря вокруг образования гиперемирована. При экскреторной урографии выявлена хорошая функция обеих почек с ненарушенным пассажем мочи до мочеточника. На рентгенограмме легких и при УЗИ печени патологии не выявлено.

Диагноз. Лечение. Объем оперативного вмешательства и техника операции.

Задача №19.

На прием к урологу поликлиники явился пожилой мужчина с жалобами на вялую струю мочи в течение 3-х лет, затруднение при мочеиспускании, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря. Днем мочится через 2-2,5 часа, ночные – 3-4 раза. При ректальном пальцевом исследовании обнаружено увеличение предстательной железы, шаровидная форма ее, эластичной консистенции.

Железа безболезненная, междолевая борозда сглажена. Больной при определении урофлоуметрического индекса выделил 180 мл мочи за акт мочеиспускания, длившийся 60 секунд. При УЗИ обнаружено 200 мл остаточной мочи в пузыре. По УЗИ объем железы – 55 см³.

Диагноз. Стадия. Имеются ли показания к операции, если да, то какой ее объем. Укажите методы консервативного лечения при данном заболевании в 1 стадии.

Задача №20.

Мужчина 23 года, направлен в урологическую клинику терапевтом. Жалуется на периодически возникающие головные боли, снижение остроты зрения. Четыре года назад, во время службы в армии, на медицинской комиссии впервые выявлено повышенное артериальное давление. Лечился в военном госпитале. Артериальное давление поднималось временами до 220/230 мм.рт.ст. Гипотензивные препараты эффекта не оказывали. Состояние удовлетворительное. АД – 200/100 мм.рт.ст. Выслушивается диастолический шум в эпигастральной области. Почки не пальпируются. Анализ мочи без патологии. При почечной ангиографии выявлено сужение в средней и дистальной третях правой почечной артерии в виде «нитки бус».

Диагноз. Патогенез. Лечение.

Задача №21.

Больная 56 лет поступила в урологическое отделение с жалобами на примесь крови в моче, сгустки червеобразной формы, общую слабость, повышение температуры тела, сильные боли в пояснице слева. Боли прошли после отхождения с мочой некротизированного кусочка почечной ткани, который при осмотре напоминает почечный сосочек. Лихорадка и гематурия сохраняются.

Диагноз. Необходимые исследования.

Задача №22.

Больной 75 лет поступил с жалобами на болезненность внизу живота, чувство переполнения в мочевом пузыре, жажду, сухость во рту, бессонницу. Последние 5 лет вынужден 1-2 раза вставать ночью из-за императивного позыва на мочеиспускание.

Мочеиспускание с задержкой вначале, затем моча идет вялой тонкой струйкой. Последние 3-4 дня отметил ухудшение состояния, боли внизу живота, мочеиспускание прекратилось. Моча постоянно подтекает из уретры наружу каплями. Мочевина крови 16 ммоль/л.

Диагноз. Лечение.

Задача №23.

Больная 75 лет, поступила в урологическое отделение с жалобами на озноб, сухость во рту, жажду, боли в правой поясничной области. Состояние тяжелое. Температура тела 38,7 С, язык сухой. Пальпируется увеличенная и болезненная правая почка. Положительный симптом Пастернацкого справа. Сахар крови 12,7 ммоль/л. Лейкоцитоз-10000, нейтрофилов – 12%. В анализе мочи лейкоциты до 10 в поле зрения. По данным экскреторной урографии данных за уролитиаз нет, функция правой почки снижена, левой- удовлетворительная. На ретроградной пиелограмме – ампутация нижней чашечки правой почки, мочеточник проходим на всем протяжении. По УЗИ – гнойно-некротический узел по наружному контуру нижнего полюса почки.

Диагноз. Лечение.

Задача №24.

Во время плановой операции грыжесечения после вскрытия грыжевого мешка выделилось около 50 мл прозрачной желтоватой жидкости а запа-хом мочи. При ревизии оказалось, что вскрыт просвет мочевого пузыря.

1. Почему это произошло?
2. Как закончить операцию?
3. Как избежать подоб-ных осложнений?

Задача №25.

У больного, 16 лет, во время операции левосторонней паховой грыжи оказалось, что левое яичко находится внутри грыжевого мешка.

- 1.К какому типу относится такая грыжа?
2. В чем заключается особенность оперативного вмешательства у данного больного?

Задача №26.

Больной, физически крепкий мужчина 50 лет, внезапно отметил колющие боли в паху справа. Вскоре боли ощущались по всей половине живота и поясничной области справа, приняли необычайно острый, невыносимый характер. Из-за сильных болей то принимал коленно-локтевое положение, то вскакивал, бегал по комнате, стонал, не находил себе места.

Жалуется на рези в мочеиспускательном канале, частые позывы. Покрит потом, пульс 70 в минуту, температура нормальная. Моча мутная, при лабораторном исследовании – эритроциты до 10 в поле зрения, фосфаты ++++.

Что вызвало сильные боли? Какие исследования необходимы для постановки диагноза? Лечение.

Задача №27.

У двухлетнего мальчика отсутствует яичко в мошонке, правая половина мошонки недоразвита. В паховом канале пальпаторно яичко не обнаружено.

Где еще нужно вести поиски яичка и какие диагностические методы необходимо применить? Объясните разницу между анорхизмом, крипторхизмом и эктопией.

В каком возрасте необходимо выполнять операцию орхопексии и почему. Ее техника.

Задача №28.

Мужчина 32 лет, страдающий врожденным фимозом, обратился в урологическое отделение с жалобами на гнойные выделения из препуциального мешка. После рассечения крайней плоти обнаружено опухолевидное образование на головке полового члена размером 3х3х2,5 см с экзофитным ростом, с участками распада, прорастающее кавернозные тела полового члена. Пальпируются увеличенные и уплотненные паховые лимфоузлы с обеих сторон. Реакция Вассермана отрицательная. Осмотрен венерологом - сифилис исключен. В легких и печени патологии нет.

Диагноз, стадия. Лечение.

Задача №29.

Больной 10 лет поступил через трое суток от начала заболевания с жалобами на боли внизу живота и правой поясничной области. Тошноты и рвоты не было. Общее состояние удовлетворительное. Температура 37,8С, пульс 92'. Обращает внимание вынужденное положение больного на спине с согнутыми в тазобедренном суставе и приведенными к животу правым бедром. Движения в суставах в полном объеме, хромоты нет. При попытке разогнуть бедро возникают сильные боли в поясничной области. Живот мягкий, болезненный в правой подвздошной области при глубокой пальпации, симптом Щеткина – Блюмберга отрицательный. Резко положительный симптом Пастернацкого справа. Симптомы Ровсинга и Ситковского отрицательные. Дизурических явлений нет, моча не изменена. Лейкоцитов крови $14,3 \times 10^3$. При экскреторной экскурсионной урографии функция почек удовлетворительная, но обнаружена полная неподвижность правой почки на вдохе и выдохе.

Диагноз. Лечение.

2.3. Перечень тестовых заданий, выносимых на государственную аттестацию

1. При нефропексии используется мышца глубокого отдела поясничной области

- 1. квадратная мышца поясницы
- 2. мышца, выпрямляющая позвоночник
- +3. большая поясничная мышца
- 4. поперечная мышца живота
- 5. правильно 2. и 4.

2. Наружный сфинктер мочевого пузыря расположен

- +1. в мочеполовой диафрагме
- 2. в основании мочевого пузыря
- 3. в сухожильном центре промежности
- 4. в мышце, поднимающей задний проход прямой кишки
- 5. правильно 2. и 4.

3. Сужение мужской уретры является наиболее коротким и наиболее узким

- 1. у места перехода мочевого пузыря в мочеиспускательный канал
- 2. в области наружного отверстия уретры
- +3. в области перепончатой части мочеиспускательного канала
- 4. во всех указанных местах сужения уретры
- 5. правильно 1. и 2.

4. При патологических условиях серозная жидкость (гидроцеле) может скапливаться между

- 1. наружной и внутренней семенной фасцией
- 2. внутренней семенной фасцией и собственной влагалищной оболочкой яичка
- 3. наружной семенной фасцией и мясистой оболочкой
- 4. белочной оболочкой яичка и висцеральным листком собственной влагалищной оболочки яичка
- +5. париетальным и висцеральным листками собственной влагалищной оболочки яичка

5. Быстрое метастазирование клеток опухоли яичка возможно

- 1. в поверхностные и глубокие паховые лимфатические узлы
- 2. во внутренние подвздошные лимфатические узлы
- +3. в забрюшинные поясничные лимфатические узлы
- 4. в общие подвздошные лимфатические узлы
- 5. в запирающие лимфатические узлы

6. Скорость клубочковой фильтрации у взрослого человека составляет в среднем

- 1. 60 мл/мин
- +2. 120 мл/мин
- 3. 180 мл/мин
- 4. 240 мл/мин
- 5. 300 мл/мин

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

- 1. ноющих
- 2. тупых
- 3. острых
- +4. приступообразных острых
- 5. постоянных ноющих

8. При остром паренхиматозном простатите боли локализуются

- 1. над лоном
- 2. в поясничной области
- 3. в пояснично-крестцовом отделе позвоночника
- +4. в промежности и крестце
- 5. в промежности

9. Дизурия - это

- 1. частое мочеиспускание
- 2. частое, болезненное мочеиспускание
- 3. затрудненное мочеиспускание
- 4. болезненное мочеиспускание
- +5. правильно 2. и 3.

10. Поллакиурия встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме

- 1. туберкулеза мочевого пузыря
- 2. цисталгии
- 3. камня мочевого пузыря
- +4. опухоли почки

11. Субренальная анурия встречается

- 1. при обтурации обоих мочеточников

- 2. при случайной перевязке мочеточников
- 3. при аденоме предстательной железы
- 4. правильно 1. и 3.
- +5. правильно 1. и 2.

12. Полиурия встречается

- 1. в III стадии острой почечной недостаточности
- 2. при хронической почечной недостаточности
- 3. при сахарном диабете
- 4. при канальцевых нефропатиях
- +5. при всем перечисленном

13. Острая задержка мочеиспускания - это

- 1. отсутствие выделения мочи почками
- +2. невозможность самостоятельного опорожнения мочевого пузыря
- 3. отсутствие мочи в мочевом пузыре при его катетеризации
- 4. отсутствие самостоятельного мочеиспускания в горизонтальном положении
- 5. парадоксальная ишурия

14. Терминальная гематурия встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме

- 1. камней или опухолей шейки мочевого пузыря
- 2. варикозного расширения вен в области шейки мочевого пузыря
- +3. хронического гломерулонефрита
- 4. колликулита
- 5. острого цистита

15. Уретроррагия наблюдается при всех перечисленных заболеваниях, кроме

- 1. хронического уретрита
- +2. аденомы простаты и камня мочевого пузыря
- 3. опухоли уретры
- 4. травмы уретры

16. Противопоказаниями к хромоцистоскопии являются

- 1. острый цистит, уретрит
- 2. коллапс
- 3. шок
- 4. острый простатит
- +5. все перечисленное

17. Положительный симптом диафаноскопии характерен

- 1. для опухоли яичка
- 2. для острого орхоэпидидимита
- +3. для гидроцеле
- 4. для пахово-мошоночной грыжи
- 5. для хронического эпидидимита

18. Показаниями к урофлоуметрии являются все перечисленные, кроме

- 1. стриктуры уретры, клапана уретры
- 2. аденомы предстательной железы
- 3. рака предстательной железы
- +4. острого простатита
- 5. нейрогенной дисфункции мочевого пузыря

19. На характер урофлуорограммы влияют

- 1. функциональное состояние детрузора
- 2. нарушение проходимости уретры
- 3. нарушение проходимости пузырно-уретрального сегмента
- 4. правильно 1. и 3.

+5. все перечисленное

20. Показаниями к ретроградной пиелоуретерографии являются

- 1. уратный камень почки или мочеточника
- 2. папиллярная опухоль лоханки
- 3. туберкулез почки
- +4. все перечисленное
- 5. только 1. и 2.

21. Осложнениями ретроградной пиелоуретерографии являются

- 1. перфорация почки и мочеточника
- 2. острый пиелонефрит, острый простатит
- 3. острая почечная недостаточность
- 4. забрюшинная флегмона
- +5. все перечисленное

22. Ультразвуковые признаки простой кисты почки

- 1. объемное образование округлой формы
- 2. объемное образование округлой формы гипэхогенной структуры
- 3. солидное (тканевое) образование округлой формы
- 4. солидное образование округлой формы с ровными контурами
- +5. объемное образование округлой формы, гипэхогенной структуры с феноменом дистального усиления эхосигнала

23. Предстательная железа при ультразвуковом сканировании определяется в виде

- 1. эхонегативного образования
- +2. эхопозитивного образования
- 3. не определяется
- 4. правильно 1. и 3.
- 5. правильно 1. и 2.

24. У больной самостоятельно отходят оксалатные камни, сохраняется оксалатурия. Ей следует рекомендовать

- 1. ограничение продуктов, содержащих щавелевую кислоту (лиственная зелень, шоколад и др.)
- 2. цитратные смеси, цитрусовые
- 3. увеличить потребление продуктов, богатых кальцием
- 4. терапия препаратами магния, витамин В6
- +5. все перечисленное

25. К аномалиям положения почек относятся

- 1. дистопия гомолатеральная (торакальная, поясничная, подвздошная, тазовая)
- 2. нефроптоз
- 3. дистопия гетеролатеральная (перекрестная)
- 4. только 1. и 2.
- +5. только -1. и -3.

26. Дистопированную почку необходимо дифференцировать

- 1. с нефроптозом
- 2. с опухолью кишечника
- 3. с опухолью женских половых органов
- +4. со всем перечисленным
- 5. только -1. и -3.

27. Характерными рентгенологическими признаками тазовой и поясничной дистопии почки являются

- 1. ротация почки
- 2. извитой, достаточной длины мочеточник
- 3. низко отходящая, короткая сосудистая ножка
- 4. только 1. и 2.

+5. только -1. и -3.

28. Диагноз дистопии почки основывается на данных

-1. экскреторной урографии стоя и лежа

-2. ангиографии

-3. ультразвукового исследования

-4. правильно 1. и 2.

+5. правильно все перечисленное

29. К симметричным формам сращения почек относят

-1. S-образную почку

+2. подковообразную и галетообразную почку

-3. L-образную почку

-4. Y-образную почку

30. Среди осложнений подковообразной почки первое место занимает

-1. мочекаменная болезнь

-2. гидронефроз

+3. пиелонефрит

-4. артериальная гипертензия

-5. гематурия

31. Парафимоз - это

-1. сужение отверстия крайней плоти полового члена

+2. ущемление головки полового члена суженной крайней плотью

-3. воспаление кавернозного тела уретры и головки полового члена

-4. воспаление вен полового члена

-5. правильно 3. и 4.

32. Лечение парафимоза заключается

-1. в попытке вправления головки полового члена

-2. в иссечении крайней плоти

-3. в наложении губчато-пещеристого анастомоза

-4. в рассечении ущемляющего кольца

+5. правильно 1. и 4.

33. При фибропластической индурации полового члена наблюдаются

-1. боли и искривление полового члена при эрекции

-2. бляшки хрящевой консистенции в белочной оболочке и кавернозных телах полового члена

-3. абсцедирование кавернозных тел

+4. правильно 1. и 2.

-5. бляшки хрящевой консистенции в спонгиозном теле уретры

34. При абсцессе предстательной железы показано все перечисленное, кроме

-1. интенсивной антибактериальной терапии

+2. установления постоянного катетера

-3. цистостомии при задержке мочи

-4. дренировании полости абсцесса трансуретральным или промежностным доступом

-5. дезинтоксикационной терапии

35. Основной признак синдрома хронической тазовой боли

-1. при наличии в анамнезе достоверных признаков острого простатита

-2. при лейкоцитурии

-3. при наличии эректильной дисфункции

+4. болевой синдром в промежности, яичках, крестце в течение 3 месяцев

-5. правильно 1. и 3.

36. Папиллярные опухоли мочеоточника чаще всего встречаются

- 1. в верхней трети
- +2. в нижней трети
- 3. в средней трети
- 4. одинаково часто в любых отделах мочеоточника
- 5. в лоханочно-мочеоточниковом сегменте

37. При опухоли почечной лоханки чаще всего наблюдается

- 1. боль
- 2. прощупываемая почка
- +3. гематурия
- 4. протеинурия
- 5. субфебрильная температура

38. Рак почечной лоханки позволяет диагностировать

- 1. обзорная рентгенография почек и мочевых путей
- 2. инфузионная урография
- 3. ретроградная уретеропиелогрaфия
- 4. сканирование почек
- +5. правильно 2. и 3.

39. К факторам, способствующим возникновению опухоли мочевого пузыря, относятся

- 1. курение
- 2. нарушение иммунной реакции организма
- 3. хронические воспалительные заболевания
- 4. анилиновые красители
- +5. все перечисленное

40. По классификации TNM Международного противоракового союза символ T2a при раке мочевого пузыря означает

- 1. имеется поверхностная инвазия эпителия
- +2. опухоль инфильтрирует поверхностный мышечный слой
- 3. опухоль инфильтрирует глубокий мышечный слой
- 4. опухоль инфильтрирует подэпителиальную соединительную ткань, не распространяясь на мышечную оболочку
- 5. опухоль инфильтрирует все слои пузыряной стенки

41. Первый по частоте среди симптомов опухоли мочевого пузыря - это

- 1. гиперпирексия
- 2. дизурия
- 3. боли
- +4. гематурия
- 5. затрудненное мочеиспускание

42. Для уточнения источника гематурии необходимо начинать исследование

- +1. с цистоскопии
- 2. с экскреторной урографии
- 3. с ультразвукового исследования
- 4. с общего анализа мочи
- 5. с радиоизотопного сканирования

43. Трансуретральная электрорезекция показана при следующих стадиях рака мочевого пузыря

- +1. Tis, Ta, T1
- 2. T2
- 3. T3
- 4. T4
- 5. правильно T1 и T2

44. Возможны следующие виды повреждений мочеточников при гинекологических операциях

- 1. рассечение
- 2. перевязка
- 3. раздавливание
- 4. удаление терминального отдела
- +5. все перечисленное

45. При изолированном повреждении мочевого пузыря необходимы

- 1. ушивание дефекта
- 2. цистостомия
- 3. дренирование катетером Фолея
- +4. правильно 1. и 3.
- 5. правильно 1. и 2.

46. При обширном ранении уретры у женщин необходимы

- 1. раздельное ушивание уретры и вагины
- 2. катетер Фолея
- 3. цистостома
- +4. правильно 1. и 3.
- 5. правильно 1. и 2.

47. Диагностика пузырно-влагалищного свища основывается на всем перечисленном, кроме

- +1. экскреторной урографии
- 2. цистографии
- 3. вагинографии
- 4. цистоскопии
- 5. осмотра влагалища в зеркалах

48. Основным симптомом пузырно-влагалищного свища является

- 1. дизурия
- 2. недержание мочи
- 3. недержание мочи
- +4. подтекание мочи во влагалище
- 5. менструация через мочевой пузырь

49. Основным симптомом пузырно-маточного свища является

- 1. дизурия
- 2. недержание мочи
- 3. недержание мочи
- 4. подтекание мочи во влагалище
- +5. менструация через мочевой пузырь

50. Показаниями к уретроцистоанастомозу являются

- +1. свищ нижней трети мочеточника при удовлетворительной функции почки
- 2. свищ средней трети мочеточника
- 3. нефункционирующая почка
- 4. микроцистис

51. Операция Боари показана

- +1. при облитерации нижней трети мочеточника
- 2. при наружном свище средней трети мочеточника при удовлетворительной функции почки
- 3. при нефункционирующей почке
- 4. при малой емкости мочевого пузыря

52. Основной этиологический фактор недержания мочи при напряжении

- 1. цисталгия
- 2. цистит

- 3. уретрит
- +4. родовая травма
- 5. вульвовагинит

53. Недержание мочи при напряжении необходимо дифференцировать

- 1. с эктопией мочеочника
- 2. с гипоспадией, эписпадией
- 3. с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря
- +4. со всем перечисленным
- 5. только -1. и -3.

54. Лечебная физкультура при недержании мочи при напряжении направлена на укрепление

- 1. мышц тазового дна и промежности
- 2. сфинктеров мочевого пузыря и прямой кишки
- 3. мышц диафрагмы
- +4. правильно 1. и 2.
- 5. правильно 2. и 3.

55. Операция петлевой пластики при недержании мочи направлена

- 1. на удлинение уретры
- 2. на коррекцию заднего пузырно-уретрального угла
- 3. на уменьшение угла наклона уретры к лобковому симфизу при одновременном приподнимании шейки мочевого пузыря
- 4. на все перечисленное
- +5. только 2. и 3.

56. Подготовка к операции по поводу недержания мочи включает

- 1. комплексное урологическое, гинекологическое и неврологическое обследование
- 2. тщательную подготовку мочеполовых органов и санацию кожи промежности
- 3. подготовку кишечника
- +4. правильно 1. и 2.
- 5. правильно 1. и 3.

57. Монорхизм - это

- +1. односторонняя агенезия яичка
- 2. гонадная агенезия яичка
- 3. односторонний крипторхизм (другое яичко расположено в мошонке)
- 4. односторонний вывих яичка
- 5. гермафродитизм

58. Анорхизм - это

- 1. двустороннее неопущение яичек
- 2. гермафродитизм
- +3. гонадная агенезия
- 4. врожденная гипоплазия яичек
- 5. синдром феминизирующих яичек

59. Истинный гермафродитизм - это

- 1. наличие двойственного строения (по мужскому и женскому типу) наружных половых органов
- +2. развитие элементов яичниковой и яичковой ткани в половых железах с признаками бисексуальности
- 3. гонадная агенезия
- 4. правильно 1. и 3.

60. Ложный гермафродитизм - это

- 1. развитие наружных половых органов по женскому типу при гонадной генезии
- +2. развитие наружных половых органов по женскому или интерсексуальному типу при наличии яичек
- 3. развитие наружных половых органов по женскому типу при синдроме феминизирующих яичек

-4. дисгенезия семенных канальцев (синдром Клайнфельтера)

-5. правильно 2. и 3.

61. Бесплодие у мужчин может возникать

-1. при врожденных и хромосомных аномалиях развития половых органов

-2. при тяжелых инфекционно-токсических воздействиях

-3. при экзогенных и привычных интоксикациях

-4. правильно 1. и 2.

+5. правильно все перечисленное

62. На сперматогенез оказывают влияние следующие факторы

-1. алиментарный

-2. магнитное поле земли

-3. ионизирующее излучение

-4. правильно 1. и 2.

+5. правильно 1. и 3.

63. Нарушения сперматогенеза при варикоцеле возникают вследствие

-1. местного повышения температуры

-2. гипоксии

-3. местного понижения температуры

+4. правильно 1. и 2.

-5. правильно 2. и 3.

64. Нарушение гемотестикулярного барьера и развитие аутоиммунного бесплодия возникают при

-1. варикоцеле

-2. монорхизме

-3. травме яичка

-4. правильно 1. и 2.

+5. правильно 1. и 3.

65. Бесплодие у мужчин бывает

-1. секреторным

-2. экскреторным

-3. инкреторным

+4. правильно 1. и 2.

-5. правильно 1. и 3.

66. Брак следует считать бесплодным, если беременность не наступает

-1. в течение 6-ти месяцев

+2. в течение 1-го года

-3. в течение 2-х лет

-4. в течение 3-х лет

-5. свыше 3-х лет

67. При обследовании яичек обращают внимание

-1. на степень их отвисания

-2. на вес

+3. на размеры

-4. на форму

-5. правильно 2. и 3.

68. Решающее значение для диагностики плодовитости мужчин имеет

-1. исследование секрета простаты

-2. определение уровня андрогенов

+3. спермограмма

-4. исследование содержимого семенных пузырьков

-5. правильно 2. и 4.

69. Лечение возрастного андрогенодефицита у мужчин осуществляется

- 1. за счет устранения гиподинамии, повышения физических нагрузок, уменьшения избыточной массы тела
- 2. путем проведения ежегодно 2-3 курсов лечения небольшими дозами андрогенов
- 3. путем проведения нейроседативной и стимулирующей терапии
- 4. правильно 1. и 2.
- +5. все перечисленное

70. При стриктуре лоханочно-мочеточникового сегмента и гидронефрозе II стадии при сохранении функции почки больному 40 лет показаны

- 1. нефрэктомия
- 2. пластика лоханочно-мочеточникового сегмента по Фолею
- +3. пластика лоханочно-мочеточникового сегмента по Андерсену - Хайнсу
- 4. нефростомия как первый этап операции
- 5. оперативное лечение не проводить

71. У больного аденома предстательной железы и острая задержка мочеиспускания. Катетеризация невозможна. Температура тела 37.9° С. Ему целесообразно произвести

- 1. пункцию мочевого пузыря тонкой иглой
- +2. троакарную (пункционную) цистостомию
- 3. операционную цистостомию
- 4. аденомэктомию
- 5. перевести больного в больницу по месту жительства

72. Наиболее часто боли у урологических больных локализуются

- 1. в поясничной области
- 2. в наружном крае прямых мышц
- 3. в надлобковой области
- 4. в промежности
- +5. во всех перечисленных областях

73. Наиболее характерным симптомом для камня уретры является

- 1. болезненное мочеиспускание
- +2. острая задержка мочи
- 3. гематурия
- 4. пиурия
- 5. протеинурия

74. Осложнением крипторхизма является

- 1. бесплодие
- +2. малигнизация
- 3. перекрут яичка
- 4. аутоиммунные процессы с повреждением здорового яичка
- 5. все перечисленное

75. Фертильность больных с односторонним крипторхизмом составляет

- 1. 100% за счет здорового яичка
- +2. не превышает 60-65%
- 3. менее 20%
- 4. в большинстве случаев больные инфертильны
- 5. зависит от формы крипторхизма

76. Основным принципом орхиопексии является

- +1. низведение яичка без натяжения его элементов
- 2. надежная фиксация яичка к мясистой оболочке
- 3. пересечение мышцы, поднимающей яичко

- 4. создание условий для постоянной тракции и вытяжения
- 5. все перечисленное

77. Для паховой эктопии яичка характерно

- 1. яичко расположено под кожей и смещается по ходу пахового канала
- +2. яичко расположено под кожей и смещается к бедру
- 3. яичко не пальпируется
- 4. яичко определяется на промежности
- 5. яичко периодически самостоятельно опускается в мошонку