

Приложение к рабочей программе

Владимирский филиал федерального государственного бюджетного
образовательного учреждения высшего образования
«Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

УРОЛОГИЯ

Специальность: **31.05.01 ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО**

Форма обучения: **ОЧНАЯ**

1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Урология» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Урология». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине «Урология» используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тесты	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий

3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
ОПК 4 ОПК 5 ПК-5, 7 и 8	Текущий	Тема 1. Семиотика и симптоматология урологических заболеваний. Инструментальные и лучевые методы обследования	Собеседование
ОПК 4 ОПК 5 ПК-5, 7 и 8	Текущий	Тема 2. Мочекаменная болезнь	Собеседование
ОПК 4 ОПК 5 ПК-5, 7 и 8	Текущий	Тема 3. Острый и хронический пиелонефрит.	Собеседование
ОПК 4 ОПК 5	Текущий	Тема 4. Опухоли верхних мочевыводящих путей	Собеседование

ОПК 4 ОПК 5 ПК-5, 7 и 8			
ОПК 4 ОПК 5 ПК-5, 7 и 8	Текущий	Тема 5. Опухоли мочевого пузыря, предстательной железы наружных половых органов. Гиперплазия простаты.	Собеседование
ОПК 4 ОПК 5 ПК-5, 7 и 8	Текущий	Тема 6. Аномалии развития мочеполовой системы.	Собеседование
ОПК 4 ОПК 5 ПК-5, 7 и 8	Текущий	Тема 7. Травма мочеполовых органов	Собеседование
ОПК 4 ОПК 5 ПК-5, 7 и 8	Промежуточный	Тема 1. Семиотика и симптоматология урологических заболеваний. Инструментальные и лучевые методы обследования. Тема 2. Мочекаменная болезнь. Тема 3. Острый и хронический пиелонефрит. Тема 4. Опухоли верхних мочевыводящих путей Тема 5. Опухоли мочевого пузыря, предстательной железы наружных половых органов. Гиперплазия простаты. Тема 6 Аномалии развития мочеполовой системы Тема 7 Травма мочеполовых органов	Тестовые задания

4. Содержание оценочных средств текущего контроля

4.1.1. Тестовые вопросы с вариантами ответов к зачёту по дисциплине «Урология».

Тестовые задания с вариантами ответов	Код компетенции (согласно РПД)
--	---------------------------------------

Раздел 1. Семиотика и симптоматология урологических заболеваний.	
<p>1. АУТОРЕГУЛЯЦИЯ ПОЧЕЧНОГО КРОВотоКА ПРЕКРАЩАЕТСЯ ПРИ СНИЖЕНИИ СИСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ</p> <p>1) до 60-70 мм рт. ст 2) до 100 мм рт. ст. 3) до 80-90 мм рт. ст. 4) до 40-50 мм рт. ст.</p>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>2. НАИБОЛЕЕ КОРОТКОЙ И НАИБОЛЕЕ УЗКОЙ МУЖСКАЯ УРЕТРА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) в области перепончатой части мочеиспускательного канала 2) у места перехода мочевого пузыря в мочеиспускательный канал 3) в области наружного отверстия уретры 4) во всех указанных местах сужения уретры</p>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>3. БЫСТРОЕ МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ КЛЕТОК ОПУХОЛИ ЯИЧКА ВОЗМОЖНО</p> <p>1) в поясничные лимфатические узлы 2) в поверхностные и глубокие паховые лимфатические узлы 3) во внутренние подвздошные лимфатические узлы 4) в общие подвздошные лимфатические узлы</p>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>4. ПРИ КАМНЕ ИНТРАМУРАЛЬНОГО ОТДЕЛА МОЧЕТОЧНИКА, НАРУШАЮЩЕГО УРОДИНАМИКУ, БОЛИ НОСЯТ ХАРАКТЕР</p> <p>1) приступообразных острых 2) ноющих 3) тупых 4) острых</p>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>5. ДИЗУРИЯ – ЭТО</p> <p>1) частое, болезненное мочеиспускание 2) частое мочеиспускание 3) затрудненное мочеиспускание</p>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>

4) болезненное мочеиспускание	
6. ПОЛЛАКИУРИЯ - ЭТО 1) увеличение диуреза 2) учащение ночного мочеиспускания 3) частое безболезненное мочеиспускание дневного и ночного 4) учащение дневного мочеиспускания	ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8
7. ПАРАДОКСАЛЬНАЯ ИШУРИЯ - ЭТО 1) сочетание задержки мочеиспускания с недержанием мочи 2) хроническая задержка мочеиспускания 3) недержание мочи	ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8
8. ОСЛОЖНЕНИЯМИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ МОЧЕТОЧНИКОВ ЯВЛЯЮТСЯ 1) перфорация мочеточника 2) перфорация лоханки 3) все перечисленное 4) обострение мочевого инфекции	ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8
9. УЛЬТРАЗВУКОВОЕ СКАНИРОВАНИЕ ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВЛЯТЬ ОКСАЛАТНЫЕ КАМНИ ЧАШЕЧЕК ДИАМЕТРОМ 1 СМ 1) не позволяет 2) в 100% случаев 3) в 10-20% случаев 4) в 50-90% случаев	ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8
10.КЛУБОЧКОВАЯ ФИЛЬТРАЦИЯ ЯВЛЯЕТСЯ 1) пассивным процессом 2) активным процессом 3) активным процессом в юкстамедуллярных нефронах 4) сочетанием активных и пассивных процессов	ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8
11.ДИЗУРИЯ ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМОМ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, КРОМЕ 1) туберкулеза мочевого пузыря	ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8

<p>2) опухоли почки 3) аденомы предстательной железы 4) цистита</p>	
<p>12.ЗАДЕРЖКА МОЧЕИСПУСКАНИЯ - ЭТО 1) невозможность самостоятельного опорожнения мочевого пузыря 2) отсутствие выделения мочи почками 3) отсутствие мочи в мочевом пузыре при его катетеризации 4) отсутствие самостоятельного мочеиспускания в горизонтальном положении</p>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>13.ГЕМАТУРИЯ - ЭТО 1) выделение крови с мочой 2) наличие в моче кровяного пигмента гемоглобина 3) выделение крови из мочеиспускательного канала 4) наличие в моче порфирина</p>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>14.ПОКАЗАНИЯМИ К УРОФЛОУМЕТРИИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ 1) камня мочеточника 2) стриктуры уретры, клапана уретры 3) аденомы предстательной железы 4) нейрогенной дисфункции мочевого пузыря</p>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>15.ВИЗУАЛИЗАЦИЯ МОЧЕТОЧНИКОВ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ СКАНИРОВАНИИ ВОЗМОЖНА 1) если они содержат мочу 2) во всех случаях 3) никогда 4) если они не расширены</p>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>16.ПРИ КАМНЕ ИНТРАМУРАЛЬНОГО ОТДЕЛА МОЧЕТОЧНИКА, НАРУШАЮЩЕГО УРОДИНАМИКУ, ЛОКАЛИЗАЦИЯ И ИРРАДИАЦИЯ БОЛЕЙ 1) поясничная область с иррадиацией в паховую область, внутреннюю поверхность бедра и половые органы</p>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>

<ul style="list-style-type: none"> 2) поясничная область без иррадиации 3) подреберье с иррадиацией под лопатку 4) боковые отделы живота с иррадиацией в поясничную область 	
<p>17.ЗАДЕРЖКА МОЧЕИСПУСКАНИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННОМ, КРОМЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) обтурации мочеточников 2) атрезии наружного отверстия уретры 3) нейрогенной дисфункции мочевого пузыря 4) аденомы предстательной железы 	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>18.СТРАНГУРИЯ - ЭТО</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) затрудненное мочеиспускание по каплям 2) мочеиспускание, сопровождающееся болью 3) частое мочеиспускание 4) сочетание и 	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>19.НИКТУРИЯ - ЭТО</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) перемещение основного диуреза с дневных часов на ночные 2) учащение ночного мочеиспускания 3) дневная олигурия 4) правильно 1) и 3) 	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>20.ОЛИГУРИЯ - ЭТО</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) количество мочи менее 500 мл в сутки 2) редкое мочеиспускание 3) уменьшение количества мочи 4) увеличение количества мочи 	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>Раздел 2. Острый и хронический пиелонефрит. Воспалительные заболевания мочеполовой системы.</p>	
<p>1. ПРИ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПОРАЖАЮТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) чашечно-лоханочная система 2) клубочки почки 3) венозная система почки и интерстициальная ткань 4) канальцы почки 	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>

<p>2. АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) до нормализации температуры 2) до исчезновения пиурии 3) до исчезновения бактериурии 4) до выписки больного из стационара 	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>3. ИСХОДЫ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) хроническая почечная недостаточность 2) пионефроз 3) все перечисленное 4) сморщенная почка 	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>4. МИНИМАЛЬНАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ ВВОДИМОГО АНТИБИОТИКА У БОЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) в очаге воспаления почечной паренхимы 2) в крови 3) в тканях 4) в чашечно-лоханочной системе 	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>5. У БОЛЬНОЙ 34 ЛЕТ В ПРОЦЕССЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОБНАРУЖЕНО В ОСАДКЕ МОЧИ 25-30 ЛЕЙКОЦИТОВ В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ. ЖАЛОБ НЕ ПРЕДЪЯВЛЯЕТ. В АНАМНЕЗЕ УКАЗАНИЙ НА УРОЛОГИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ НЕТ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ</p> <p>-хронический пиелонефрит -хронический цистит - хронический уретрит пиелит</p>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>6. У БОЛЬНОГО 42 ЛЕТ ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ УСТАНОВЛЕНА ЛЕЙКОЦИТУРИЯ (ДО 35-40 ЛЕЙКОЦИТОВ В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ). ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ИСТОЧНИКА ЛЕЙКОЦИТУРИИ (УРЕТРА, ПРЕДСТАТЕЛЬНАЯ ЖЕЛЕЗА, ПОЧКИ ИЛИ МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ) ЕМУ НЕОБХОДИМО</p>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>

<p>ПРОВЕСТИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) анализ мочи общий 2) пробу Нечипоренко 3) двухстаканную или трехстаканную пробу 4) исследование мочи, полученной путем катетеризации мочевого пузыря 	
<p>7. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПАРАНЕФРАЛЬНОГО АБСЦЕССА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ультразвуковое исследование 2) обзорная рентгенография мочевых путей 3) экскреторная урография 4) изотопная ренография 	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>8. ОСНОВНОЕ ЗНАЧЕНИЕ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ЦИСТИТА ПРИДАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) инфекции 2) местным расстройствам кровообращения 3) физическим факторам или химическим факторам 4) общим факторам 	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>9. ДЛЯ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО ЦИСТИТА ХАРАКТЕРНА СЛЕДУЮЩАЯ ЦИСТОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) псевдополипоз слизистой оболочки мочевого пузыря 2) язвы мочевого пузыря 3) наличие бляшек белесого и желтого цвета на слизистой оболочке 4) язва округлой формы на фоне неизменной слизистой оболочки мочевого пузыря 	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>10. ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ ОСТРОГО УРЕТРИТА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гематурии и отека кожи мошонки 2) болей при мочеиспускании 3) гнойных выделений из уретры 4) отека губок наружного отверстия уретры 	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>11. БАЛАНОПОСТИТ - ЭТО ВОСПАЛЕНИЕ</p>	<p>ОПК 4</p>

<ol style="list-style-type: none"> 1) крайней плоти полового члена 2) крайней плоти и головки полового члена 3) головки полового члена 4) парауретральных желез 	<p>ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>12.ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЭПИДИДИМИТА И ОРХИТА СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) с назначения антибактериальных препаратов ис новокаиновой блокады семенного канатика 2) с назначения антибактериальных препаратов 3) с новокаиновой блокады семенного канатика 4) с оперативного лечения 	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>13.ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ПРОСТАТИТА ЯВЛЯЮТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) бактерии и вирусы 2) все перечисленное 3) микоплазмы и хламидии 4) трихомонады 	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>14.ПРИЧИНАМИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КОНГЕСТИВНОГО ПРОСТАТИТА ЯВЛЯЮТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) нейроциркулярные расстройства 2) нарушения венозного оттока 3) эндоуретральные инструментальные исследования 4) нерегулярная половая жизнь 	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>15.НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПУТЕМ ПРОНИКНОВЕНИЯ ИНФЕКЦИИ В МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) нисходящий 2) уретральный 3) лимфогенный 4) гематогенный 	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>16.ДИАГНОСТИКА ЦИСТИТА ОСНОВАНА НА АНАЛИЗЕ ВСЕГО ПЕРЕЧИСЛЕННОГО, КРОМЕ</p>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>

<ol style="list-style-type: none"> 1) данных экскреторной урографии и уретроцистографии 2) анамнестических данных и клинических проявлений 3) данных микроскопии осадка мочи 4) данных посева мочи 	
<p>17.ДЛЯ ЦИСТАЛГИИ ХАРАКТЕРНЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) учащенное, болезненное мочеиспускание, преимущественно в дневное время 2) пиурия 3) гематурия 4) субфебрилитет 	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>18.РЕНТГЕНОВСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА ПОКАЗАНО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) при подозрении на стриктуру уретры 2) при остром уретрите 3) при простатите и везикулите 4) при торпидном течении уретрита 	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>19.ПРИ БАЛАНОПОСТИТЕ НАБЛЮДАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) отек и гиперемия крайней плоти, эрозии и гнойные выделения на внутреннем листке крайней плоти и головке полового члена 2) отек и гиперемия крайней плоти 3) боли над лобком 4) отек и гиперемия крайней плоти правильно, боли над лобком 	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>20.ИНФИЦИРОВАНИЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВОЗНИКАЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) всеми перечисленными путями 2) гематогенным путем 3) лимфогенным путем 4) восходящим путем 	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>

Раздел 3. Мочекаменная болезнь	
<p>1. БОЛЬНАЯ 65 ЛЕТ ПОСТУПИЛА ПО ПОВОДУ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА, КАМНЯ ЛОХАНКИ ПРАВОЙ ПОЧКИ РАЗМЕРАМИ 1.5-2 СМ. ВЫСОКАЯ ТЕМПЕРАТУРА С ПЕРИОДИЧЕСКИМИ ОЗНОБАМИ В ТЕЧЕНИЕ 10 ДНЕЙ. БОЛЬНОЙ НЕОБХОДИМЫ</p> <p>1) операция - ревизия почки, пиелолитотомия 2) операция - ревизия почки, пиелолитотомия 2) плановое обследование 3) катетеризация мочеточника 4) интенсивная антибактериальная терапия</p>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>2. ОБРАЗОВАНИЮ ПОЧЕЧНЫХ КАМНЕЙ СПОСОБСТВУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ АНАТОМОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПОЧКАХ</p> <p>1) венозное полнокрвие 2) внутрпочечная лоханка и нарушение оттока лимфы из почки 3) внепочечная лоханка 4) ренальная артериальная гипертензия</p>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>3. ОБЗОРНАЯ И ЭКСКРЕТОРНАЯ УРОГРАФИЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫ</p> <p>1) во всех случаях 2) при камнях лоханок обеих почек 3) при коралловидном камне почки (обеих почек) 4) при камне (урате) мочеточника</p>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>4 ПРИ ОКСАЛАТНОМ КАМНЕ ЛОХАНКИ ПОЧКИ 20-25 ММ БЕЗ НАРУШЕНИЯ УРОДИНАМИКИ РАЦИОНАЛЬНЕЕ ВСЕГО ПОКАЗАНО</p> <p>1) дистанционная ударно-волновая литотрипсия 2) литолиз 3) пиелолитотомия 4) пункционная нефролитотомия</p>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>5. У БОЛЬНОЙ 40 ЛЕТ КАМЕНЬ ФОСФАТ 5-10 ММ НИЖНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА, В ТЕЧЕНИЕ 4-Х МЕСЯЦЕВ УМЕРЕННАЯ</p>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>

<p>УРЕТЕРЭКТАЗИЯ. ЕЙ ПОКАЗАНА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ударно-волновая литотрипсия 2) уретеролитоэкстракция 3) литолиз 4) консервативное лечение продолжать 	
<p>6. ПРИ КАМНЕ В УРЕТЕРОЦЕЛЕ РАЗМЕРАМИ 12-12 ММ И НЕ НАРУШЕННОЙ УРОДИНАМИКЕ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Рассечение уретероцеле трансуретрально электроножом (коагулятором) на мочеточниковом катетере, литоэкстракция 2) вмешательство не производить 3) иссечение уретероцеле трансвезикально 4) ударно-волновая литотрипсия 	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>7. У БОЛЬНОГО 55 ЛЕТ МНОЖЕСТВЕННЫЕ КАМНИ ПОЧКИ, ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ В АКТИВНОЙ ФАЗЕ, ВТОРИЧНО СМОРЩЕННАЯ ПОЧКА, АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ В ТЕЧЕНИЕ 2-Х ЛЕТ. ЕМУ ПОКАЗАНЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) противовоспалительная, гипотензивная терапия амбулаторно, длительнопиелолитотомия, нефростомия 2) нефрэктомия 3) пункционная нефростомия 4) ударно-волновая литотрипсия 	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>8. У БОЛЬНОЙ 30 ЛЕТ КАМЕНЬ НИЖНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА 5X9 ММ, НАРУШАЮЩИЙ УРОДИНАМИКУ. ЕЙ ПОКАЗАНЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) уретеролитоэкстракция 2) консервативная терапия 3) уретеролитотомия 4) катетеризация мочеточника 	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>9. К ФАКТОРАМ, НЕ ВЛИЯЮЩИМ НА ОБРАЗОВАНИЕ И РОСТ МОЧЕВЫХ КАМНЕЙ, ОТНОСЯТСЯ</p>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>

<ol style="list-style-type: none"> 1) уростаз 2) высокая вязкость мочи 3) отсутствие или низкий уровень защитных коллоидов в моче 4) высокая концентрация натрия и креатинина в крови 	
<p>10. БОЛЬНОМУ 32 ГОДА. ПОСТУПИЛ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА, КАМНЯ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ПРАВОГО МОЧЕТОЧНИКА. БОЛЕН 10 ДНЕЙ. НА ЭКСКРЕТОРНЫХ УРОГРАММАХ ФУНКЦИЯ ПРАВОЙ ПОЧКИ ОТСУТСТВУЕТ В ТЕЧЕНИЕ 1.5 ЧАСОВ НАБЛЮДЕНИЯ. БОЛЬНОМУ НЕОБХОДИМЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) плановое обследование с целью уточнения функции почек 2) катетеризация мочеточника 3) уретеролитотомия 4) срочная операция - ревизия правой почки, нефростомия и интенсивная антибактериальная терапия 	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>11. У БОЛЬНОГО 62 ЛЕТ КАМЕНЬ ПРАВОГО МОЧЕТОЧНИКА, ОСТРЫЙ ПРАВСТОРОННИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ, БАКТЕРИЕМИЧЕСКИЙ ШОК. ПРОВЕСТИ МОЧЕТОЧНИКОВЫЙ КАТЕТЕР ВЫШЕ КАМНЯ НЕ УДАЛОСЬ. В ЭТОМ СЛУЧАЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) проводить более интенсивную антибактериальную терапию 2) провести эндолимфатическое введение антибиотиков 3) продолжать интенсивную терапию, направленную на выведение больного из шока 4) произвести операцию - ревизию почки, нефростомию 	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>12. ДЛЯ КРИСТАЛЛИЗАЦИИ ЩАВЕЛЕВОКИСЛЫХ (ОКСАЛАТНЫХ) КАМНЕЙ ОПТИМАЛЬНОЙ PH МОЧИ ЯВЛЯЕТСЯ</p>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>

<ul style="list-style-type: none"> 1) 5.5 2) 4.5 3) 6.9 4) 7.5 	
<p>13.ДЛЯ КРИСТАЛЛИЗАЦИИ МОЧЕКИСЛЫХ (УРАТНЫХ) МОЧЕВЫХ КАМНЕЙ ОПТИМАЛЬНОЙ PH МОЧИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) 5.5 2) 7.0 3) 4.5 и менее 4) 7.5 и более 	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>14.ПРОБА ПО ЗИМНИЦКОМУ ЦЕЛЕСООБРАЗНА</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) при коралловидных камнях почек 2) при камне чашечки почки 3) при камне лоханки почки, нарушающем уродинамику 4) при камне лоханки почки без нарушения уродинамики 	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>15.ПРИ КАМНЕ НИЖНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА 5X4 ММ, ОСЛОЖНЕННОМ ОСТРЫМ СЕРОЗНЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ, ПОКАЗАНА</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) уретеролитотомия 2) нефростомия и декапсуляция почки 3) катетеризация мочеточника, антибиотики широкого спектра действия 4) уретеролитоэкстракция 	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>16.ПРИ ЩЕЛОЧНОЙ РЕАКЦИИ МОЧИ МОГУТ ОБРАЗОВАТЬСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) фосфатные камни 2) мочекислые (уратные) камни 3) цистиновые камни 4) оксалатные камни 	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>17.РАЗВИТИЮ ОКСАЛАТУРИИ СПОСОБСТВУЕТ ВСЕ, КРОМЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) цитратных препаратов (блемарен, уралит-У и 	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>

<p>др.)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) дефицита в организме витамина B6 3) дефицита в организме витамина D2 4) хронических колитов 	
<p>18. КАМЕНЬ НИЖНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА 3 ММ, УРЕТЕРОПИЕЛОЭКТАЗИЯ (ВЫШЕ КАМНЯ). УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) прозерин подкожно 2) спазмолитические средства 3) водные нагрузки 4) УВЧ и электростимуляция мочеочника 	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>19. У БОЛЬНОГО 50 ЛЕТ ПИОНЕФРОЗ СПРАВА И КОРАЛЛОВИДНЫЙ КАМЕНЬ СЛЕВА. ЕМУ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) нефрэктомия справа 2) пиелолитотомию и нефростомию слева 3) нефрэктомия справа, пиелолитотомию и нефростомию слева одновременно # ударно-волновую литотрипсию слева 4) вмешательство не показано 	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>20. У БОЛЬНОГО 50 ЛЕТ КАМЕНЬ УРАТ (РЕНТГЕНОНЕГАТИВНЫЙ) 12X8 ММ ВЕРХНЕЙ (СРЕДНЕЙ) ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА, НАРУШАЮЩИЙ УРОДИНАМИКУ, ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ В СТАДИИ РЕМИССИИ. ЕМУ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) литолиз 2) уретеролитотомию 3) консервативное лечение 4) уретеролитоэкстракцию 	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>Раздел 4. Аномалии развития мочеполовой системы.</p>	
<p>1. К ОСЛОЖНЕНИЯМ КРИПТОРХИЗМА ОТНОСЯТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) атрофия герминативного эпителия 2) злокачественные опухоли 3) ущемление не опустившегося яичка 	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>

<p>4) правильно все перечисленное 5) правильно 2) и 3)</p>	
<p>2. ПРИ ЭКСТРОФИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ОПТИМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ 1) создание изолированного мочевого пузыря 2) пересадка изолированных мочеточников в сигмовидную кишку 3) реконструктивно-пластические операции, направленные на пластику передней стенки мочевого пузыря и брюшной стенки 4) пересадка мочеточников вместе с мочепузырным треугольником в сигмовидную кишку с антирефлюксной защитой 5) правильно 2) и 4)</p>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>3. ДЛЯ ДИВЕРТИКУЛА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМИ И ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ ЯВЛЯЮТСЯ 1) задержка мочи, мочеиспускание в два приема 2) боль в поясничной области 3) повышение температуры и артериального давления 4) чувство тяжести внизу живота 5) правильно 1) и 4)</p>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>4. ВОЗМОЖНЫЕ ВАРИАНТЫ СРАЩЕНИЯ ПОЛЮСОВ В ПОДКОВООБРАЗНОЙ ПОЧКЕ 1) посредством паренхиматозного перешейка нижних полюсов почки 2) посредством перешейка верхних полюсов почки 3) сращение только за счет фиброзной ткани 4) сращение полюсов перешейка позади аорты и нижней полой вены 5) ответы 1), 2), 3), 4) правильные</p>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>5. ПОКАЗАНИЯМИ К ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ СОЛИТАРНОЙ КИСТЫ ПОЧКИ ЯВЛЯЮТСЯ 1) постоянные боли 2) гематурия 3) малигнизация стенки кисты 4) сочетание кисты и рака почки 5) все перечисленное</p>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>6. ПАТОГЕНЕЗ СОЛИТАРНОЙ КИСТЫ СВЯЗАН</p>	<p>ОПК 4 ОПК 5</p>

<p>1) с канальцевой окклюзией (врожденной или приобретенной)</p> <p>2) с ретенцией мочи</p> <p>3) с ишемией почечной ткани</p> <p>4) все перечисленное</p> <p>5) правильно 1) и 2)</p>	ПК 5, 7 и 8
<p>7. ГУБЧАТАЯ ПОЧКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ БОЛЬШОГО ЧИСЛА МЕЛКИХ КИСТ</p> <p>1) в корковом веществе почки</p> <p>2) в корковом и мозговом веществе почки</p> <p>3) в почечных пирамидах</p> <p>4) в воротах почки</p> <p>5) в одном из полюсов почки</p>	ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8
<p>8. УДВОЕНИЕ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ - ЭТО</p> <p>1) разделение почки на два сегмента, имеющих отдельное кровоснабжение</p> <p>2) удвоение лоханки</p> <p>3) расщепление мочеточника</p> <p>4) удвоение мочеточника</p> <p>5) сочетание 2) и 4)</p>	ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8
<p>9. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ УДВОЕНИИ МОЧЕТОЧНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) пузырно-мочеточниковый рефлюкс</p> <p>2) недержание мочи вследствие эктопии устья мочеточника</p> <p>3) гидроуретеронефроз</p> <p>4) правильно 1) и 2)</p> <p>5) все перечисленное</p>	ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8
<p>10. ДИАГНОЗ УРЕТЕРОЦЕЛЕ СТАВЯТ НА ОСНОВАНИИ ДАННЫХ</p> <p>1) ультразвукового исследования</p> <p>2) экскреторной урографии</p> <p>3) нисходящей цистографии</p> <p>4) восходящей цистографии</p> <p>5) правильно 1) и 3)</p>	ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8
<p>11. ПРИЧИНАМИ ВРОЖДЕННОГО ГИДРОНЕФРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <p>1) периуретерита</p>	ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8

<p>2) высокого отхождения мочеточника и клапана мочеточника</p> <p>3) рубцовой стриктуры мочеточника и нефроптоза</p> <p>4) нижнеполярного добавочного сосуда</p> <p>5) правильно 1) и 3)</p>	
<p>12.ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕ</p> <p>1) артериальная гипертензия</p> <p>2) венозная гипертензия</p> <p>3) пиелонефрит</p> <p>4) почечно-каменная болезнь</p> <p>5) гематурия</p>	<p>ОПК 4</p> <p>ОПК 5</p> <p>ПК 5, 7 и 8</p>
<p>13.БОЛЬНАЯ 37 ЛЕТ В ТЕЧЕНИЕ 2 ЛЕТ СТРАДАЕТ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, АД - 180/110 ММ РТ. СТ. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ЗАПОДОЗРЕН ВАЗОРЕНАЛЬНЫЙ ХАРАКТЕР ГИПЕРТЕНЗИИ С ПОРАЖЕНИЕМ АРТЕРИИ ПРАВОЙ ПОЧКИ. ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА ПРЕДПОЛАГАЕТСЯ ВЫПОЛНЕНИЕ ПОЧЕЧНОЙ АНГИОГРАФИИ. КАКУЮ ЛЕЧЕБНУЮ ТАКТИКУ ВЫ ИЗБЕРЕТЕ В СЛУЧАЕ ВЫЯВЛЕНИЯ СТЕНОЗА ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ?</p> <p>1) срочная операция: пластика почечной артерии</p> <p>2) баллонная дилатация стеноза почечной артерии</p> <p>3) срочная операция: нефрэктомия со стороны стеноза</p> <p>4) ничего не делать</p>	<p>ОПК 4</p> <p>ОПК 5</p> <p>ПК 5, 7 и 8</p>
<p>14.ОПТИМАЛЬНЫМ ВОЗРАСТОМ ДЛЯ НАЧАЛА ЛЕЧЕНИЯ КРИПТОРХИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) 8-10 месяцев</p> <p>2) 1 год</p> <p>3) 2 года</p> <p>4) 3-4 года</p> <p>5) 6 лет</p>	<p>ОПК 4</p> <p>ОПК 5</p> <p>ПК 5, 7 и 8</p>
<p>15.РАЗЛИЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ФОРМЫ ГИПОСПАДИИ, КРОМЕ</p> <p>1) головчатой</p>	<p>ОПК 4</p> <p>ОПК 5</p> <p>ПК 5, 7 и 8</p>

<ul style="list-style-type: none"> 2) стволовой 3) тотальной 4) мошоночной 	
<p>16.ПРИ ГИДРОНЕФРОТИЧЕСКОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ДОБАВОЧНЫМ НИЖНЕПОЛЯРНЫМ СОСУДОМ, ОСЛОЖНЕННОЙ ОСТРЫМ СЕРОЗНЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ, ЦЕЛЕСООБРАЗНА</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) операция по Culp de Weerd 2) резекция лоханочно-мочеточникового сегмента с пиелoureteroанастомозом 3) чрезкожная пункционная нефростомия 4) операция по Фолею 5) антевазальный пиелурстероанастомоз 	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>17.ПРИ ВЫСОКОМ ОТХОЖДЕИИ МОЧЕТОЧНИКА ЦЕЛЕСООБРАЗНА ОПЕРАЦИЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) уретеролиза 2) уретерокаликoанастомоза 3) операция по Фолею 4) операция по Альбаррану 5) нефрэктомия 	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>18.НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ГИДРОНЕФРОТИЧЕСКОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ПРИ ПОДКОВООБРАЗНОЙ ПОЧКЕ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) расположение лоханки спереди почки и перегиб мочеточника через паренхиму почки 2) врожденный стеноз лоханочно-мочеточникового соустья 3) добавочный сосуд 4) периуретерит 5) клапаны мочеточника 	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>19.ЭКТОПИРОВАННОЕ УСТЬЕ МОЧЕТОЧНИКА НЕ ОТКРЫВАЕТСЯ В ПРОИЗВОДНЫХ УРОГЕНИТАЛЬНОГО СИНУСА</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) при шеечно-пузырной эктопии 2) при уретральной эктопии 	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>

<p>3) при парауретральной (вестибулярной) эктопии 4) при маточной и влагалищной эктопии</p>	
<p>20. ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ЭКТОПИИ УСТЬЯ МОЧЕТОЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) недержание мочи 2) недержание мочи 3) сочетание нормального акта мочеиспускания с недержанием мочи 4) задержка мочи 5) сочетание нормального акта мочеиспускания с недержанием мочи</p>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>Раздел 5. Опухоли почки, мочеточника, мочевого пузыря, наружных половых органов.</p>	
<p>1. К ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ ПОЧЕЧНОЙ ПАРЕНХИМЫ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ОТНОСИТСЯ</p> <p>1) аденома 2) фиброма 3) миксома 4) лейомиома</p>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>2. У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПОЧКИ НАИБОЛЬШАЯ 5-ЛЕТНЯЯ ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПОСЛЕ НЕФРЭКТОМИИ НАБЛЮДАЕТСЯ, ЕСЛИ ПЕРВЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ОПУХОЛИ БЫЛО</p> <p>1) случайно выявлена на УЗИ 2) температура 3) гематурия 4) пальпируемая опухоль</p>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>3. ОПУХОЛИ ПОЧЕЧНОЙ ПАРЕНХИМЫ ВСТРЕЧАЮТСЯ</p> <p>1) у мужчин в 2 раза чаще, чем у женщин 2) у женщин в 2 раза чаще, чем у мужчин 3) у мужчин в 5 раз чаще, чем у женщин 4) частота заболеваний одинакова</p>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>

<p>4. ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ В ОДНОМ ИЗ ПОЛЮСОВ ЕДИНСТВЕННОЙ ПОЧКИ СЛЕДУЕТ ПРЕДПРИНЯТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) нефрэктомию 2) резекцию почки 3) наблюдение за больным 4) иссечение опухоли 	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>5. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ОПУХОЛЬЮ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 6 МЕСЯЦЕВ ДО 5 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) светлоклеточный рак 2) тератома 3) саркома 4) опухоль Вильмса 	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>6. БОЛЬНОЙ МУЖЧИНА 56 ЛЕТ ОБРАТИЛСЯ К УРОЛОГУ ПОЛИКЛИНИКИ С ЖАЛОБАМИ НА ВНЕЗАПНОЕ ПОЯВЛЕНИЕ КРОВИ В МОЧЕ. СЕГОДНЯ УТРОМ В МОЧЕ БЫЛИ ЧЕРВЕОБРАЗНЫЕ СГУСТКИ КРОВИ. ГЕМАТУРИЯ ПРОДОЛЖАЕТСЯ. ДРУГИХ ЖАЛОБ НЕТ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) геморрагический цистит 2) опухоль мочевого пузыря 3) мочекаменная болезнь 4) опухоль почки 	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>7. ОСТРУЮ ЗАДЕРЖКУ МОЧЕИСПУСКАНИЯ ПРИ АДЕНОМЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВЫЗЫВАЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ФАКТОРЫ, КРОМЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) спазма сфинктера мочевого пузыря и нарушения иннервации 2) венозного застоя (конгестия) в малом тазу 3) деформации и сдавления уретры аденомой простаты 4) отека слизистой уретры и простаты 	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>8. СТАДИЮ АДЕНОМЫ ПРОСТАТЫ</p>	<p>ОПК 4</p>

<p>ОПРЕДЕЛЯЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) по степени утраты сократительной способности детрузора и количеству остаточной мочи 2) по величине аденомы предстательной железы 3) по степени нарушения функции почек 4) по имеющимся осложнениям (камни мочевого пузыря, хронический пиелонефрит и др.) 	<p>ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>9. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ДОСТОВЕРНЫЙ ДИАГНОЗ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОЗВОЛЯЮТ ПОСТАВИТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) биопсия предстательной железы 2) пальпация предстательной железы 3) биопсия костного мозга 4) исследование крови на ПСА 	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>10.ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКОМ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СТАДИИ T2НОМО ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) предстательная железа каменистой плотности без четких границ 2) недержание мочи 3) предстательная железа увеличена, безболезненна, тугоэластической консистенции, одна из долей очень плотная, бугристая, границы железы четкие 4) боли в области крестца 	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>11.ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ АНУРИИ И ГИДРОУРЕТЕРОНЕФРОЗА У БОЛЬНОГО РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОКАЗАНЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) нефростомия 2) цистостомия 3) трансуретральнаяэлектрорезекция 4) уретероцистонеостомия 	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>12.НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ПОЧЕК ПРИДАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гормональному дисбалансу 	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>

<ul style="list-style-type: none"> 2) порокам развития почек и мочевых путей 3) хроническому воспалительному процессу в почечной паренхиме 4) травме почки 	
<p>13.ПРИ ВЫБОРЕ ТИПА ОПЕРАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕОБХОДИМО ПРОИЗВЕСТИ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) ультразвуковое исследование почек и мочевых путей 2) сканирование почек 3) динамическуюсцинтиграфию почек 4) сканирование костей таза и позвоночника 	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>14.ДЛЯ I СТАДИИ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ХАРАКТЕРНЫ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) затрудненное мочеиспускание 2) азотемия 3) остаточной мочи 100 мл 4) предстательная железа увеличена, напряжена, болезненна 	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>15.ДЛЯ II СТАДИИ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) частого мочеиспускания ночью 2) остаточной мочи 100 мл 3) острой задержки мочи 4) недержания мочи 	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>16.ДЛЯ III СТАДИИ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ХАРАКТЕРНЫ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) парадоксальная ишурия 2) затрудненное мочеиспускание 3) остаточной мочи 300 мл 4) боли в промежности 	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>17.ПРИ СЕМИНОМЕ В СТАДИИ T1-2N0M0 ПОКАЗАНА</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) орхиэктомия с химиотерапией после операции 	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>

<p>2) операция Дюкена 3) химиотерапия до операции 4) лучевая терапия до операции</p>	
<p>18. ПРИ ТЕРАТОМЕ ЯИЧКА РАЗМЕРОМ 6 СМ В ДИАМЕТРЕ ПОКАЗАНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ЛЕЧЕНИЯ</p> <p>1) лучевая терапия 2) орхиэктомия 3) химиотерапия 4) комбинированное лечение орхиэктомия, полихимио- и лучевая терапия</p>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>19. УРЕТРОСКОПИЯ ПРИ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМАХ И ПАПИЛЛОМАХ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА</p> <p>1) совершенно необходима 2) не показана 3) показана при вирусных кондиломах 4) показана при невирусных кондиломах</p>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>20. ПРИ ОПУХОЛЯХ ПОЧКИ ГЕМАТУРИЯ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ</p> <p>1) терминальная (конечная) 2) инициальная (начальная) 3) тотальная 4) микрогематурия</p>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>Раздел 6. Травма мочеполовых органов</p>	
<p>1. ПРИ ТРАВМЕ ПОЧКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОВРЕЖДАЮТСЯ</p> <p>1) нижний полюс 2) передняя поверхность 3) задняя поверхность 4) сосудистая ножка</p>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>2. СРОЧНОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ПОЧКИ ПОКАЗАНО</p> <p>1) при анемии 2) при пиурии 3) при высокой температуре</p>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>

4) при шоке	
<p>3. ПРИ ТЯЖЕЛОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ПОЧКИ, ОПРЕДЕЛИВ ПАЛЬПАТОРНО НАЛИЧИЕ КОНТРАЛАТЕРАЛЬНОЙ ПОЧКИ, ХИРУРГ</p> <p>1) имеет право выполнить нефрэктомия 2) имеет право, если только почка обычных размеров 3) имеет право, если только почка подвижна 4) не имеет право выполнить нефрэктомия</p>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>4. ПРИ ТРАВМЕ ПОЧКИ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО В СЛУЧАЕ</p> <p>1) при макрогематурии 2) когда на экскреторной урограмме отсутствует выделение поврежденной почкой рентгеноконтрастного вещества 3) при нормальной функции контралатеральной почки 4) профузной гематурии со сгустками при нарастании забрюшинной гематомы</p>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>5. В СЛУЧАЕ РАЗВИТИЯ УРОСЕПСИСА ПРИ ОТКРЫТОЙ ТРАВМЕ ПОЧКИ ЛЕЧЕНИЕ ДОЛЖНО БЫТЬ</p> <p>1) консервативное - дезинтоксикационное и антибактериальное 2) оперативное - нефрэктомия 3) оперативное - дренирование забрюшинного пространства 4) оперативное- декапсуляция почки</p>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>6. ПРИ КОМБИНИРОВАННЫХ РАНЕНИЯХ ПОЧКИ ЛЕЧЕНИЕ НЕОБХОДИМО НАЧИНАТЬ С ОПЕРАЦИИ</p> <p>1) лапаротомии 2) люмботомии 3) нефрэктомии 4) нефростомии</p>	
<p>7. ДЛЯ ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ПОЧКИ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНИТЬ</p>	<p>ОПК 4 ОПК 5</p>

<ol style="list-style-type: none"> 1) обзорную рентгенографию почек и мочевых путей 2) радиоизотопную урографию и брюшную аортографию 3) хромоцистоскопию 4) экскреторную урографию и ультразвуковое исследование 	ПК 5, 7 и 8
<p>8. К ОСОБЕННОСТЯМ ПЕРИТОНИТА ПРИ ВНУТРИБРЮШНОЙ ТРАВМЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ОТНОСИТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) длительное отсутствие симптомов раздражения брюшины 2) резкая выраженность симптомов раздражения брюшины 3) тошнота, рвота 4) выраженный метеоризм 	ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8
<p>9. ПРИ ТРАВМЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ДЛЯ УШИВАНИЯ ДЕФЕКТА НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗЕН</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) двухрядный шов кетгутом 2) однорядный шов кетгутом 3) трехрядный шов кетгутом 4) двухрядный шов шелком 	ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8
<p>10. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ТРАВМ УРЕТРЫ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) экскреторная урография 2) нисходящая цистоуретрография 3) восходящая уретроцистография 4) пневмоцистография 	ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8
<p>11. ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ТРАВМЫ УРЕТРЫ НА УРЕТРОГРАММЕ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) заполнение контрастным веществом только уретры с затеком контрастного вещества 2) сдавление уретры без затеков контрастного вещества 3) затеки контрастного вещества 4) заполнение контрастным веществом только уретры без заполнения мочевого пузыря 	ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8

<p>12.ОСНОВНЫМ ВИДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РАЗРЫВЕ УРЕТРЫ И ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ТАЗА ЯВЛЯЮТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) первичный шов уретры 2) цистостомия 3) цистостома + дренирование урогематомы таза 4) постоянный катетер + дренирование урогематомы 	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>13.ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА УРЕТРЕ ПРИ СТРИКТУРАХ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНЯТЬ ПОСЛЕ ТРАВМЫ ЧЕРЕЗ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 6 месяцев 2) 3 месяца 3) 4 месяца 4) 5 месяцев 	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>14.ПРИ ПРЯМОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА И ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ ЧАЩЕ ПОВРЕЖДАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) почечная лоханка 2) мочеточник 3) почка 4) сосуды почки 	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>15.ПРИ ТРАВМЕ ЖИВОТА ИЛИ ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ БОЛЬ И МИКРОГЕМАТУРИЯ ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЗНАКАМИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) сотрясения почки (ушиб) 2) субкапсульного разрыва почки 3) двухфазногосубкапсульного разрыва почки (1 фаз) 4) всего перечисленного 	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>16.ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ (ОТРЫВЕ) СОСУДОВ ПОЧКИ НЕ НАБЛЮДАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гематурия 2) шок 3) анемия 4) падение артериального давления 	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>17.ВЫВИХ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ВОЗМОЖЕН</p>	<p>ОПК 4</p>

<ol style="list-style-type: none"> 1) в состоянии эрекции 2) при переломе костей таза 3) вне эрекции 4) при ударе в паховую область вне эрекции 	<p>ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>18.ХАРАКТЕРНЫМИ РЕТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧКИ ПО ДАННЫМ ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАММЫ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) четкойнефрограммы с ореолом "разрежения" вокруг тени почки 2) сглаженности тени края поясничной мышцы 3) перелома поперечного отростка позвонка и ребра 4) аэроколии 	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>19.ДЛЯ СУБКАПСУЛЯРНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЧКИ НЕ ХАРАКТЕРНЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) боль 2) гематурия 3) забрюшинная гематома 4) быстропроходящий шок 	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p>20.СИМПТОМАМИ ВНЕБРЮШИННОГО РАЗРЫВА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) пастозность тканей над предстательной железой при пальцевом ректальном исследовании и притупление перкуторного звука в надлобковой области без четких границ 2) наличие рентгеноконтрастной жидкости в брюшной полости при цистографии 3) симптом "Ваньки-встаньки" 4) одномоментное выделение большого количества жидкости (до 2 л и больше) при катетеризации мочевого пузыря 	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>

Ключи к тестам:

Раздел 1	
1	1
2	1
3	2
4	1
5	1
6	3
7	1
8	3
9	2
10	1
11	2
12	1
13	1
14	1
15	3
16	1
17	1
18	4
19	4
20	1

Раздел 2	
1	3
2	1
3	3
4	1
5	1
6	3
7	1
8	1
9	2
10	1
11	2
12	1
13	2

14	2
15	2
16	1
17	1
18	1
19	1
20	1

Раздел 3	
1	1
2	2
3	1
4	1
5	2
6	1
7	2
8	1
9	4
10	4
11	4
12	1
13	3
14	1
15	3
16	1
17	1
18	2
19	1
20	4

Раздел 4	
1	1
2	5
3	5
4	5
5	5
6	4
7	3

8	5
9	5
10	5
11	5
12	3
13	2
14	5
15	3
16	3
17	3
18	1
19	4
20	3

Раздел 5	
1	1
2	1
3	1
4	2
5	4
6	4
7	1
8	1
9	1
10	3
11	1
12	1
13	1
14	1
15	4
16	1
17	1
18	2
19	1
20	3

Раздел 6	
1	2
2	1
3	4
4	4
5	2
6	1
7	4
8	1
9	1
10	3
11	1
12	3
13	1
14	3
15	1
16	1
17	1
18	1
19	3
20	1

5. Критерии оценивания результатов обучения

Для тестирования:

100-90% - Отлично - Оценка «5» баллов

89-80% - Хорошо - Оценка «4» балла

79-70% - Удовлетворительно - Оценка «3» балла

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2» балла

Полный комплект оценочных средств для дисциплины «Урология» представлен на портале СДО Приволжского исследовательского медицинского университета – <https://sdo.pimunn.net/course/view.php?id=1016>