Федеральное медико-биологическое агентство
Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Государственный научный центр Российской Федерации –
Федеральный медицинский биофизический центр имени А.И. Бурназяна»
Медико-биологический университет инноваций и непрерывного образования

Кафедра урологии и андрологии

УТВЕРЖДАЮ
Первый проректор МБУ ИНО ФМБЦ
им. А.И. Бурназяна
_____ В.Н. Олесова
«_04_» _сентя_ 20_24_ г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ С ОЦЕНОЧНЫМИ СРЕДСТВАМИ

основная профессиональная образовательная программа
высшего образования – программа ординатуры
по специальности
31.08.68 Урология

Уровень образования: подготовка кадров высшей квалификации

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат: 05687382003EB1699F49FBE8DCDE050624
Владелец: Олесова Валентина Николаевна
Действителен: с 25.03.2024 до 25.03.2025

Москва, 2024

1. Общие положения

1.1. Законодательные и нормативные основы разработки программы государственной итоговой аттестации

– Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;

– приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 26.08.2014 № 1111 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.68 Урология (уровень подготовки кадров высшей квалификации)»;

– приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 19.11.2013 № 1258 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры»;

– приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 18.03.2016 № 227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки».

1.2. Государственная итоговая аттестация в структуре программы ординатуры

Государственная итоговая аттестация относится в полном объеме к базовой части программы ординатуры – Блок 3 «Государственная итоговая аттестация» – и завершается присвоением квалификации «Врач-уролог».

В Блок 3 «Государственная итоговая аттестация» входит подготовка и сдача государственного экзамена.

Трудоемкость освоения программы государственной итоговой аттестации выпускников основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры по специальности 31.08.68 Урология составляет 3 зачетных единицы, из них: 2 зачетных единицы приходятся на подготовку к государственному экзамену и 1 зачетная единица – государственные итоговые испытания в форме государственного экзамена.

2. Требования к государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация по основной профессиональной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.68 Урология выявляет теоретическую и практическую подготовку выпускника в соответствии требованиями ФГОС ВО по специальности.

Обучающийся допускается к государственной итоговой аттестации после успешного освоения программ дисциплин и практик в объеме, предусмотренном учебным планом программы ординатуры.

Государственная итоговая аттестация включает оценку сформированности у выпускников всех универсальных и профессиональных компетенций, установленных ФГОС ВО по специальности 31.08.68 Урология, путем оценки знаний, умений и владений в соответствии с содержанием программы ординатуры, характеризующих их готовность к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации «Врач-уролог».

Перечень компетенций, оцениваемых на государственной итоговой аттестации

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими

универсальными компетенциями:

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

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

– 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 (УК-3).

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими **профессиональными компетенциями**:

Профилактическая деятельность:

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

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

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

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

Диагностическая деятельность:

– готовностью 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).

Лечебная деятельность:

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

– готовностью к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7).

Реабилитационная деятельность:

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

Психолого-педагогическая деятельность:

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

Организационно-управленческая деятельность:

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

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

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

3. Структура государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена, состоящего из двух этапов:

1) междисциплинарное тестирование;

2) устное собеседование по дисциплинам программы ординатуры, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

3.1. 1 этап – Междисциплинарное тестирование

Тестовый контроль проводится с целью определения объема и качества знаний выпускника.

Междисциплинарное тестирование осуществляется по материалам утвержденного фонда оценочных средств, который охватывает содержание всех обязательных дисциплин учебного плана программы ординатуры. Индивидуальное тестирование выпускника включает 100 тестовых заданий.

Примеры контрольно-измерительных материалов, выявляющих результаты освоения выпускником программы ординатуры:

Задание: укажите правильный вариант (варианты) ответа.

1. В секрете предстательной железы в норме содержатся:

1) лейкоциты (не более 10), единичные эритроциты;
2) макрофаги и амилоидные тельца;
3) лецитиновые зерна;
4) эпителиальные и гигантские клетки;
5) правильно 1) и 3).

2. Клубочковая фильтрация является:

1) активным процессом;
2) пассивным процессом;
3) активным процессом в юкстамедуллярных нефронах;
4) пассивным процессом только в юкстамедуллярных нефронах;
5) сочетанием активных и пассивных процессов.

3.2. 2 этап – Устное собеседование по дисциплинам программы ординатуры

Устное собеседование проводится с целью определения качества теоретической подготовки, сформированности универсальных и профессиональных компетенций выпускника, оценки профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения.

Основой для проведения устного собеседования являются экзаменационные билеты, включающие:

- контрольные вопросы, выявляющие теоретическую подготовку выпускника;
- контрольные задания, выявляющие практическую подготовку выпускника;
- ситуационные задачи, выявляющие сформированность компетенций, предусмотренных ФГОС ВО по специальности 31.08.68 Урология.

Примеры контрольных вопросов:

1. Острый пиелонефрит.
2. Аномалии развития верхних мочевых путей. Классификация. Диагностика. Лечение.

Примеры контрольных заданий:

1. Замер артериального давления.
2. Определение степени развития подкожно-жировой клетчатки.

Примеры ситуационных задач:

Ситуационная задача № 1.

У женщины, 25 лет, на следующий день после переохлаждения появились учащенное, болезненное мочеиспускание, боли внизу живота. Температура повышена.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.

Какие необходимы дополнительные исследования для подтверждения?

Ситуационная задача № 2.

В клинику поступил больной, 34 лет, с жалобами на острые боли в правой поясничной области, иррадиирующие вниз живота, тошноту, рвоту, ложные позывы на мочеиспускание. Боли возникли внезапно. В анализе мочи — единичные эритроциты.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие необходимы дополнительные исследования?

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

4. Порядок подготовки и проведения государственной итоговой аттестации

Государственный экзамен является заключительным этапом подготовки выпускника и проводится согласно календарному учебному графику и расписанию государственной итоговой аттестации.

Перед государственным экзаменом проводятся консультации, на которых обучающиеся могут задать вопросы по содержанию материала, входящего в программу государственного экзамена, который вызвал затруднения при подготовке.

При подготовке к государственному экзамену выпускнику следует опираться на материалы лекций, рекомендованную литературу, федеральные клинические рекомендации.

Порядок проведения государственной итоговой аттестации, в том числе подачи апелляции по результатам государственной итоговой аттестации, установлен соответствующим локальным нормативным актом Университета.

5. Критерии оценки

Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности. Общая оценка за государственный экзамен выставляется по совокупности результатов выполнения всех заданий.

Описание шкалы оценивания результатов тестирования:

- от 90% и выше правильных ответов – **отлично**;
- от 80% до 89% правильных ответов – **хорошо**;
- от 70% до 79% правильных ответов – **удовлетворительно**;
- менее 70% правильных ответов – **неудовлетворительно**.

Описание шкалы оценивания при ответе на контрольные вопросы:

Отлично – выпускник дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на основные и дополнительные экзаменационные вопросы; ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов; выпускник демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Хорошо – выпускник дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на основные и дополнительные экзаменационные вопросы; ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса; имеются незначительные упущения в ответах.

Удовлетворительно – выпускник дает неполные и слабо аргументированные ответы на вопросы, демонстрирующие общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы.

Неудовлетворительно – выпускник демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

Описание шкалы оценивания при решении ситуационных задач:

Отлично – выпускник правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на вопросы с привлечением лекционного материала, учебника и дополнительной литературы.

Хорошо – выпускник правильно ставит диагноз, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы.

Удовлетворительно – выпускник ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз в соответствии с классификацией. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, демонстрируя поверхностные знания предмета.

Неудовлетворительно – выпускник не может сформулировать диагноз или неправильно ставит диагноз. Не может правильно ответить на большинство вопросов задачи и дополнительные вопросы.

Описание шкалы оценивания при выполнении контрольных заданий:

Отлично – выпускник правильно выполняет все практические задания, правильно интерпретирует свои действия, показывая уверенное владение навыками и умениями.

Хорошо – выпускник в основном правильно выполняет практические задания, интерпретирует свои действия и самостоятельно может исправить выявленные преподавателем отдельные ошибки.

Удовлетворительно – выпускник ориентируется в основном задании по практическим навыкам, но допускает ряд существенных ошибок, которые исправляет с помощью преподавателя.

Неудовлетворительно – выпускник не справился с предложенным заданием, не может правильно интерпретировать свои действия и не справляется с дополнительным заданием.

6. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственному экзамену

Основная литература:

1. Аляев Ю.Г. Урология. Российские клинические рекомендации / под ред. Ю.Г. Аляева, П.В. Глыбочко, Д.Ю. Пушкаря – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 480 с. – ISBN 978-5-9704-3126-9. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431269.html

2. Мухин Н.А. Нефрология. Национальное руководство. Краткое издание / гл. ред. Н.А. Мухин. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 608 с. – 608 с. – ISBN 978-5-9704-5702-3. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457023.html

3. Чиссов В.И. Онкоурология: национальное руководство / Под ред. В.И. Чиссова, Б.Я. Алексеева, И.Г. Русакова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 688 с. – ISBN 978-5-9704-2181-9. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970421819.html

Дополнительная литература:

1. Глыбочко П.В. Урология. От симптомов к диагнозу и лечению. Иллюстрированное руководство: учеб. пособие / под ред. П.В. Глыбочко, Ю.Г. Аляева, Н.А. Григорьева – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 148 с. – ISBN 978-5-9704-2846-7. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428467.html

2. Глыбочко П.В. Амбулаторная урология / Глыбочко П.В. [и др.] – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 336 с. – ISBN 978-5-9704-4904-2. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970449042.html

3. Дементьев А.С. Урология. Стандарты медицинской помощи / сост. А.С. Дементьев, Н.И. Журавлева, С.Ю. Кочетков, Е.Ю. Чепанова – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 208 с. (Серия «Стандарты медицинской помощи») – ISBN 978-5-9704-3893-0. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438930.html

4. Куликова Т.Н. Атлас по детской урологии: учебное пособие / Куликова Т.Н., Глыбочко П.В., Морозов Д.А., Приезжева В.Н. Дерюгина Л.А., Долгов Б.В. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 160 с. – ISBN 978-5-9704-1077-6. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970410776.html

5. Лопаткин Н.А. Рациональная фармакотерапия в урологии: Compendium / Н.А. Лопаткин, Т.С. Перепанова – Москва: Литтерра, 2015. – 448 с. (Серия «Рациональная фармакотерапия: Compendium») – ISBN 978-5-4235-0150-1. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501501.html

6. Пушкарь Д.Ю. Тактика врача-уролога: практическое руководство / под ред. Д.Ю. Пушкаря. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 96 с. (Серия «Тактика врача») – ISBN 978-5-9704-5202-8. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970452028.html

7. Усанова А.А. Клинические нормы. Нефрология / А.А. Усанова, Н.Н. Гуранова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 224 с. – ISBN 978-5-9704-5628-6. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456286.html

Приложение к программе
государственной итоговой аттестации с оценочными средствами
программы ординатуры 31.08.68 Урология

Фонд оценочных средств

1. Контрольно-измерительные материалы для проведения междисциплинарного тестирования

№ п/п	Наименование дисциплины / кол-во тестовых заданий	Тестовые задания
1.	Урология /40	**1. В секрете предстательной железы в норме содержатся:** 1) лейкоциты (не более 10), единичные эритроциты; 2) макрофаги и амилоидные тельца; 3) лецитиновые зерна; 4) эпителиальные и гигантские клетки; 5) правильно 1) и 3). **2. Клубочковая фильтрация является:** 1) активным процессом; 2) пассивным процессом; 3) активным процессом в юкстамедуллярных нефронах; 4) пассивным процессом только в юкстамедуллярных нефронах; 5) сочетанием активных и пассивных процессов. **3. Фосфаты в виде NaH2PO4:** 1) фильтруются в клубочках; 2) не фильтруются в клубочках; 3) в зависимости от состояния клубочковой мембраны; 4) в зависимости от состояния эндотелия клубочков; 5) в зависимости от состояния и сохранности подоцитов. **4. Реабсорбция бикарбонатов осуществляется в основном:** 1) в проксимальном канальце; 2) в петле Генле; 3) в дистальном канальце; 4) в собирательной трубочке; 5) в канальце Белини. **5. Действие осмотических диуретиков осуществляется:** 1) в проксимальном канальце; 2) в восходящем отделе петли Генле; 3) в дистальном канальце; 4) по ходу всего нефрона. **6. В условиях метаболического ацидоза в здоровых почках:** 1) повышается аммонийный коэффициент; 2) понижается аммонийный коэффициент; 3) повышается клиренс мочевины; 4) повышается секреция калия; 5) указанные показатели не меняются. **6. Никтурия – это:**

		1) увеличение количества мочи, выделяемое в ночной период времени; 2) учащение ночного мочеиспускания; 3) перемещение основного диуреза с дневных часов на ночные; 4) дневная олигурия; 5) правильно 1) и 4). **7. Задержка мочеиспускания встречается при всем перечисленном, кроме:** 1) атрезии наружного отверстия уретры; 2) нейрогенной дисфункции мочевого пузыря; 3) обтурации мочеточников; 4) аденомы предстательной железы. **8. Диагностика ретрокавального мочеточника основывается на данных:** 1) ретроградной уретерографии; 2) ультразвукового исследования; 3) сцинтиграфии; 4) правильно 1) и 2); 5) правильно 1) и 3). **9. Стадиями нейромышечной дисплазии мочеточника являются все перечисленные, кроме:** 1) ахалазии; 2) гидрокаликоза и пиелоэктазии; 3) мегауретера; 4) гидроуретеронефроза; 5) правильно 2) и 4). **10. При нейромышечной дисплазии мочеточника в стадии субкомпенсации имеются следующие изменения:** 1) частичная атрофия мышц; 2) отсутствие колебания давления; 3) сохраняются колебания внутримочеточникового давления; 4) правильно 1) и 2); 5) правильно 1) и 3). **11. Диагноз уретероцеле ставят на основании данных:** 1) ультразвукового исследования; 2) экскреторной урографии; 3) нисходящей цистографии; 4) восходящей цистографии; 5) правильно 1) и 3). **12. Облитерирован мочеточник в нижней трети на протяжении 7 см, сделана нефростомия у больной 30 лет после кесарева сечения. В дальнейшем ей необходимы:** 1) уретероцистостомия; 2) нефрэктомия; 3) уретерокутанеостомия; 4) операция Боари; 5) уретеросигмостомия. **13. При парауретральной кисте размером 5 см без**

		нагноения необходимо выполнить: 1) пунктирование кисты; 2) иссечение кисты трансвагинально; 3) электрокоагуляцию кисты; 4) установка в кисту постоянного катетера-ирригатора; 5) выписка под наблюдение уролога, гинеколога. **14. У больного развился уретроректальный свищ после абсцесса простаты, существующий в течение 10 месяцев. Ему целесообразно:** 1) произвести цистостомию как первый этап; 2) установить противоестественный анус; 3) проводить заживление свища на постоянном катетере; 4) произвести пластику уретроректальном свища промежностным доступом с цистостомией; 5) произвести трансректальную электрокоагуляцию свища на постоянном катетере. **15. У больного 35 лет хронический простатит (латентное течение), склероз шейки мочевого пузыря. Остаточная моча - 100 мл. Ему показана:** 1) цистостомия; 2) простатэктомия; 3) трансуретральная электрорезекция шейки пузыря; 4) пункционная цистостомия; 5) санаторно-курортное лечение, рассасывающая терапия; **16. У больного 30 лет острый паренхиматозный простатит, выявленный трансректально, пальпаторно и методом УЗИ - абсцесс простаты. Ему показаны:** 1) трансвезикальное (во время цистостомии) вскрытие абсцесса; 2) промежностная пункция абсцесса; 3) трансректальное вскрытие абсцесса; 4) продолжение противовоспалительного лечения; 5) пункция абсцесса и постоянная ирригация. **17. У больного нагноение поясничной раны после пиелолитотомии. Ему необходимо:** 1) увеличить дозу антибиотиков; 2) промывать рану раствором антибиотиков; 3) раскрыть рану с последующими перевязками 2 раза в сутки, тампоны с гипертоническим раствором хлористого натрия или сернокислой магнезии; 4) тампоны на рану с мазью Вишневского. **18. У больного стриктура лоханочно-мочеточникового сегмента. Гидронефроз II стадии. Хронический пиелонефрит, активная фаза. Ему целесообразны:** 1) резекция лоханочно-мочеточникового сегмента и лоханки, уретропиелонеостомия; нефростомия; 2) пункционная нефростомия; 3) катетеризация лоханки постоянным катетером; 4) вмешательство не производить; 5) нефрэктомия. **19. Этиология мультикистоза почки связана:**

		1) с отсутствием закладки экскреторного аппарата; 2) с отсутствием соединения зачатков секреторного и экскреторного отделов почки в процессе эмбриогенеза; 3) с неправильной закладкой секреторного аппарата почки; 4) правильно 1) и 2); 5) правильно 2) и 3); **20. Отличием мультикистоза от поликистоза почек является:** 1) одностороннее поражение; 2) двустороннее поражение; 3) наследственный фактор значения не имеет; 4) наследственный фактор имеет значение; 5) правильно 1) и 3). **21. Губчатая почка характеризуется наличием большого числа мелких кист:** 1) в корковом веществе почки; 2) в корковом и мозговом веществе почки; 3) в почечных пирамидах; 4) в воротах почки; 5) в одном из полюсов почки. **22. Для лечения синегной инфекции можно применить следующие препараты:** 1) карбенициллин; 2) тетрациклин; 3) трихопол; 4) гентамицин; 5) амикацин. **23. Ложная протеинурия не характерна:** 1) для туберкулеза почки; 2) для пиелонефрита; 3) для опухоли почки; 4) для гломерулонефрита; 5) правильно 2) и 4). **24. Сухая уретроскопия применяется для осмотра:** 1) передней части уретры; 2) задней уретры; 3) семенного бугорка; 4) правильно 1) и 2); 5) правильно все. **25. Наличие клеток Штернгаймера-Мальбина и активных лейкоцитов в осадке мочи характерно для:** 1) острого гломерулонефрита; 2) хронического гломерулонефрита; 3) острого пиелонефрита; 4) хронического пиелонефрита в стадии ремиссии; 5) туберкулеза почки **26. Наиболее частым источником инфицирования почек при туберкулезе является** 1) лимфатические узлы 2) кости 3) легкие и кишечник

		4) плевра 5) гортань **27. Абактериальная пиурия признак** 1) острого гломерулонефрита 2) острого пиелонефрита 3) хронического пиелонефрита 4) интерстициального нефрита 5) туберкулеза почки **28. Отличия туберкулеза почек от гематурической формы ХГН** 1) несоответственно низкая протеинурия при выраженных изменения мочевого осадка (пиурия, гематурия) 2) дизурия 3) выраженные отеки 4) злокачественная гипертензия 5) стойкая щелочная реакция мочи **29. При лейкоцитурии, стерильной моче и выявленной при УЗИ деформации почек можно заподозрить** 1) рак почки 2) хронический пиелонефрит 3) аномалию почек 4) туберкулез почек 5) педагрическую нефропатию **30. Наиболее частое осложнение дистанционной ударно-волновой литотрипсии** 1) острый пиелонефрит 2) гематома 3) разрыв почки 4) почечная колика 5) макрогематурия **31. Среди осложнений подковообразной почки первое место занимает** 1) мочекаменная болезнь 2) гидронефроз 3) пиелонефрит 4) артериальная гипертензия 5) гематурия **32. При стенозе лоханочно-мочеточникового сегмента и нижнеполярном добавочном сосуде показано** 1) вазопликация 2) пересечение сосудов и резекция нижнего сегмента почки 3) антевазальный уретеропиелоанастомоз 4) операция Фоли 5) операция Culp de Weerd. **33. Показаниями к оперативному лечению гидронефроза является все перечисленное, кроме** 1) нефрогенная гипертензия 2) сморщивание почки 3) пиурия

		4) боль лишающей больного трудоспособности 5) молодой возраст больного **34. Толщина почечной паренхимы при гидронефрозе зависит от** 1) размеров лоханки 2) размеров чашечек 3) от длительности и выраженности процесса 4) от пола больного 5) от возраста больного **35. Установлено, что причиной гидронефроза является уретероцеле размерами 1х5 см. В данном случае целесообразно выполнить** 1) иссечение уретероцеле на открытом пузыре 2) трансуретральную электроэксцизию на мочеточниковом катетере 3) балонную дилатацию устья мочеточника 4) возможны варианты 2) и 3) 5) вмешательство не показано **36. Все перечисленные методы позволят уточнить диагноз и установить причину гидронефроза кроме** 1) УЗИ 2) экскреторной урографии 3) уретроцистоскопии 4) ретроградной уретеропиелографии 5) КТ **37. Определяющим фактором в выборе метода лечения при гидронефрозе является** 1) размер лоханки 2) сторона поражения 3) степень стеноза ЛМС 4) пол больного 5) функциональное состояние почки **38. Показанием к нефрэктомии при гидронефрозе является** 1) стойкая нефрогенная артериальная гипертензия 2) необратимая потеря функциональной активности почки 3) наличие горизонтальных уровней при уретеропиелографии 4) сочетание 2) и 3) 5) сочетание 1) и 2) **39. Методом дифференциальной диагностики нефроптоза и дистопии является** 1) пальпация 2) УЗИ 3) ангиография 4) КТ 5) нефросцинтиграфия **40. Осложнениями нефроптоза являются все перечисленное кроме** 1) артериальная гипертензия 2) гематурия

		3) боль 4) пиелонефрит 5) туберкулез почки
2.	Общественное здоровье и здравоохранение /5	**1. К системам охраны здоровья населения относятся** 1) государственная система здравоохранения 2) муниципальная система здравоохранения 3) частная система здравоохранения 4) система медико-социального обеспечения 5) все перечисленное **2. Факторами, оказывающими влияние на здоровье населения, являются** 1) генетические 2) природно-климатические 3) уровень и образ жизни населения 4) уровень, качество и доступность медицинской помощи 5) социально-экономические условия; 6) все перечисленные **3. К косвенному экономическому ущербу в связи с инвалидностью нельзя отнести** 1) потери трудовых мест в связи с инвалидностью 2) расходы на лечебную помощь 3) выплата пенсий по инвалидности **4. К основным направлениям, которые необходимы для развития здравоохранения, относятся все перечисленные кроме** 1) эффективное распределение ресурсов здравоохранения по регионам 2) равенство и доступность медицинской помощи для населения 3) финансирование учреждений здравоохранения 4) качество медицинской помощи 5) социально-экономические условия для медицинского персонала 6) здоровье населения **5. В методику расчета себестоимости медицинских услуг в стационаре не включаются** 1) расходы на питание пациентов 2) расходы на медикаменты 3) накладные расходы 4) верных ответов нет
3.	Педагогика /5	**1. Науки, входящие в систему педагогических** 1) дидактика, психология, история, философия, школоведение 2) общая педагогика, возрастная педагогика, социальная педагогика, методики изучения отдельных предметов 3) педагогика дошкольных учреждений, педагогика школы, социология, культурология 4) общая педагогика, этика, эстетика, возрастная физиология 5) история педагогики, педагогика высшей школы, теория воспитания, школьная гигиена **2. К методам просветительской работы относят все,**

		кроме 1) наглядных 2) комбинированных 3) устных 4) творческих **3. Документ, разрабатываемый по каждой дисциплине учебного плана и определяющий научное содержание, наименование и основные вопросы разделов и тем, распределение учебного времени по разделам, темам и видам учебных занятий, называется** 1) учебная программа 2) учебный план 3) государственный образовательный стандарт 4) тематический план **4. Деятельность, включающая в себя проведение измерений, экспертизы, испытаний для оценки одной или нескольких характеристик объекта и сравнение полученных результатов с установленными требованиями, – это** 1) мониторинг 2) контроль 3) планирование качества 4) оценка качества **5. Выражение объема изученного материала, основанного на определенных результатах обучения, и связанной с ними нагрузки – это** 1) кредит 2) нагрузка 3) зачетные единицы
4.	Гигиена и эпидемиология чрезвычайных ситуаций /5	**1. К задачам медицинской экспертизы продовольствия относится все, кроме** 1) оценка товарных качеств продовольствия, его соответствие сертификатам, санитарным нормам, срокам реализации; 2) выявление признаков и оценка степени испорченности продуктов с целью предотвращения пищевых отравлений, инфекционных заболеваний с пищевым механизмом передачи, гельминтозов (плановая, периодическая, спорадичная экспертиза) 3) витаминизация основных и дополнительных пайков 4) экстренная медицинская экспертиза продовольствия при расследовании причин пищевых отравлений, инфекционных заболеваний, в условиях катастроф, других чрезвычайных ситуаций, при применении неприятелем средств массового поражения во время войны 5) с целью выявления заражения или отравления отступающим неприятелем продовольствия с диверсионной целью **2. При расчете потребности формирований (и/или потерпевшего населения при чрезвычайной ситуации) в воде учитывают**

		1) оперативную обстановку 2) время года 3) наличие пригодной для использования воды 4) наличие технических средств для ее добычи, хранения и перевозки 5) все верно **3. Землетрясение относится к одному из видов катастроф** 1) природных 2) техногенных 3) антропогенных 4) социальных **4. В качестве табельных средств для обеззараживания воды используются** 1) таблетки Пантоцид 2) таблетки Аквасепт 3) таблетки Рапосепт **5. Способы хлорирования воды** 1) хлорирование нормальными дозами 2) гиперхлорирование 3) хлорирование с преаммонизацией гипохлорирование
5.	Микробиология /5	**1. Условиями, стимулирующими капсулообразование у бактерий, являются** 1) рост бактерий в организме человека или животных 2) рост на синтетических средах 3) культивирование при низких температурах 4) рост на средах, содержащих количество углеводов **2. Для определения чувствительности микроорганизмов к антибиотикам в практических лабораториях наиболее широко используют** 1) метод диффузии в агар с применением дисков 2) метод серийных разведений в жидкой питательной среде 3) метод серийных разведений в плотной питательной среде 4) ускоренный метод с кровью 5) ускоренный метод с ТТХ **3. Морфологические признаки коринебактерии дифтерии** 1) ветвящиеся тонкие нити 2) кислотоустойчивые полиморфные палочки 3) палочки с булавовидными утолщениями, расположенные под углом 4) грамотрицательные диплококки 5) палочки овоидной формой с биполярной окраской **4. Серотипирование применяют для возбудителей ИСМП, кроме** 1) Streptococcus гр. А 2) Klebsiella 3) St. Pneumoniae 4) Acinetobacter **5. Препараты для экстренной профилактики в очаге**

		холеры, кроме 1) интерферон 2) тетрациклин 3) эритромицин 4) доксициклин 5) левомицетин
6.	Ургентная урология /20	**1. Неотложная помощь при острой травме уретры** 1) цистостомия 2) первичный шов уретры 3) бужирование 4) пластика уретры по Хольцову 5) пластика уретры по Соловому **2. Диагностика травмы почки** 1) динамическая нефросцинтиграфия 2) радиоизотопная ренография 3) хромоцистоскопия 4) экскреторная урография 5) пневморен **3. При обнаружении повреждения мочеточника в ходе операции тактика хирурга включает** 1) деривацию мочи 2) восстановление целостности мочеточника 3) восстановление целостновти брюшины 4) дренирование забрюшинной клетчатки 5) все перечисленное **4. Показаниями к оперативному лечению являются** 1) длительная микрогематурия 2) нагноение кист 3) хронический пиелонефрит 4) правильно 1) и 2) 5) правильно 1) и 3) **5. Гематурия – это** 1) наличие в моче кровяного пигмента гемоглобина 2) выделение крови из мочеиспускательного канала 3) выделение крови с мочой 4) наличие в моче порфирина 5) эритроцитурия **6. 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 **7. С чего следует начать обследование пациента при наличии учащенного и болезненного мочеиспускания и макрогематурии** 1) цистоскопия 2) внутривенная урография 3) анализ мочи 4) УЗИ почек, изотопная ренография

		8. Какой из симптомов наиболее информативен при приступе почечной колики 1) наличие гематурии 2) наличие солей в осадке мочи 3) протеинурия 4) лейкоцитурия 5) четкая взаимосвязь болевого синдрома и гематурии. **9. При камне интрамурального отдела мочеточника, нарушающего уродинамику, боли носят характер** 1) ноющих 2) тупых 3) острых 4) приступообразных острых 5) постоянных ноющих **10. Осложнениями бужирования уретры являются все перечисленные, исключая** 1) уретральную лихорадку 2) острый простатит и эпидидимит 3) уретроррагию 4) форникальное кровотечение **11. При лечении массивной кровопотери, составляющей более 30% объема циркулирующей крови, следует отдать предпочтение** 1) эритроцитарной массе 2) тромбоцитарной массе 3) лейкоцитарной массе 4) цельной крови 5) прямому переливанию крови **12. В плане подготовки к операции при коралловидном камне почки и хроническом пиелонефрите в активной фазе целесообразны** 1) сульфаниламиды, нитрофураны за 2 недели до операции 2) внутривенно плазма, кровь 3) желатиноль внутривенно 4) цефалоспориновый антибиотик внутримышечно за 2-3 дня до операции 5) капельное орошение лоханки раствором антибиотиков по катетеру **13. При тяжелых термических, химических и травматических уретритах показано** 1) установление постоянного катетера в сочетании с интенсивной антибактериальной терапией 2) интенсивная антибактериальная и местная терапия 3) цистостомия с последующей интенсивной антибактериальной и местной терапией 4) лучевая терапия 5) физиотерапевтическое лечение **14. Анурия в течение 24 часов. В анамнезе отхождение уратных камней и солей. Вариант экстренной помощи** 1) катетеризация, лазикс внутривенно 100 мг 2) катетеризация мочеточников

		3) срочная нефростомия 4) внутривенно 1 л физиологического раствора 5) верно 1) и 4) **15. Ведущими симптомами при отрыве почки являются все перечисленные, исключая** 1) макрогематурию со сгустками 2) шок 3) анурию 4) сильные боли 5) анемию **16. При тяжелом повреждении почки, определив пальпаторно наличие контралатеральной почки, хирург** 1) имеет право выполнить нефрэктомию 2) не имеет право выполнить нефрэктомию 3) имеет право, если только почка обычных размеров 4) имеет право, если только почка подвижна 5) имеет право, если только вокруг почки нет гематомы **17. Симптомами внебрюшинного разрыва мочевого пузыря являются** 1) наличие рентгеноконтрастной жидкости в брюшной полости при цистографии 2) симптом «Ваньки-встаньки» 3) пастозность тканей над предстательной железой при пальцевом ректальном исследовании и притупление перкуторного звука в надлобковой области без четких границ 4) одномоментное выделение большого количества жидкости (до 2 л и больше) при катетеризации мочевого пузыря **18. Проникающий разрыв уретры – это** 1) разрыв слизистой оболочки 2) разрыв слизистой оболочки и кавернозного тела 3) интерстициальный разрыв 4) разрыв фиброзной оболочки и кавернозного тела 5) разрыв всех слоев уретры на ограниченном участке или по всей окружности **19. К симптомам, характерным для повреждения висячей и промежностных частей уретры, относятся все перечисленные, кроме** 1) начальной гематурии 2) уретроррагии 3) отека и гематомы промежности, задержки мочи 4) гематомы таза 5) правильно 2) и 3) **20. Показанием к ампутации полового члена при его травме является** 1) глубокое пересечение кавернозных тел и уретры 2) глубокие колото-резаные раны кавернозных тел 3) гангрена полового члена 4) полное размозжение 5) правильно 3) и 4)

7.	Онкоурология /10	**1. При подозрении на опухоль почки обследование больного целесообразно начинать** 1) с аортографии 2) с экскреторной урографии 3) с радиоизотопной ренографии 4) с ультрасонографии 5) с ретороградной; уретеропиелографии **2. При раке почки чаще поражены** 1) верхний сегмент 2) нижний сегмент 3) центральный сегмент 4) все сегменты одинаково часто 5) частота не установлена **3. К герминогенным опухолям яичка относятся все перечисленные, кроме** 1) железистого рака и аденокарциномы 2) семиномы 3) эмбрионального рака 4) тератобластомы **4. При пальцевом ректальном исследовании для рака предстательной железы характерны следующие изменения – предстательная железа** 1) увеличена за счет одной доли, резко напряжена и болезненна; 2) увеличена, поверхность ее гладкая, консистенция эластичная, междолевая бороздка сглажена, границы железы четкие, пальпация безболезненная 3) плотная, безболезненная, поверхность бугристая 4) плотно-эластической консистенции, в одной из ее долей – очаг размягчения 5) увеличена, междолевая бороздка сохранена, поверхность неровная, участки размягчения чередуются с участками относительно плотной ткани **5. При раке мочевого пузыря необходима** 1) нисходящая цистография 2) осадочная пневмоцистография 3) полицистография 4) только 1) и 2) 5) все перечисленное. **6. Препараты во время полихимиотерапии уроонкологическому больному оказали кардиотоксическое воздействие. В этом случае целесообразно** 1) назначить преднизолон в таблетках 2) назначить витамины В1, В6, С, АТФ, кокарбоксилазу, глюкозу в/венно 3) отменить лечение 4) снизить дозу химиопрепаратов 5) правильно 2) и 4) **7. Во время полихимиотерапии у больного снизилось количество эритроцитов крови на 50%. В этом случае**

		следует 1) назначить гемотрансфузию, гемостимулин, эритромассу; 2) уменьшить дозу химиопрепаратов 3) отменить химиотерапию 4) верно 1) и 3) 5) верно 1) и 2) **8. При раке головки полового члена T3NoM1 (легкие) рекомендуется** 1) динамическое наблюдение 2) химиотерапия 3) лучевая терапия 4) ампутацию полового члена + химиотерапи 5) цистостомия + ампутация полового члена **9. ВТЭК в отношении больного, перенесшего нефрэктомию по поводу рака почки в стадии Т2, должен принять следующее решение** 1) признать временно нетрудоспособным и продлить больничный лист свыше 4-х месяцев 2) I группа инвалидности 3) II группа инвалидности 4) III группа инвалидности 5) трудоспособен (требует перевода на работу без вредных факторов) **10. Классификация TNM дополняется символом P, характеризующим степень прорастания опухолью стенки мочевого пузыря по данным гистологического исследования операционного материала. Символ PTo означает** 1) преинвазивный рак (carcinoma in situ) 2) опухоль инфильтрирует подэпителиальную соединительную ткань 3) отсутствуют метастазы в лимфатических узлах 4) опухолевых клеток не обнаружено 5) оценить степень распространения опухоли не удается
8.	Андрология, урогинекология /10	**1. Возможны следующие виды повреждений мочеточников при гинекологических операциях** 1) рассечение 2) перевязка 3) раздавливание 4) удаление терминального отдела 5) все перечисленное **2. Основным методом лечения эндометриоза мочевого пузыря у женщин в климактерическом периоде является** 1) инстилляция дибунола 2) диатермокоагуляция 3) резекция мочевого пузыря 4) цистэктомия 5) лучевая и гормональная терапия **3. Наиболее щадящим методом диагностики**

		урологической патологии при беременности является 1) инструментальный 2) радиологический 3) рентгенологический 4) ультразвуковой 5) ядерно-магнитный **4. О чем можем свидетельствовать усиление боли в правой поясничной области во время менструации у больной с гидронефрозом?** 1) наличие у больной правостороннего аднексита 2) нарушение гормонального обмена 3) наличие у больной синдрома «правой яичниковой вены» 4) о нефроптозе справа **5. Основным симптомом пузырно-маточного свища является** 1) дизурия 2) неудержание мочи 3) недержание мочи 4) подтекание мочи во влагалище 5) менструация через мочевой пузырь **6. При интерпретации везикулограмм следует учитывать** 1) строение семенных пузырьков 2) высоту расположения семенных пузырьков 3) угол между семенными пузырьками 4) только 1) и 2) 5) все перечисленное **7. Нарушения сперматогенеза вследствие нервно-психических факторов возникают при нарушении нейроэндокринной регуляции** 1) системой кора головного мозга – гипоталамус – гипофиз – семенники 2) системой мозжечок – семенники 3) вследствие заболевания или травмы спинного мозга 4) правильно 1) и 2) 5) правильно 1) и 3) **8. При лечении острого простатита наиболее эффективный метод введения гентамицина или цефамезина** 1) внутривенно 2) эндолимфатически 3) внутриартериально 4) внутримышечно 5) трансректально **9. Нормальная способность к оплодотворению в случае, если лечение крипторхизма проведено в возрасте 3-4 года, сохраняется** 1) в 50% случаев 2) в 60% случаев 3) в 70% случаев 4) в 87% случаев

		5) в 96 % случаев **10. Синдром Клайнфельтера – это** 1) дисгенезия половых желез 2) герминальная анегезия 3) дисгенезия семенных канальцев 4) врожденная гипоплазия яичек 5) врожденное недоразвитие губчатой части уретры

2. Контрольно-измерительные материалы для проведения устного собеседования по дисциплинам программы ординатуры

2.1. Контрольные вопросы, выносимые на государственный экзамен

1. Острый пиелонефрит.
2. Аномалии развития верхних мочевых путей. Классификация. Диагностика. Лечение.
3. Повреждения почек (механизм, классификация закрытых и открытых повреждений, диагностика, лечение).
4. Особенности пиелонефрита у детей и лиц пожилого возраста.
5. Острый пиелонефрит беременных: патогенез, клиника, особенности диагностики, осложнения, лечение.
6. Эмфизематозный пиелонефрит: этиология, диагностика, лечение.
7. Оказание первой помощи при острой задержке мочеиспускания.
8. Количественные и качественные изменения мочи.
9. Нефрогенная гипертония. Клиника. Диагностика. Лечение.
10. Методы дренирования гнойно-воспалительных заболеваний почек и забрюшинного пространства.
11. Орхит, эпидимит. Этиология. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение.
12. Ультразвуковые методы исследования почек, мочевого пузыря и половых органов у мужчин.
13. МКБ. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
14. Повреждения мочевого пузыря (механизм, классификация повреждений, диагностика, лечение).
15. Закрытые травмы почки. Классификация диагностика. Лечение.
16. Оказание первой помощи при почечной колике.
17. Туберкулез почек. Клиника. Диагностика. Лечение.
18. ХПН. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
19. Редкие типы камней (цистиновые, ксантиновые и белковые).
20. Механизмы камнеобразования.
21. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (этиология, патогенез, клиническое течение).
22. Коралловидные камни.
23. Причины, диагностика и лечение бесплодия у мужчин.
24. Беременность и уролитиаз.
25. Диагностика и лечение хронической почечной недостаточности при урологических заболеваниях.
26. Виды недержания мочи.
27. Анурия.
28. Рак предстательной железы (классификация, клиника, диагностика, лечение).
29. Травма мочевого пузыря. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
30. Опухоли почек. Классификация TNM. Клиника. Диагностика. Лечение.
31. Особенности опухолей коры надпочечников.
32. Патогенез, классификация и клиническое течение хронической почечной

недостаточности при урологических заболеваниях.

33. Острый цистит. Этиология. Клиника диагностика. Лечение.
34. Классификация клиническая и морфологическая.
35. Прогноз уролитиаза.
36. Клиническая симптоматика.
37. Повреждения мочеточников.
38. ОПН. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
39. Солитарная киста почки.
40. Бужирование уретры. Виды бужей.
41. Опухоли яичка. Классификация TNM. Клиника. Диагностика. Лечение.
42. Опухоли мочеточника. Клиника. Диагностика. Лечение.
43. Лучевые методы диагностики (рентгеновские, ультразвуковые).
44. Гематурия. Причины, виды.
45. Катетеризация мочевого пузыря и мочеточников.
46. Лапароскопия.
47. Травмы уретры. Клиника. Диагностика. Лечение.
48. Осложнения мочекаменной болезни.
49. Пионефроз. Абсцесс и карбункул почки.
50. Беременность и туберкулез.
51. Особенности диагностики туберкулёза МПС.
52. Изменения при воспалительных заболеваниях половых органов.
53. Паранефрит. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
54. Методы дренирования мочевого пузыря.
55. Изменения при пролапсе тазовых органов.
56. Свежая гонорея у мужчин. Хроническая гонорея у мужчин. Критерии излеченности и профилактика гонореи у мужчин.
57. Опухоль Вильмса. Клиника. Диагностика. Лечение.
58. Уретровлагалищные свищи.
59. Аномалии развития нижних мочевых путей. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
60. Гидронефроз (этиология, патогенез, классификация, лечение).

2.2. Контрольные задания, выносимые на государственный экзамен

1. Замер артериального давления.
2. Определение степени развития подкожно-жировой клетчатки.
3. Определение тургора кожи.
4. Аускультация лёгких.
5. Осмотр ротовой полости.
6. Осмотр кожи и видимых слизистых.
7. Осмотр области почек.
8. Осмотр наружных половых органов.
9. Осмотр наружного отверстия мочеиспускательного канала.
10. Оценка степени искривления полового члена во время эрекции.
11. Диафаноскопия.
12. Осмотр мочи.
13. Осмотр эякулята.
14. Пальпация передней брюшной стенки.
15. Пальпация почек в положении лёжа.
16. Пальпация почек в положении на боку.
17. Пальпация почек в положении лежа.
18. Пальпация мочеточника.
19. Пальпация н\3 мочеточника при бимануальном исследовании через влагалище.
20. Пальпация мочевого пузыря.

21. Бимануальная пальпация через влагалище.
22. Осмотр преддверия влагалища.
23. Пальпация полового члена.
24. Пальпация семенного канатика.
25. Проба Вальсальвы.
26. Пальпация яичка.
27. Пальпация придатка яичка.
28. Пальпация внутреннего отверстия пахового канала.
29. Пальпация паховых лимфатических узлов.
30. Пальпация лимфатических лимфоузлов в области скарповского треугольника.
31. Пальпация подвздошных лимфоузлов.
32. Пальпация парааортальных лимфоузлов.
33. Пальпация паракавальных лимфоузлов.
34. Пальпация надключичных лимфоузлов.
35. Пальцевое ректальное исследование в положении на боку.
36. Пальцевое ректальное исследование в колено-локтевом положении
37. Пальцевое ректальное исследование в положении стоя.
38. Диагностический и лечебный массаж простаты.
39. Определение тонуса сфинктеров заднего прохода.
40. Определение консистенции простаты.
41. Пальпация семенных пузырьков.
42. Пальпация Куперовых желез.
43. Перкуссия живота.
44. Определение симптома Пастренацкого.
45. Перкуссия мочевого пузыря.О
46. Оценка бульбокавернозного рефлекса.
47. Аускультация живота.
48. Экскреторная ренография.
49. Уретроцистография.
50. Проведение микционной цистоуретрограммы.
51. Урофлоуметрия.
52. Цистометрия.
53. Профилометрия.
54. Фармакологические пробы при исследовании функции мочевого пузыря.
55. Местное обезболивание.
56. Катетеризация мочевого пузыря мужчинам.
57. Катетеризация мочевого пузыря женщинам.
58. Катетеризация мочевого пузыря гибким катетером.
59. Катетеризация мочевого пузыря металлическими катетерами.
60. Контрастирование мочевого пузыря.
61. Бужирование уретры.
62. Взятие соскоба уретры у мужчин.
63. Взятие соскоба уретры у женщин.
64. Уретроцистоскопия.
65. Цистоскопия.
66. Цистоскопия при беременности.
67. Хромоцистоскопия.
68. Катетеризация мочеточника.
69. Фиброуретроцистоскопия.
70. Фиброцистоскопия.
71. Ретроградная уретеропиелоскопия ригидным эндоскопом.
72. Ретроградная уретеропиелоскопия гибким эндоскопом.

73. Троакарная цистостомия.
74. Эпицистостомия.
75. Установка промывной системы.
76. Чрезкожная пункционная нефростомия.
77. Ретроградная пеиелоуретерография.
78. Антеградная пиелография.
79. Генотография.
80. Папавериновая проба.
81. Проведение перфузионной искусственной эрекции.
82. Ручное выдавливание мочи при травмах спинного мозга.
83. Периодическая катетеризация мочевого пузыря.
84. Предоперационная подготовка больного.
85. Вазорезекция.
86. Операция по Иваниссевичу.
87. Операция по Бергману.
88. Операция по Винкельману.
89. Субингвинальная перевязка яичковой вены.
90. Супраингвинальная перевязка яичковой вены.
91. Орхэктомия.
92. Циркумцизио.
93. Пластика уздечки.

2.3. Ситуационные задачи

Задача 1.

У женщины, 25 лет, на следующий день после переохлаждения появились учащенное, болезненное мочеиспускание, боли внизу живота. Температура повышена.

Вопросы:

2. Поставьте диагноз.
3. Какие необходимы дополнительные исследования для подтверждения?

Задача 2.

В клинику поступил больной, 34 лет, с жалобами на острые боли в правой поясничной области, иррадиирующие вниз живота, тошноту, рвоту, ложные позывы на мочеиспускание. Боли возникли внезапно. В анализе мочи — единичные эритроциты.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие необходимы дополнительные исследования?

Задача 3.

Больную, 48 лет, беспокоят слабость, жажда, снижение аппетита, увеличение выделения мочи до 3 л в сутки. Эти явления появились 3 мес. назад и постепенно усиливаются. В анамнезе у больной хронический пиелонефрит, артериальная гипертензия.

Вопросы:

1. Какие изменения произошли в почках у больной?
2. Результатами каких исследований можно подтвердить эти изменения?

Задача 4.

В урологическое отделение поступила женщина 35 лет с жалобами на приступообразные боли в правой поясничной области, сопровождающиеся тошнотой, рвотой и частыми позывами к мочеиспусканию. На обзорном снимке мочевых путей, на уровне поперечного отростка 4-го поясничного позвонка справа определяется тень, подозрительная на конкремент, овальной формы, размерами 0,5 х 0,5 см.

Вопрос:

1. Какие дополнительные рентгенологические исследования необходимо произвести, чтобы установить характер обнаруженной тени?

Задача 5.

У больного 60 лет безболевая макрогематурия с червеобразными сгустками крови. При цистоскопии слизистая мочевого пузыря нормальная, из устья левого мочеточника обнаружено выделение крови. На обзорной рентгенограмме мочевых путей контуры почек не определяются, теней, подозрительных на конкременты, в проекции мочевых путей нет. На экскреторных урограммах патологических изменений в проекции чашечно-лоханочной системы не выявлено. Пассаж контрастного вещества по мочеточникам не нарушен.

Вопрос:

1. О каком заболевании в первую очередь следует думать, и какие рентгенологические исследования следует произвести для установления диагноза?

Задача 6.

Больной 55 лет поступил в урологическую клинику с жалобами на учащенное болезненное мочеиспускание, выделение крови с мочой. Болен в течение 4-х месяцев. Живот мягкий, безболезненный. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Предстательная железа не увеличена с гладкой поверхностью, безболезненная. На обзорном снимке мочевой системы теней, подозрительных на конкременты, нет. За время пребывания в клинике у больного появилась тотальная безболевая макрогематурия с бесформенными сгустками крови, в связи с чем была произведена срочная цистоскопия. На левой боковой стенке мочевого пузыря обнаружена грубоворсинчатая опухоль в три поля зрения цистоскопа, на широком основании, не отбрасывающая тень. Правое устье мочеточника расположено в типичном месте, щелевидной формы. Левое устье мочеточника не определяется.

Вопрос:

1. Какие рентгенологические методы исследования надо выполнить для выбора характера и объема оперативного лечения?

Задача 7.

У больной 32 лет типичная картина правосторонней почечной колики. На обзорной рентгенограмме мочевой системы в проекции нижней трети правого мочеточника определяется тень камня размерами 0,8 х 0,4 см. После инъекции баралгина 5 мл в/в и теплой ванны боли стихли, но через 30 минут возобновились вновь. Произведена блокада круглой связки матки по Лорину- Эпштейну. Боли утихли на короткий срок, а затем возобновились вновь. Больная беспокойна, принимает различные положения, стонет, просит о помощи.

Вопрос:

1. Что следует предпринять для купирования почечной колики?

Задача 8.

У больной 44 лет, страдающей камнем нижней трети левого мочеточника, 6 часов назад возник приступ левосторонней почечной колики, повысилась температура тела до 38.4 градусов, был потрясающий озноб. Живот болезнен в левом подреберье, пальпируется болезненный нижний полюс левой почки. На обзорной рентгенограмме мочевой системы в проекции юкставезикального отдела левого мочеточника определяется тень конкремента размерами 0,5 х 0.4 см.

Вопрос:

1. Какой консервативный метод лечения позволит надеяться на купирование острого пиелонефрита?

Задача 9.

В приемное отделение поступила больная с правосторонней почечной колики. На обзорной рентгенограмме в проекции правой почки обнаружена тень 0,6х0,4 см, подозрительная на конкремент.

Вопрос:

1. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить для уточнения природы тени и выбора тактики лечения?

Задача 10.

Больной, 55 лет, обратился к урологу с жалобами на тотальную макрогематурию, отхождение сгустков червеобразной формы. При цистоскопии в мочевом пузыре изменений не обнаружено. На обзорной рентгенограмме отмечено увеличение размеров левой почки и изменение ее формы.

Вопрос:

1. Как уточнить характер заболевания и локализацию патологического процесса?

Задача 11.

У больного, 50 лет, в течение 2 мес. периодически появлялась тотальная макрогематурия со сгустками неправильной формы. При цистоскопии в области правой стенки и шейки мочевого пузыря определяются опухолевые образования на широком основании с короткими ворсинками.

Вопрос:

1. Какое дополнительное обследование необходимо для установления лечебной тактики?

Задача 12.

У больного, 50 лет, диагностирован внебрюшинный разрыв мочевого пузыря.

Вопрос:

1. Ваша лечебная тактика?

Задача 13.

Больной 40 лет поступил в клинику по поводу уретрорагии. Из анамнеза известно, что час назад упал на стройке, ударился промежностью о доску.

Вопрос:

1. Какой ваш предварительный диагноз и диагностическая тактика?

Задача 14.

Больной 65 лет обратился с жалобами на сильные позывы, невозможность самостоятельного мочеиспускания, боль внизу живота. Указанные симптомы нарастают в течение 14 часов.

Вопрос:

1. Какой ваш предварительный диагноз, диагностические и лечебные рекомендации?

Задача 15.

Больной 59 лет обратился в клинику нервных болезней в связи с пояснично-крестцовым радикулитом. Болен в течение года, периодические обострения. Лечение, в том числе синусоидальными токами, неэффективно. При обследовании по системам органов без особенности. Дизурии нет. Наружные половые органы без изменений. При ректальном исследовании простата не увеличена, дольчата, мягко-эластической консистенции, гладкая. ПСА 25 нг/мл.

Вопрос:

1. Какой ваш предположительный диагноз, какие исследования надо предпринять для уточнения диагноза?