

## 1. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

по дисциплине: Урология

по специальности: 31.08.68 Урология

№ п / п	Контролируемые разделы (темы), модули дисциплины	Код контролируемой компетенции	Результаты обучения по дисциплине	Наименование оценочного средства	
				вид	количество
1	Раздел 1. Организация и обеспечение урологической службы	УК-1-3 ПК-1-12	<p><b>Знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения;</li> <li>– Общие вопросы организации в стране урологической помощи взрослым и детям, организацию работы скорой и неотложной помощи взрослому и детскому населению;</li> <li>– Организацию, оборудование и оснащение урологического кабинета поликлиники, инструментов.</li> <li>– Основы планирования, экономики, статистики в урологии.</li> <li>– Первичная медицинская документация урологических больных.</li> <li>– Планирование работы урологического кабинета поликлиники.</li> <li>– Планирование работы урологического отделения стационара.</li> <li>– Экономические показатели работы урологической службы стационара и поликлиники.</li> <li>– Нормы статистических показателей работы урологического отделения стационара.</li> <li>– Нормы статистических показателей работы урологического кабинета поликлиники.</li> <li>– Основы трудовой экспертизы урологических больных.</li> <li>– Признаки временной утраты трудоспособности у урологических больных.</li> <li>– Ориентировочные сроки нетрудоспособности при урологических заболеваниях.</li> <li>– Ориентировочные сроки стационарного лечения при урологической патологии.</li> <li>– Ориентировочные сроки амбулаторного лечения при урологической патологии.</li> <li>– Признаки стойкой утраты трудоспособности у</li> </ul>	Тестовые задания	40
				Комплект вопросов для собеседования	15
				Комплект ситуационных задач	6

			<p>урологических больных.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Взаимоотношения врачей-урологов друг с другом и врачами других специальностей.</li> <li>– Взаимоотношения врачей-урологов со средним медицинским персоналом.</li> <li>– Взаимоотношения врачей-урологов с пациентами и их родственниками.</li> <li>– Врачебная тайна.</li> <li>– <b>Уметь:</b></li> <li>– Оценить, на основании клинических, лабораторных и функциональных методов исследования степень утраты трудоспособности больных, обратившихся к урологу в ЦРБ.</li> <li>– Проводить первичную трудовую экспертизу урологических больных в условиях ЦРБ.</li> <li>– Изучить стандарты оказания медицинской помощи при основной урологической патологии.</li> <li>– Проводить трудовую экспертизу в динамике пациентов с урологической патологией.</li> <li>– Провести необходимое обследование пациентов с признаками стойкой утраты трудоспособности перед направлением в БМСЭ.</li> <li>– Оформлять медицинскую документацию</li> <li>– <b>Владеть навыками:</b></li> <li>– Оформления первичной медицинской документации.</li> <li>– профилактики заболеваний мочеполовой системы на амбулаторно-поликлиническом этапе, в урологическом кабинете поликлиники;</li> <li>– учета лиц, ожидающих и получивших специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь;</li> <li>– ведения учетной и отчетной документации, представлением отчетов о деятельности в установленном порядке, осуществлением сбора данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством;</li> </ul>		
2	Раздел 2. Клиническая физиология и анатомия мочеполовых органов	УК-1-3 ПК-1-12	<p><b>Знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Клиническая анатомия почки</li> <li>– Клиническая анатомия мочеточника</li> <li>– Клиническая анатомия мочевого пузыря</li> <li>– Клиническая анатомия уретры</li> <li>– Клиническая анатомия простаты и семенных пузырьков.</li> <li>– Клиническая анатомия яичек.</li> <li>– Клиническая анатомия семявыносящих путей.</li> <li>– Основные показатели функции почечной паренхимы.</li> <li>– Функциональная единица почки.</li> <li>– Юктагломерулярный аппарат.</li> </ul>	Тестовые задания	40
				Комплект вопросов для собеседования	28
				Комплект	6

			<ul style="list-style-type: none"> <li>– Физиология чашечно-лоханочной системы</li> <li>– Физиология мочеточников</li> <li>– Физиологические показатели мочевого пузыря.</li> <li>– Физиологические показатели уретры.</li> <li>– Понятие физиологической длины уретры</li> <li>– Физиология акта мочеиспускания</li> <li>– Физиология удержания мочи.</li> <li>– Физиология предстательной железы</li> <li>– Физиология яичек, продукция тестостерона</li> <li>– Сперматогенез.</li> <li>– Физиология семявыносящих путей.</li> <li>– Физиология придаточных желез мужской половой системы</li> </ul> <p><b>Уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Использовать данные анатомии и физиологии для лечения заболеваний почек.</li> <li>– Использовать данные анатомии и физиологии для лечения заболеваний мочеточников.</li> <li>– Использовать данные анатомии и физиологии для лечения заболеваний мочевого пузыря</li> <li>– Использовать данные анатомии и физиологии для лечения заболеваний простаты</li> <li>– Использовать данные анатомии и физиологии для лечения заболеваний уретры</li> <li>– Использовать данные анатомии и физиологии для лечения заболеваний яичек.</li> </ul> <p>–</p> <p><b>Владеть:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– навыками работы в области почек;</li> <li>– навыками работы в области мочеточников;</li> <li>– навыками работы в области мочевого пузыря;</li> <li>– навыками работы в области уретры;</li> <li>– навыками работы в области простаты;</li> <li>– навыками работы в области яичек;</li> </ul>	ситуационных задач	
3	Раздел 3. Семиотика и методы диагностики	УК-1-3 ПК-1-12	<p><b>Знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Почечная колика</li> <li>– Боль при заболеваниях мочевого пузыря</li> <li>– Боль при заболеваниях уретры</li> <li>– Боль при заболеваниях предстательной железы.</li> <li>– Боль при заболеваниях яичек</li> <li>– Дифференциальная диагностика боли</li> <li>– Качественные изменения мочи</li> <li>– Изменения плотности мочи</li> <li>– Лейкоцитурия</li> <li>– Эритроцитурия</li> <li>– Кристаллурия.</li> <li>– Протеинурия</li> <li>– Цилиндрурия</li> </ul>	Тестовые задания  Комплект вопросов для собеседования  Комплект ситуационных задач	40  43  6

		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Другие отклонения состава мочи</li> <li>– Количественные изменения мочи</li> <li>– Полиурия</li> <li>– Олигурия</li> <li>– Анурия</li> <li>– Нарушения мочеиспускания</li> <li>– Дизурия</li> <li>– Поллакиурия</li> <li>– Странгурия</li> <li>– Никтурия</li> <li>– Другие нарушения</li> <li>– Лучевая диагностика</li> <li>– Рентгенологическое исследование почек.</li> <li>– Рентгенологическое исследование мочеточников.</li> <li>– Рентгенологическое исследование мочевого пузыря.</li> <li>– Рентгенологическое исследование уретры.</li> <li>– Рентгенологическое исследование мужских половых органов.</li> <li>– Ультразвуковая диагностика</li> <li>– Ультразвуковая диагностика почек и мочеточников</li> <li>– Ультразвуковая диагностика мочевого пузыря</li> <li>– Ультразвуковая диагностика простаты</li> <li>– Ультразвуковая диагностика яичек</li> <li>– Ультразвуковая диагностика сосудов почек и полового члена.</li> <li>– Радиоизотопная диагностика</li> <li>– Нефросцинтиграфия.</li> <li>– Радиоизотопная диагностика яичек</li> <li>– Другие методы диагностики</li> <li>– МРТ диагностика в урологии</li> <li>– ПЭТ в урологии</li> <li>– Редкие методы исследований.</li> </ul> <p><b>Уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Интерпретировать качественные изменения мочи</li> <li>– Интерпретировать количественные изменения мочи.</li> <li>– Интерпретировать нарушения мочеиспускания</li> <li>– Интерпретировать рентгенологическое исследование почек</li> <li>– Интерпретировать рентгенологическое исследование мочеточников</li> <li>– Интерпретировать рентгенологическое исследование мочевого пузыря</li> </ul>	ЦИОН- НЫХ за- дач	
--	--	---	-------------------------	--

			<ul style="list-style-type: none"> <li>– Интерпретировать рентгенологическое исследование уретры</li> <li>– Интерпретировать ультразвуковую диагностику почек и мочеточников</li> <li>– Интерпретировать ультразвуковую диагностику мочевого пузыря</li> <li>– Интерпретировать ультразвуковую диагностику простаты</li> <li>– Интерпретировать ультразвуковую диагностику яичек</li> <li>– Интерпретировать радиоизотопную диагностику</li> </ul> <p><b>Владеть:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Навыками купирования почечной колики</li> <li>– Навыками компенсации количественных изменений мочи</li> <li>– Навыками лучевого обследования урологических больных</li> <li>– Навыками ультразвуковой диагностики урологических больных</li> </ul>		
4	Раздел 4. Методы лечения в урологии	УК-1-3 ПК-1-12	<p><b>Знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Оперативные вмешательства на почках и мочеточниках</li> <li>– Открытые вмешательства на почках</li> <li>– Открытые вмешательства на мочеточниках</li> <li>– Эндоскопические вмешательства на почках</li> <li>– Эндоскопические вмешательства на почках</li> <li>– Оперативные вмешательства на мочевом пузыре</li> <li>– Открытые вмешательства на мочевом пузыре</li> <li>– Эндоскопические вмешательства на мочевом пузыре</li> <li>– Оперативные вмешательства на мужской половой системе</li> <li>– Вмешательства на мужской уретре</li> <li>– Вмешательства на простате</li> <li>– Вмешательства на мошонке</li> <li>– Вмешательства на половом члене</li> <li>– Антибактериальная терапия воспалительных заболеваний мочевыводящих путей</li> <li>– Принципы антибактериальной терапии воспалительных заболеваний почек.</li> <li>– Принципы антибактериальной терапии внутрипросветных воспалительных заболеваний.</li> <li>– Антибактериальная терапия воспалительных заболеваний мужской половой системы</li> </ul>	Тестовые задания	40
				Комплект вопросов для собеседования	36
				Комплект ситуационных задач	7

		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Принципы антибактериальной терапии воспалительных заболеваний простаты.</li> <li>– Принципы антибактериальной терапии воспалительных заболеваний мужской уретры.</li> <li>– Принципы антибактериальной терапии воспалительных заболеваний яичек.</li> <li>– Диетотерапия</li> <li>– Диетотерапия заболеваний почек.</li> <li>– Диетотерапия после различных хирургических вмешательств .</li> <li>– Санаторно-курортное лечение.</li> <li>– Санаторно-курортное лечение при заболеваниях почек.</li> <li>– Санаторно-курортное лечение при заболеваниях мочевого пузыря.</li> <li>– Санаторно-курортное лечение при заболеваниях простаты.</li> <li>– Лечебная физкультура.</li> <li>– ЛФК при патологии почек.</li> <li>– ЛФК при патологии удержания мочи.</li> <li>– Физиотерапия.</li> <li>– Физиотерапевтическое лечение заболеваний верхних мочевыводящих путей.</li> <li>– Физиотерапевтическое лечение заболеваний мочевого пузыря.</li> <li>– Физиотерапевтическое лечение заболеваний простаты.</li> </ul> <p><b>Уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>–Основные вмешательства на почках и мочеточниках</li> <li>–Основные вмешательства на мочевом пузыре</li> <li>–Основные вмешательства на мужской половой системе</li> <li>–Назначить антибактериальную терапию воспалительных заболеваний мочевыводящих путей</li> <li>– Назначить диетотерапию</li> <li>– Назначить санаторно-курортное лечение</li> <li>–Назначить ЛФК</li> <li>–Назначить физиотерапию</li> </ul> <p><b>Владеть:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>–навыками проведения вмешательства на мужской уретре</li> <li>–навыками проведения вмешательства на простате</li> <li>–навыками проведения вмешательства на мошонке</li> <li>–навыками проведения вмешательства на половом члене</li> <li>– принципами антибактериальной терапии воспалительных заболеваний мочевыводящих путей</li> </ul>		
--	--	--	--	--

5	Раздел 5. Аномалии мочеполовых органов	УК-1-3 ПК-1-12	<p><b>Знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>–Эмбриогенез мочеполовых органов.</li> <li>–Эмбриогенез почек.</li> <li>–Эмбриогенез мочеточников.</li> <li>–Эмбриогенез мочевого пузыря.</li> <li>–Эмбриогенез мужской половой системы.</li> <li>–Аномалии почек.</li> <li>–Аномалии положения почек.</li> <li>–Аномалии количества почек.</li> <li>–Аномалии мочеточников.</li> <li>–Аномалии положения мочеточников</li> <li>–Аномалии количества мочеточников</li> <li>–Гидронефроз.</li> <li>–Обструктивная уропатия.</li> <li>–Рефлюкс-уропатия</li> <li>–Простая киста почки.</li> <li>–Классификация кист почек.</li> <li>–Кисты паренхимы почек.</li> <li>–Кисты почечного синуса</li> <li>–Нефроптоз.</li> <li>–Диагностика и консервативное ведение нефроптоза.</li> <li>–Хирургическое лечение нефроптоза</li> <li>–Нефрогенная артериальная гипертензия.</li> <li>–Патогенез нефрогенной артериальной гипертензии.</li> <li>–Диагностика причин нефрогенной артериальной гипертензии.</li> <li>–Лечение нефрогенной артериальной гипертензии.</li> <li>–Аномалии мочевого пузыря и уретры.</li> <li>–Экстрафия мочевого пузыря.</li> <li>–Другие аномалии развития мочевого пузыря.</li> <li>–Эписпадия.</li> <li>–Гипоспадия.</li> <li>–Клапаны уретры.</li> <li>–Другие аномалии развития уретры.</li> <li>–Аномалии половых органов.</li> <li>–Крипторхизм.</li> <li>–Другие аномалии развития яичек.</li> <li>–Аномалии развития семявыносящих путей.</li> <li>–Аномалии развития полового члена.</li> <li>–Другие редкие аномалии половых органов</li> <li>–Варикоцеле.</li> </ul> <p><b>Уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>–Выявлять аномалии почек.</li> <li>–Выявлять аномалии положения почек.</li> <li>–Выявлять аномалии количества почек.</li> <li>–Выявлять аномалии мочеточников.</li> <li>–Выявлять аномалии положения мочеточников</li> <li>–Выявлять аномалии количества мочеточников</li> <li>–Выявлять гидронефроз.</li> </ul>	Тестовые задания	40
				Комплект вопросов для собеседования	48
				Комплект ситуационных задач	8

			<ul style="list-style-type: none"> <li>–Выявлять обструктивная уропатия.</li> <li>–Выявлять рефлюкс-уропатия</li> <li>–Выявлять простая киста почки.</li> <li>–Выявлять нефроптоз</li> <li>–Выявлять нефрогенная артериальная гипертензия</li> <li>–Выявлять аномалии мочевого пузыря и уретры</li> <li>–Выявлять аномалии половых органов</li> <li>–Выявлять варикоцеле.</li> </ul> <p><b>Владеть:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>–навыками диагностики и лечения аномалии почек</li> <li>–навыками диагностики и лечения аномалии положения почек</li> <li>–навыками диагностики и лечения аномалии количества почек</li> <li>–навыками диагностики и лечения аномалии мочеточников</li> <li>–навыками диагностики и лечения гидронефроза</li> <li>–навыками диагностики и лечения простая киста почки</li> <li>–навыками диагностики и лечения нефроптоза</li> <li>–навыками диагностики и лечения нефрогенная артериальная гипертензия</li> <li>–навыками диагностики и лечения аномалии мочевого пузыря и уретры</li> <li>–навыками диагностики и лечения аномалии мочевого пузыря и уретры</li> <li>–навыками диагностики и лечения аномалии половых органов</li> <li>–навыками диагностики и лечения варикоцеле</li> </ul>		
6	Раздел 6. Воспалительные заболевания	УК-1-3 ПК-1-12	<p><b>Знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Острый пиелонефрит.</li> <li>– Этиология острого пиелонефрита.</li> <li>– Классификация острого пиелонефрита.</li> <li>– Патогенез острого пиелонефрита.</li> <li>– Диагностика острого пиелонефрита.</li> <li>– Консервативная терапия острого пиелонефрита.</li> <li>– Хирургические методы лечения острого пиелонефрита.</li> <li>– Прогноз и реабилитация больных после острого пиелонефрита.</li> <li>– Хронический пиелонефрит.</li> <li>– Этиология хронического пиелонефрита.</li> <li>– Классификация хронического пиелонефрита.</li> <li>– Патогенез хронического пиелонефрита.</li> <li>– Диагностика хронического пиелонефрита.</li> <li>– Консервативная терапия хронического пиелонефрита.</li> </ul>	Тестовые задания	40
				Комплект вопросов для собеседования	53
				Комплект ситуационных задач	6

		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Прогноз и реабилитация больных хронического пиелонефрита.</li> <li>– Бактериотоксический шок при урологических заболеваниях.</li> <li>– Этиология и патогенез бактериотоксического шока.</li> <li>– Клиника и диагностика бактериотоксического шока.</li> <li>– Лечение и профилактика бактериотоксического шока</li> <li>– Воспалительные заболевания брюшинной клетчатки.</li> <li>– Этиология и патогенез паранефрита.</li> <li>– Клиника и диагностика паранефрита.</li> <li>– Лечение паранефрита.</li> <li>– Болезнь Ормонда.</li> <li>– Этиология и патогенез болезни Ормонда.</li> <li>– Клиника и диагностика болезни Ормонда.</li> <li>– Лечение болезни Ормонда.</li> <li>– Цистит острый.</li> <li>– Этиология, классификация острого цистита.</li> <li>– Клиника и диагностика острого цистита.</li> <li>– Лечение и профилактика острого цистита.</li> <li>– Хронический цистит.</li> <li>– Этиология, классификация хронического цистита.</li> <li>– Клиника и диагностика хронического цистита.</li> <li>– Лечение и профилактика обострений хронического цистита.</li> <li>– Интерстициальный цистит.</li> <li>– Уретрит.</li> <li>– Острый уретрит: этиология, патогенез, клиника.</li> <li>– Острый уретрит: диагностика, лечение.</li> <li>– Хронический уретрит: этиология, патогенез, клиника.</li> <li>– Хронический уретрит: диагностика, лечение.</li> <li>– Специфические уретриты.</li> <li>– Простатит.</li> <li>– Классификация простатита.</li> <li>– Острый простатит.</li> <li>– Хронический бактериальный простатит.</li> <li>– Хронический абактериальный простатит.</li> <li>– Простатодиния.</li> <li>– Орхит, эпидидимит, фуникулит.</li> <li>– Острый орхит.</li> <li>– Хронический орхит.</li> <li>– Хронический эпидидимит.</li> <li>– Фуникулит.</li> </ul> <p><b>Уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Диагностировать и лечить острый пиелонефрит</li> </ul>		
--	--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> <li>– Диагностировать и лечить хронический пиелонефрит</li> <li>– Диагностировать и лечить паранефрит</li> <li>– Диагностировать и лечить цистит</li> <li>– Диагностировать и лечить уретрит</li> <li>– Диагностировать и лечить простатит</li> <li>– Диагностировать и лечить орхоэпидимит.</li> </ul> <p><b>Владеть:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Диагностики и лечения острого пиелонефрита</li> <li>– Диагностики и лечения хронический пиелонефрит</li> <li>– Диагностики и лечения паранефрит</li> <li>– Диагностики и лечения цистит</li> <li>– Диагностики и лечения уретрит</li> <li>– Диагностики и лечения простатит</li> <li>– Диагностики и лечения орхоэпидимит.</li> </ul>		
7	Раздел 7. Мочекаменная болезнь	УК-1-3 ПК-1-12	<p><b>Знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Этиология мочекаменной болезни.</li> <li>– Алиментарные факторы.</li> <li>– Природно-климатические факторы.</li> <li>– Ферментопатии.</li> <li>– Эндокринопатии.</li> <li>– Прочие факторы развития МКБ.</li> <li>– Патогенез мочекаменной болезни.</li> <li>– Теории формирования конкрементов.</li> <li>– Роль воспаления мочевыводящих путей в образовании камней.</li> <li>– Камни почек.</li> <li>– Клиника камней чашечек почек.</li> <li>– Клиника камней лоханок почек</li> <li>– Клиника коралловидных камней.</li> <li>– Методы диагностики камней почек.</li> <li>– Камни мочеточников.</li> <li>– Клиника камней верхних третей мочеточников.</li> <li>– Клиника камней средних третей мочеточников.</li> <li>– Клиника камней нижних третей мочеточников.</li> <li>– Методы диагностики камней мочеточников.</li> <li>– Камни мочевого пузыря.</li> <li>– Клиника камней мочевого пузыря.</li> <li>– Методы диагностики камней мочевого пузыря.</li> <li>– Камни уретры.</li> <li>– Клиника камней уретры.</li> <li>– Методы диагностики камней уретры.</li> <li>– Малоинвазивные методы лечения.</li> <li>– Внутрипросветная хирургия камней почек.</li> <li>– Внутрипросветная хирургия камней мочеточников.</li> <li>– Внутрипросветная хирургия камней мочевого пузыря.</li> <li>– Внутрипросветная хирургия камней уретры.</li> </ul>	Тестовые задания	40
				Комплект вопросов для собеседования	50
				Комплект ситуационных задач	6

			<ul style="list-style-type: none"> <li>–Лапароскопическая хирургия камней верхних мочевыводящих путей.</li> <li>–Перкутанная нефролитотрипсия</li> <li>–Открытое хирургическое лечение.</li> <li>–Открытая хирургия камней почек.</li> <li>–Открытая хирургия камней мочеточников.</li> <li>–Открытая хирургия камней мочевого пузыря.</li> <li>–Открытая хирургия камней уретры.</li> <li>–Консервативная терапия.</li> <li>–Литокинетическая терапия.</li> <li>–Литолитическая терапия.</li> <li>–Симптоматическая терапия.</li> <li>–Другие виды консервативного лечения.</li> <li>–Дистанционная литотрипсия.</li> <li>–Общие принципы дистанционной литотрипсии.</li> <li>–Показания и противопоказания к проведению дистанционной литотрипсии.</li> <li>–Ведение больных после дистанционной литотрипсии.</li> <li>–Осложнения дистанционной литотрипсии.</li> <li>–Профилактика МКБ.</li> <li>–Принципы метафилактики.</li> <li>–Диетотерапия.</li> <li>–Бальнеотерапия.</li> </ul> <p><b>Уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Назначать методы диагностики камней почек.</li> <li>– Назначать методы диагностики камней мочеточников</li> <li>– Назначать методы диагностики камней мочевого пузыря</li> <li>– Назначать методы диагностики камней уретры</li> </ul> <p><b>Владеть:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>–навыками консервативного и хирургического лечения камней почек</li> <li>–навыками консервативного и хирургического лечения камней мочеточников</li> <li>–навыками консервативного и хирургического лечения камней мочевого пузыря</li> <li>–навыками консервативного и хирургического лечения камней уретры</li> </ul>		
8	Раздел 8. Фтизиоурология	УК-1-3 ПК-1-12	<p><b>Знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Проблемы развития фтизиоурологии.</li> <li>–Фтизиоурологическая служба в Российской Федерации.</li> <li>–Актуальность проблемы мочевого туберкулеза.</li> <li>–Туберкулёз почек и верхних мочевых путей.</li> </ul>	Тестовые задания	40
				Комплект	20

			<ul style="list-style-type: none"> <li>– Пути инфицирования верхних мочевыводящих путей и почки.</li> <li>– Классификация туберкулеза почки.</li> <li>– Клиника туберкулеза почек и мочеточников.</li> <li>– Диагностика туберкулеза почек и мочеточников.</li> <li>– Лечение туберкулеза почек и мочеточников.</li> <li>– Прогноз, реабилитация и диспансеризация.</li> <li>– Туберкулез нижних мочевыводящих путей</li> <li>– Пути инфицирования нижних мочевыводящих путей.</li> <li>– Клиника туберкулеза нижних мочевыводящих путей.</li> <li>– Диагностика туберкулеза нижних мочевыводящих путей.</li> <li>– Лечение туберкулеза нижних мочевыводящих путей.</li> <li>– Прогноз, реабилитация и диспансеризация.</li> <li>– Туберкулез мужской половой системы.</li> <li>– Пути инфицирования мужской половой системы.</li> <li>– Клиника, диагностика, лечение туберкулеза мужской половой системы.</li> <li>– Прогноз, реабилитация и диспансеризация.</li> </ul> <p><b>Уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Проводить диагностику туберкулеза почек и мочеточников</li> <li>– Проводить диагностику туберкулеза нижних мочевыводящих путей</li> <li>– Проводить диагностику туберкулеза мужской половой системы</li> <li>– Проводить диагностику</li> </ul> <p><b>Владеть:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Методами консервативного и хирургического лечения туберкулеза почек и мочеточников</li> <li>– Методами консервативного и хирургического лечения туберкулеза нижних мочевыводящих путей</li> <li>– Методами консервативного и хирургического лечения туберкулеза мужской половой системы</li> </ul>	<p>вопросов для собеседования</p> <p>Комплект ситуационных задач</p>	5
9	Раздел 9. Травма мочеполовых органов	УК-1-3 ПК-1-12	<p><b>Знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Травма почек.</li> <li>– Этиология и классификация травм почки.</li> <li>– Клиника и диагностика травм почки.</li> <li>– Лечение и прогноз травм почки</li> <li>– Травма мочеточников.</li> <li>– Этиология и классификация травм мочеточника.</li> <li>– Клиника и диагностика травм мочеточника.</li> <li>– Лечение и прогноз травм мочеточника.</li> <li>– Классификация, клиника травм мочевого пузыря.</li> <li>– Классификация травм мочевого пузыря.</li> </ul>	<p>Тестовые задания</p> <p>Комплект вопросов для собеседования</p>	40  27  7

			<ul style="list-style-type: none"> <li>–Клиническая картина травм мочевого пузыря.</li> <li>–Диагностика и лечение травм мочевого пузыря.</li> <li>–Алгоритм обследования больных с травмой мочевого пузыря.</li> <li>–Методы лечения травм мочевого пузыря.</li> <li>–Классификация, клиника травм</li> <li>–Классификация травм уретры.</li> <li>–Клиническая картина травм уретры.</li> <li>–Диагностика и лечение травм</li> <li>–Алгоритм обследования больных с травмой уретры.</li> <li>–Методы лечения травм уретры.</li> <li>–Травма мошонки.</li> <li>–Виды травм мошонки.</li> <li>–Клиника и диагностика травм мошонки.</li> <li>–Методы лечения травм мошонки.</li> <li>–Травма полового члена</li> <li>–Клиника и диагностика травм полового члена.</li> <li>–Методы лечения травм полового члена.</li> </ul> <p><b>Уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Проводить диагностику травм почек</li> <li>–Проводить диагностику травм мочеточника</li> <li>–Проводить диагностику травм мочевого пузыря</li> <li>–Проводить диагностику травм уретры</li> <li>–Проводить диагностику травм мошонки</li> <li>–Проводить диагностику травм полового члена</li> </ul> <p><b>Владеть:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– навыками консервативного и хирургического лечения травм почек</li> <li>– навыками консервативного и хирургического лечения травм мочеточника</li> <li>– навыками консервативного и хирургического лечения травм мочевого пузыря</li> <li>– навыками консервативного и хирургического лечения травм уретры</li> <li>– навыками консервативного и хирургического лечения травм мошонки</li> <li>– навыками консервативного и хирургического лечения травм полового члена</li> </ul>	Комплект ситуационных задач	
10	Раздел 10. Уроонкология	УК-1-3 ПК-1-12	<p><b>Знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>–Организация уроонкологической помощи в РФ.</li> <li>–Структура помощи пациентам с онкоурологическими заболеваниями.</li> <li>–Российское общество онкоурологов.</li> <li>–Научно-методические вопросы.</li> <li>–Проблемы развития оперативных методов лечения.</li> <li>–Развитие консервативных методов лечения онкоурологических заболеваний.</li> <li>–Доброкачественные опухоли паренхимы почек.</li> </ul>	Тестовые задания  Комплект вопросов для собеседования	40  70

		<ul style="list-style-type: none"> <li>–Виды доброкачественных опухолей паренхимы почки.</li> <li>–Клиника доброкачественных опухолей паренхимы почки.</li> <li>–Диагностика доброкачественных опухолей паренхимы почки.</li> <li>–Лечение доброкачественных опухолей паренхимы почки.</li> <li>–Прогноз, диспансеризация.</li> <li>–Злокачественные новообразования паренхимы почек.</li> <li>–Классификация злокачественных опухолей почек.</li> <li>–Классификация по TNM.</li> <li>–Клиника злокачественных опухолей почек.</li> <li>–Диагностика злокачественных опухолей почек.</li> <li>–Хирургическое лечение злокачественных опухолей почек.</li> <li>–Консервативное лечение злокачественных опухолей почек.</li> <li>–Прогноз, диспансеризация.</li> <li>–Злокачественные опухоли лоханки и мочеточника.</li> <li>–Классификация злокачественных опухолей лоханки и мочеточника.</li> <li>–Клиника злокачественных опухолей лоханки и мочеточника.</li> <li>–Диагностика злокачественных опухолей лоханки и мочеточника.</li> <li>–Лечение злокачественных опухолей лоханки и мочеточника.</li> <li>–Прогноз и диспансеризация.</li> <li>–Доброкачественные опухоли лоханки и мочеточника.</li> <li>–Классификация, клиника, диагностика.</li> <li>–Лечение, прогноз.</li> <li>–Доброкачественные опухоли забрюшинного пространства</li> <li>–Классификация, клиника, диагностика.</li> <li>–Лечение, прогноз.</li> <li>–Злокачественные опухоли забрюшинного пространства</li> <li>–Классификация, клиника, диагностика.</li> <li>–Лечение, прогноз.</li> <li>–Доброкачественные опухоли мочевого пузыря.</li> <li>–Классификация, клиника, диагностика.</li> <li>–Лечение, прогноз.</li> <li>–Злокачественные опухоли мочевого пузыря.</li> <li>–Классификация по TNM</li> <li>–Клиника злокачественных опухолей мочевого пузыря.</li> </ul>	Ком-плект ситуационных задач	6
--	--	---	------------------------------	---

		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Диагностика злокачественных опухолей мочевого пузыря.</li> <li>– Лечение злокачественных опухолей мочевого пузыря.</li> <li>– Прогноз, диспансеризация злокачественных опухолей мочевого пузыря.</li> <li>– Опухоли уретры.</li> <li>– Классификация, клиника, диагностика.</li> <li>– Лечение, прогноз.</li> <li>– Доброкачественные опухоли предстательной железы.</li> <li>– Классификация, клиника, диагностика.</li> <li>– Лечение, прогноз.</li> <li>– Злокачественные опухоли предстательной железы.</li> <li>– Возможные этиологические факторы и распространенность злокачественных опухолей простаты.</li> <li>– Патогенез злокачественных опухолей простаты.</li> <li>– Клиника злокачественных опухолей простаты.</li> <li>– Диагностика злокачественных опухолей простаты.</li> <li>– Хирургическое лечение злокачественных опухолей простаты.</li> <li>– Консервативная терапия злокачественных опухолей простаты.</li> <li>– Прогноз, диспансеризация.</li> <li>– Опухоли наружных мужских половых органов.</li> <li>– Классификация, клиника, диагностика.</li> <li>– Лечение, прогноз.</li> <li>– Гиперплазия простаты</li> <li>– Этиология и распространенность гиперплазии простаты.</li> <li>– Патогенез гиперплазии простаты.</li> <li>– Клиника гиперплазии простаты.</li> <li>– Диагностика гиперплазии простаты.</li> <li>– Консервативная терапия гиперплазии простаты.</li> <li>– Хирургическое лечение гиперплазии простаты.</li> <li>– Диспансеризация больных с гиперплазией простаты.</li> </ul> <p><b>Уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Проводить диагностику опухолей почек</li> <li>– Проводить диагностику опухолей лоханки и мочеочника</li> <li>– Проводить диагностику опухолей мочевого пузыря</li> <li>– Проводить диагностику опухолей простаты</li> <li>– Проводить диагностику опухолей уретры</li> <li>– Проводить диагностику опухолей полового члена</li> <li>– Проводить диагностику гиперплазии простаты</li> </ul> <p><b>Владеть:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– навыками консервативного и хирургического лечения опухолей почек</li> </ul>		
--	--	---	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> <li>– навыками консервативного и хирургического лечения опухолей лоханки и мочеочника</li> <li>– навыками консервативного и хирургического лечения опухолей мочевого пузыря</li> <li>– навыками консервативного и хирургического лечения опухолей простаты</li> <li>– навыками консервативного и хирургического лечения опухолей уретры</li> <li>– навыками консервативного и хирургического лечения опухолей полового члена</li> <li>– навыками консервативного и хирургического лечения гиперплазии простаты</li> </ul>		
1 1	Раздел 11. Урогинекология	УК-1-3 ПК-1-12	<p><b>Знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>–Проблемы развития урогинекологии. Беременность и урологические заболевания.</li> <li>–Взаимодействие урологов и гинекологов при ведении больных с сочетанной патологией.</li> <li>–Изменения мочевыводящих путей при беременности.</li> <li>–Течение хронических урологических заболеваний во время беременности.</li> <li>–Изменение мочевой системы при заболеваниях женских половых органов</li> <li>–Связь воспалительных заболеваний нижних мочевыводящих путей и воспалений женских гениталий.</li> <li>–Вторичные поражения мочевыводящих путей опухолями гениталий у женщин.</li> <li>–Изменения мочевыводящих путей в менопаузу.</li> <li>–Повреждения мочеполовых органов в акушерской и гинекологической практике. Мочеполовые свищи и недержание мочи.</li> <li>–Ятрогенные травмы мочевыводящих путей при вмешательствах на матке и яичниках</li> <li>–Ятрогенные травмы мочевыводящих путей при вмешательствах на влагалище и наружных половых органах</li> <li>–Виды мочеполовых свищей.</li> <li>–Хирургическое и консервативное лечение мочеполовых свищей.</li> <li>–Недержание мочи, вызванное гинекологическими вмешательствами.</li> <li>–Профилактика урологических осложнений в акушерской и гинекологической практике. Вопросы трудовой экспертизы и реабилитации в урогинекологии.</li> <li>–Профилактика урологических осложнений при вмешательствах на матке и яичниках.</li> <li>–Профилактика урологических осложнений при родах.</li> </ul>	Тестовые задания  Комплект вопросов для собеседования  Комплект ситуационных задач	40  19  6

			<p>– Оценка степени нарушения функции мочевыводящей системы в следствие осложнений после гинекологических вмешательств.</p> <p>– Диспансеризация и реабилитация урогинекологических больных</p> <p><b>Уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Проводить диагностику изменения мочевыводящих путей при беременности</li> <li>– Проводить диагностику вторичных поражений мочевыводящих путей опухолями гениталий у женщин</li> <li>– Проводить диагностику изменение мочевого системы при заболеваниях женских половых органов</li> <li>– Проводить диагностику ятрогенных травм мочевыводящих путей при гинекологических вмешательствах</li> <li>– Проводить диспансеризацию и реабилитацию урогинекологических больных</li> </ul> <p><b>Владеть:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– навыками консервативного и хирургического лечения изменений мочевыводящих путей при беременности</li> <li>– навыками консервативного и хирургического лечения вторичных поражений мочевыводящих путей опухолями гениталий у женщин</li> <li>– навыками консервативного и хирургического лечения изменение мочевого системы при заболеваниях женских половых органов</li> <li>– навыками консервативного и хирургического лечения ятрогенных травм мочевыводящих путей при гинекологических вмешательствах</li> </ul>		
1	Раздел 12. Неотложная урология	УК-1-3 ПК-1-12	<p><b>Знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Почечная колика.</li> <li>– Этиология синдрома почечной колики.</li> <li>– Диагностика почечной колики.</li> <li>– Дифференциальная диагностика почечной колики.</li> <li>– Экстренные мероприятия при почечной колике.</li> <li>– Гематурия.</li> <li>– Этиология гематурии.</li> <li>– Диагностика причин гематурии.</li> <li>– Неотложные мероприятия при гематурии.</li> <li>– Тактика при уретроррагии.</li> <li>– Анурия.</li> <li>– Классификация.</li> <li>– Диагностика причин.</li> <li>– Неотложные мероприятия</li> <li>– Дифференциальная диагностика</li> <li>– Острая задержка мочи.</li> <li>– Этиология.</li> <li>– Тактика лечения.</li> </ul>	Тестовые задания	40
2				Комплект вопросов для собеседования	20
				Комплект ситуационных задач	6

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Неотложная помощь.</li> </ul> <p><b>Уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Проводить диагностику почечной колики</li> <li>- Проводить диагностику гематурии</li> <li>- Проводить диагностику при уретроррагии</li> <li>- Проводить диагностику ишурии</li> </ul> <p><b>Владеть:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- навыками консервативного и хирургического лечения почечной колики</li> <li>- навыками консервативного и хирургического лечения гематурии</li> <li>- навыками консервативного и хирургического лечения при уретроррагии</li> <li>- навыками консервативного и хирургического лечения ишурии</li> </ul>		
1 3	Раздел 13. Нейроурология	УК-1-3 ПК-1-12	<p><b>Знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Общие вопросы диагностики и терапии невроурологии.</li> <li>- Нейрофункциональная диагностика в урологии</li> <li>- Терапевтические подходы к лечению невроурологической патологии.</li> <li>- Нейроанатомия мочевыделительной системы.</li> <li>- Нейроанатомия верхних мочевыводящих путей</li> <li>- Нейроанатомия мочевого пузыря.</li> <li>- Нейроанатомия мужской половой системы.</li> <li>- Нейрогенный мочевой пузырь.</li> <li>- Этиология, патогенез, клиника.</li> <li>- Диагностика, лечение.</li> <li>- Нейрогенные расстройства мочеиспускания.</li> <li>- Этиология, патогенез, клиника.</li> <li>- Диагностика, лечение.</li> <li>- Ночное недержание мочи.</li> <li>- Этиология, патогенез, клиника.</li> <li>- Диагностика, лечение.</li> <li>- Заболевания с одновременным поражением почек и центральной нервной системы.</li> <li>- Состояние нервной системы при ХПН.</li> <li>- Воздействие поражений нервной системы на мочевыводящие пути.</li> <li>- Болезнь Гиппель-Линдау.</li> <li>- Клиническая картина.</li> <li>- Диагностика и лечение.</li> <li>- Нарушения в мочеполовой сфере при различных заболеваниях и травмах нервной системы.</li> <li>- Нарушения в мочеполовой сфере при травмах центральной нервной системы.</li> <li>- Нарушения в мочеполовой сфере при травмах периферической нервной системы.</li> <li>- Рассеянный склероз. Позвоночно-спинномозговая травма.</li> </ul>	Тестовые задания	40
				Комплект вопросов для собеседования	28
				Комплект ситуационных задач	6

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Изменения мочевыводящих путей на фоне рассеянного склероза.</li> <li>- Изменения работы сфинктерно-детрузорного аппарата в зависимости от уровня поражения спинного мозга.</li> </ul> <p><b>Уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Проводить нейрофункциональную диагностику в урологии</li> <li>- Проводить диагностику нейрогенного мочевого пузыря</li> <li>- Проводить диагностику нейрогенных расстройств мочеиспускания</li> <li>- Проводить диагностику ночного недержания мочи</li> <li>- Проводить диагностику состояние нервной системы при ХПН</li> <li>- Проводить диагностику болезни Гиппель-Линдау</li> <li>- Проводить диагностику нарушений в мочеполовой сфере при травмах центральной нервной системы</li> <li>- Проводить диагностику нарушения в мочеполовой сфере при травмах периферической нервной системы</li> <li>- Проводить диагностику изменения работы сфинктерно-детрузорного аппарата в зависимости от уровня поражения спинного мозга</li> </ul> <p><b>Владеть:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- навыками лечения нейрогенного мочевого пузыря</li> <li>- навыками лечения нейрогенных расстройств мочеиспускания</li> <li>- навыками лечения ночного недержания мочи</li> <li>- навыками лечения болезни Гиппель-Линдау</li> <li>- навыками лечения нарушений в мочеполовой сфере при травмах центральной нервной системы</li> <li>- навыками лечения нарушения в мочеполовой сфере при травмах периферической нервной системы</li> <li>- навыками лечения изменения работы сфинктерно-детрузорного аппарата в зависимости от уровня поражения спинного мозга</li> </ul>		
--	--	--	--	--

## 2. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

(полный перечень оценочных средств)

### 2.1. Тестовые задания по дисциплине

Выберите один правильный ответ:

№	Тестовые задания с вариантами ответов	Код компетенции, на формирование которой направлено тестовое задание
<b>Б1.Б.1.1</b>	<b>Раздел 1. Организация и обеспечение урологической службы</b>	
1.	СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА ЯВЛЯЕТСЯ НАУКОЙ, ИЗУЧАЮЩЕЙ общественное здоровье социальные факторы, влияющие на здоровье населения экономические факторы, влияющие на здоровье населения природные факторы и влияние окружающей среды все перечисленное	УК-1-3 ПК-1-12
2.	ПОКАЗАТЕЛЯМИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ трудовой активности населения заболеваемости демографических показателей физического развития населения обеспеченности врачами	УК-1-3 ПК-1-12
3.	МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКУЮ БАЗУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СОСТАВЛЯЮТ сеть учреждений здравоохранения кочный фонд оснащенность аппаратурой укомплектованность врачебными кадрами все перечисленное	УК-1-3 ПК-1-12
4.	ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ПРИНОСИТ НАРОДНОМУ ХОЗЯЙСТВУ снижение производительности труда повышение профессиональной патологии снижение социальных условий жизни человека сокращение продолжительности жизни человека все перечисленное	УК-1-3 ПК-1-12
5.	СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ОКАЗЫВАЕТСЯ ВО ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ УЧРЕЖДЕНИЯХ, КРОМЕ многопрофильных и специализированных больниц больниц скорой помощи бальнеологических лечебницах больницах восстановительного лечения стационаров, диспансеров и МСЧ	УК-1-3 ПК-1-12
6.	О КАЧЕСТВЕ ЛЕЧЕНИЯ В СТАЦИОНАРЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ средней продолжительности пребывания на койке летальности	УК-1-3 ПК-1-12

	<p>процента расхождения клинических и анатомических диагнозов  числа осложнений  числа больных, переведенных в специализированные отделы</p>	
7.	<p>СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ОКА-  ЗЫВАЕТСЯ  ВО ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ, КРОМЕ  многопрофильных и специализированных больниц  больниц скорой медицинской помощи  бальнеологических лечебниц  больниц восстановительного лечения  стационаров диспансеров и медсанчастей</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
8.	<p>ТЕРРИТОРИАЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБЪЕДИНЕНИЕ СО-  ЗДАЕТСЯ ПРИ ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ  до 50 000  от 50 000 до 100 000  от 100 000 до 300 000  от 300 000 до 500 000  1 000 000</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
9.	<p>В СОСТАВ ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБЪЕДИ-  НЕНИЯ ВХОДЯТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ СТРУКТУРНЫЕ  ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ, КРОМЕ  консультативной поликлиники  многопрофильной больницы  родильного дома  специализированных диспансеров  санитарно-эпидемиологической службы</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
10.	<p>ПОКАЗАТЕЛЯМИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМИ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ  ПОЛИКЛИНИКИ,  ЯВЛЯЮТСЯ  участковость  охват диспансерным наблюдением  снятие с диспансерного учета  летальность на участ-ке  сведения о заключительных диагнозах из статистических отчетов  а) если верно 1, 2 и 3  б) если верно 2, 3 и 4  в) если верно 1, 3 и 4  г) если верно 3, 4 и 5  д) все перечисленное</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
11.	<p>ОСНОВНЫМИ ЗАДАЧАМИ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ЯВ-  ЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ  оказания квалифицированной специализированной помощи непо-  средственно в поликлинике и на дому  организации и проведения комплекса профилактических меропри-  ятий  организации и осуществления диспансеризации населения  освидетельствования больных и установления группы инвалидно-  сти  организации и проведения мероприятий  по санитарно-гигиеническому воспитанию населения, пропа-  ганды здорового образа жизни</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>

12.	<p>НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМИ СТАТИСТИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ, ПО КОТОРЫМ МОЖНО ОЦЕНИТЬ РАБОТУ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ, ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ</p> <p>интенсивности потока больных (посетителей) длительности ожидания больных показателей "простоя" специалистов числа обслуживаемого контингента длительности (времени) обслуживания посетителей</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
13.	<p>ОКАЗАНИЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПОЛИКЛИНИКЕ ФИКСИРУЕТСЯ В СЛЕДУЮЩИХ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТАХ</p> <p>журнал вызова на дом индивидуальная карта амбулаторного больного контрольная карта диспансерного больного все перечисленное ничего из перечисленного</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
14.	<p>ТИПОВЫМИ КАТЕГОРИЯМИ СТАЦИОНАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ</p> <p>областной (краевой) больницы городской больницы центральной районной больницы сельской участковой больницы специализированной лечебницы</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
15.	<p>ОСНОВНЫМИ ДОКУМЕНТАМИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМИ ПРИ СОСТАВЛЕНИИ РАЗДЕЛА ГОДОВОГО ОТЧЕТА "ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПОЛИКЛИНИКИ", ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>1) статический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов 2) дневник врача 3) листок учета больных и госпитализированных 4) контрольная карта диспансерного наблюдения 5) карта выбывшего из стационара</p> <p>если верно 1, 2 и 3 если верно 2, 3 и 4 если верно 1, 2 и 4 если верно 3, 4 и 5 если все верно</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
16.	<p>СРЕДНЯЯ МОЩНОСТЬ ОБЛАСТНОЙ (КРАЕВОЙ, РЕСПУБЛИКАНСКОЙ) БОЛЬНИЦЫ СОСТАВЛЯЕТ</p> <p>200-400 коек 400-600 коек 600-1000 коек 2. 000 коек</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
17.	<p>ОПТИМАЛЬНАЯ МОЩНОСТЬ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ОТДЕЛЕНИЯ СТАЦИОНАРА СОСТАВЛЯЕТ</p> <p>от 20 до 30 коек от 30 до 50 коек от 60 до 90 коек от 90 до 120 коек свыше 120 коек</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>

18.	ОСНОВНЫМИ ТЕНДЕНЦИЯМИ РАЗВИТИЯ СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ НИЖЕ, КРОМЕ внедрения принципа этапности возрастания значимости преемственности в работе стационара и других медицинских учреждений возрастания стоимости основных фондов медицинских учреждений и расходов на содержание больных сокращения коечного фонда	УК-1-3 ПК-1-12
19.	ОСНОВНЫМ И ВЕДУЩИМ ЗВЕНОМ В СИСТЕМЕ СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ УРОЛОГИЧЕСКОМУ БОЛЬНОМУ ЯВЛЯЕТСЯ санаторий-профилакторий диспансер научно-исследовательский институт многопрофильная больница дневной стационар при поликлинике	УК-1-3 ПК-1-12
20.	ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ МОЖНО ИЗУЧИТЬ ПО ДАННЫМ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ, КРОМЕ обращаемости населения в медицинские учреждения деятельности ВКК и ВТЭК профилактических осмотров и диспансерного наблюдения причин смерти	УК-1-3 ПК-1-12
21.	ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТ совокупность всех заболеваний в данном году количество посещений в данном году распространенность заболеваний в данном году общее количество обращений в данном году количество вновь возникших заболеваний	УК-1-3 ПК-1-12
22.	К ПОКАЗАТЕЛЯМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПОЛИКЛИНИКИ, ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ участковости охвата диспансерным наблюдением летальности на участке числа лиц, снятых с диспансерного учета	УК-1-3 ПК-1-12
23.	ПОКАЗАТЕЛЬ РОЖДАЕМОСТИ СЧИТАЕТСЯ НИЗКИМ, ЕСЛИ ОН СОСТАВЛЯЕТ до 20% от 21 до 25% от 26 до 30% от 31 до 40% от 41 до 50%	УК-1-3 ПК-1-12
24.	УРОВЕНЬ ОБЩЕЙ СМЕРТНОСТИ СЧИТАЕТСЯ НИЗКИМ, ЕСЛИ ЕЕ ПОКАЗАТЕЛЬ СОСТАВЛЯЕТ ниже 10% от 11 до 15% от 16 до 20% от 21 до 25%	УК-1-3 ПК-1-12
25.	ЛЮБОЕ СТАЦИОНАРНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ПО ФУНКЦИОНАЛЬНОМУ НАЗНАЧЕНИЮ ИМЕЕТ, КАК ПРАВИЛО управление	УК-1-3 ПК-1-12

	<p>стационар  поликлинику  административно-хозяйственную часть  все перечисленное</p>	
26.	<p>ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОТРЕБНОСТИ В КОЙКАХ ДЛЯ СТАЦИОНАРНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ПРОИЗВОДИТСЯ ИЗ УСТАНОВЛЕННЫХ НОРМАТИВОВ ПОТРЕБНОСТИ, К КОТОРЫМ ОТНОСЯТСЯ</p> <p>1) численность населения  2) оборот койки  3) установленный норматив потребности в койках по отдельным специальностям  4) показатель отбора на койку к числу обращений (в %)  5) уровень обращаемости населения в амбулаторно-поликлинические учреждения (на 1000 чел. населения)</p> <p>правильно 1 и 2  правильно 2 и 3  правильно 4 и 5  правильно 1 и 3  правильно 2 и 5</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
27.	<p>ЭКСПЕРТИЗА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ТРУДЯЩИХСЯ ДО 10 ДНЕЙ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) врачом  б) заведующим отделением  в) врачебно-контрольной комиссией  г) каждым из перечисленных  д) все ответы верны</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
28.	<p>РЕЗЕРВАМИ РАЦИОНАЛЬНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОЕЧНОГО ФОНДА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ БОЛЕЕ ПОЛНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ОРГАНИЗАЦИИ ДНЕВНЫХ СТАЦИОНАРОВ</p> <p>уменьшения случаев дублирования обследования  снижения повторной госпитализации  поздней выписки больного</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
29.	<p>ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОТРЕБНОСТИ В КОЙКАХ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ РАСЧЕТНО-СТАТИСТИЧЕСКИЕ НОРМАТИВЫ, К КОТОРЫМ ОТНОСЯТСЯ</p> <p>1) численность населения  2) оборот койки  3) установленный норматив потребности в койках по отдельным специальностям  4) показатель отбора на койку к числу обращений (в %)  5) уровень обращаемости населения в амбулаторно-поликлинические учреждения (на 1000 населения)</p> <p>правильно 1, 2, 3  правильно 2, 3, 4  правильно 1, 2 и 5  правильно 2, 4 и 5  правильно 1, 2 и 4</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
30.	<p>ДЛЯ РАСЧЕТА ПОКАЗАТЕЛЯ "ОБОРОТ КОЙКИ" НЕОБХОДИМЫ ДАННЫЕ</p> <p>1) общее число коек</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>

	<p>2) среднее число дней занятости койки в году  3) нормы нагрузки врачебной должности в стационаре  4) среднее число дней пребывания больного на койке  5) показатель отбора на койку к числу обращений (в %)</p> <p>правильно 1 и 2  правильно 3 и 4  правильно 4 и 5  правильно 1 и 5  правильно 2 и 4</p>	
31.	<p><b>ОБЩИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ЯВЛЯЮТСЯ</b>  фактическое число дней работы в течение года  оборот койки  средняя продолжительность пребывания на койке  летальность  все перечисленное</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
32.	<p><b>ПОКАЗАТЕЛЕМ СРЕДНЕЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ПРЕБЫВАНИЯ БОЛЬНОГО НА КОЙКЕ ЯВЛЯЕТСЯ</b>  отношение числа койко-дней, проведенных всеми больными в стационаре, к числу прошедших больных (выписанных) за год  отношение числа койко-дней, проведенных всеми больными в стационаре, к числу прошедших больных (включая умерших) за год  и то, и другое  ни то, ни другое</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
33.	<p><b>НА СРЕДНЮЮ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРЕБЫВАНИЯ БОЛЬНОГО НА КОЙКЕ ВЛИЯЕТ</b>  состав больных по характеру заболевания  квалификация врачей  методы лечения  оснащенность больницы  все перечисленное</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
34.	<p><b>К КАЧЕСТВЕННЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТАЦИОНАРА ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ</b>  летальности  среднего койко-дня  хирургической активности  % расхождения клинических и анатомических диагнозов  количества средств, затраченных на медикаменты</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
35.	<p><b>ОСНОВНАЯ СХЕМА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТАЦИОНАРА, КРОМЕ ОБЩИХ СВЕДЕНИЙ СОДЕРЖИТ СВЕДЕНИЯ</b>  об организации работы стационара  о качестве медицинского обслуживания и качестве врачебной диагностики  о преимуществах работы стационара  с другими лечебно-профилактическими учреждениями  о специализированной работе отделений  все ответы правильные</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
36.	<p><b>ДОКУМЕНТАМИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМИ ПРИ СОСТАВЛЕНИИ ГОДОВОГО ОТЧЕТА "ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПОЛИКЛИНИКИ", ЯВЛЯЮТСЯ</b></p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>

	<p>1) статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов</p> <p>2) дневник врача</p> <p>3) листок учета больных и коечного фонда</p> <p>4) контрольная карта диспансерного наблюдения больного</p> <p>5) карта выбывшего из стационара</p> <p>если верно 1, 2 и 3</p> <p>если верно 2, 3 и 4</p> <p>если верно 1, 2 и 4</p> <p>если верно 3, 4 и 5</p> <p>если верно 1, 3 и 5</p>	
37.	<p>ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ПОТРЕБНОСТИ В ЛАБОРАТОРНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ УЧИТЫВАЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ НИЖЕ ДАННЫЕ, КРОМЕ</p> <p>контингентов населения, которым необходимы лабораторные данные и другие исследования в зависимости от выявленного заболевания с профилактической целью</p> <p>нормативов времени на проведение одного исследования</p> <p>норм дневных нагрузок врачей и среднего медицинского персонала</p> <p>количества врачей и среднего медперсонала, работающих в поликлинике</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-12</p>
38.	<p>НЕОБХОДИМОСТЬ И СРОКИ ВРЕМЕННОГО ПЕРЕВОДА НА ДРУГУЮ РАБОТУ ПО БОЛЕЗНИ РАБОЧЕГО ИЛИ СЛУЖАЩЕГО ОПРЕДЕЛЯЮТ</p> <p>профсоюзные органы</p> <p>врачебно-контрольная комиссия</p> <p>заведующий отделением</p> <p>ВТЭК</p> <p>правильно б) и г)</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-12</p>
39.	<p>РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В МЕДИЦИНСКОЙ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ РАБОТАЮЩЕГО В НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ УСЛОВИЯХ ТРУДА ИМЕЮТ</p> <p>перевод больного на другую работу</p> <p>своевременное освобождение от работы в неблагоприятных условиях</p> <p>труда</p> <p>выдача листка нетрудоспособности</p> <p>направление на ВТЭК</p> <p>все перечисленное</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-12</p>
40.	<p>ЗАДАЧАМИ ЭКСПЕРТИЗЫ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>определение у рабочих и служащих временной утраты трудоспособности</p> <p>рекомендации по обеспечению необходимых условий и видов труда для лиц, не имеющих группу инвалидности, но нуждающихся по состоянию здоровья в более легкой работе (временно или постоянно)</p> <p>выявление длительной или постоянной утраты трудоспособности у рабочих и служащих и своевременное направление их на освидетельствование во ВТЭК</p> <p>все перечисленное</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-12</p>

	только а) и б)	
<b>Б1.Б.1.2</b>	<b>Раздел 2. Клиническая физиология и анатомия мочеполовых органов</b>	
1.	ПОДКОЖНАЯ (ПОВЕРХНОСТНАЯ) ФАСЦИЯ ПЕРЕДНЕБОКОВОЙ СТЕНКИ ЖИВОТА СОСТОИТ ИЗ а) одного листка б) 2-х листков в) 3-х листков г) 4-х листков д) 5-ти листков	УК-1-3 ПК-1-12
2.	СОСУДИСТО-НЕРВНЫЕ ПУЧКИ МЕЖРЕБЕРИЙ, ВСТУПИВШИЕ В ТОЛЩУ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ЖИВОТА, РАСПОЛАГАЮТСЯ а) под фасцией наружной косой мышцы живота б) между наружной и внутренней косыми мышцами живота в) между поперечной мышцей живота и внутрибрюшной фасцией г) между внутренней косой и поперечной мышцами живота д) между поперечной фасцией живота и парие-тальной брюшиной	УК-1-3 ПК-1-12
3.	ВЛАГАЛИЦЕ ПРЯМОЙ МЫШЦЫ ЖИВОТА ПРИКРЕПЛЕНО а) к переднему листку б) к заднему листку в) к обоим листкам своего влагалища г) не фиксировано ни к какому листку д) к косым мышцам	УК-1-3 ПК-1-12
4.	В СОЗДАНИИ ВЛАГАЛИЩА ПРЯМОЙ МЫШЦЫ ПРИНИМАЮТ УЧАСТИЕ АПОНЕВРОЗЫ СЛЕДУЮЩИХ МЫШЦ ПЕРЕДНЕБОКОВОЙ СТЕНКИ ЖИВОТА а) внутренней и наружной косых б) внутренней косой и поперечной мышцы в) внутренней, наружной косых и поперечной мышцы г) правильно а) и б) д) правильно б) и в)	УК-1-3 ПК-1-12
5.	2-005. ВЕРХНЯЯ НАДЧРЕВНАЯ АРТЕРИЯ ПРОХОДИТ ВО ВЛАГАЛИЩЕ СЛЕДУЮЩЕЙ МЫШЦЫ ЖИВОТА а) поперечной б) прямой в) внутренней косой г) наружной косой д) правильно а) и б)	УК-1-3 ПК-1-12
6.	ПРОЕКЦИЯ ОБЛИТЕРИРОВАННОЙ ПУПОЧНОЙ АРТЕРИИ СООТВЕТСТВУЕТ СКЛАДКЕ ПАРИЕТАЛЬНОЙ БРЮШИНЫ а) срединной б) медиальной в) латеральной г) правильно а) и б) д) правильно б) и в)	УК-1-3 ПК-1-12
7.	НА ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКЕ ВЕРХНИЙ КРАЙ ПРЕДПУЗЫРНОЙ ФАСЦИИ ДОХОДИТ ДО УРОВНЯ а) пупочного кольца	УК-1-3 ПК-1-12

	<ul style="list-style-type: none"> <li>б) полукруглой (Дугласовой) линии</li> <li>в) верхнего края лонного сочленения</li> <li>г) середины высоты лонного сочленения</li> <li>д) за лонным сочленением</li> </ul>	
8.	<p>МОЧЕПРОВОД (УРАХУС) ПО ОТНОШЕНИЮ К ПРЕДПУЗЫРНОЙ ФАССИИ РАСПОЛОЖЕН</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) впереди к предпузырной фасции</li> <li>б) в толще предпузырной фасции</li> <li>в) позади предпузырной фасции</li> <li>г) сбоку от предпузырной фасции</li> <li>д) правильно а) и б)</li> </ul>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
9.	<p>ПОВЕРХНОСТНЫЙ СЛОЙ ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ В ЛАТЕРАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ СОСТАВЛЯЮТ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) нижняя задняя зубчатая мышца и наружная косая мышца живота</li> <li>б) широчайшая мышца спины и наружная косая мышца живота</li> <li>в) наружная и внутренняя косые мышцы живота</li> <li>г) наружная косая и поперечная мышцы живота</li> <li>д) правильно а) и в)</li> </ul>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
10.	<p>В ОБЛАСТИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ДНОМ ПОЯСНИЧНОГО ТРЕУГОЛЬНИКА (ТРЕУГОЛЬНИКА ПТИ) ЯВЛЯЮТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) внутренняя косая мышца живота</li> <li>б) поперечная мышца живота</li> <li>в) наружная косая мышца живота</li> <li>г) мышца, выпрямляющая позвоночник</li> <li>д) все перечисленное</li> </ul>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
11.	<p>КОЛИЧЕСТВО КЛЕТЧАТОЧНЫХ СЛОЕВ В ЗАБРЮШИННОМ ПРОСТРАНСТВЕ СОСТАВЛЯЕТ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) один</li> <li>б) два</li> <li>в) три</li> <li>г) четыре</li> <li>д) пять</li> </ul>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
12.	<p>ПРИ НЕФРОПЕКСИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ МЫШЦА ГЛУБОКОГО ОТДЕЛА ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) квадратная мышца поясницы</li> <li>б) мышца, выпрямляющая позвоночник</li> <li>в) большая поясничная мышца</li> <li>г) поперечная мышца живота</li> <li>д) правильно б) и г)</li> </ul>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
13.	<p>ПАРАНЕФРОН ПО ОТНОШЕНИЮ К БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) пятым слоем</li> <li>б) четвертым слоем</li> <li>в) третьим слоем</li> <li>г) вторым слоем</li> <li>д) первым слоем</li> </ul>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
14.	<p>В ЗАБРЮШИННОЙ КЛЕТЧАТКЕ РАСПОЛОЖЕНА АРТЕРИЯ И ВЕНА ЯИЧКА СООТВЕТСТВЕННО</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) собственному слою забрюшинного пространства</li> <li>б) паранефрону</li> </ul>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>

	<p>в) околоободочной клетчатке (параколон)  г) ни одному из перечисленных  д) только а) и г)</p>	
15.	<p>ПРАВИЛЬНЫЙ ПОРЯДОК ЭЛЕМЕНТОВ ПОЧЕЧНОЙ НОЖКИ СПЕРЕДИ НАЗАД  а) вена, артерия, мочеточник  б) артерия, вена, мочеточник  в) вена, мочеточник, артерия  г) мочеточник, вена, артерия  д) артерия, мочеточник, вена</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
16.	<p>ВЕРХНИЙ ПОЛЮС ЛЕВОЙ ПОЧКИ НАХОДИТСЯ НА УРОВНЕ СЛЕДУЮЩЕГО ПОЗВОНКА  а) T11  б) T12  в) L1  г) L2  д) L3</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
17.	<p>ПИТАНИЕ МОЧЕТОЧНИКА В ЕГО ВЕРХНЕМ ОТДЕЛЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ  а) почечная артерия  б) яичковая артерия  в) ветви брюшной аорты  г) верхняя брыжеечная артерия  д) правильно а) и б)</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
18.	<p>В ОБРАЗОВАНИИ КАВАКАВАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА ИГРАЮТ БОЛЬШУЮ РОЛЬ СЛЕДУЮЩИЕ ВЕНЫ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА  а) поясничные  б) почечные  в) непарная и полунепарная  г) яичковые  д) брыжеечные</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
19.	<p>ЦИСТЕРНА ГРУДНОГО ПРОТОКА (МЛЕЧНАЯ ЦИСТЕРНА) В ЗАБРЮШИННОМ ПРОСТРАНСТВЕ НАХОДИТСЯ НА УРОВНЕ  а) 2-го поясничного позвонка  б) 12-го грудного и 1-го поясничного позвонка  в) 11-го грудного позвонка  г) 3-го поясничного позвонка  д) 4-го поясничного позвонка</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
20.	<p>К ЛЕВОЙ ПОЧКЕ СПЕРЕДИ И СНАРУЖИ ПРИМЫКАЮТ  а) селезенка  б) нисходящая ободочная кишка  в) петли тонкого кишечника  г) поджелудочная железа  д) правильно а) и б)</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>

21.	<p>АНАТОМИЧЕСКАЯ ЗОНА СРАЩЕНИЯ ПОДВЗДОШНОЙ, ЛОБКОВОЙ И СЕДАЛИЩНОЙ КОСТИ В ЕДИНУЮ ТАЗОВУЮ КОСТЬ РАСПОЛОЖЕНА</p> <p>а) в вертлужной впадине  б) в крыле подвздошной кости  в) в седалищном бугре  г) в ветви лобковой кости  д) в крестцово-подвздошном сочленении</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
22.	<p>В ТАЗУ ЧЕЛОВЕКА НАБЛЮДАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ТИПЫ СОЕДИНЕНИЙ</p> <p>а) синдесмоз (синартроз, синхондроз, синостоз)  б) симфиз  в) диартроз  г) только а) и б)  д) все перечисленные типы</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
23.	<p>Большое и малое седалищные отверстия ограничивают</p> <p>а) крестцово-подвздошные связки  б) передние крестцово-копчиковые связки  в) крестцово-бугровая и крестцово-остная связки  г) дугообразная лобковая связка  д) задняя крестцово-копчиковая связка</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
24.	<p>ЧЕРЕЗ БОЛЬШОЕ СЕДАЛИЩНОЕ ОТВЕРСТИЕ ПРОХОДИТ</p> <p>а) подвздошно-поясничная мышца  б) грушевидная мышца  в) внутренняя запирающая мышца  г) мышца, поднимающая задний проход  д) правильно а) и б)</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
25.	<p>В ФОРМИРОВАНИИ МОЧЕПОЛОВОЙ ДИАФРАГМЫ ПРИНИМАЕТ УЧАСТИЕ</p> <p>а) глубокая поперечная мышца промежности  б) мышца, поднимающая задний проход  в) внутренняя и наружная запирающие мышцы  г) грушевидная мышца  д) правильно б) и г)</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
26.	<p>В ПОЛОСТИ МАЛОГО ТАЗА ОКРУЖЕНЫ ВИСЦЕРАЛЬНОЙ ФАСЦИЕЙ</p> <p>а) мочевого пузыря и предстательная железа  б) мочевого пузыря и прямая кишка  в) предстательная железа и прямая кишка  г) мочевого пузыря, предстательная железа и прямая кишка</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
27.	<p>В ПОЛОСТИ МАЛОГО ТАЗА ВЫДЕЛЯЮТ</p> <p>а) один этаж  б) два этажа  в) три этажа  г) четыре этажа  д) пять этажей</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
28.	<p>РАСПРОСТРАНЕНИЕ ГНОЯ НА БЕДРО, ВО ВЛАГАЛИЩЕ ПРЯМЫХ МЫШЦ ЖИВОТА И В БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ ПРОИСХОДИТ ИЗ СЛЕДУЮЩЕГО КЛЕТЧАТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА ТАЗА</p> <p>а) позадипрямокишечного  б) предпузырного</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>

	<p>в) боковых клетчаточных пространств таза  г) всех вышеперечисленных  д) правильно а) и б)</p>	
29.	<p><b>ДРЕНИРОВАНИЕ ПРЕДПУЗЫРНОГО КЛЕТЧАТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА ПО БУЯЛЬСКОМУ - МАК - УОРТЕРУ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ</b>  а) из мочеполовой диафрагмы  б) из глубокой поперечной мышцы промежно-сти  в) из внутренней и наружной запирательных мышц, запирательной мембраны  г) из передней части тазовой и мочеполовой диафрагмы  д) правильно а) и б)</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
30.	<p><b>НАРУЖНЫЙ СФИНКТЕР МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ РАСПОЛОЖЕН</b>  а) в мочеполовой диафрагме  б) в основании мочевого пузыря  в) в сухожильном центре промежности  г) в мышце, поднимающей задний проход прямой кишки  д) правильно б) и г)</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
31.	<p><b>ПУЗЫРНЫЕ АРТЕРИИ ОТХОДЯТ</b>  а) от нижней прямокишечной артерии  б) от наружной подвздошной артерии  в) от внутренней подвздошной артерии  г) от артерии яичка  д) от запирательной артерии</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
32.	<p><b>СРАМНОЙ И СОСУДИСТО-НЕРВНЫЙ ПУЧОК В ПОЛОСТИ МАЛОГО ТАЗА РАСПОЛОЖЕН</b>  а) в нижнем этаже  б) в среднем этаже  в) в верхнем этаже  г) во всех этажах  д) только б) и в)</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
33.	<p><b>МОЧЕТОЧНИК ПО ОТНОШЕНИЮ К АРТЕРИИ ЯИЧКА У ПОГРАНИЧНОЙ ЛИНИИ ТАЗА РАСПОЛОЖЕН</b>  а) спиралеобразно  б) кпереди от артерии яичка  в) над артерией  г) под артерией  д) кзади от яичковой артерии</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
34.	<p><b>ПРАВЫЙ МОЧЕТОЧНИК У ПОГРАНИЧНОЙ ЛИНИИ ТАЗА ПЕРЕКРЕЩИВАЕТСЯ</b>  а) с общей подвздошной артерией  б) с наружной подвздошной артерией  в) с внутренней подвздошной артерией  г) с подчревной артерией  д) с запирательной артерией</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
35.	<p><b>ЛЕВЫЙ МОЧЕТОЧНИК У ПОГРАНИЧНОЙ ЛИНИИ ТАЗА ПЕРЕКРЕЩИВАЕТСЯ</b>  а) с общей подвздошной артерией  б) с наружной подвздошной артерией  в) с внутренней подвздошной артерией  г) с подчревной артерией  д) с запирательной артерией</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>

36.	КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ а) ниже-пузырные артерии б) средне-прямокишечные артерии в) запирающие артерии г) ниже-ягодичные артерии д) правильно а) и б)	УК-1-3 ПК-1-12
37.	В ПУЗЫРНО-ПРОСТАТИЧЕСКОЙ БОРОЗДЕ РАСПОЛОЖЕНЫ а) вена б) артерия в) лимфатический сосуд г) все перечисленное д) только а) и в)	УК-1-3 ПК-1-12
38.	К ОСНОВАНИЮ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИЛЕЖИТ а) дно мочевого пузыря б) семенные пузырьки в) ампулы семявыносящих протоков г) все перечисленное д) правильно а) и б)	УК-1-3 ПК-1-12
39.	МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНЫЙ КАНАЛ ПРОБОДАЕТ МОЧЕПОЛОВУЮ ДИАФРАГМУ а) простатической частью б) перепончатой частью в) пещеристой частью г) ни одной из вышеназванных д) простатической и перепончатой частями	УК-1-3 ПК-1-12
40.	КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ а) наружными половыми артериями б) внутренними половыми артериями в) внутренними и наружными половыми артериями г) запирающими артериями д) нижепрямокишечными артериями	УК-1-3 ПК-1-12
<b>Б1.Б.1.3</b>	<b>Раздел 3. Семиотика и методы диагностики</b>	
1.	ПРИ КАМНЕ ИНТРА-МУРАЛЬНОГО ОТДЕЛА МОЧЕТОЧНИКА, НАРУШАЮЩЕГО УРОДИНАМИКУ, БОЛИ НОСЯТ ХАРАКТЕР а) ноющих б) тупых в) острых г) приступообразных острых д) постоянных ноющих	УК-1-3 ПК-1-12
2.	ПРИ ОСТРОМ ПАРЕНХИМАТОЗНОМ ПРОСТАТИТЕ БОЛИ а) постоянные ноющие б) приступообразные в) интенсивные, вплоть до пульсирующих г) тупые д) острые	УК-1-3 ПК-1-12
3.	ПРИ ОСТРОМ ПАРЕНХИМАТОЗНОМ ПРОСТАТИТЕ БОЛИ а) постоянные ноющие б) приступообразные в) интенсивные, вплоть до пульсирующих г) тупые	УК-1-3 ПК-1-12

	д) острые	
4.	ПРИ ОСТРОМ ПАРЕНХИМАТОЗНОМ ПРОСТАТИТЕ БОЛИ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ а) над лоном б) в поясничной области в) в пояснично-крестцовом отделе позвоночника г) в промежности и крестце д) в промежности	УК-1-3 ПК-1-12
5.	ДИЗУРИЯ - ЭТО а) частое мочеиспускание б) частое, болезненное мочеиспускание в) затрудненное мочеиспускание г) болезненное мочеиспускание д) правильно б) и в)	УК-1-3 ПК-1-12
6.	ДИЗУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, КРОМЕ а) туберкулеза б) аденомы предстательной железы в) опухоли почки г) цистита	УК-1-3 ПК-1-12
7.	ДИЗУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, КРОМЕ а) камня мочеточника б) опухоли мочевого пузыря в) камня мочевого пузыря г) цистита д) орхита	УК-1-3 ПК-1-12
8.	СТРАНГУРИЯ - ЭТО а) затрудненное мочеиспускание по каплям б) мочеиспускание, сопровождающееся болью в) частое мочеиспускание г) сочетание а) и б) д) сочетание б) и в)	УК-1-3 ПК-1-12
9.	СТРАНГУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, КРОМЕ а) инородных тел уретры б) камня мочевого пузыря в) камня мочеточника г) острого простатита д) аденомы предстательной железы	УК-1-3 ПК-1-12
10.	СТРАНГУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ а) при раке предстательной железы б) при интерстициальном цистите в) при выраженном фимозе г) при частичном повреждении уретры д) при всем перечисленном	УК-1-3 ПК-1-12
11.	НИКТУРИЯ - ЭТО а) увеличение количества мочи, выделяемой в ночной период времени б) учащение ночного мочеиспускания в) перемещение основного диуреза с дневных часов на ночные г) дневная олигурия д) правильно а) и г)	УК-1-3 ПК-1-12

12.	НИКТУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, КРОМЕ а) сердечной недостаточности б) сахарного диабета в) хронической почечной недостаточности г) хронического гломерулонефрита д) аденомы предстательной железы	УК-1-3 ПК-1-12
13.	ПОЛЛАКИУРИЯ - ЭТО а) увеличение диуреза б) учащение мочеиспускания дневного и ночного в) учащение ночного мочеиспускания г) учащение дневного мочеиспускания д) увеличение ночного диуреза	УК-1-3 ПК-1-12
14.	ПОЛЛАКИУРИЯ НЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ а) при цистоцеле б) при камне верхней трети мочеточника в) при неврастении г) при истерии	УК-1-3 ПК-1-12
15.	ПОЛЛАКИУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, КРОМЕ а) туберкулеза мочевого пузыря б) цисталгии в) камня мочевого пузыря г) опухоли почки	УК-1-3 ПК-1-12
16.	ОЛИГУРИЯ - ЭТО а) запаздывающее мочеотделение б) редкое мочеиспускание в) уменьшение количества мочи г) увеличение количества мочи д) количество мочи менее 300 мл в сутки	УК-1-3 ПК-1-12
17.	ОЛИГУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, КРОМЕ а) микседемы б) гломерулонефрита в) сердечной недостаточности г) опухоли почки д) обильной рвоты	УК-1-3 ПК-1-12
18.	ОЛИГУРИЯ НЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ а) при сердечной недостаточности б) при поражении вегетативных центров водно-солевого обмена в) при остром пиелонефрите г) при хроническом пиелонефрите д) при сахарном диабете	УК-1-3 ПК-1-12
19.	СЕКРЕТОРНАЯ АНУРИЯ - ЭТО а) отсутствие мочи в мочевом пузыре б) отсутствие выделения мочи почками в) отсутствие самостоятельного мочеиспускания г) правильно а) и б) д) невозможность самостоятельного опорожнения мочевого пузыря	УК-1-3 ПК-1-12
20.	РЕНОПРИВНАЯ АНУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ а) при аплазии почек б) при удалении обеих или единственной почки	УК-1-3 ПК-1-12

	<p>в) при поликистозе почек  г) правильно а) и в)  д) правильно а) и б)</p>	
21.	<p><b>ПРЕРЕНАЛЬНАЯ АНУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ</b>  а) при сердечной недостаточности  б) при отравлении ядами и лекарственными препаратами  в) при обильных кровопотерях  г) правильно а) и б)  д) правильно а) и в)</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
22.	<p><b>РЕНАЛЬНАЯ АНУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ</b>  а) при хроническом пиелонефрите  б) при хроническом гломерулонефрите  в) при тромбозе или эмболии почечных сосудов  г) правильно а) и б)  д) правильно б) и в)</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
23.	<p><b>СУБРЕНАЛЬНАЯ АНУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ</b>  а) при обтурации обоих мочеточников  б) при метастазах рака в забрюшинные лимфоузлы  в) при аденоме предстательной железы  г) правильно а) и в)  д) правильно а) и б)</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
24.	<p><b>ПОЛИУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ</b>  а) при острой почечной недостаточности  б) при хронической почечной недостаточности  в) при сахарном диабете  г) при канальцевых нефропатиях  д) при всем перечисленном</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
25.	<p><b>ПОЛИУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННОМ, КРОМЕ</b>  а) после аллотрансплантации почки  б) при туберкулезе почки  в) после ликвидации препятствия в мочевых путях  г) поражения межпочечной доли гипофиза</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
26.	<p><b>ЗАДЕРЖКА МОЧЕИСПУСКАНИЯ - ЭТО</b>  а) отсутствие выделения мочи почками  б) невозможность самостоятельного опорожнения мочевого пузыря  в) отсутствие мочи в мочевом пузыре при его катетеризации  г) отсутствие самостоятельного мочеиспускания в горизонтальном положении  д) парадоксальная иш-рия</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
27.	<p><b>ЗАДЕРЖКА МОЧЕИСПУСКАНИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННОМ, КРОМЕ</b>  а) атрезии наружного отверстия уретры  б) нейрогенной дисфункции мочевого пузыря  в) обтурации мочеточников  г) аденомы предстательной железы</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
28.	<p><b>ЗАДЕРЖКА МОЧЕИСПУСКАНИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННОМ, КРОМЕ</b>  а) рака предстательной железы  б) острой почечной недостаточности  в) стриктуры уретры  г) камня уретры</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>

	д) фимоза	
29.	ПАРАДОКСАЛЬНАЯ ИШУРИЯ - ЭТО а) невозможность самостоятельного мочеиспускания б) хроническая задержка мочеиспускания в) сочетание задержки мочеиспускания с недержанием мочи г) недержание мочи д) сочетание задержки мочеиспускания с неудержанием мочи	УК-1-3 ПК-1-12
30.	ПАРАДОКСАЛЬНАЯ ИШУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ а) аденоме предстательной железы II стадии б) неврогенной дисфункции мочевого пузыря в) аденоме предстательной железы III стадии г) правильно а) и б) д) правильно б) и в)	УК-1-3 ПК-1-12
31.	НЕУДЕРЖАНИЕ МОЧИ - ЭТО а) непроизвольное выделение мочи без позыва б) императивные позывы к мочеиспусканию в) непроизвольное выделение мочи в результате императивного позыва г) непроизвольное выделение мочи д) непроизвольное выделение мочи в вертикальном положении	УК-1-3 ПК-1-12
32.	НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ - ЭТО а) непроизвольное выделение мочи б) непроизвольное выделение мочи в результате императивного позыва к мочеиспусканию в) отсутствие позывов к мочеиспусканию г) непроизвольное выделение мочи без позывов к мочеиспусканию д) правильно а) и г)	УК-1-3 ПК-1-12
33.	Реакция мочи (рН) в норме а) в пределах 3. 0-5. 0 б) в пределах 5. 0-6. 0 в) в пределах 7. 0-9. 0 г) в пределах 6. 0-8. 0 д) в пределах 2. 0-4. 0	УК-1-3 ПК-1-12
34.	ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ МОЧИ ЗАВИСИТ а) от функции почечных канальцев б) от функции почечных клубочков в) от относительной молекулярной массы растворенных в ней веществ г) правильно а) и в) д) правильно б) и в)	УК-1-3 ПК-1-12
35.	О ПРОТЕИНУРИИ СЛЕДУЕТ ГОВОРИТЬ ПРИ КОЛИЧЕСТВЕ БЕЛКА В МОЧЕ а) следов б) менее 0. 03 г/л в) более 0. 03 г/л г) более 0. 06 г/л д) более 0. 09 г/л	УК-1-3 ПК-1-12
36.	ИСТИННАЯ (ПОЧЕЧНАЯ) ПРОТЕИНУРИЯ НЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ а) при гломерулонефрите б) при опухоли почки в) при нефрозе	УК-1-3 ПК-1-12

	г) при мочекаменной болезни д) правильно б) и г)	
37.	ИСТИННАЯ (ПОЧЕЧНАЯ) ПРОТЕИНУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ а) при нефропатии беременных б) при амилоидозе почек в) у новорожденных г) у подростков д) во всех перечисленных случаях	УК-1-3 ПК-1-12
38.	ЛОЖНАЯ ПРОТЕИНУРИЯ НЕ ХАРАКТЕРНА а) для туберкулеза почки б) для пиелонефрита в) для опухоли почки г) для гломерулонефрита д) правильно б) и г)	УК-1-3 ПК-1-12
39.	ЛОЖНАЯ ПРОТЕИНУРИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ а) опухоли мочевого пузыря б) мочекаменной болезни в) форникального кровотечения г) всего перечисленного д) только б) и в)	УК-1-3 ПК-1-12
40.	ГЕМАТУРИЯ - ЭТО а) наличие в моче кровяного пигмента гемоглобина б) выделение крови из мочеиспускательного канала в) выделение крови с мочой г) наличие в моче порфирина д) эритроцитурия	УК-1-3 ПК-1-12
<b>Б1.Б.1.4</b>	<b>Раздел 4. Методы лечения в урологии</b>	
1.	ПРИ ГИПОКАЛИЕМИИ ДЛЯ ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНЯТЬ а) 1% раствор хлористого калия б) 7. 5% раствор хлористого калия в) 7. 5% раствор хлористого калия, 40 мл, растворенные в 0. 5-1 л 10% раствора глюкозы с добавлением 12 Ед. инсулина г) 10% раствор хлористого калия д) процентное содержание хлористого калия значения не имеет	УК-1-3 ПК-1-12
2.	ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ДЕКСТРАНОВ ВОЗМОЖНЫ а) перегрузка кровообращения б) опасность кровотечения в) почечная недостаточность г) все правильно д) верно только б) и в)	УК-1-3 ПК-1-12
3.	НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ КОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ а) гипокалиемия б) гипогликемия в) отек мозга г) расстройство дыхания д) все перечисленное	УК-1-3 ПК-1-12
4.	К ФИБРИНОЛИТИЧЕСКИМ СРЕДСТВАМ ОТНОСЯТСЯ а) тромбопластин и авелезин б) плазмин в) никотиновая кислота	УК-1-3 ПК-1-12

	г) авелезин, стрептаза д) правильно б) и г	
5.	ПРОТАМИН-СУЛЬФАТ В ДОЗЕ 1 МГ НЕЙТРАЛИЗУЕТ а) 2500-5000 ед. гепарина б) 1000-1500 ед. гепарина в) 80-100 ед. гепарина г) 50-70 ед. гепарина д) 40-60 ед. гепарина	УК-1-3 ПК-1-12
6.	ПРИ ЛЕЧЕНИИ МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРИ, составляющей более 30% объема циркулирующей крови, следует отдать предпочтение а) эритроцитарной массе б) тромбоцитарной массе в) лейкоцитарной массе г) цельной крови д) прямому переливанию крови	УК-1-3 ПК-1-12
7.	ПОКАЗАНИЯМИ К ПРИМЕНЕНИЮ ЗАМОРОЖЕННОЙ ПЛАЗМЫ ЯВЛЯЮТСЯ а) массивная кровопотеря б) ДВС-синдром, геморрагическая стадия в) коагулопатии (гемофилия-А, дефицит фибриногена) г) все ответы правильные д) правильно а) и б)	УК-1-3 ПК-1-12
8.	ДЛЯ РАСЧЕТА ДОПУСТИМОГО ОБЪЕМА ГИДРАТАЦИИ В ОЛИ- ГОАНУРИЧЕСКОЙ СТАДИИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТА- ТОЧНОСТИ НЕОБХОДИМО ПОЛЬЗОВАТЬСЯ ФОРМУЛОЙ а) суточный диурез + 200 мл жидкости б) суточный диурез + 400 мл жидкости в) суточный диурез + 600 мл жидкости г) суточный диурез + 800 мл жидкости д) суточный диурез + 1000 мл жидкости	УК-1-3 ПК-1-12
9.	ПРИ ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ РАСТВОРОВ, СОДЕРЖАЩИХ ГЛЮКОЗУ, МОГУТ ВОЗНИКНУТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, КРОМЕ а) гиперосмолярности крови б) полиурии в) глюкозурии г) гипогидратации д) гипокалиемии	УК-1-3 ПК-1-12
10.	ПЕРЕЛИВАНИЕ ЗНАЧИТЕЛЬНОГО КОЛИЧЕСТВА КОНСЕРВИ- РОВАННОЙ ДОНОРСКОЙ КРОВИ СОПРОВОЖДАЕТСЯ СЛЕДУ- ЮЩИМИ МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ ЭФФЕКТАМИ а) метаболическим ацидозом б) гиперкалиемией в) интоксикацией цитратом г) гипотонией д) всем перечисленным	УК-1-3 ПК-1-12
11.	К ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПРОБАМ, ПРОВОДИМЫМ ПЕРЕД ПЕРЕЛИ- ВАНИЕМ КРОВИ, ОТНОСЯТСЯ а) групповая и индивидуальная совместимость б) биологическая проба в) определение резус-совместимости	УК-1-3 ПК-1-12

	г) определение резус-фактора д) все перечисленное	
12.	ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЯ АДРЕНАЛИНА ПРИ ВНУТРИВЕН- НОМ ВВЕДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ а) 5 мин б) 10 мин в) 15 мин г) 20 мин д) более 30 мин	УК-1-3 ПК-1-12
13.	ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРИ НАЧИНАЮТ ВСЕГДА С ПЕ- РЕЛИВАНИЯ а) эритроциты б) консервированной донорской крови в) кристаллоидных и коллоидных растворов г) значения не имеет	УК-1-3 ПК-1-12
14.	СВЕЖЕЗАМОРОЖЕ-НАЯ ПЛАЗМА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ВСЕГО ПЕРЕЧИСЛЕННОГО, КРОМЕ а) плазмозамещения б) повышения онкотиче-ского давления в) возмещения термола-бильных (V и VII) факто-ров свертывания г) возмещения прочих факторов свертывания	УК-1-3 ПК-1-12
15.	ЛЕЧЕНИЕ КРОВОПОТЕРИ ДО 1 Л (20% ОЦК) ПРОИЗВОДИТСЯ а) донорской кровью и эритроцитомассой б) реинфузией в) коллоидами и кристаллоидами г) прямой трансфузией свежзамороженной плазмы или тромбоци- тарной массы д) правильно б) и в)	УК-1-3 ПК-1-12
16.	ЛЕЧЕНИЕ КРОВОПОТЕРИ БОЛЕЕ 2. 5 Л (СВЫШЕ 50% ОЦК) ПРОИЗВОДИТСЯ а) донорской кровью и эритроцитомассой б) реинфузией в) коллоидами и кристаллоидами г) прямой трансфузией, свежзамороженной плазмой и тромбомас- сой д) всем перечисленным	УК-1-3 ПК-1-12
17.	НАИБОЛЕЕ ДЕЙСТВУЮЩИМ ЭФФЕКТОМ ЗАМЕЩЕНИЯ ПРИ КРОВОПОТЕРЕ ОБЛАДАЮТ ПЛАЗМОЗАМЕНЯЮЩИЕ РАС- ТВОРЫ а) декстраны б) растворы желатина в) плазма г) рингер-лактат д) только а) и б)	УК-1-3 ПК-1-12
18.	АНТИДОТОМ ГЕПАРИНА ЯВЛЯЕТСЯ а) хлористый кальций б) дицинон в) криопреципитат г) протамина-сульфат д) тромбин	УК-1-3 ПК-1-12
19.	ПРИ ЛЕЧЕНИИ БРОНХОСПАЗМА ПРИМЕНЯЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИС- ЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ	УК-1-3 ПК-1-12

	<ul style="list-style-type: none"> <li>а) глюкокортикоидов</li> <li>б) эуфиллина</li> <li>в) обзидана и кордиамина</li> <li>г) алупента</li> </ul>	
20.	<p>БАКТЕРИЦИДНЫМИ СВОЙСТВАМИ ОБЛАДАЮТ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) тетрациклины</li> <li>б) пенициллины</li> <li>в) аминогликозиды</li> <li>г) цефалоспорины</li> <li>д) правильно б), в), г)</li> </ul>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
21.	<p>ПРИНЦИПАЛЬНАЯ СХЕМА ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ СЕПТИЧЕСКОГО ШОКА ВКЛЮЧАЕТ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) хирургическую санацию очага</li> <li>2) антибактериальную терапию</li> <li>3) восстановление нормального кровообращения и газообмена</li> <li>4) коррекцию водно-электролитного обмена и кислотно-щелочного баланса</li> <li>5) реодинамическую коррекцию кардио- и вазоселективными средствами, диуретиками, кортикостероидами, гепарином</li> <li>6) коррекцию метаболизма</li> <li>7) методы физической и биологической сорбции</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) все ответы правильные</li> <li>б) все ответы правильные, кроме 1</li> <li>в) все ответы правильные, кроме 2</li> <li>г) все ответы правильные, кроме 3, 4</li> <li>д) все ответы правильные, кроме 5, 7</li> </ul>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
22.	<p>ОСНОВНЫМИ ОШИБКАМИ ПРИ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) нарушение принципа сочетания антибиотиков</li> <li>2) поддержание низкого уровня концентрации антибиотиков в крови и очаге поражения</li> <li>3) длительное применение одного антибиотика</li> <li>4) назначение антибиотика без учета принадлежности флоры и ее чувствительности</li> <li>5) профилактическое назначение антибиотиков</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) все ответы верные, кроме 5</li> <li>б) все ответы верные, кроме 1</li> <li>в) все ответы верные, кроме 2</li> <li>г) все ответы верные, кроме 3</li> <li>д) все ответы верные, кроме 4</li> </ul>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
23.	<p>ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕНИЦИЛЛИНОМ ЭФФЕКТ УСИЛИВАЕТСЯ В СОЧЕТАНИИ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) со стрептомицином, полимиксином, канамицином, гентамицином и сульфаниламидами</li> <li>б) с левомецетином, тетрациклином, никотиновой кислотой и эритромицином</li> <li>в) с олеандомицином, эритромицином и аскорбиновой кислотой</li> <li>г) со щелочами, эритромицином, никотиновой кислотой</li> <li>д) с тетрациклином, аскорбиновой и никотиновой кислотой</li> </ul>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
24.	<p>К ПРЕПАРАТАМ И АНТИБИОТИКАМ, АНТАГОНИСТАМ ПЕНИЦИЛЛИНА ИЛИ НЕСОВМЕСТИМЫМ С НИМ ОТНОСЯТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) левомецетин, аскорбиновая и никотиновая кислота, щелочи</li> </ul>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>

	б) сульфаниламиды в) гентамицин г) канамицин д) стрептомицин	
25.	К ПРЕПАРАТАМ, КОТОРЫЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО СОВМЕЩАТЬ С АМПИЦИЛЛИНОМ, ОТНОСЯТСЯ а) аминогликозиды б) оксациллин в) левомецетин г) правильно а) и б) д) правильно а) и в)	УК-1-3 ПК-1-12
26.	ЛЕЧЕБНЫЙ ЭФФЕКТ СТРЕПТОМИЦИНА УСИЛИВАЮТ а) левомецетин б) тетрациклин в) витамин В1 г) гентамицин д) пенициллин	УК-1-3 ПК-1-12
27.	К ПРЕПАРАТАМ, УСИЛИВАЮЩИМ ЛЕЧЕБНЫЙ ЭФФЕКТ ЭРИТРОМИЦИНА, ОТНОСЯТСЯ а) сульфаниламиды, нитрофураны б) пенициллин в) стрептомицин г) ампициллин д) пенициллин и стрептомицин	УК-1-3 ПК-1-12
28.	К ПРЕПАРАТАМ - АНТАГОНИСТАМ ЭРИТРОМИЦИНА ОТНОСЯТСЯ а) нитрофураны б) канамицин в) полимиксин г) пенициллин, стрептомицин, ампициллин д) сульфаниламиды	УК-1-3 ПК-1-12
29.	ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЙСТВИЕ ГЕНТАМИЦИНА УСИЛИВАЮТ а) ристомицин б) пенициллин в) стрептомицин, эритромицин, сульфаниламиды и нитрофураны г) ампициллин д) пенициллин и ампициллин	УК-1-3 ПК-1-12
30.	К ПРЕПАРАТАМ - АНТАГОНИСТАМ ЛЕВОМЕЦЕТИНА ОТНОСЯТСЯ а) пенициллин б) тетрациклины в) эритромицин г) нитрофураны д) сульфаниламиды	УК-1-3 ПК-1-12
31.	К ПРЕПАРАТАМ-СИНЕРГИСТАМ С ЛИНКОМИЦИНОМ ОТНОСЯТСЯ а) пенициллин б) ампициллин в) стрептомицин г) гентамицин, эритромицин, сульфаниламиды, нитрофураны д) ристомицин	УК-1-3 ПК-1-12

32.	<p>К ПРЕПАРАТАМ-АНТАГОНИСТАМ ИЛИ НЕСОВМЕСТИМЫМ С ТЕТРАЦИКЛИНОМ ОТНОСЯТСЯ</p> <p>а) канамицин  б) пенициллин, стрептомицин, препараты кальция, магния, железа  в) полимиксин  г) эритромицин  д) витамин Е</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
33.	<p>УСИЛИВАЮТ ДЕЙСТВИЕ ТЕТРАЦИКЛИНА</p> <p>а) пенициллин, стрептомицин  б) препараты кальция  в) препараты магния  г) препараты железа  д) полимиксин, эритромицин</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
34.	<p>СИНЕРГИСТАМИ РИСТОМИЦИНА ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>а) тетрациклин  б) левомецетин  в) тетрациклин  г) полимиксин, сульф-ниламиды  д) левомецетин</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
35.	<p>АНТАГОНИСТОМ НЕОМИЦИНА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) пенициллин  б) стрептомицин, канамицин, полимиксин  в) тетрациклин  г) эритромицин  д) сульфаниламиды</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
36.	<p>ПРЕПАРАТАМИ, УСИЛИВАЮЩИМИ ДЕЙСТВИЕ КАНАМИЦИНА, ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>а) пенициллин, тетрациклин, левомецетин  б) неомицин  в) гентамицин  г) стрептомицин  д) полимиксин</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
37.	<p>К ПРЕПАРАТАМ, НЕСОВМЕСТИМЫМ С КАНАМИЦИНОМ, ОТНОСЯТСЯ</p> <p>а) левомецетин  б) неомицин, полимиксин, стрептомицин  в) пенициллин  г) тетрациклин  д) нитроксалин</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
38.	<p>ПРЕПАРАТАМИ, НЕСОВМЕСТИМЫМИ С ГЕНТАМИЦИНОМ, ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>а) нитрофураны  б) сульфаниламиды  в) линкомицин  г) канамицин, стрептомицин  д) витамины группы В</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
39.	<p>ПРИ КИСЛОЙ РЕАКЦИИ МОЧИ ЛУЧШИЙ ЛЕЧЕБНЫЙ ЭФФЕКТ ДАЮТ</p> <p>а) пенициллин, полусинтетические пенициллины, тетрациклины, нитрофураны, 5-НОК (нитроксилин)  б) гентамицин  в) эритромицин</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>

	г) канамицин, стрепто-мицин д) невидграмон, сульфа-ниламиды	
40.	ПРИ ЩЕЛОЧНОЙ РЕАКЦИИ МОЧИ ДАЮТ ЛУЧШИЙ ЛЕЧЕБНЫЙ ЭФФЕКТ а) ампициллин б) тетрациклин в) нитроксолин, 5-НОК г) фурагин, фурадонин д) эритромицин, гентамицин, стрептомицин, канамицин, сульфаниламиды, невидграмон	УК-1-3 ПК-1-12
<b>Б1.Б.1.5</b>	<b>Раздел 5. Аномалии мочеполовых органов</b>	
1.	К АНОМАЛИЯМ ПОЛОЖЕНИЯ ПОЧЕК ОТНОСЯТСЯ а) дистопия гомолатеральная (торакальная, поясничная, подвздошная, тазовая) б) нефроптоз в) дистопия гетеролатеральная (перекрестная) г) только а) и б) д) только а) и в)	УК-1-3 ПК-1-12
2.	ДИСТОПИИ ПОЧЕК ВСТРЕЧАЮТСЯ С ЧАСТОТОЙ а) 1:600 б) 1:800 в) 1:1000 г) 1:1200 д) 1:10000	УК-1-3 ПК-1-12
3.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ УДВОЕНИИ МОЧЕТОЧНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ а) пузырно-мочеточниковый рефлюкс б) недержание мочи вследствие эктопии устья мочеточника в) гидроуретеронефроз г) правильно а) и б) д) все перечисленное	УК-1-3 ПК-1-12
4.	ХАРАКТЕРНЫМИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ТАЗОВОЙ И ПОЯСНИЧНОЙ ДИСТОПИИ ПОЧКИ ЯВЛЯЮТСЯ а) ротация почки б) извитой, достаточной длины мочеточник в) низко отходящая, короткая сосудистая ножка г) только а) и б) д) только а) и в)	УК-1-3 ПК-1-12
5.	ПОЧЕЧНЫЕ АРТЕРИИ ПОДВЗДОШНО ДИСТРОПИРОВАННОЙ ПОЧКИ ИМЕЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ, КРОМЕ: 1) единичных 2) множественных 3) отходящих от общей подвздошной артерии 4) отходящих под бифуркацией аорты 5) отходящих в месте бифуркации б) отходящих от различных тазовых артерий а) правильно 1, 2 и 6 б) правильно 2, 4 и 6 в) правильно 1, 3 и 6 г) правильно 2, 3 и 5 д) правильно 2, 4 и 5	УК-1-3 ПК-1-12

6.	РЕТРОКАВАЛЬНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ МОЧЕТОЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ РЕЗУЛЬТАТОМ а) неправильного эмбрионального развития почки б) неправильного эмбрионального развития аорты в) неправильного эмбрионального развития задней правой кардиальной вены г) неправильного эмбрионального развития нижней полой вены д) правильно в) и г)	УК-1-3 ПК-1-12
7.	АНОМАЛИИ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ПОЧЕК СОСТАВЛЯЮТ КО ВСЕМ ПОЧЕЧНЫМ АНОМАЛИЯМ а) 6-8% б) 10% в) 13% г) 18% д) 20%	УК-1-3 ПК-1-12
8.	К СИММЕТРИЧНЫМ ФОРМАМ СРАЩЕНИЯ ОТНОСЯТ а) S-образную почку б) подковообразную и галетообразную почку в) L-образную почку г) Y-образную почку	УК-1-3 ПК-1-12
9.	ВОЗМОЖНЫЕ ВАРИАНТЫ СРАЩЕНИЯ ПОЛЮСОВ В ПОДКОВО-ОБРАЗНОЙ ПОЧКЕ а) посредством паренхиматозного перешейка нижних полюсов почки б) посредством перешейка верхних полюсов почки в) сращение только за счет фиброзной ткани г) сращение полюсов перешейка позади аорты и нижней полой вены д) ответы а), б), в), г) правильные	УК-1-3 ПК-1-12
10.	СРЕДИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОДКОВООБРАЗНОЙ ПОЧКИ ПЕРВОЕ МЕСТО ЗАНИМАЕТ а) мочекаменная болезнь б) гидронефроз в) пиелонефрит г) артериальная гипертензия д) гематурия	УК-1-3 ПК-1-12
11.	ДИАГНОСТИКА РЕТРОКАВАЛЬНОГО МОЧЕТОЧНИКА ОСНОВЫВАЕТСЯ НА ДАННЫХ а) ретроградной уретерографии б) ультразвукового исследования в) сцинтиграфии г) правильно а) и б) д) правильно б) и в)	УК-1-3 ПК-1-12
12.	ПРИ S-ОБРАЗНОЙ ПОЧКЕ ВОРОТА РАСПОЛОЖЕНЫ а) медиально б) латерально в) одни - медиально, другие - краниально г) одни - медиально, другие - латерально д) краниально	УК-1-3 ПК-1-12
13.	ПРИ L-ОБРАЗНОЙ ПОЧКЕ ВОРОТА РАСПОЛОЖЕНЫ а) латерально б) медиально в) краниально г) одни - медиально, другие - краниально	УК-1-3 ПК-1-12

	д) одни - медиально, другие - латерально	
14.	ПАТОГЕНЕЗ СОЛИТАРНОЙ КИСТЫ СВЯЗАН а) с канальцевой окклюзией (врожденной или приобретенной) б) с ретенцией мочи в) с ишемией почечной ткани г) правильно а) и б) д) все перечисленное	УК-1-3 ПК-1-12
15.	ПУНКЦИЯ КИСТЫ И КИСТОГРАФИЯ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ОПРЕДЕЛЕННУЮ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ЭТАПОВ: 1) пункция кисты 2) введение рентгеноконтрастных веществ в полость кисты 3) аспирация содержимого кисты 4) введение в полость кисты склерозирующих растворов 5) цитологическое и бактериологическое исследование б) эвакуация рентгеноконтрастных веществ из кисты а) правильно 1, 2, 5, 6, 3 и 4 б) правильно 1, 3, 5, 2, 6 и 4 в) правильно 1, 2, 3, 6, 4 и 5 г) правильно 1, 3, 2, 6, 5 и 4 д) правильно 1, 2, 3, 5, 6 и 4	УК-1-3 ПК-1-12
16.	ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ОСНОВОЙ НЕЙРОМЫШЕЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ МОЧЕТОЧНИКА ЯВЛЯЮТСЯ а) врожденное сужение устья мочеточника б) врожденное сужение интрамурального отдела мочеточника в) стриктура уретры г) склероз шейки мочевого пузыря д) правильно а) и б)	УК-1-3 ПК-1-12
17.	ПОКАЗАНИЯМИ К ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ СОЛИТАРНОЙ КИСТЫ ПОЧКИ ЯВЛЯЮТСЯ а) постоянные боли б) гематурия в) малигнизация стенки кисты г) сочетание кисты и рака почки д) все перечисленное	УК-1-3 ПК-1-12
18.	ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ОСНОВОЙ НЕЙРОМЫШЕЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ МОЧЕТОЧНИКА ЯВЛЯЮТСЯ а) нейрогенные нарушения мочевого пузыря б) уретероцеле в) нейромышечная дисплазия нижнего цистоида г) правильно а) и б) д) правильно б) и в)	УК-1-3 ПК-1-12
19.	ПОЛИКИСТОЗ ПОЧЕК ВСТРЕЧАЕТСЯ а) в 1:200 аутопсий б) в 1:300 аутопсий в) в 1:350-400 аутопсий г) в 1:600 аутопсий д) в 1:800 аутопсий	УК-1-3 ПК-1-12
20.	АНГИОГРАММЫ ПРИ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ПОЧКАХ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ а) бессосудистыми зонами б) истонченными и удлинненными магистральными сосудами в) значительным количеством мелких артерий	УК-1-3 ПК-1-12

	г) правильно а) и в) д) правильно а) и б)	
21.	ПОКАЗАНИЯМИ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ ПОЛИКИСТОЗЕ ПОЧЕК ЯВЛЯЮТСЯ а) длительная микрогематурия б) нагноение кист в) хронический пиелонефрит г) правильно а) и б) д) правильно а) и в)	УК-1-3 ПК-1-12
22.	В ДИАГНОСТИКЕ НЕЙРОМЫШЕЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ МОЧЕТОЧНИКА НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ а) экскреторная урография б) ретроградная уретерография в) ультразвуковое исследование г) правильно а) и в) д) правильно а) и б)	УК-1-3 ПК-1-12
23.	ЭТИОЛОГИЯ МУЛЬТИКИСТОЗА ПОЧКИ СВЯЗАНА а) с отсутствием закладки экскреторного аппарата б) с отсутствием соединения зачатков секреторного и экскреторного отделов почки в) в процессе эмбриогенеза в) с неправильной закладкой секреторного аппарата почки г) правильно а) и б) д) правильно б) и в)	УК-1-3 ПК-1-12
24.	В ДИАГНОСТИКЕ НЕЙРОМЫШЕЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ МОЧЕТОЧНИКА ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ а) динамическая нефросцинтиграфия б) аортография в) венокавография г) цистография д) урокинематография	УК-1-3 ПК-1-12
25.	ВОЗМОЖНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ВАРИАНТЫ МУЛЬТИКИСТОЗА ПОЧЕК а) мочеточник не изменен б) мочеточник атрофичен и слепо заканчивается не доходя до мочевого пузыря в) мочеточник соединяется с мочевым пузырем, но слепо заканчивается в верхнем отделе г) мочеточник атрофичен д) правильно б) и в)	УК-1-3 ПК-1-12
26.	МУЛЬТИЛОКУЛЯРНАЯ КИСТА ПОЧКИ - ЭТО а) однокамерная киста б) многокамерная киста в) не сообщающаяся с лоханкой киста г) правильно а) и в) д) правильно б) и в)	УК-1-3 ПК-1-12
27.	ДЛЯ СТАДИИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ НЕЙРОМЫШЕЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ МОЧЕТОЧНИКА ХАРАКТЕРНЫ а) атрофия мышц мочеточника б) гипертрофия мышечного слоя мочеточника в) колебания давления в мочеточнике отсутствуют	УК-1-3 ПК-1-12

	г) правильно а) и в) д) правильно б) и в)	
28.	ЛЕЧЕНИЕ МУЛЬТИЛОКУЛЯРНОЙ КИСТЫ а) консервативное б) чрезкожная пункция кисты в) нефрэктомия или резекция почки г) вылушение всей кисты или иссечение наружных стенок с коагуляцией ее внутрипаренхиматозных стенок и тампонадой их полостей паранефральной клетчаткой д) пункция кисты и введение в нее склерозирующих растворов е) кистозное расширение почечных пирамид ж) врожденная кистозная дилатация собирательных канальцев почки	УК-1-3 ПК-1-12
29.	ГУБЧАТАЯ ПОЧКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ БОЛЬШОГО ЧИСЛА МЕЛКИХ КИСТ а) в корковом веществе почки б) в корковом и мозговом веществе почки в) в почечных пирамидах г) в воротах почки д) в одном из полюсов почки	УК-1-3 ПК-1-12
30.	ДЛЯ ГУБЧАТОЙ ПОЧКИ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ МЕЛКИХ КОНКРЕМЕНТОВ а) в чашечках б) в лоханке в) в полостях кист г) в мочеточнике д) правильно а) и б)	УК-1-3 ПК-1-12
31.	ДИАГНОЗ "ГУБЧАТАЯ ПОЧКА" УСТАНОВЛИВАЮТ С ПОМОЩЬЮ а) ультразвукового исследования б) почечной артериографии в) обзорной и экскреторной урографии г) динамической нефросцинтиграфии д) ретроградной уретеропиелографии	УК-1-3 ПК-1-12
32.	ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ГУБЧАТОЙ ПОЧКОЙ а) специального лечения не требуется б) оперативное в) оперативное лечение только в случае осложнений, не поддающихся медикаментозному лечению г) консервативное д) правильно а) и в)	УК-1-3 ПК-1-12
33.	МЕГАКАЛИКОЗ ЯВЛЯЕТСЯ РЕЗУЛЬТАТОМ а) очагового отсутствия слияния зачатков мезонефрогенной и метанефрогенной бластемы б) медуллярной дисплазии в) отсутствия закладки экскреторного аппарата г) расщепления мочеточникового зачатка до его вхождения в метанефротическую бластему д) недоразвития мочеточникового зачатка	УК-1-3 ПК-1-12
34.	ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ МЕГАКАЛИКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ а) экскреторная урография б) ультразвуковое исследование	УК-1-3 ПК-1-12

	<p>в) ретроградная пиелография  г) динамическая сцинтиграфия  д) ангиография</p>	
35.	<p>ЛЕЧЕНИЕ НЕОСЛОЖНЕННОГО МЕГАКАЛИКОЗА</p> <p>а) консервативное  б) специального лечения не требуется  в) нефрэктомия  г) резекция полюса почки  д) пластические операции</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
36.	<p>ОПЕРАЦИЯ ПРИ НЕЙРОМЫШЕЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ МОЧЕТОЧНИКА ДОЛЖНА ОТВЕЧАТЬ СЛЕДУЮЩИМ ТРЕБОВАНИЯМ</p> <p>а) быть антирефлюксной  б) устранять инфравезикальную обструкцию  в) сокращать длину и диаметр мочеточника без нарушения целостности его нейромышечного аппарата  г) правильно а) и б)  д) правильно а) и в)</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
37.	<p>УДВОЕНИЕ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ - ЭТО</p> <p>а) разделение почки на два сегмента, имеющих отдельное кровоснабжение  б) удвоение лоханки  в) расщепление мочеточника  г) удвоение мочеточника  д) сочетание б) и г)</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
38.	<p>ПАРАПЕЛЬВИКАЛЬНЫЕ КИСТЫ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ ТЕМ, ЧТО</p> <p>а) не сообщаются с лоханкой и чашечками  б) связаны с лоханкой или чашечками  в) локализуются в области почечного синуса  г) не локализуются в области почечного синуса  д) правильно а) и в)</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
39.	<p>УДВОЕННАЯ ПОЧКА ИМЕЕТ</p> <p>а) две самостоятельные почечные артерии  б) одну общую артерию  в) один мочеточник  г) два мочеточника  д) правильно а) и г)</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
40.	<p>ЗАКОН ВЕЙГЕРТА - МЕЙЕРА ДЕЙСТВУЕТ</p> <p>а) при удвоении лоханки  б) при удвоении почки  в) при расщеплении мочеточника  г) при неполном удвоении почки  д) при удвоении мочеточника</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
<b>Б1.Б.1.6</b>	<b>Раздел 6. Воспалительные заболевания</b>	
1.	<p>ФОРМЫ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА</p> <p>а) межчашечный гнойный  б) апостематозный  в) абсцесс  г) карбункул  д) все перечисленное</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
2.	<p>СРЕДИ БЕРЕМЕННЫХ ЧАСТОТА ЗАБОЛЕВАНИЙ ОСТРЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ СОСТАВЛЯЕТ</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>

	а) 0% б) 1% в) 11% г) 50% д) 100%	
3.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЗЫВАЕТ ПИЕЛОНЕФРИТ а) кишечная палочка б) протей в) палочка сине-зеленого гноя г) стафилококк д) энтерококк	УК-1-3 ПК-1-12
4.	ОСТРЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ В НЕИЗМЕНЕННЫХ ПОЧКАХ МОГУТ ВЫЗЫВАТЬ а) протей б) кишечная палочка в) палочка сине-зеленого гноя г) энтерококк д) стафилококк	УК-1-3 ПК-1-12
5.	ФАКТОРАМИ, СПОСОБСТВУЮЩИМИ ВОЗНИКНОВЕНИЮ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА, ЯВЛЯЮТСЯ а) полиурия б) перегревание в) нарушение пассажа мочи и оттока венозной крови из почки г) нарушение притока артериальной крови к почке д) все перечисленное	УК-1-3 ПК-1-12
6.	ПРИ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПОРАЖАЮТСЯ а) чашечно-лоханочная система б) клубочки почки в) канальцы почки г) венозная система почки и интерстициальная ткань д) все перечисленное	УК-1-3 ПК-1-12
7.	ИЗМЕНЕНИЯ В ПОЧКЕ ПРИ ГНОЙНОМ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ а) нарушением проницаемости сосудов б) лейкоцитарной инфильтрацией межуточной ткани в) скоплением микробов в межуточной ткани г) деструкцией почечной ткани (канальцев и клубочков) д) всем перечисленным	УК-1-3 ПК-1-12
8.	ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ С НАРУШЕНИЕМ ОТТОКА МОЧИ ИЗ ПОЧКИ ОТМЕЧАЕТСЯ СЛЕДУЮЩАЯ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ РАЗВИТИЯ СИМПТОМОВ: 1) озноб 2) боли в области почки 3) высокая температура 4) обильный пот 5) слабость а) правильно 1, 2, 3, 4 и 5 б) правильно 2, 1, 3, 4 и 5 в) правильно 1, 3, 4, 5 и 2 г) правильно 3, 2, 1, 5 и 4 д) правильно 5, 1, 3, 2 и 4	УК-1-3 ПК-1-12

9.	МИНИМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО ЛЕЙКОЦИТОВ В ОСАДКЕ МОЧИ, УКАЗЫВАЮЩЕЕ НА НАЛИЧИЕ ЛЕЙКОЦИТУРИИ, СОСТАВЛЯЕТ а) 2-5 лейкоцитов в поле зрения б) больше 6 лейкоцитов в поле зрения в) больше 10 лейкоцитов в поле зрения г) больше 20 лейкоцитов в поле зрения д) лейкоциты покрывают все поля зрения	УК-1-3 ПК-1-12
10.	НА НАЛИЧИЕ ЛЕЙКОЦИТУРИИ УКАЗЫВАЕТ СОДЕРЖАНИЕ ЛЕЙКОЦИТОВ В 1 МЛ "СРЕДНЕЙ" ПОРЦИИ МОЧИ а) менее 1000 б) от 1000 до 2000 в) от 2000 до 4000 г) больше 4000 д) больше 5000	УК-1-3 ПК-1-12
11.	НАИБОЛЕЕ БЫСТРО ВЫЯВИТЬ БАКТЕРИУРИЮ ПОЗВОЛЯЕТ а) ГТХ-тест б) бактериоскопия в) тест Браудэ г) тест Грисса д) посев мочи по методу Гоулда	УК-1-3 ПК-1-12
12.	С УБЕЖДЕННОСТЬЮ ПОЗВОЛЯЕТ ВЫСКАЗАТЬСЯ О НАЛИЧИИ БАКТЕРИУРИИ КОЛИЧЕСТВО БАКТЕРИЙ В 1 МЛ МОЧИ, РАВНОЕ а) 1000 б) 5000 в) более 10000 г) более 50000 д) более 100000	УК-1-3 ПК-1-12
13.	НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ПРИ КИСЛОЙ РЕАКЦИИ МОЧИ ЯВЛЯЮТСЯ а) эритромицин б) линкомицин в) пенициллин и 5-НОК г) стрептомицин д) все перечисленное	УК-1-3 ПК-1-12
14.	ПРИ ЩЕЛОЧНОЙ РЕАКЦИИ МОЧИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ЯВЛЯЮТСЯ а) тетрациклин б) канамицин и гентамицин в) нитрофураны г) сульфаниламиды д) все перечисленное	УК-1-3 ПК-1-12
15.	ПРИМЕНЯТЬ НЕПРЕРЫВНО ОДИН И ТОТ ЖЕ АНТИБИОТИК ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ НЕ СЛЕДУЕТ БОЛЕЕ а) 3-х дней б) 5-7 дней в) 8-10 дней г) 10-14 дней д) больше 14-ти дней	УК-1-3 ПК-1-12
16.	АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ	УК-1-3 ПК-1-12

	<ul style="list-style-type: none"> <li>а) до нормализации температуры</li> <li>б) до исчезновения пиурии</li> <li>в) до исчезновения бактериурии</li> <li>г) до выписки больного из стационара</li> <li>д) длительно в течение нескольких месяцев</li> </ul>	
17.	<p>КОЛИЧЕСТВО ЖИДКОСТИ, КОТОРОЕ СЛЕДУЕТ УПОТРЕБЛЯТЬ БОЛЬНОМУ ОСТРЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) резко ограничено</li> <li>б) ограниченное количество</li> <li>в) обычное количество</li> <li>г) повышенное количество</li> <li>д) большое количество</li> </ul>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
18.	<p>КОЛИЧЕСТВО ПОВАРЕННОЙ СОЛИ, КОТОРОЕ СЛЕДУЕТ УПОТРЕБЛЯТЬ БОЛЬНОМУ ОСТРЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) бессолевая диета</li> <li>б) ограниченное количество</li> <li>в) обычное количество</li> <li>г) повышенное количество</li> <li>д) большое количество</li> </ul>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
19.	<p>ИНГИБИТОРАМИ ПРОТЕОЛИЗА ЯВЛЯЮТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) антипирин</li> <li>б) бруфен</li> <li>в) метиндол</li> <li>г) контрикал и Е-аминокапроновая кислота</li> <li>д) все перечисленное</li> </ul>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
20.	<p>АНАЛОГАМИ ИНДОМЕТАЦИНА ЯВЛЯЮТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) трасилол</li> <li>б) метиндол и индоцид</li> <li>в) вольтарен натрия</li> <li>г) все перечисленное</li> </ul>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
21.	<p>ПРОНИЦАЕМОСТЬ КАПИЛЛЯРОВ И КЛЕТОЧНЫХ МЕМБРАН СНИЖАЮТ ВИТАМИНЫ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) В1</li> <li>б) В6</li> <li>в) С и Р</li> <li>г) А</li> <li>д) только а) и б)</li> </ul>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
22.	<p>В ПОЛИКЛИНИКУ ОБРАТИЛАСЬ БОЛЬНАЯ 37 ЛЕТ С ЖАЛОБАМИ НА ОБЩУЮ СЛАБОСТЬ, НОЮЩИЕ БОЛИ В ПОЯСНИЦЕ СПРАВА. ДВА ЧАСА НАЗАД ПЕРЕНЕСЛА ПРИСТУП ПРАВОСТОРОННЕЙ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ, СОПРОВОЖДАЮЩИЙСЯ ПОВЫШЕНИЕМ ТЕМПЕРАТУРЫ, ОЗНОБОМ С ПОСЛЕДУЮЩИМ БЫСТРЫМ СНИЖЕНИЕМ ТЕМПЕРАТУРЫ, ПРОЛИВНЫМ ПОТОМ И ИСЧЕЗНОВЕНИЕМ БОЛЕЙ В ПОЯСНИЦЕ. В МОМЕНТ ОСМОТРА СИМПТОМ ПАСТЕРНАЦКОГО СЛАБО ПОЛОЖИТЕЛЕН СПРАВА, ПОЧКИ НЕ ПАЛЬПИРУЮТСЯ, МОЧЕИСПУСКАНИЕ НЕ НАРУШЕНО, МОЧА ПРОЗРАЧНАЯ, ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА 37. 2°С. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) состояние после приступа правосторонней почечной колики</li> <li>б) острый гнойный пиелонефрит</li> <li>в) пиелит</li> <li>г) острый гематогенный пиелонефрит</li> </ul>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>

	д) острый серозный пиелонефрит, камень правого мочеточника	
23.	<p>ПРИЗНАКИ ПСОАС-СИМПТОМА ПРИ ОСТРОМ ПАРАНЕФРИТЕ</p> <p>а) боли в пояснице при движении</p> <p>б) боли в пояснице в положении больного на противоположном боку</p> <p>в) боли при выпрямлении ноги</p> <p>г) нога на стороне поражения согнута в колене, в тазобедренном суставе и слегка приведена к животу</p> <p>д) сгибание ноги в колене при поколачивании по поясничной области на стороне поражения</p>	УК-1-3 ПК-1-12
24.	<p>БОЛЬНАЯ ПОСТУПИЛА В УРОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ПО ПОВОДУ ПРАВОСТОРОННЕГО ОСТРОГО СЕРОЗНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА, КАМНЯ НИЖНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА РАЗМЕРАМИ 0. 6X0. 8 СМ. В ЭТОМ СЛУЧАЕ ТАКТИКА ВРАЧА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ СЛЕДУЮЩУЮ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ:</p> <p>1) интенсивная антибактериальная терапия</p> <p>2) операция - ревизия почки, нефростомия</p> <p>3) катетеризация правого мочеточника</p> <p>4) уретеролитотомия</p> <p>5) чрезкожная пункционная нефростомия</p> <p>а) правильно 1, 2, 3, 4 и 5</p> <p>б) правильно 1, 3, 4, 5 и 2</p> <p>в) правильно 2, 4, 5, 1 и 3</p> <p>г) правильно 3, 4, 2, 1</p> <p>д) правильно 2, 4, 5, 3 и 1</p>	УК-1-3 ПК-1-12
25.	<p>В УРОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ПОСТУПИЛА БОЛЬНАЯ А. 47 ЛЕТ С ЖАЛОБАМИ НА ТУПЫЕ, НОЮЩИЕ БОЛИ В ПОЯСНИЦЕ СПРАВА. БОЛЬНА В ТЕЧЕНИЕ 3 ДНЕЙ, КОГДА СТАЛА ОТМЕЧАТЬ ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ДО 37. 8-38. 5°С С ЛЕГКИМ ПОЗНАБЛИВАНИЕМ И ПОЯВЛЕНИЕМ БОЛЕЙ В ПОЯСНИЦЕ. В АНАМНЕЗЕ УКАЗАНИЙ НА УРОЛОГИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ НЕТ. НЕЗАДОЛГО ДО НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ БЫЛ ГНОЙНИЧОК НА КОЖЕ, КОТОРЫЙ БОЛЬНАЯ ВЫДАВИЛА САМОСТОЯТЕЛЬНО. МОЧЕИСПУСКАНИЕ НЕ НАРУШЕНО. ПОЧКИ НЕ ПАЛЬПИРУЮТСЯ. ОБЛАСТЬ ПРАВОЙ ПОЧКИ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ БОЛЕЗНЕННА. СИМПТОМ ПАСТЕРНАЦКОГО СПРАВА ПОЛОЖИТЕЛЕН. НАПРЯЖЕНИЕ МЫШЦ ПОЯСНИЦЫ И ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ОТСУТСТВУЕТ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:</p> <p>а) хронический пиелонефрит, активная фаза</p> <p>б) правосторонний нефроптоз</p> <p>в) карбункул почки</p> <p>г) апостематозный пиелонефрит</p> <p>д) калькулезный холецистит</p>	УК-1-3 ПК-1-12
26.	<p>БОЛЬНАЯ 47 ЛЕТ ПОСТУПИЛА В УРОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ В СВЯЗИ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА КАРБУНКУЛ ЛЕВОЙ ПОЧКИ. БОЛЬНА 6 ДНЕЙ, ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА 37. 8-38. 5°С. ЕЙ СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНИТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ В СЛЕДУЮЩЕЙ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ:</p> <p>1) изотопная ренография</p> <p>2) анализ мочи и крови</p> <p>3) ультразвуковое исследование</p>	УК-1-3 ПК-1-12

	<p>4) динамическая нефросцинтиграфия  5) почечная венография  6) экскреторная урография  7) ретроградная пиелография  а) правильно 1, 2, 3, 4, 5, 6 и 7  б) правильно 2, 3, 6, 4  в) правильно 2, 4, 1, 3, 7, 5 и 6  г) правильно 2, 1, 5, 4, 5, 7 и 3</p>	
27.	<p>У БОЛЬНОГО 64 ЛЕТ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ УСТАНОВЛЕН КАРБУНКУЛ НИЖНЕГО ПОЛЮСА ЛЕВОЙ ПОЧКИ 2Х3 СМ. ПАССАЖ МОЧИ И ФУНКЦИЯ ПОЧЕК НЕ ИЗМЕНЕНЫ. БОЛЕН 3 ДНЯ, НЕ ЛЕЧИЛСЯ. ТАКТИКА ВРАЧА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ:</p> <p>а) срочную операцию - ревизию левой почки, иссечение или рассечение карбункула, нефростомию, дренирование паранефрального пространства  б) плановую операцию - ревизию почки, иссечение или рассечение карбункула, дренирование паранефрального пространства, антибактериальную терапию  в) нефростомию  г) чрескожную пункцию карбункула, антибактериальную терапию  д) нефрэктомию</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
28.	<p>БОЛЬНАЯ 65 ЛЕТ ПОСТУПИЛА ПО ПОВОДУ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА, КАМНЯ ЛОХАНКИ ПРАВОЙ ПОЧКИ РАЗМЕРАМИ 1.5Х2 СМ. ВЫСОКАЯ ТЕМПЕРАТУРА С ПЕРИОДИЧЕСКИМИ ОЗНОБАМИ В ТЕЧЕНИЕ 10 ДНЕЙ. БОЛЬНОЙ НЕОБХОДИМЫ:</p> <p>а) плановое обследование  б) катетеризация мочеточника  в) интенсивная антибактериальная терапия  г) дистанционная литотрипсия  д) операция - ревизия почки, пиелолитотомия</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
29.	<p>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> <p>а) плановое обследование с целью уточнения функции почек  б) катетеризация мочеточника  в) уретеролитотомия  г) срочная операция - ревизия правой почки, нефростомию и интенсивная антибактериальная терапия  д) интенсивная антибактериальная терапия</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
30.	<p>У БОЛЬНОГО УСТАНОВЛЕН АБСЦЕСС НИЖНЕГО ПОЛЮСА ПРАВОЙ ПОЧКИ РАЗМЕРАМИ 4Х4 СМ. ЕМУ НЕОБХОДИМО:</p> <p>а) интенсивная антибактериальная терапия  б) нефрэктомия  в) операция - вскрытие и дренирование абсцесса или чрескожная пункция и дренирование полости абсцесса  г) резекция нижнего полюса почки  д) декапсуляция почки</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>

31.	БОЛЬНАЯ К. 24 ЛЕТ. БЕРЕМЕННОСТЬ 25 НЕДЕЛЬ. ОСТРЫЙ ПРАВООСТОРОННИЙ СЕРОЗНЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ. ЭКТАЗИЯ ЛОХАНКИ И ПРАВОГО МОЧЕТОЧНИКА ДО ТАЗОВОГО ОТДЕЛА. ДАННЫХ ЗА КОНКРЕМЕНТЫ НЕТ. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОЙ ВКЛЮЧАЕТ: а) правостороннюю нефрэктомия б) прерывание беременности в) катетеризацию мочеточника г) чрезкожную пункционную нефростомию д) постоянное пребывание больной на противоположном боку, антибактериальную терапию	УК-1-3 ПК-1-12
32.	ОСЛОЖНЕНИЯМИ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЮТСЯ а) некроз почечных сосочков, паранефрит б) эндотоксичный шок, острая почечная недостаточность в) сепсис, септикопиемия с образованием метастатических гноевиков г) правильно а) и б) д) правильно а), б) и в)	УК-1-3 ПК-1-12
33.	ИСХОДЫ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА а) хроническая почечная недостаточность б) пионефроз в) сморщенная почка г) все перечисленное д) правильно б) и в)	УК-1-3 ПК-1-12
34.	ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЕТ а) у новорожденных б) в раннем детском возрасте в) в юношеском возрасте г) в среднем возрасте д) в пожилом и старческом возрасте	УК-1-3 ПК-1-12
35.	ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ В СВЯЗИ С ПОЛОМ ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩУЮ ЗАКОНОМЕРНОСТЬ а) мужчины заболевают в 4 раза чаще б) мужчины заболевают в 2 раза чаще в) мужчины заболевают одинаково часто г) женщины заболевают в 2 раза чаще д) женщины заболевают в 4 раза чаще	УК-1-3 ПК-1-12
36.	ЧАЩЕ ВСЕГО ВЫЗЫВАЮТ ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ а) стафилококк б) кишечная палочка в) протей г) энтерококк д) палочка сине-зеленого гноя	УК-1-3 ПК-1-12
37.	ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО а) диффузное поражение почки б) очаговое, полиморфное поражение почки в) очаговое мономорфное поражение почки г) поражение клубочков почки д) поражение канальцев почки	УК-1-3 ПК-1-12
38.	СКРЫТАЯ ЛЕЙКОЦИТУРИЯ ВЫЯВЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ а) клинического анализа мочи б) метода Каковского - Аддиса	УК-1-3 ПК-1-12

	<p>в) пробы Нечипоренко  г) преднизолонового и озокеритового тестов  д) всех перечисленных методов</p>	
39.	<p><b>ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ПРЕЖДЕ ВСЕГО ПОРАЖАЮТСЯ</b>  а) сосудистые петли клубочка почки  б) капсула Шумлянскогo - Боумена  в) канальцы почки  г) нисходящее колено петли Генле  д) восходящее колено петли Генле</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
40.	<p><b>ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ</b>  а) нарушение функции канальцев  б) нарушение функции клубочков  в) нарушение функции чашечек  г) нарушение фильтрационной функции почки  д) нарушение функции почечной лоханки</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
<b>Б1.Б.1.7</b>	<b>Раздел 7. Мочекаменная болезнь</b>	
1.	<p><b>ПРИ УРАТНЫХ КАМНЯХ ПОЧЕК ОБСЛЕДУЕМ СОСТОЯНИЕ ПУРИНОВОГО ОБМЕНА</b>  а) рентгенография черепа  б) определение мочевой кислоты в сыворотке крови и суточной моче  в) определение щелочной фосфатазы крови  г) верно а) и б)  д) верно б) и в)</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
2.	<p><b>ОКСАЛАТНЫЕ РЕЦИДИВНЫЕ КАМНИ ПОЧЕК. ОБСЛЕДУЕМ СОСТОЯНИЕ ФОСФОРКАЛЬЦИЕВОГО ОБМЕНА</b>  а) определение кальция и фосфора в сыворотке крови и суточной моче  б) рентгенография межпозвоночных трубчатых костей  в) сканирование паращитовидных желез  г) определение кислой фосфатазы  д) все верно, кроме Г</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
3.	<p><b>УРЕТЕРОЛИТОЭКСТРАКЦИЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНА</b>  а) у женщин с камнями нижней трети мочеточника размерами до 6 мм, при неосложненном течении  б) у мужчин в той же ситуации  в) при камнях средней трети мочеточника 5-6 мм у мужчин и женщин  г) при двусторонних камнях верхней трети мочеточника  д) во всех случаях</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
4.	<p><b>У БОЛЬНОЙ В ЛОХАНКЕ ПРАВОЙ ПОЧКИ УРАТНЫЙ КАМЕНЬ, В ЛЕВОЙ - ОКСАЛАТНЫЙ КАМЕНЬ, РАЗМЕРЫ 25X20 ММ КАЖДЫЙ. ЕЙ МОЖНО РЕКОМЕНДОВАТЬ</b>  а) растворение уратного камня справа, вторым этапом - ударно-волновую литотрипсию или пиелолитотомию слева  б) одномоментно пиелолитотомию с 2-х сторон  в) последовательно пиелолитотомию с интервалом в 2-3 месяца  г) двустороннюю ударно-волновую литотрипсию  д) двустороннюю пункционную нефролитотомию</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>

5.	У БОЛЬНОГО 30 ЛЕТ ДВУСТОРОННИЕ КОРАЛЛОВИДНЫЕ КАМНИ ПОЧЕК, ХРОНИЧЕСКИЙ ЛАТЕНТНЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ. ЛОХАНКИ ВНЕПОЧЕЧНОГО ТИПА. ЕМУ МОЖНО РЕКОМЕНДОВАТЬ а) оперативное лечение не показано б) одномоментно пиелокаликотомию, нефростомию с 2-х сторон в) пиелолитотомию, нефростомию с одной стороны, через 4-5 месяцев - с другой стороны г) двустороннюю ударно-волновую литотрипсию д) двустороннюю пункционную нефролитотомию	УК-1-3 ПК-1-12
6.	ПРИ КАМНЕ ЛОХАНКИ 20X20 ММ, ОСТРОМ СЕРОЗНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНИТЬ а) консервативную терапию б) экстренно пиелолитотомию, ревизию почки, нефростомию в) нефрэктомию г) пункционную нефролитотомию, нефростомию д) ударно-волновую литотрипсию	УК-1-3 ПК-1-12
7.	ПРИ КАМНЕ ЛОХАНКИ 20X20 ММ, ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ а) антибиотики, кортикостероиды, внутривенную инфузионную терапию б) экстренно пиелолитотомию, нефростомию, декапсуляцию почки в) экстренно пункционную нефростомию г) катетеризацию мочеточника, лоханки д) равноценные варианты а), б) и в)	УК-1-3 ПК-1-12
8.	ПРИ КАМНЕ ЛОХАНКИ, ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ, БАКТЕРИЕМИЧЕСКОМ ШОКЕ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ а) экстренно нефрэктомию б) экстренно пиелолитотомию, нефростомию, декапсуляцию почки в) катетеризацию мочеточника г) противошоковую терапию, кортикостероиды 1-2 г, внутривенную инфузионную терапию и др. , после выведения из шока - оперативное лечение или катетеризацию мочеточника д) равноценные варианты а), б) и в)	УК-1-3 ПК-1-12
9.	БОЛЬНЫЕ УРОЛИТИАЗОМ СОСТАВЛЯЮТ В УРОЛОГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ ДО а) 10% б) 20% в) 45% г) 70% д) 80%	УК-1-3 ПК-1-12
10.	ВЫСОКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ УРОЛИТИАЗОМ НАБЛЮДАЕТСЯ ВО ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ РЕГИОНАХ, КРОМЕ а) Узбекистана б) Туркменистана в) Армении г) Западной Сибири д) Таджикистана	УК-1-3 ПК-1-12
11.	ПРИ ЩЕЛОЧНОЙ РЕАКЦИИ МОЧИ МОГУТ ОБРАЗОВАТЬСЯ	УК-1-3

	<ul style="list-style-type: none"> <li>а) мочекислые (уратные) камни</li> <li>б) цистиновые камни</li> <li>в) фосфатные камни</li> <li>г) оксалатные камни</li> <li>д) щелочная реакция мочи не влияет на характер камней</li> </ul>	ПК-1-12
12.	<p>РАЗВИТИЮ ОКСАЛАТУРИИ СПОСОБСТВУЕТ ВСЕ, КРОМЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) дефицита в организме витамина В6</li> <li>б) дефицита в организме витамина D2</li> <li>в) пищи, содержащей избыток лимонной кислоты</li> <li>г) хронических колитов</li> <li>д) цитратных препаратов (блемарен, уралит-У и др.)</li> </ul>	УК-1-3 ПК-1-12
13.	<p>ГИПЕРКАЛЬЦЕМИЯ И ГИПЕРКАЛЬЦИУРИЯ СПОСОБСТВУЮТ ОБРАЗОВАНИЮ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) цистиновых камней</li> <li>б) мочекислых (уратных) камней</li> <li>в) оксалатных камней</li> <li>г) фосфатных камней</li> <li>д) правильно в) и г)</li> </ul>	УК-1-3 ПК-1-12
14.	<p>НАРУШЕНИЕ РЕАБСОРБЦИИ В КАНАЛЬЦАХ ПОЧЕК ПРОДУКТОВ ОБМЕНА МОГУТ ПРИВОДИТЬ К ОБРАЗОВАНИЮ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) цистиновых мочевых солей</li> <li>б) оксалатных мочевых солей</li> <li>в) уратных (мочекислых) мочевых солей</li> <li>г) фосфатных мочевых солей</li> <li>д) любых из перечисленных</li> </ul>	УК-1-3 ПК-1-12
15.	<p>ПИЕЛОНЕФРИТ СПОСОБСТВУЕТ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) нарушению лимфооттока из почки</li> <li>б) нарушению уродинамики</li> <li>в) повышению вязкости мочи</li> <li>г) нарушению стабильности рН мочи</li> <li>д) всему перечисленному</li> </ul>	УК-1-3 ПК-1-12
16.	<p>ОБРАЗОВАНИЮ ПОЧЕЧНЫХ КАМНЕЙ СПОСОБСТВУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ АНАТОМОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПОЧКАХ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) хронический гломерулонефрит</li> <li>б) внутрпочечная лоханка и нарушение лимфооттока из почки</li> <li>в) венозное полнокровие</li> <li>г) внепочечная лоханка</li> <li>д) ренальная артериальная гипертензия</li> </ul>	УК-1-3 ПК-1-12
17.	<p>К ФАКТОРАМ, НЕ ВЛИЯЮЩИМ НА ОБРАЗОВАНИЕ И РОСТ МОЧЕВЫХ КАМНЕЙ, ОТНОСЯТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) высокая концентрация натрия и креатинина в крови</li> <li>б) уростаз</li> <li>в) высокая вязкость мочи</li> <li>г) отсутствие или низкий уровень защитных коллоидов в моче</li> <li>д) высокая концентрация щавелевой, мочевоы кислоты, кальция в моче</li> </ul>	УК-1-3 ПК-1-12
18.	<p>ДЛЯ КРИСТАЛЛИЗАЦИИ ЩАВЕЛЕВОКИСЛЫХ (ОКСАЛАТНЫХ) КАМНЕЙ ОПТИМАЛЬНОЙ РН МОЧИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) 3. 5</li> <li>б) 5. 5</li> <li>в) 6. 9</li> </ul>	УК-1-3 ПК-1-12

	г) 7. 5 д) 8. 8	
19.	ДЛЯ КРИСТАЛЛИЗАЦИИ МОЧЕКИСЛЫХ (УРАТНЫХ) МОЧЕВЫХ КАМНЕЙ ОПТИМАЛЬНОЙ PH МОЧИ ЯВЛЯЕТСЯ а) 3. 5 б) 5. 5 в) 7. 0 г) 7. 5 д) 8. 5	УК-1-3 ПК-1-12
20.	ДЛЯ КРИСТАЛЛИЗАЦИИ ФОСФОРНОКИСЛЫХ (ФОСФАТНЫХ) КАМНЕЙ ОПТИМАЛЬНОЙ PH МОЧИ ЯВЛЯЕТСЯ а) 4. 0 б) 5. 7 в) 7. 1 г) 8. 8 д) 8. 9	УК-1-3 ПК-1-12
21.	НЕ ВЛИЯЮТ НА ОБРАЗОВАНИЕ МОЧЕВЫХ КАМНЕЙ СЛЕДУЮЩИЕ МЕСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В МОЧЕВЫХ ПУТЯХ а) шовный материал (шелк, лавсан, даксон) б) перегиб, стриктура мочеточника, уростаз в) инородное тело (дренажная трубка, металлическая скобка и др.) г) гипертонус мочеточника, лоханки, чашечек д) гипотония мочеточника, лоханки, чашечек	УК-1-3 ПК-1-12
22.	К ФАКТОРАМ РИСКА КАМНЕОБРАЗОВАНИЯ НЕ ОТНОСЯТСЯ а) уратурия, оксалатурия б) высокое содержание мочевины и креатинина в крови в) высокое содержание в крови и в моче кальция, мочевои и щавелевой кислоты г) лейкоцитурия, эритроцитурия, слизь в моче д) фосфатурия	УК-1-3 ПК-1-12
23.	К РЕНТГЕНОКОНТРАСТНЫМ ТИПАМ КАМНЕЙ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ а) оксалатов б) фосфатов в) смешанных г) уратов д) уратов и оксалатов	УК-1-3 ПК-1-12
24.	К РЕНТГЕНОНЕГАТИВНЫМ ТИПАМ КАМНЕЙ ОТНОСЯТСЯ а) фосфаты б) фосфаты и ураты в) ураты и оксалаты г) ураты (мочекислые) д) ураты + оксалаты + фосфаты	УК-1-3 ПК-1-12
25.	ПИЕЛОНЕФРИТ ПРИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ВЫЯВЛЯЮТ ПРИБЛИЗИТЕЛЬНО а) в 10% случаев б) в 30% случаев в) в 50% случаев г) в 80% случаев д) в 98% случаев	УК-1-3 ПК-1-12
26.	ПИЕЛОНЕФРИТ ПРИСОЕДИНЯЕТСЯ ПОСЛЕ ОБРАЗОВАНИЯ КАМНЕЙ В ПОЧКАХ (ВТОРИЧНО)	УК-1-3 ПК-1-12

	<ul style="list-style-type: none"> <li>а) в 10% случаев</li> <li>б) в 20% случаев</li> <li>в) в 50% случаев</li> <li>г) в 80% случаев</li> <li>д) в 90% случаев</li> </ul>	
27.	<p><b>В ВЫБОРЕ МЕТОДА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОЧЕЧНАЯ АРТЕРИОГРАФИЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНА</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) при камне чашечки почки</li> <li>б) при коралловидном камне почки III степени</li> <li>в) при камне лоханки почки</li> <li>г) при губчатой почке и множественных камнях</li> <li>д) ни в одном случае</li> </ul>	УК-1-3 ПК-1-12
28.	<p><b>РЕТРОГРАДНАЯ УРЕТЕРОПИЕЛОГРАФИЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНА</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) при камне (оксалате) лоханки, почки или мочеточника</li> <li>б) при камне (урате) мочеточника, лоханки или чашечки</li> <li>в) при камне (фосфате) чашечки, лоханки, почки или мочеточника</li> <li>г) во всех случаях</li> <li>д) ни в одном случае</li> </ul>	УК-1-3 ПК-1-12
29.	<p><b>УЛЬТРАЗВУКОВОЕ СКАНИРОВАНИЕ ПОЧЕК ЦЕЛЕСООБРАЗНО</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) при камне (урате) чашечки почки (подозрении)</li> <li>б) при коралловидном камне почки</li> <li>в) при камне мочеточника</li> <li>г) ни в одном случае</li> <li>д) во всех случаях</li> <li>е) только а) и б)</li> </ul>	УК-1-3 ПК-1-12
30.	<p><b>АНАЛИЗ МОЧИ ПО НЕЧИПОРЕНКО ЦЕЛЕСООБРАЗЕН</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) при хроническом калькулезном пиелонефрите в активной фазе</li> <li>б) при коралловидных камнях почек и пиурии</li> <li>в) при остром гнойном пиелонефрите</li> <li>г) во всех случаях</li> <li>д) ни в одном случае</li> </ul>	УК-1-3 ПК-1-12
31.	<p><b>ДИНАМИЧЕСКАЯ НЕФРОСЦИНТИГРАФИЯ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНА</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) при коралловидном камне почки</li> <li>б) при камне лоханки почки размером 5х6 мм</li> <li>в) при камне мочеточника</li> <li>г) при камнях обоих мочеточников</li> <li>д) при отошедшем камне мочеточника</li> </ul>	УК-1-3 ПК-1-12
32.	<p><b>РАДИОИЗОТОПНОЕ СТАТИЧЕСКОЕ СКАНИРОВАНИЕ ПОЧЕК ЦЕЛЕСООБРАЗНО</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) при камне мочеточника</li> <li>б) при камне лоханки почки диаметром не менее 5 мм</li> <li>в) при камнях обоих мочеточников</li> <li>г) во всех случаях</li> <li>д) ни в одном случае</li> </ul>	УК-1-3 ПК-1-12
33.	<p><b>У БОЛЬНОГО САМОСТОЯТЕЛЬНО ОТХОДЯТ УРАТНЫЕ КАМНИ И СОЛИ. В ДИАГНОСТИКЕ ПРИМЕНИМ НЕОБХОДИМЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ИЗ ПРЕДЛОЖЕННЫХ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) общий анализ мочи, мочева кислота суточной мочи</li> <li>2) трансаминаза крови</li> <li>3) мочева кислота крови</li> <li>4) обзорная и экскреторная урография</li> </ul>	УК-1-3 ПК-1-12

	<p>5) ультразвуковое исследование почек  б) изотопное сканирование почек и печени  а) 1, 3, 4, 5  б) 1, 2, 3, 5, 6  в) 2, 3, 5, 6  г) все виды исследований  д) все, кроме 2</p>	
34.	<p>САМОСТОЯТЕЛЬНО ОТХОДЯТ ОКСАЛАТНЫЕ КАМНИ И СОЛИ. ИЗБЕРИТЕ НЕОБХОДИМЫЙ ВАРИАНТ ОБСЛЕДОВАНИЯ</p> <p>а) общий анализ мочи, суточная моча и кальций, посев мочи на флору  б) кальций, фосфор сыворотки крови  в) обзорная и экскреторная урография  г) ультразвуковое сканирование почек  д) все вместе взятое</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
35.	<p>САМОСТОЯТЕЛЬНО ОТХОДЯТ ФОСФАТНЫЕ КАМНИ И СОЛИ. ИЗБЕРИТЕ НЕОБХОДИМЫЙ ВАРИАНТ ОБСЛЕДОВАНИЯ</p> <p>а) все нижеперечисленное  б) общий анализ и посев мочи на флору, рН мочи, кальций суточной мочи  в) обзорная и экскреторная урография  г) кальций, фосфор сыворотки крови  д) ультразвуковое сканирование почек</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
36.	<p>КАМЕНЬ НИЖНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА 3 ММ, УРЕТЕРОПИЕ-ЛОЭКТАЗИЯ (ВЫШЕ КАМНЯ). УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ</p> <p>а) спазмолитические средства  б) прозерин подкожно  в) водные нагрузки  г) УВЧ и электростимуляция мочеоттока  д) верно б) и г)</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
37.	<p>ДВУСТОРОННИЕ КАМНИ НИЖНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКОВ, ПОЧЕЧНАЯ КОЛИКА И ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ СПРАВА. БАКТЕРИЕМИЧЕСКИЙ ШОК. ИЗБЕРИТЕ ВАРИАНТ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ</p> <p>а) срочная нефростомия, декапсуляция правой почки  б) внутривенно кортикостероиды, полиглокин, сердечно-сосудистые средства  в) срочная уретеролитотомия справа  г) катетеризация правого мочеоттока  д) первоначально б), в дальнейшем г) и а)</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
38.	<p>АНУРИЯ В ТЕЧЕНИЕ 24 ЧАСОВ. В АНАМНЕЗЕ ОТХОЖДЕНИЕ УРАТНЫХ КАМНЕЙ И СОЛЕЙ. ВАРИАНТ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ</p> <p>а) катетеризация, лазикс внутривенно 100 мг  б) катетеризация мочеоттока  в) срочная нефростомия  г) внутривенно 1 л физиологического раствора  д) верно а) и г)</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
39.	<p>ПРИ УРАТНОМ (РЕНТГЕНОНЕГАТИВНОМ) КАМНЕ 25X25 ММ ЛОХАНКИ ПОЧКИ БЕЗ НАРУШЕНИЯ УРОДИНАМИКИ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ЛЕЧЕНИЕ НАЧИНАТЬ</p> <p>а) с пункционной чрезкожной нефролитотомии</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>

	б) с дистанционной ударно-волновой литотрипсии в) с пиелолитотомии г) с литолиза д) вмешательство не показано	
40.	ПРИ ОКСАЛАТНОМ КАМНЕ ЛОХАНКИ ПОЧКИ 20X25 ММ БЕЗ НАРУШЕНИЯ УРОДИНАМИКИ РАЦИОНАЛЬНЕЕ ВСЕГО ПОКАЗАНО а) дистанционная ударно-волновая литотрипсия б) литолиз в) пиелолитотомия г) пункционная нефролитотомия д) вмешательство не показано	УК-1-3 ПК-1-12
<b>Б1.Б.1.8</b>	<b>Раздел 8. Фтизиоурология</b>	
1.	ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПОЧКИ ЧАЩЕ СТРАДАЮТ а) дети б) женщины в) мужчины г) лица пожилого возраста д) лица старческого возраста	УК-1-3 ПК-1-12
2.	ТУБЕРКУЛЕЗНАЯ ДИССЕМИНАЦИЯ ПОЧЕК ПРОИСХОДИТ, КАК ПРАВИЛО а) одновременно обеих почек б) одной почки в) первичное поражение почек г) вторичное, из других органов, поражение почек д) правильно а) и г)	УК-1-3 ПК-1-12
3.	ПРИ МОЧЕПОЛОВОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ИЗОЛИРОВАННОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОИСХОДИТ а) в простате б) в мочевом пузыре в) в мочеточниках г) в паренхиме почки д) в почечной лоханке	УК-1-3 ПК-1-12
4.	ТУБЕРКУЛИНОВАЯ ПРОБА ЧАЩЕ ВСЕГО ВЫЗЫВАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В АНАЛИЗАХ а) увеличение лейкоцитов б) повышение мочевины крови в) нарастающую лейкоцитурию, эритроцитурию г) увеличение глобулинов д) появление в моче микобактерий туберкулеза	УК-1-3 ПК-1-12
5.	ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ У ПЛАНОВЫХ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ СОСТАВЛЯЕТ В СРЕДНЕМ а) одну неделю б) три недели в) три месяца г) шесть месяцев д) не требуется	УК-1-3 ПК-1-12
6.	ТУБЕРКУЛЕЗ ПОЧКИ НЕ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ а) с хроническим пиелонефритом б) с губчатой почкой в) с чашечными камнями почки	УК-1-3 ПК-1-12

	г) с простой кистой почки д) с некротическим папиллитом	
7.	ТУБЕРКУЛЕЗНЫЕ МИКОБАКТЕРИИ ПОПАДАЮТ В ПОЧКУ ЧАЩЕ ВСЕГО а) гематогенным путем б) контактным путем с соседних органов в) восходящим путем г) лимфогенным путем д) по стенкам мочеточников	УК-1-3 ПК-1-12
8.	ПРИ ОСТРОМ (МИЛЛИАРНОМ) ТУБЕРКУЛЕЗЕ ПОЧЕК ПОРАЖАЮТСЯ а) только почки б) только лимфатические узлы в) только легкие г) только костная система д) многие органы	УК-1-3 ПК-1-12
9.	ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ПОЧКИ ПРЕЖДЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЮТ а) поражение почечного сосочка (специфический папиллит) б) изъязвление слизистой оболочки чашечек и лоханки в) туберкулезные бугорки в паренхиме г) специфический воспалительный инфильтрат д) туберкулезная каверна	УК-1-3 ПК-1-12
10.	МАКРОГЕМАТУРИЯ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПОЧЕК НАБЛЮДАЕТСЯ В СРЕДНЕМ а) в 5% случаев б) в 10% случаев в) в 20% случаев г) в 30% случаев д) в 50% случаев	УК-1-3 ПК-1-12
11.	РАННЯЯ СТАДИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ПОЧЕК (ПО В. И. ШАПОВАЛУ) ОЗНАЧАЕТ а) отсутствие клинических симптомов б) наличие процесса только в почечной ткани в) отсутствие туберкулезных каверн в почке г) отсутствие туберкулезных язв в мочевых путях д) распространение туберкулезного процесса почек на верхние мочевые пути и мочевого пузыря	УК-1-3 ПК-1-12
12.	II СТАДИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ПОЧКИ (ПО А. Л. ШАБАДУ) ОЗНАЧАЕТ а) инфильтративный процесс б) папиллит в) небольшие (до 1 см в диаметре) одиночные каверны г) каверна больших размеров в одном из сегментов почки д) правильно б) и в)	УК-1-3 ПК-1-12
13.	ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ПРИДАТКА ЯИЧКА ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНАЯ ТЕРАПИЯ ЧАЩЕ СОЧЕТАЕТСЯ а) с вазорезекцией б) с эпидидимэктомией в) с вазорезекцией и эпидидимэктомией г) с орхиэктомией д) оперативное лечение не показано	УК-1-3 ПК-1-12

14.	<p>К НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЯМ МОЧИ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ПОЧКИ ОТНОСЯТСЯ</p> <p>а) кислая реакция  б) щелочная реакция  в) содержание большого количества белка  г) содержание умеренного количества (0. 033-0. 990%) белка  д) правильно а) и г)</p>	УК-1-3 ПК-1-12
15.	<p>К НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЯМ МОЧИ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ПОЧКИ ОТНОСЯТСЯ</p> <p>а) цилиндрурия  б) отсутствие цилиндров в осадке мочи  в) лейкоцитурия  г) гематурия  д) правильно б) и в)</p>	УК-1-3 ПК-1-12
16.	<p>ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ТУБЕРКУЛЕЗА ПОЧЕК УСТАНАВЛИВАЮТ НА ОСНОВАНИИ ВСЕГО ПЕРЕЧИСЛЕННОГО, КРОМЕ</p> <p>а) выделения из мочи туберкулезных микобактерий  б) гистологического исследования почечной ткани  в) цистоскопии и рентгенологического исследования  г) провокационного (туберкулинового) теста</p>	УК-1-3 ПК-1-12
17.	<p>ПРИ ОЦЕНКЕ ПРОВОКАЦИОННОГО ТУБЕРКУЛИНОВОГО ТЕСТА УЧИТЫВАЮТ СОДЕРЖАНИЕ В МОЧЕ</p> <p>а) эритроцитов  б) белка, цилиндров и микробов  в) лейкоцитов  г) клеток Штергеймера - Мальбина и активных лейкоцитов  д) правильно в) и г)</p>	УК-1-3 ПК-1-12
18.	<p>К ИЗМЕНЕНИЯМ УСТЬЯ МОЧЕТОЧНИКА, НЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ПОЧКИ, ОТНОСЯТСЯ</p> <p>а) отек  б) деформация  в) втяжение  г) гиперемия  д) кистовидное выпячивание</p>	УК-1-3 ПК-1-12
19.	<p>ВЕРОЯТНОСТЬ ОБНАРУЖЕНИЯ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА В МОЧЕ ВЫШЕ</p> <p>а) при исследовании пузырной мочи, полученной при самостоятельном мочеиспускании  б) при исследовании мочи, полученной путем надлобковой пункции мочевого пузыря  в) при исследовании мочи, полученной из почки путем катетеризации или чрезкожной пункции  г) при исследовании мочи, полученной путем катетеризации мочевого пузыря  д) при проведении трехстаканной пробы</p>	УК-1-3 ПК-1-12
20.	<p>ДЛЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ТУБЕРКУЛЕЗА ПОЧКИ ХАРАКТЕРНА</p> <p>а) неравномерность (очаговость) деструктивных изменений  б) правильная форма и ровные контуры полостей  в) неправильная форма и неровные контуры полостей  г) равномерность ретенционных изменений  д) правильно а) и в)</p>	УК-1-3 ПК-1-12

21.	<p>ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНЫХ МИКОБАКТЕРИЙ В МОЧЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ СПОСОБЫ, КРОМЕ</p> <p>а) бактериологического  б) бактериоскопического  в) иммунологического  г) биологического</p>	УК-1-3 ПК-1-12
22.	<p>РЕТРОГРАДНАЯ ПИЕЛОГРАФИЯ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ТУБЕРКУЛЕЗ ПОЧКИ ПОКАЗАНА</p> <p>а) при "немой" почке  б) при стриктуре мочеточника  в) при отшнурованной каверне  г) правильно а) и б)  д) все перечисленное</p>	УК-1-3 ПК-1-12
23.	<p>РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПЕТРИФИКАТОВ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ПОЧКИ ИМЕЮТ</p> <p>а) четкие контуры и гомогенную структуру  б) нечеткие контуры и негомогенную структуру  в) располагаются в проекции чашечно-лоханочной системы  г) располагаются в проекции паренхимы почки  д) правильно б) и г)</p>	УК-1-3 ПК-1-12
24.	<p>НЕЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЕНИЕ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ В СЛЕДУЮЩИХ СОЧЕТАНИЯХ</p> <p>а) стрептомицин + ПАСК + фтивазид  б) стрептомицин + канамицин  в) стрептомицин + циклосерин + тубазид  г) тубазид + циклосерин  д) стрептомицин + ПАСК + салюзин</p>	УК-1-3 ПК-1-12
25.	<p>ПРИМЕНЕНИЕ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ ВОЗМОЖНО В СЛЕДУЮЩИХ СОЧЕТАНИЯХ</p> <p>а) стрептомицин + биомицин  б) стрептомицин + канамицин  в) ПАСК + тибон  г) ПАСК + этоксид  д) рифадин + этамбутол</p>	УК-1-3 ПК-1-12
26.	<p>ПРИ СТРИКТУРЕ МОЧЕТОЧНИКА ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ НЕОБХОДИМО В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ</p> <p>а) увеличить дозу стрептомицина  б) уменьшить дозу стрептомицина  в) отменить стрептомицин  г) отменить все противотуберкулезные препараты  д) назначить витамины В6, В12 и С</p>	УК-1-3 ПК-1-12
27.	<p>С ЦЕЛЬЮ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ СТЕНОЗА МОЧЕТОЧНИКА НЕ ПРИМЕНЯЮТ</p> <p>а) преднизолон  б) лидазу  в) стекловидное тело  г) азатиоприн  д) витамин D</p>	УК-1-3 ПК-1-12
28.	<p>ПРИ ИНФИЛЬТРАТИВНО-ЯЗВЕННОМ ПОРАЖЕНИИ МОЧЕТОЧНИКА СЛЕДУЕТ ПРИМЕНЯТЬ</p> <p>а) стрептомицин  б) стрептомицин + фтивазид</p>	УК-1-3 ПК-1-12

	<p>в) стрептомицин + этамбутол  г) стрептомицин + рифампицин  д) рифампицин + этамбутол</p>	
29.	<p>С ЦЕЛЬЮ ИММУНОКОРРИГИРУЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ПОЧКИ НЕ ПРИМЕНЯЮТ</p> <p>а) декарис  б) взвесь плаценты  в) диуцифон  г) алоэ  д) иммуран</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
30.	<p>СТРЕПТОМИЦИН АКТИВЕН</p> <p>а) в очень кислой среде  б) в кислой среде  в) в нейтральной среде  г) в щелочной среде  д) в любой среде</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
31.	<p>ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ПОБОЧНЫХ ЯВЛЕНИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СТРЕПТОМИЦИНОМ ПРИМЕНЯЮТ</p> <p>а) поливитамины  б) обильное питье  в) бессолевую диету  г) пантотенат кальция  д) правильно а) и г)</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
32.	<p>ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ПОБОЧНЫХ ЯВЛЕНИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРЕПАРАТАМИ ГИНК ПРИМЕНЯЮТ ВИТАМИНЫ</p> <p>а) С  б) В1  в) В6  г) В12  д) сочетание витаминов В6 и В12</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
33.	<p>ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ПОБОЧНЫХ ЯВЛЕНИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЦИКЛОСЕРИНОМ ПРИМЕНЯЮТ</p> <p>а) соляную кислоту  б) глютаминовую кислоту  в) никотиновую кислоту  г) АТФ  д) правильно б) и г)</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
34.	<p>ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ НА ПОЧКЕ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ПОЧКИ ПРОВОДЯТСЯ ВО ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СЛУЧАЯХ, ИСКЛЮЧАЯ</p> <p>а) клинико-рентгенологические признаки сегментарного выключения туберкулезной почки  б) солитарную каверну в одном из сегментов почки  в) неэффективность комбинированной антибактериальной терапии, проводимой не менее 1 года у больных с соли-тарной каверной почки  г) наличие стриктуры мочеточника специфической этиологии  д) открытый туберкулезный пионефроз</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
35.	<p>ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ПОЧКИ ПРОИЗВОДЯТ ПОСЛЕ БЕЗРЕЗУЛЬТАТНОЙ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ</p> <p>а) в течение 1-го месяца  б) в течение 3-х месяцев</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>

	<p>в) в течение 4-6-х месяцев</p> <p>г) в течение 8-12-ти месяцев</p> <p>д) в течение 2-х лет</p>	
36.	<p><b>ПРИ ОГРАНИЧЕННОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ПОЧКИ И СТРИКТУРЕ МОЧЕТОЧНИКА НЕОБХОДИМО</b></p> <p>а) проводить более интенсивную антибактериальную терапию</p> <p>б) произвести нефрэктомия</p> <p>в) произвести пластику мочеточника</p> <p>г) ликвидировать очаг деструкции в почке оперативным путем</p> <p>д) правильно в) и г)</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-12</p>
37.	<p><b>ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ПОЧКИ И УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ КОНТРАЛАТЕРАЛЬНОЙ ПОЧКИ НЕФРЭКТОМИЯ АБСОЛЮТНО ПОКАЗАНА</b></p> <p>а) при выключенном туберкулезном пионефрозе</p> <p>б) при открытом туберкулезном пионефрозе</p> <p>в) при поликавернозном туберкулезе почки</p> <p>г) при отшнурованной каверне почки</p> <p>д) при туберкулезе почки и сужении мочеточника</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-12</p>
38.	<p><b>У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ НЕФРЭКТОМИЮ ПО ПОВОДУ ТУБЕРКУЛЕЗА, СРЕДИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОСТАВШЕЙСЯ ПОЧКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НАБЛЮДАЮТСЯ</b></p> <p>а) туберкулез</p> <p>б) пиелонефрит</p> <p>в) нефролитиаз</p> <p>г) опухоль</p> <p>д) правильно б) и в)</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-12</p>
39.	<p><b>СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ ПРИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКЕ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПОЧКИ</b></p> <p>а) не проводится</p> <p>б) проводится в течение 1-й недели</p> <p>в) проводится не менее 2-х недель</p> <p>г) проводится не менее 2-х месяцев</p> <p>д) проводится не менее 6-ти месяцев</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-12</p>
40.	<p><b>ИЗЛЕЧЕНИЕ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ПОЧКИ НАБЛЮДАЕТСЯ В СРЕДНЕМ</b></p> <p>а) у 10% больных</p> <p>б) у 20% больных</p> <p>в) у 40% больных</p> <p>г) у 50% больных</p> <p>д) у 80% больных</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-12</p>
<b>Б1.Б.1.9</b>	<b>Раздел 9. Травмы мочеполовых органов</b>	
1.	<p><b>ТРАВМА ПОЧКИ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ</b></p> <p>а) у женщин</p> <p>б) у мужчин</p> <p>в) правой почки</p> <p>г) левой почки</p> <p>д) верно б) и в)</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-12</p>
2.	<p><b>ПРИ ТРАВМЕ ПОЧКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОВРЕЖДАЮТСЯ</b></p> <p>а) верхний полюс</p> <p>б) нижний полюс</p> <p>в) задняя поверхность</p> <p>г) передняя поверхность</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-12</p>

	д) сосудистая ножка	
3.	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОСЛЕ ТРАВМЫ ПОЧКИ БЫВАЕТ</p> <p>а) пиелонефрит и гидронефроз  б) пиелонефрит и нефролитиаз  в) закономерность не установлена  г) пиелонефрит и артериальная гипертензия  д) пиелонефрит и венозная гипертензия</p>	УК-1-3 ПК-1-12
4.	<p>ПОСЛЕ ТРАВМЫ ПОЧКИ НОРМАЛИЗАЦИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КОАГУЛОГРАММЫ ОБЫЧНО ПРОИСХОДИТ ЧЕРЕЗ</p> <p>а) 1-3 дня  б) 6-10 дней  в) 15 дней  г) 16-20 дней  д) 21-25 дней</p>	УК-1-3 ПК-1-12
5.	<p>ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ПОЧКИ СПОСОБСТВУЮТ</p> <p>а) резкое сотрясение почки и окружающих органов  б) остро наступившая обтурация мочеточника  в) внезапное сокращение мышц передней брюшной стенки и диафрагмы  г) острый тромбоз почечной вены  д) тяжелый гипертонический криз</p>	УК-1-3 ПК-1-12
6.	<p>К ПОВРЕЖДЕНИЮ ПОЧКИ ПРЕДРАСПОЛАГАЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, КРОМЕ</p> <p>а) гидронефроза  б) опухоли почки  в) туберкулеза  г) тазовой дистопии  д) нефроптоза</p>	УК-1-3 ПК-1-12
7.	<p>СРОЧНОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ПОЧКИ ПОКАЗАНО</p> <p>а) при пиурии  б) при высокой температуре  в) при микрогематурии  г) при анемии  д) при шоке</p>	УК-1-3 ПК-1-12
8.	<p>ПРИ ПРЯМОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА И ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ ЧАЩЕ ПОВРЕЖДАЕТСЯ</p> <p>а) почка  б) почечная лоханка  в) мочеточник  г) сосуды почки  д) жировая капсула почки</p>	УК-1-3 ПК-1-12
9.	<p>ЗАКРЫТЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК СРЕДИ ВСЕХ ТРАВМ ЗАНИМАЮТ</p> <p>а) первое место  б) второе место  в) третье место  г) четвертое место  д) пятое место</p>	УК-1-3 ПК-1-12
10.	<p>НЕХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ИЗОЛИРОВАННОЙ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ПОЧКИ В ПЕРВЫЕ СУТКИ ЯВЛЯЕТСЯ</p>	УК-1-3 ПК-1-12

	<ul style="list-style-type: none"> <li>а) боль</li> <li>б) припухлость почечной области</li> <li>в) макрогематурия</li> <li>г) ускоренное СОЭ</li> <li>д) микрогематурия</li> </ul>	
11.	<p><b>ЗАКРЫТЫЕ ТРАВМЫ ПОЧЕК ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) у мужчин</li> <li>б) у женщин</li> <li>в) у детей</li> <li>г) одинаково часто</li> </ul>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
12.	<p><b>ПОВРЕЖДЕНИЕ МОЧЕТОЧНИКА ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) в верхней трети</li> <li>б) в средней трети</li> <li>в) в нижней трети</li> <li>г) в интрамуральной части</li> <li>д) в лоханочно-мочеточниковом сегменте</li> </ul>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
13.	<p><b>ПРИ ТРАВМЕ ЖИВОТА ИЛИ ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ</b></p> <p>боль и микрогематурия являются признаками</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) сотрясения почки (ушиба)</li> <li>б) субкапсульного разрыва почки</li> <li>в) двухфазного субкапсульного разрыва почки (1 фаза)</li> <li>г) всего перечисленного</li> <li>д) ни одного из перечисленных</li> </ul>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
14.	<p><b>ДИАГНОСТИКЕ УРОГЕМАТОМЫ В ЗАБРЮШИННОМ ПРОСТРАНСТВЕ ПОМОГАЕТ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) пальпация плотного образования в поясничной области</li> <li>б) отсутствие контуров наружного края поясничной мышцы на обзорном снимке почек и мочевых путей</li> <li>в) напряжение мышц передней брюшной стенки и поясничной области на стороне пораженной почки</li> <li>г) все перечисленные признаки</li> <li>д) ни один из перечисленных признаков</li> </ul>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
15.	<p><b>ВЕДУЩИМИ СИМПТОМАМИ ПРИ ОТРЫВЕ ПОЧКИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, ИСКЛЮЧАЯ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) макрогематурию со сгустками</li> <li>б) шок</li> <li>в) анурию</li> <li>г) сильные боли</li> <li>д) анемию</li> </ul>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
16.	<p><b>У БОЛЬНЫХ С ТРАВМОЙ ПОЧКИ ВЫСОКАЯ ПРОТЕИНУРИЯ (БОЛЕЕ 3 МГ%) ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) ушиба почки</li> <li>б) тяжелого повреждения почки</li> <li>в) интенсивной гематурии</li> <li>г) травмы на фоне гломерулонефрита</li> <li>д) тяжелого повреждения почки</li> </ul>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
17.	<p><b>ХАРАКТЕРНЫМИ РЕТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧКИ ПО ДАННЫМ ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАММЫ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) четкой нефрограммы с ореолом "разрежения" вокруг тени почки</li> <li>б) сглаженности тени края поясничной мышцы</li> </ul>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>

	<p>в) перелома поперечного отростка позвонка и ребра г) аэроколии</p>	
18.	<p>ЭКСКРЕТОРНАЯ УРОГРАФИЯ ПРИ ТРАВМЕ ПОЧКИ ИМЕЕТ ЦЕЛЮЮ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <p>а) выявить состояние контралатеральной почки б) исключить наличие сопутствующих заболеваний почек в) установить степень и характер повреждения почки г) выявить субкапсулярную гематому д) определить подвижность поврежденной почки</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
19.	<p>ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ПОЧКИ ВОЗМОЖНО ПРИМЕНИТЬ</p> <p>а) ретроградную уретеропиелографию б) брюшную аортографию в) селективную ангиографию г) только а) и б) д) все перечисленное</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
20.	<p>ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ПОЧКИ</p> <p>а) хромоцистоскопия б) обзорная рентгенография почек и мочевых путей в) экскреторная урография г) ретроградная уретеропиелография д) абдоминальная аорто-графия на фоне экскреторной урограммы</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
21.	<p>НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ПОЧКИ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>а) селективная почечная венография б) лапароскопия в) ультразвуковое сканирование г) пневморетроперитонеум д) ни одно из перечисленных</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
22.	<p>ЭКСКРЕТОРНАЯ УРОГРАФИЯ ПРИ ЭКСТРЕННОЙ ЛАПАРОТОМИИ У БОЛЬНОГО С КОМБИНИРОВАННОЙ ТРАВМОЙ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА</p> <p>а) может решить вопрос о возможном удалении поврежденной почки при выполнении до операции б) не может решить вопрос о возможном удалении поврежденной почки при выполнении до операции в) может только после выведения больного из шока г) может при выполнении на операционном столе и шоке д) правильно а) и в)</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
23.	<p>АКТИВИЗИРОВАТЬ БОЛЬНОГО С ТРАВМОЙ ПОЧКИ И РАЗРЕШИТЬ ЕМУ ХОДИТЬ МОЖНО</p> <p>а) на 15-й день с момента травмы б) не ранее 8-го дня с момента травмы при двукратном нормальном анализе мочи с суточным промежутком в) на 5-й день после травмы г) с 1-го дня после травмы</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
24.	<p>ЕСЛИ У БОЛЬНОГО С ТРАВМОЙ ПОЧКИ И 5-ДНЕВНЫМ ПОСТЕЛЬНЫМ РЕЖИМОМ, С НОРМАЛЬНЫМ АНАЛИЗОМ МОЧИ ЧЕРЕЗ 1-1,5 ЧАСА ПОСЛЕ НАЧАЛА ХОДЬБЫ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ В МОЧЕ ЭРИТРОЦИТЫ, ТО ЭТО</p> <p>а) требует выполнить ультразвуковое сканирование почек б) требует соблюдать постельный режим</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>

	<p>в) требует дополнить лечение  г) делает показанной операцию  д) правильно а) и б)</p>	
25.	<p>ПРИ ТЯЖЕЛОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ПОЧКИ, ОПРЕДЕЛИВ ПАЛЬПАТОРНО НАЛИЧИЕ КОНТРАЛАТЕРАЛЬНОЙ ПОЧКИ, ХИРУРГ</p> <p>а) имеет право выполнить нефрэктомия  б) не имеет право выполнить нефрэктомия  в) имеет право, если только почка обычных размеров  г) имеет право, если только почка подвижна  д) имеет право, если только вокруг почки нет гематомы</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
26.	<p>ПОСЛЕ ТРАВМЫ ПОЧКИ БОЛЬНОЙ ДОЛЖЕН НАХОДИТЬСЯ НА ДИСПАНСЕРНОМ УЧЕТЕ</p> <p>а) 1 год  б) 2 года  в) 3 года  г) 4 года  д) 5 лет</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
27.	<p>ПРИ ТРАВМЕ ПОЧКИ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО В СЛУЧАЕ</p> <p>а) профузной гематурии со сгустками при нарастании забрюшинной гематомы  б) при макрогематурии  в) когда на экскреторной урограмме отсутствует выделение поврежденной почкой рентгеноконтрастного вещества  г) при нормальной функции контралатеральной почки</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
28.	<p>НЕФРЭКТОМИЯ ПРИ ТРАВМЕ ПОЧКИ ПОКАЗАНА</p> <p>а) у лиц молодого возраста с нормальной функцией контралатеральной почки  б) у лиц преклонного возраста и при отрыве почки  в) у лиц, перенесших тяжелую форму шока  г) при большой забрюшинной гематоме</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
29.	<p>ПЕРЕКРЫТЬ ПОЧЕЧНЫЙ КРОВОТОК НА 30-40 МИНУТ ПРИ РЕЗЕКЦИИ ПОЧКИ ПО ПОВОДУ РАЗРЫВА</p> <p>а) допустимо при перфузии сосудов  б) допустимо в условиях гипотермии  в) допустимо при предварительном введении трентала, венорутин, гепарина, лазикса  г) все перечисленное возможно</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
30.	<p>ПРИ РАЗРЫВЕ ПОЧКИ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ЧАШЕЧНО-ЛОХАНОЧНОЙ СИСТЕМЫ ОРГАНСОХРАНЯЮЩУЮ ОПЕРАЦИЮ НЕОБХОДИМО ЗАКОНЧИТЬ</p> <p>а) нефростомией  б) пиелостомией  в) без дренирования лоханки  г) интубацией мочеточника  д) кольцевым дренированием лоханки</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
31.	<p>ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ РАЗРЫВА ПОЧКИ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО</p> <p>а) послойное ушивание раны с дренированием забрюшинного пространства  б) 8-образные шелковые швы на рану с дренированием забрюшинного пространства</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>

	<p>в) глухой шов раны  г) открытое ведение раны  д) отсроченный шов на рану поясничной области</p>	
32.	<p>ПРИЧИНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПОСЛЕ ТРАВМЫ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) гематома в области ворот почки, имбибирующая клетчатку почечного синуса  б) "целлофановая почка" - сдавление почечной паренхимы, организовавшейся околопочечной или субкапсулярной гематомой  в) повреждение питающих почку сосудов  г) ни один из этих факторов  д) только а) и б)</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
33.	<p>ПОСЛЕ ТРАВМЫ ПОЧКИ ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ ВСЕГО ПЕРЕЧИСЛЕННОГО, КРОМЕ</p> <p>а) нефролитиаза  б) гидронефроза  в) нефроптоза  г) опухоли  д) гнойного пиелонефрита</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
34.	<p>ДЛЯ СУБКАПСУЛЯРНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЧКИ НЕ ХАРАКТЕРНЫ</p> <p>а) боль  б) гематурия  в) забрюшинная гематома  г) быстропроходящий шок  д) удовлетворительное общее состояние</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
35.	<p>ПОСЛЕ ТРАВМЫ ПОЧКИ ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА, ПРИЗНАКАМИ КОТОРОГО ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ</p> <p>а) пиурии  б) длительной гиперпирексии  в) ознобов  г) анемии</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
36.	<p>ОТКРЫТЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ</p> <p>а) в мирное время  б) в военное время  в) во время стихийных бедствий  г) при авариях на транспорте</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
37.	<p>ТЯЖЕСТЬ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧКИ ЗАВИСИТ</p> <p>а) от ударной силы ранящего предмета  б) от возраста больного  в) от состояния почки в момент травмы  г) от веса больного  д) от всех перечисленных факторов</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
38.	<p>У БОЛЬНОГО ПОСЛЕ ОТКРЫТОЙ ТРАВМЫ ПОЧКИ ВОЗНИК МОЧЕВОЙ СВИЩ, ЧТО СВЯЗАНО С РАНЕНИЕМ</p> <p>а) околопочечной клетчатки  б) коркового слоя почки  в) мозгового слоя почки и лоханки  г) сосудов почки  д) фиброзной капсулы почки</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>

39.	У БОЛЬНОГО ПОСЛЕ ИЗОЛИРОВАННОЙ ТРАВМЫ ПОЧКИ НАБЛЮДАЮТСЯ РЕЗКОЕ ПАДЕНИЕ АД И АНЕМИЯ ПРИ ОТСУТСТВИИ ГЕМАТУРИИ, ЧТО СВЯЗАНО С ПОВРЕЖДЕНИЕМ а) околопочечной клетчатки б) коркового слоя почки в) мозгового слоя почки и лоханки г) сосудов почки д) капсулы почки	УК-1-3 ПК-1-12
40.	ОРГАНОСОХРАНЯЮЩАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ ТРАВМЕ ПОЧКИ НЕ ПОКАЗАНА а) при субкапсулярном разрыве почки б) при повреждении нижнего полюса почки в) при повреждении верхнего полюса почки г) при размозжении почки д) при повреждении в центральном сегменте почки	УК-1-3 ПК-1-12
<b>Б1.Б.1.10</b>	<b>Раздел 10. Уроонкология</b>	
1.	К ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ ПОЧЕЧНОЙ ПАРЕНХИМЫ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ОТНОСИТСЯ а) фиброма б) миксома в) аденома г) лейомиома д) ангиома	УК-1-3 ПК-1-12
2.	ПРАВИЛЬНОЕ НАЗВАНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ПОЧЕЧНОЙ ПАРЕНХИМЫ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ а) аденома почки б) гипернефрома в) гипернефроидный рак г) рак почки д) мелкоклеточный рак	УК-1-3 ПК-1-12
3.	У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПОЧКИ НАИБОЛЬШАЯ 5-ЛЕТНЯЯ ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПОСЛЕ НЕФРЭКТОМИИ НАБЛЮДАЕТСЯ, ЕСЛИ ПЕРВЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ОПУХОЛИ БЫЛО а) температура б) гематурия в) пальпируемая опухоль г) нефункционирующая почка д) случайно выявлена на УЗИ	УК-1-3 ПК-1-12
4.	ОПУХОЛИ ПОЧЕЧНОЙ ПАРЕНХИМЫ ВСТРЕЧАЮТСЯ а) у женщин в 2 раза чаще, чем у мужчин б) у мужчин в 2 раза чаще, чем у женщин в) у женщин в 5 раз чаще, чем у мужчин г) у мужчин в 5 раз чаще, чем у женщин д) частота заболеваний одинакова	УК-1-3 ПК-1-12
5.	НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННОЙ КЛАССИФИКАЦИЕЙ ОПУХОЛЕЙ ПОЧЕЧНОЙ ПАРЕНХИМЫ ЯВЛЯЕТСЯ КЛАССИФИКАЦИЯ а) С. П. Федорова (1923) б) Н. А. Лопаткина и сотр. (1972) в) TNM Международного противоракового союза (1993) г) С. Петковича (1956) д) Флокса и Кадецкого (1959)	УК-1-3 ПК-1-12

6.	<p>НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ПОЧЕК ПРИДАЕТСЯ</p> <p>а) порокам развития почек и мочевых путей  б) хроническому воспалительному процессу в почечной паренхиме  в) гормональному дисбалансу  г) травме почки  д) гломерулонефриту</p>	УК-1-3 ПК-1-12
7.	<p>ПРИ РАКЕ ПОЧКИ ЧАЩЕ ПОРАЖЕНЫ</p> <p>а) верхний сегмент  б) нижний сегмент  в) центральный сегмент  г) все сегменты одинаково часто  д) частота не установлена</p>	УК-1-3 ПК-1-12
8.	<p>СРЕДИ ОПУХОЛЕЙ ПОЧЕК НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>а) эпителиальные  б) соединительнотканые  в) имеющие строение ткани надпочечника  г) гемангиомы  д) гемартомы</p>	УК-1-3 ПК-1-12
9.	<p>ПРИ РАКЕ ПОЧКИ МЕТАСТАЗЫ ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЮТСЯ</p> <p>а) в печени  б) в легких  в) в контралатеральной почке  г) в головном мозгу  д) в надпочечнике</p>	УК-1-3 ПК-1-12
10.	<p>ЛИМФОГЕННЫЕ МЕТАСТАЗЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЮТСЯ</p> <p>а) в средостении  б) в парааортальных и паракавальных лимфоузлах  в) в подвздошных лимфоузлах  г) в шейных лимфоузлах  д) в надключичных лимфоузлах</p>	УК-1-3 ПК-1-12
11.	<p>ОПУХОЛЕВЫЕ ТРОМБЫ ПРИ РАКЕ ПОЧКИ ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЮТСЯ</p> <p>а) в почечной артерии  б) в почечной и нижней полой вене  в) в яичковой вене  г) в паравертебральных венах  д) в тазовых венах</p>	УК-1-3 ПК-1-12
12.	<p>ПРИ РАКЕ ПОЧКИ ОТСУТСТВУЕТ</p> <p>а) полицитемия  б) артериальная гипертензия  в) гиперпирексия  г) анемия  д) эозинофилия</p>	УК-1-3 ПК-1-12
13.	<p>ЧАЩЕ ВСЕГО ПЕРВЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ОПУХОЛИ ПАРЕНХИМЫ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) боль в пояснице  б) прощупываемая увеличенная почка  в) гематурия  г) анемия  д) субфебрильная температура</p>	УК-1-3 ПК-1-12
14.	<p>ПРИ ОПУХОЛЯХ ПОЧКИ ГЕМАТУРИЯ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ</p>	УК-1-3

	<ul style="list-style-type: none"> <li>а) инициальная (начальная)</li> <li>б) тотальная</li> <li>в) терминальная (конечная)</li> <li>г) микрогематурия</li> <li>д) гемоглобинурия</li> </ul>	ПК-1-12
15.	<p>ГЕМАТУРИЯ ПРИ ОПУХОЛИ ПАРЕНХИМЫ ПОЧКИ НАБЛЮДАЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) у 20% больных</li> <li>б) у 40% больных</li> <li>в) у 60% больных</li> <li>г) у 90% больных</li> <li>г) у 100% больных</li> </ul>	УК-1-3 ПК-1-12
16.	<p>ПО СОВРЕМЕННОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ОПУХОЛЕЙ ПОЧЕК К СТАДИИ Т3А ОТНОСЯТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) большая опухоль, деформирующая почку</li> <li>б) опухоль в центральном сегменте почки размером 2х2 см</li> <li>в) опухоль, инфильтрирующая околопочечную клетчатку</li> <li>г) большая опухоль, деформирующая чашечки и лоханку</li> <li>д) небольшая опухоль с поражением регионарных лимфоузлов</li> </ul>	УК-1-3 ПК-1-12
17.	<p>ГИПЕРПИРЕКСИЯ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПОЧКИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИМЕРНО</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) у 10-20% больных</li> <li>б) у 30% больных</li> <li>в) у 50% больных</li> <li>г) у 80% больных</li> <li>д) у всех больных</li> </ul>	УК-1-3 ПК-1-12
18.	<p>АНЕМИЯ У БОЛЬНЫХ РАКОМ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИМЕРНО</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) у 10% больных</li> <li>б) у 20% больных</li> <li>в) у 40% больных</li> <li>г) у 60% больных</li> <li>д) у всех больных</li> </ul>	УК-1-3 ПК-1-12
19.	<p>ПОХУДАНИЕ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПОЧКИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИМЕРНО</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) у 15-20% больных</li> <li>б) у 20% больных</li> <li>в) у 30% больных</li> <li>г) у 50% больных</li> <li>д) у всех больных</li> </ul>	УК-1-3 ПК-1-12
20.	<p>ПОЛИЦИТЕМИЯ У БОЛЬНЫХ ОПУХОЛЮ ПОЧКИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИБЛИЗИТЕЛЬНО</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) у 2-3% больных</li> <li>б) у 8-10% больных</li> <li>в) у 20-30% больных</li> <li>г) у 40-50% больных</li> <li>д) у 50-60% больных</li> </ul>	УК-1-3 ПК-1-12
21.	<p>ЦИСТОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛИ ПАРЕНХИМЫ ПОЧКИ ПОМОГАЕТ УСТАНОВИТЬ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) сторону поражения</li> <li>б) функцию пораженной почки</li> <li>в) функцию здоровой почки</li> <li>г) строение опухоли</li> </ul>	УК-1-3 ПК-1-12

	д) наличие метастаза	
22.	ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОПУХОЛЬ ПОЧКИ ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЧИНАТЬ а) с аортографии б) с экскреторной урографии в) с радиоизотопной ренографии г) с ультрасонографии д) с ретроградной уретеропиелогграфии	УК-1-3 ПК-1-12
23.	РЕТРОГРАДНАЯ УРЕТЕРОПИЕЛОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛИ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ а) общепринятой б) опасной в) надежной г) безопасной д) ненадежной	УК-1-3 ПК-1-12
24.	НА АОРТОГРАММАХ ПРИ РАКЕ ПОЧКИ ОТСУТСТВУЮТ а) малососудистые зоны в почечной паренхиме б) лакуны и озерца в отдельных частях почки в) широкая почечная артерия г) отклонение и деформация внутриорганных сосудов д) истончение магистральных сосудов почки	УК-1-3 ПК-1-12
25.	ПРИ УДАЛЕНИИ ПОЧКИ ПО ПОВОДУ РАКА НЕДОПУСТИМА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПЕРЕВЯЗКА а) почечной артерии б) почечной вены в) всей почечной ножки г) надпочечниковой артерии д) яичковой вены	УК-1-3 ПК-1-12
26.	ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ В ОДНОМ ИЗ ПОЛЮСОВ ЕДИНСТВЕННОЙ ПОЧКИ СЛЕДУЕТ ПРЕДПРИНЯТЬ а) нефрэктомия б) резекцию почки в) наблюдение за больным г) иссечение опухоли д) эмболизацию сегментарной артерии	УК-1-3 ПК-1-12
27.	ЕСЛИ НЕТ ВОЗМОЖНОСТИ ОСТАНОВИТЬ ГЕМАТУРИЮ КОНСЕРВАТИВНЫМ ПУТЕМ ПРИ НЕОПЕРАБЕЛЬНОМ РАКЕ ПОЧКИ, ТО СЛЕДУЕТ а) продолжить консервативное и симптоматическое лечение б) производить частые переливания свежей крови в) произвести эмболизацию почечной артерии г) произвести нефрэктомия д) наложить нефростому	УК-1-3 ПК-1-12
28.	ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ОПУХОЛИ ПАРЕНХИМЫ ПОЧКИ В СТАДИИ T1 3 ГОДА ЖИВУТ а) более половины больных б) 45% больных в) 40% больных г) 30% больных д) 20% больных	УК-1-3 ПК-1-12

29.	<p>ДЛИТЕЛЬНАЯ ВЫЖИВАЕМОСТЬ (10 И БОЛЕЕ ЛЕТ) ПОСЛЕ НЕФРЭКТОМИИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ПОЧКИ</p> <p>а) является критерием полного выздоровления, если нет метастазов  б) не является критерием полного выздоровления  в) не является критерием при выявленных метастазах  г) возможна только у молодых больных  д) возможна у пожилых больных</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
30.	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ОПУХОЛЬЮ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 6 МЕСЯЦЕВ ДО 5 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) светлоклеточный рак  б) тератома  в) опухоль Вильмса  г) плоскоклеточный рак  д) саркома</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
31.	<p>ГИСТОЛОГИЧЕСКИ ОПУХОЛЬ ВИЛЬМСА СОСТОИТ ИЗ</p> <p>а) эпителиальных клеток  б) соединительнотканых клеток  в) недифференцированной эмбриональной опухолевой ткани  г) хрящевой и мышечной ткани  д) из всех вышеперечисленных</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
32.	<p>ПРИ ЭМБРИОНАЛЬНОЙ ОПУХОЛИ ПОЧКИ У ДЕТЕЙ ПРИМЕНЯЮТСЯ</p> <p>а) хирургический метод лечения  б) лучевая терапия  в) лекарственная терапия  г) комплексное хирургическое и лучевое лечение  д) комплексное лечение с использованием всех перечисленных методов</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
33.	<p>ПРИ ОПУХОЛИ ПОЧКИ У ДЕТЕЙ НАИБОЛЕЕ УДОБЕН</p> <p>а) поясничный доступ  б) трансторакальный доступ  в) трансперитонеальный доступ  г) торакоабдоминальный доступ  д) доступ по Нагомацу</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
34.	<p>ВТЭК В ОТНОШЕНИИ БОЛЬНОГО, ПЕРЕНЕСШЕГО НЕФРЭКТОМИЮ ПО ПОВОДУ РАКА ПОЧКИ В СТАДИИ T2, ДОЛЖЕН ПРИНЯТЬ СЛЕДУЮЩЕЕ РЕШЕНИЕ</p> <p>а) признать временно нетрудоспособным и продлить больничный лист свыше 4-х месяцев  б) I группа инвалидности  в) II группа инвалидности  г) III группа инвалидности  д) трудоспособен (требует перевода на работу без вредных факторов)</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
35.	<p>ПЕРВИЧНЫЕ ОПУХОЛИ ПОЧЕЧНОЙ ЛОХАНКИ ОТ ОБЩЕГО КОЛИЧЕСТВА ОПУХОЛЕЙ ПОЧЕК СОСТАВЛЯЮТ ОКОЛО</p> <p>а) 1%  б) 7-10%  в) 30%  г) 50%  д) 70%</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
36.	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОПУХОЛИ ПОЧЕЧНОЙ ЛОХАНКИ ВСТРЕЧАЮТСЯ</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>а) в Китае</li> <li>б) в России</li> <li>в) в Греции</li> <li>г) в США</li> <li>д) примерно одинаково</li> </ul>	
37.	<p>ОПУХОЛИ ПОЧЕЧНОЙ ЛОХАНКИ ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЮТСЯ В ВОЗРАСТЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) 10-20 лет</li> <li>б) 21-30 лет</li> <li>в) 31-50 лет</li> <li>г) 51-70 лет</li> <li>д) 71 и старше</li> </ul>	УК-1-3 ПК-1-12
38.	<p>ПАПИЛЛЯРНЫЕ ОПУХОЛИ МОЧЕТОЧНИКА ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЮТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) в верхней трети</li> <li>б) в нижней трети</li> <li>в) в средней трети</li> <li>г) одинаково часто в любых отделах мочеточника</li> <li>д) в лоханочно-мочеточниковом сегменте</li> </ul>	УК-1-3 ПК-1-12
39.	<p>У МУЖЧИН ОПУХОЛИ ЛОХАНКИ И МОЧЕТОЧНИКА НАБЛЮДАЮТСЯ ЧАЩЕ, ЧЕМ У ЖЕНЩИН. ЭТО СООТНОШЕНИЕ ЧАСТОТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СОСТАВЛЯЕТ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) 2:1</li> <li>б) 3:1</li> <li>в) 5:1</li> <li>г) 10:1</li> <li>д) 1:2</li> </ul>	УК-1-3 ПК-1-12
40.	<p>ПРИ ОПУХОЛИ ПОЧЕЧНОЙ ЛОХАНКИ ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) боль</li> <li>б) прощупываемая почка</li> <li>в) гематурия</li> <li>г) протеинурия</li> <li>д) субфебрильная температура</li> </ul>	УК-1-3 ПК-1-12
<b>Б1.Б.1.11</b>	<b>Раздел 11. Урогинекология</b>	
1.	<p>К ФАКТОРАМ, ВЫЗЫВАЮЩИМ ИЗМЕНЕНИЕ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) эндокринных</li> <li>б) температурных</li> <li>в) механических</li> <li>г) нейрогуморальных</li> </ul>	УК-1-3 ПК-1-12
2.	<p>НАРУШЕНИЯ УРОДИНАМИКИ ОТМЕЧАЮТСЯ ОБЫЧНО</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) с 2-4-й недели беременности</li> <li>б) с 5-6-й недели беременности</li> <li>в) с 7-10-й недели беременности</li> <li>г) с 11-20-й недели беременности</li> <li>д) с 21-30-й недели беременности</li> </ul>	УК-1-3 ПК-1-12
3.	<p>ДИУРЕЗ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ У БЕРЕМЕННОЙ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) в первом триместре</li> <li>б) во втором триместре</li> <li>в) в третьем триместре</li> </ul>	УК-1-3 ПК-1-12

	г) в первом и втором триместре д) во втором и третьем триместре	
4.	ДИУРЕЗ У БЕРЕМЕННОЙ УМЕНЬШАЕТСЯ а) в первом триместре б) во втором триместре в) в третьем триместре г) в первом и втором триместре д) в первом и третьем триместре	УК-1-3 ПК-1-12
5.	МАКСИМАЛЬНОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ ЕМКОСТИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ СООТВЕТСТВУЕТ а) 1-2 месяцам беременной матки б) 3-4 месяцам беременной матки в) 5-6 месяцам беременной матки г) 7-8 месяцам беременной матки д) 9 месяцам беременной матки	УК-1-3 ПК-1-12
6.	НАИБОЛЬШЕЕ СМЕЩЕНИЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ВЫЗЫВАЕТ а) ягодичное предлежание плода б) головное предлежание плода при глубоком стоянии головки в) поперечное предлежание плода г) головное предлежание плода при высоком стоянии головки	УК-1-3 ПК-1-12
7.	НОРМАЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ВОССТАНАВЛИВАЕТСЯ ПОСЛЕ РОДОВ а) на 1-3-й неделе б) на 4-6-й неделе в) на 9-10-й неделе г) на 11-15-й неделе д) на 16-20-й неделе	УК-1-3 ПК-1-12
8.	НАИБОЛЕЕ ЩАДЯЩИМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ а) инструментальный б) радиологический в) рентгенологический г) ультразвуковой д) ядерно-магнитный	УК-1-3 ПК-1-12
9.	НАИБОЛЬШЕЕ ВЛИЯНИЕ НА БЕРЕМЕННОСТЬ ОКАЗЫВАЕТ а) удвоение мочевых путей б) поясничная дистопия почек в) тазовая дистопия почек г) перекрестная поясничная дистопия д) нефроптоз	УК-1-3 ПК-1-12
10.	ОСТРЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ БЕРЕМЕННЫХ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ПЕРВОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ЧАЩЕ ВСЕГО а) в 1-2-й месяц беременности б) на 2-3-й месяц беременности в) на 4-5-й месяц беременности г) на 6-7-й месяц беременности д) на 8-9-й месяц беременности	УК-1-3 ПК-1-12
11.	ПРИ ПОВТОРНЫХ БЕРЕМЕННОСТЯХ ОСТРЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ ЧАЩЕ ВСЕГО РАЗВИВАЕТСЯ а) в 1-й месяц беременности б) на 2-3-й месяц беременности в) на 4-5-й месяц беременности	УК-1-3 ПК-1-12

	г) на 6-7-й месяц беременности д) на 8-9-й месяц беременности	
12.	ОСНОВНЫМИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ПИЕЛОНЕФРИТА БЕРЕМЕННЫХ ПРИ ЭКСКРЕТОРНОЙ УРОГРАФИИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, ИСКЛЮЧАЯ а) нормальные размеры почки б) увеличение почки в) "белую почку" г) сдавленные и изъязвленные чашечки	УК-1-3 ПК-1-12
13.	ЭФФЕКТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПИЕЛОНЕФРИТА БЕРЕМЕННЫХ СПОСОБСТВУЕТ ОДНО ИЗ УСЛОВИЙ а) антибиотикотерапия б) применение уроантисептиков и диуретиков в) восстановление уродинамики г) санация первичных гнойных очагов д) верно все вышеперечисленное	УК-1-3 ПК-1-12
14.	ПОКАЗАНИЕМ К СРОЧНОМУ ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПИЕЛОНЕФРИТА БЕРЕМЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ а) олигурия б) высокая лихорадка в) уретерогидронефроз г) хроническая почечная недостаточность д) острый гнойный пиелонефрит	УК-1-3 ПК-1-12
15.	ТОНУС ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ И УРОДИНАМИКА ПОСЛЕ РОДОВ У ЖЕНЩИН НОРМАЛИЗУЕТСЯ ЧЕРЕЗ а) одну неделю б) 2-4 недели в) 2 месяца г) 4 месяца д) 6 месяцев	УК-1-3 ПК-1-12
16.	ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПОКАЗАНО а) при одиночном камне лоханки почки б) при оксалатурии в) при камне чашечки почки г) при одиночном камне мочеточника (размером 3х3 мм) д) при двусторонних камнях почек и хронической почечной недостаточности	УК-1-3 ПК-1-12
17.	ОПТИМАЛЬНЫЕ СРОКИ ДЛЯ ПЛАНОВОГО ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ а) 1-3 недели беременности б) 4-8 недель беременности в) 9-12 недель беременности г) 14-18 недель беременности д) 19-20 недель беременности	УК-1-3 ПК-1-12
18.	ЧАСТОТА ВОВЛЕЧЕНИЯ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ СОСТАВЛЯЕТ а) 5% б) 20% в) 21-25% г) 31-40% д) 50%	УК-1-3 ПК-1-12

19.	<p>ИЗМЕНЕНИЯ В МОЧЕВОЙ СИСТЕМЕ ПРИ ОПУХОЛЯХ ГЕНИТАЛИЙ ЗАВИСЯТ</p> <p>а) от размеров опухоли гениталий  б) от локализации опухоли гениталий  в) от нейрогуморального воздействия  г) от гормональных сдвигов  д) от всего перечисленного</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
20.	<p>ЧАСТОТА ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК И МОЧЕТОЧНИКОВ ПРИ ФИБРОМИОМАХ МАТКИ СОСТАВЛЯЕТ</p> <p>а) 10% случаев  б) 20% случаев  в) 30% случаев  г) 40% случаев  д) 50% случаев</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
21.	<p>УДАЛЕНИЕ МИОМЫ МАТКИ АБСОЛЮТНО ПОКАЗАНО</p> <p>а) при дизурии  б) при цисталгии  в) при цистите  г) при нарушении уро-динамики и частных обострениях пиелонефрита</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
22.	<p>ЭНДОМЕТРИОЗ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ДИАГНОСТИРУЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ</p> <p>а) 10-20 лет  б) 21-30 лет  в) 31-40 лет  г) 41-50 лет  д) 51-60 лет</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
23.	<p>ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ЭНДОМЕТРИОЗА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) ультразвуковое исследование  б) экскреторная урография  в) нисходящая цистография  г) восходящая цистография  д) цистоскопия</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
24.	<p>ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОМЕТРИОЗА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) инстилляцией дибунола  б) диатермокоагуляция  в) резекция мочевого пузыря  г) цистэктомия  д) лучевая и гормональная терапия</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
25.	<p>ВОЗМОЖНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ПОВРЕЖДЕНИЙ МОЧЕТОЧНИКОВ ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ</p> <p>а) рассечение  б) перевязка  в) раздавливание  г) удаление терминального отдела  д) все перечисленное</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
26.	<p>ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЯ МОЧЕТОЧНИКА В ХОДЕ ОПЕРАЦИИ ТАКТИКА ХИРУРГА ВКЛЮЧАЕТ</p> <p>а) деривацию мочи</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>

	б) восстановление целостности мочеточника в) восстановление целостности брюшины г) дренирование забрюшинной клетчатки д) все перечисленное	
27.	ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ МОЧЕТОЧНИКА ВОЗМОЖНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СПОСОБЫ ОТВЕДЕНИЯ МОЧИ а) нефростомия б) уретеростомия и уретерокутанеостомия в) постоянный катетер г) стент д) все перечисленное	УК-1-3 ПК-1-12
28.	ДРЕНИРОВАНИЕ ПО БУЯЛЬСКОМУ ПОКАЗАНО а) при перевязке мочеточника б) при рассечении мочеточника в нижней трети без урогематомы в) при резекции мочеточника в средней трети г) при резекции мочеточника в нижней трети д) при ранении мочеточника в нижней трети с урогематомой таза	УК-1-3 ПК-1-12
29.	ОПТИМАЛЬНЫМ ВАРИАНТОМ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РАНЕНИИ МОЧЕТОЧНИКА В НИЖНЕЙ ТРЕТИ И МОЧЕВОЙ ФЛЕГМОНЕ ЯВЛЯЕТСЯ а) нефростомия б) уретрокутанеостомия в) анастомоз концов мочеточника г) широкое дренирование парауретеральной клетчатки д) правильно а) и г)	УК-1-3 ПК-1-12
30.	ОПЕРАЦИЕЙ ВЫБОРА НА 5-Й ДЕНЬ ПОСЛЕ ПЕРЕВЯЗКИ МОЧЕТОЧНИКА, ОСЛОЖНИВШЕГОСЯ ОСТРЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ, ЯВЛЯЕТСЯ а) снятие лигатуры б) уретероцистоанастомоз в) перкутанная нефростомия г) пиелостомия д) нефростомия открытая	УК-1-3 ПК-1-12
31.	ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ МОЧЕТОЧНИКА НИЖНЕЙ ТРЕТИ У БОЛЬНОЙ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ РАКА МАТКИ IV СТАДИИ ПОКАЗАНЫ а) уретероанастомоз б) нефростомия в) пиелостомия г) уретерокутанеостомия д) перевязка мочеточника	УК-1-3 ПК-1-12
32.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОВРЕЖДАЕТСЯ ПРИ ТРАНСПЕРИТОНАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ а) передняя стенка мочевого пузыря б) боковые стенка мочевого пузыря в) задняя стенка мочевого пузыря г) треугольник Лъето мочевого пузыря д) шейка пузыря	УК-1-3 ПК-1-12
33.	ПРИ ИЗОЛИРОВАННОМ ПОВРЕЖДЕНИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ НЕОБХОДИМЫ а) ушивание дефекта б) цистостомия	УК-1-3 ПК-1-12

	<p>в) дренирование катетером Фолея  г) правильно а) и в)  д) правильно а) и б)</p>	
34.	<p>ПРИ ОДНОВРЕМЕННОМ ПОВРЕЖДЕНИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И НИЖНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА НЕОБХОДИМО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <p>а) анастомоза концов мочеточника  б) уретероцистоанастомоза  в) ушивания дефекта мочевого пузыря  г) цистостомии  д) дренирования около-мочеточниковой клетчатки</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
35.	<p>ПРИ ОБШИРНОМ РАНЕНИИ УРЕТРЫ У ЖЕНЩИН НЕОБХОДИМЫ</p> <p>а) раздельное ушивание уретры и вагины  б) катетер Фолея  в) цистостома  г) правильно а) и в)  д) правильно а) и б)</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
36.	<p>ДИАГНОСТИКА ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНОГО СВИЩА ОСНОВЫВАЕТСЯ НА ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННОМ, КРОМЕ</p> <p>а) экскреторной урографии  б) цистографии  в) вагинографии  г) цистоскопии  д) осмотра влагалища в зеркалах</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
37.	<p>ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНОГО СВИЩА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) дизурия  б) недержание мочи  в) недержание мочи  г) подтекание мочи во влагалище  д) менструация через мочевой пузырь</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
38.	<p>ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ПУЗЫРНО-МАТОЧНОГО СВИЩА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) дизурия  б) недержание мочи  в) недержание мочи  г) подтекание мочи во влагалище  д) менструация через мочевой пузырь</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
39.	<p>ПОКАЗАНИЕМ К ВЛАГАЛИЩНОМУ ДОСТУПУ ПРИ ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНОМ СВИЩЕ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) свищ в зоне устьев мочеточников  б) свищ ниже устьев мочеточников  в) свищ в зоне мочевого пузыря  г) пузырно-влагалищный свищ в сочетании с уретро-влагалищным  д) пузырно-влагалищный свищ и сужение мочеточника в нижней трети</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
40.	<p>ПОКАЗАНИЕМ К ПУЗЫРНОМУ ДОСТУПУ ПРИ ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНОМ СВИЩЕ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) свищ в зоне устьев мочеточников  б) свищ ниже межмочеточниковой связки  в) пузырно-влагалищный свищ в сочетании с уретро-влагалищным</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>

	г) пузырьно-влагалищный свищ в сочетании с влагалищно-ректальным	
<b>Б1.Б.1.12</b>	<b>Раздел 12. Неотложная урология</b>	
1.	<p>В ОПЕРАЦИОННОЙ ПРИ ПОСЕВАХ ПОЛУЧЕН РОСТ СИНЕГНОЙ-НОЙ ПАЛОЧКИ, В ЭТОМ СЛУЧАЕ НЕОБХОДИМО</p> <p>а) произвести капитальный ремонт со сменой кафеля  б) закрыть операционную на 3 месяца  в) произвести генеральную уборку, дезинфекцию, бактерицидное облучение и трехкратный бак. анализ  г) установить кварцевые лампы  д) продолжать обычную работу</p>	УК-1-3 ПК-1-12
2.	<p>ПРИ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ НА ЛОХАНКЕ С НЕФРОСТОМИЕЙ ПО ПОВОДУ ГИДРОНЕФРОЗА II СТАДИИ В КАЧЕСТВЕ ШОВНОГО МАТЕРИАЛА ЛУЧШЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ</p> <p>а) даксон - 0000 на атравматической игле  б) хромированный кетгут - 000  в) обыкновенный кетгут - 00 на атравматической игле  г) перлон - 000 на атравматической игле  д) капрон - 000 на атравматической игле</p>	УК-1-3 ПК-1-12
3.	<p>ОПЕРАЦИЮ ПИЕЛОТОМИИ БОЛЬНОМУ 40 ЛЕТ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНИТЬ</p> <p>а) под электроанальгезией  б) под перидуральной анестезией  в) под эндотрахеальным наркозом  г) под местным обезболиванием  д) под анестезией гипнозом</p>	УК-1-3 ПК-1-12
4.	<p>АДЕНОМЭКТОМИЮ ПРОСТАТЫ БОЛЬНОМУ 65 ЛЕТ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНИТЬ</p> <p>а) под электроанальгезией  б) под перидуральной анестезией  в) под эндотрахеальным наркозом  г) под местной анестезией  д) возможны варианты а) и в)</p>	УК-1-3 ПК-1-12
5.	<p>НЕФРЭКТОМИЮ ПО ПОВОДУ РАКА ВЕРХНЕГО ПОЛЮСА ПРАВОЙ ПОЧКИ Т3N+МО НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНИТЬ ОПЕРАТИВНЫМ ДОСТУПОМ</p> <p>а) люмботомия по Федорову  б) по Нагамацу  в) по Израэлю  г) лапаротомия  д) по Петровскому</p>	УК-1-3 ПК-1-12
6.	<p>НЕФРЭКТОМИЮ ПРИ РАКЕ НИЖНЕГО ПОЛЮСА ЛЕВОЙ ПОЧКИ Т2N+МО ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНИТЬ ДОСТУПОМ</p> <p>а) по Израэлю  б) лапаротомия  в) торакофренолюмболапаротомия  г) по Нагамацу  д) по Федорову</p>	УК-1-3 ПК-1-12
7.	<p>ПРИ РАКЕ СРЕДНЕГО СЕГМЕНТА ПРАВОЙ ПОЧКИ Т3N+МО, ОПУХОЛЕВОМ ТРОМБЕ В ПОЧЕЧНОЙ ВЕНЕ И 3-4 СМ - В НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЕ ОПТИМАЛЬНЫМ ОПЕРАТИВНЫМ ДОСТУПОМ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) люмболапаротомия по Петровскому</p>	УК-1-3 ПК-1-12

	б) по Израэлю в) по Нагамацу г) по Федорову д) лапаротомия	
8.	ПРИ ПАПИЛЛЯРНОМ РАКЕ ПОЧЕЧНОЙ ЛОХАНКИ T2N+MO ОПТИМАЛЬНЫМ ОПЕРАТИВНЫМ ДОСТУПОМ ЯВЛЯЕТСЯ а) люмботомия с переходом в XI межреберье б) по Федорову в) по Израэлю г) по Пирогову д) варианты б) и г)	УК-1-3 ПК-1-12
9.	ПРИ КОРАЛЛОВИДНОМ КАМНЕ ПРАВОЙ ПОЧКИ, ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ И ГИДРО(ПИО) КАЛИКСЕ ВЕРХНЕГО ПОЛЮСА У БОЛЬНОЙ 30 ЛЕТ ОПТИМАЛЬНЫМ ОБЪЕМОМ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ а) люмботомия по Федорову б) люмботомия с переходом в XI межреберье в) задняя поперечная внутрисинусная пиелокаликолитотомия, нефростомия г) резекция верхнего полюса почки д) возможны варианты б), в) и г)	УК-1-3 ПК-1-12
10.	У БОЛЬНОЙ 30 ЛЕТ КАМЕНЬ 2X3 СМ ПОЧЕЧНОЙ ЛОХАНКИ СМЕШАННОГО ТИПА. ПИЕЛОТОМИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫПОЛНЕНА а) передним продольным доступом б) нижним продольным доступом в) верхним поперечным доступом г) задним поперечным внутрисинусным доступом д) задним продольным доступом	УК-1-3 ПК-1-12
11.	ПРИ КАМНЕ 1X2 СМ В ЛОХАНКЕ ПОЧКИ И АПОСТЕМАТОЗНОМ НЕФРИТЕ У БОЛЬНОГО 40 ЛЕТ ОБЪЕМ ЭКСТРЕННОГО ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ а) резекцию нижнего полюса почки б) заднюю поперечную внутрисинусную пиелолитотомию в) декапсуляцию почки г) нефростомию д) варианты б), в) и г) одновременно	УК-1-3 ПК-1-12
12.	ПРИ ПРОСТОЙ КИСТЕ СРЕДНЕГО СЕГМЕНТА ПОЧКИ 7X8X8 СМ БЕЗ НАРУШЕНИЯ УРОДИНАМИКИ И БЕЗ ПРИЗНАКОВ ВОСПАЛЕНИЯ БОЛЬНОЙ 40 ЛЕТ ЦЕЛЕСООБРАЗНО РЕКОМЕНДОВАТЬ а) оставить под наблюдением в поликлинике б) операцию - иссечение кисты почки в) пункцию кисты, кистографию и введение склерозирующего раствора в полость кисты г) нефрэктомию д) постоянный дренаж в кисту во время ее пункции	УК-1-3 ПК-1-12
13.	АБСОЛЮТНЫМИ ПОКАЗАНИЯМИ К НЕФРОПЕКСИИ ПРИ НЕФРОПТОЗЕ У БОЛЬНОЙ 30 ЛЕТ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ а) нефроптоза I стадии с периодическими тупыми болями в пояснице б) нефроптоза II стадии с периодическими атаками острого пиелонефрита	УК-1-3 ПК-1-12

	<p>в) нефроптоза I стадии с периодической макрогематурией</p> <p>г) нефроптоза II стадии, осложненного хроническим пиелонефритом в фазе активного воспаления</p> <p>д) резко выраженного болевого синдрома</p>	
14.	<p>ПРИ СТРИКТУРЕ ЛОХАНОЧНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО СЕГМЕНТА И ГИДРОНЕФРОЗЕ II СТАДИИ ПРИ СОХРАНЕНИИ ФУНКЦИИ ПОЧКИ БОЛЬНОМУ 40 ЛЕТ ПОКАЗАНЫ</p> <p>а) нефрэктомия</p> <p>б) пластика лоханочно-мочеточникового сегмента по Фолею</p> <p>в) резекция лоханочно-мочеточникового сегмента, латеро-латеральный уретеропиелоанастомоз</p> <p>г) нефростомия как первый этап операции</p> <p>д) оперативное лечение не проводить</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-12</p>
15.	<p>У БОЛЬНОЙ 40 ЛЕТ ПОСЛЕ 2-Х ПЕРЕНЕСЕННЫХ РАНЕЕ ОПЕРАЦИЙ НА ПОЧКЕ ПО ПОВОДУ НЕФРОЛИТИАЗА ВЫЯВЛЕН ПИЕЛОНЕФРОЗ. НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫМ МЕТОДОМ ОПЕРАЦИИ У НЕЕ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) нефростомия операционная</p> <p>б) оперативное лечение не проводить</p> <p>в) катетеризация мочеточника</p> <p>г) нефростомия пункционная</p> <p>д) нефрэктомия</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-12</p>
16.	<p>У БОЛЬНОГО 40 ЛЕТ РАК НАДПОЧЕЧНИКА Т2N0M0, НЕ СВЯЗАННЫЙ С ПОЧКОЙ. ЕМУ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ</p> <p>а) нефрэктомия и адреналэктомия</p> <p>б) адреналэктомия</p> <p>в) нефрэктомия + лучевую терапию</p> <p>г) оперативное лечение не проводить</p> <p>д) только лучевую терапию</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-12</p>
17.	<p>БОЛЬНОМУ ПО ПОВОДУ РАКА Т2N0M0 ПРОИЗВЕДЕНА НЕФРЭКТОМИЯ. ОПТИМАЛЬНЫЙ ВАРИАНТ ДРЕНИРОВАНИЯ РАНЫ</p> <p>а) зашить наглухо люмботомический разрез</p> <p>б) установить марлевый тампон</p> <p>в) установить 4 резиновых дренажа</p> <p>г) установить 1 резиновый дренаж</p> <p>д) установить 2 резиновых дренажа в рану к ножке почки и в нижний угол раны</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-12</p>
18.	<p>БОЛЬНОЙ ПРОИЗВЕДЕНА ОПЕРАЦИЯ С НЕФРОСТОМИЕЙ И ДЕКАПСУЛЯЦИЕЙ ПОЧКИ ПО ПОВОДУ АПОСТЕМАТОЗНОГО НЕФРИТА. ВОЗМОЖНЫМИ СПОСОБАМИ ДРЕНИРОВАНИЯ РАНЫ ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <p>1) установить резино(целлофано) марлевые тампоны к почке с гипертоническим раствором хлористого натрия</p> <p>2) установить 2-3 резиновых "страховых" дренажа</p> <p>3) установить тампоны с мазью Вишневского</p> <p>4) зашить рану наглухо с 1 резиновым дренажом</p> <p>5) задний угол раны не ушивать в пределах 5-6 см</p> <p>б) установить тампон с медом.</p> <p>Оптимальным вариантом в данном случае является</p> <p>а) правильно 1, 2 и 5</p> <p>б) правильно 1 и 6</p> <p>в) правильно 2 и 3</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-12</p>

	г) правильно 4 и 6 д) правильно 3 и 5	
19.	БОЛЬНОМУ ПРОИЗВЕДЕНА ПЛАСТИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ ПО ПОВОДУ "НЕИНФИЦИРОВАННОГО" ГИДРОНЕФРОЗА (УРЕТЕРО-ПИЕЛОАНАСТОМОЗ, НЕФРОСТОМИЯ). ОПТИМАЛЬНЫМ ВАРИАНТОМ ДРЕНИРОВАНИЯ РАНЫ ЯВЛЯЕТСЯ а) установить целлофано(резино)марлевый тампон б) установить 2 резиновых "страховых" дренажа в) ушить рану наглухо без дренажей г) не ушивать задний угол раны в пределах 5-7 см д) установить дренажи для постоянного капельного орошения раны	УК-1-3 ПК-1-12
20.	ОПТИМАЛЬНЫМ ВАРИАНТОМ ДРЕНИРОВАНИЯ РАНЫ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ - НЕФРОПЕКСИИ ПО РИВОИРУ - ПЫТЕЛЮ - ЛОПАТКИНУ ЯВЛЯЕТСЯ а) зашить рану наглухо б) установить целлофано (резино)марлевые тампоны в) установить 1 резиновый дренаж г) установить 2 резиновых дренажа д) не ушивать задний угол раны	УК-1-3 ПК-1-12
21.	ОБЛИТЕРИРОВАН МОЧЕТОЧНИК В НИЖНЕЙ ТРЕТИ НА ПРОТЯЖЕНИИ 7 СМ, СДЕЛАНА НЕФРОСТОМА У БОЛЬНОЙ 30 ЛЕТ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ. В ДАЛЬНЕЙШЕМ ЕЙ НЕОБХОДИМЫ а) уретероцистостомия б) нефрэктомия в) уретерокутанеостомия г) операция Боари д) уретеросигмостомия	УК-1-3 ПК-1-12
22.	У БОЛЬНОГО АДЕНОМА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ОСТРАЯ ЗАДЕРЖКА МОЧЕИСПУСКАНИЯ. КАТЕТЕРИЗАЦИЯ НЕВОЗМОЖНА. ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА 37. 9°С. ЕМУ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОИЗВЕСТИ а) пункцию мочевого пузыря тонкой иглой б) троакарную (пункционную) цистостомию в) операционную цистостомию г) аденомэктомию д) перевести больного в больницу по месту жительства	УК-1-3 ПК-1-12
23.	У БОЛЬНОГО 40 ЛЕТ ПАПИЛЛЯРНЫЙ РАК БОКОВОЙ СТЕНКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ТЗНХМО. ЕМУ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНИТЬ а) трансуретральную электрокоагуляцию опухоли б) трансуретральную электрорезекцию стенки пузыря с опухолью в) резекцию мочевого пузыря с опухолью г) плоскостную резекцию мочевого пузыря д) полихимиотерапию	УК-1-3 ПК-1-12
24.	У БОЛЬНОГО 60 ЛЕТ ИСТИННЫЙ ДИВЕРТИКУЛ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ 8X10 СМ И АДЕНОМА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ II СТАДИИ. ОПТИМАЛЬНЫМ ВАРИАНТОМ ЛЕЧЕНИЯ У НЕГО СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ а) дивертикулэктомию и цистостомию как первый этап б) аденомэктомию и цистостомию в) дивертикулэктомию и аденомэктомию с глухим швом пузыря г) цистостомию, как первый этап	УК-1-3 ПК-1-12

	д) оперативное лечение не применять	
25.	У БОЛЬНОГО 35 ЛЕТ СКЛЕРОЗ ШЕЙКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ. ОСТАТОЧНАЯ МОЧА 150 МЛ. ЕМУ СЛЕДУЕТ а) провести электростимуляцию мочевого пузыря б) лечить консервативно простатит и склероз шейки пузыря (противоспалительная, рассасывающая терапия) в) выполнить траокарную цистостомию, как первый этап г) провести бужирование задней уретры д) выполнить транс-уретральную электрорезекцию или клиновидную резекцию шейки пузыря	УК-1-3 ПК-1-12
26.	У БОЛЬНОГО ДИАГНОСТИРОВАН И ВЕРИФИЦИРОВАН РАК МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ Т3НОМО, ЗАНИМАЮЩИЙ БОЛЬШУЮ ПОВЕРХНОСТЬ И ШЕЙКУ ПУЗЫРЯ. ЕМУ ВОЗМОЖНЫ а) химиотерапия б) цистостомия в) цистэктомия и уретеросигмостомия или уретрокутанеостомия г) лучевая терапия как первый этап лечения д) возможны варианты в) и г)	УК-1-3 ПК-1-12
27.	У БОЛЬНОГО ПРОИЗВЕДЕНО УШИВАНИЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПО ПОВОДУ ВНУТРИБРЮШНОГО РАЗРЫВА, УСТАНОВЛЕНА ЦИСТОСТОМА. ЕМУ НЕОБХОДИМО а) рану зашить наглухо б) установить 2 марлевых тампона в околопузырное пространство в) дренировать по Буяльскому г) установить 2 резиновых дренажа д) установить систему для капельного орошения паравезикальной клетчатки	УК-1-3 ПК-1-12
28.	ЧЕРЕЗ 12 ЧАСОВ ПОСЛЕ ТРАВМЫ ПРОМЕЖНОСТИ ДИАГНОСТИРОВАН РАЗРЫВ ПЕРЕПОНЧАТОЙ ЧАСТИ УРЕТРЫ. В КАЧЕСТВЕ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ЦЕЛЕСООБРАЗНЫ а) первичный шов уретры, постоянный катетер б) первичный шов уретры, цистостомия, катетер Фолея по уретре в) цистостомия г) первичный шов уретры без дренирования мочевого пузыря д) установка постоянного катетера по уретре	УК-1-3 ПК-1-12
29.	У БОЛЬНОГО РАЗВИЛСЯ УРЕТРОРЕКТАЛЬНЫЙ СВИЩ ПОСЛЕ АБСЦЕССА ПРОСТАТЫ, СУЩЕСТВУЮЩИЙ В ТЕЧЕНИЕ 10 МЕСЯЦЕВ. ЕМУ ЦЕЛЕСООБРАЗНО а) произвести цистостомию как первый этап б) установить противоестественный анус в) проводить заживление свища на постоянном катетере г) произвести пластику уретроректального свища промежностным доступом с цистостомией д) произвести трансректальную электрокоагуляцию свища на постоянном катетере	УК-1-3 ПК-1-12
30.	У ЖЕНЩИНЫ 30 ЛЕТ ПАРАУРЕТРАЛЬНАЯ КИСТА РАЗМЕРОМ 5 СМ БЕЗ НАГНОЕНИЯ. ЕЙ НЕОБХОДИМЫ а) пунктирование кисты б) операция - иссечение кисты трансвагинально в) электрокоагуляция кисты г) установка кисты в постоянный катетер-ирригатор д) выписка под наблюдение уролога, гинеколога	УК-1-3 ПК-1-12

31.	У БОЛЬНОГО УШИБ МОШОНКИ, ПАЛЬПАТОРНО И ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ГЕМАТОМА 8X6X9 СМ. ЕМУ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ а) суспензорий, антибиотики б) холод на мошонку в) пункцию гематомы г) пункцию гематомы с постоянной ирригацией раствором фурациллина д) операцию - вскрытие и дренирование гематомы	УК-1-3 ПК-1-12
32.	У БОЛЬНОГО ДИАГНОСТИРОВАНА СЕМИНОМА Т2НОМО. ЕМУ ПОКАЗАНА а) химиотерапия б) лучевая терапия в) орхиэктомия г) операция Шевассю д) варианты а) и в)	УК-1-3 ПК-1-12
33.	У БОЛЬНОГО 19 ЛЕТ ВАРИКОЦЕЛЕ СЛЕВА II СТАДИИ. ЕМУ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ а) операцию по Иванисевичу б) ношение суспензория в) введение склерозирующего раствора (варикоцид) в расширенные вены мошонки г) физиотерапию на мошонку д) хирургическое иссечение вен мошонки	УК-1-3 ПК-1-12
34.	У БОЛЬНОГО 16 ЛЕТ ВРОЖДЕННЫЙ ФИМОЗ. ЕМУ ЦЕЛЕСООБРАЗНО а) оперативное лечение не показано б) расширение крайней плоти инструментально в) иссечение крайней плоти г) пластическая операция с сохранением крайней плоти д) возможны варианты в) и г)	УК-1-3 ПК-1-12
35.	У БОЛЬНОГО РАК ГОЛОВКИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА Т3НОМО. ЕМУ ПОКАЗАНА а) лучевая терапия б) полихимиотерапия в) ампутация полового члена в пределах нормальных тканей г) иссечение опухоли д) операция Дюкена	УК-1-3 ПК-1-12
36.	У БОЛЬНОГО РАК ПОЛОВОГО ЧЛЕНА Т4 (ВОВЛЕЧЕНА МОШОНКА И ЯИЧКО) НОМО. ЕМУ ПОКАЗАНЫ а) симптоматическая терапия б) операция - эмаскуляция, свищ - бутоньер в) ампутация полового члена г) лучевая терапия д) полихимиотерапия	УК-1-3 ПК-1-12
37.	У БОЛЬНОГО 35 ЛЕТ ОСТРЫЙ ПРИАПИЗМ В ТЕЧЕНИЕ 28 ЧАСОВ. ЕМУ ПОКАЗАНЫ а) пункционный каверно-кавернозный анастомоз б) сафено-кавернозный анастомоз в) консервативное лечение: гепарин, холод, спазмолитики г) пресакральная новокаиновая блокада д) возможны варианты а) и б)	УК-1-3 ПК-1-12

38.	У БОЛЬНОГО 40 ЛЕТ ГИДРОЦЕЛЕ 6X8 СМ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА. ЕМУ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫ а) пункция и введение склерозирующего раствора в гидроцеле б) операция Бергмана в) операция Винкельмана г) суспензорий, рассывающая терапия д) возможны варианты а) и в)	УК-1-3 ПК-1-12
39.	ОПТИМАЛЬНЫМ ВОЗРАСТОМ ДЛЯ НИЗВЕДЕНИЯ ЯИЧКА ПРИ ПАХОВОМ КРИПТОРХИЗМЕ ЯВЛЯЕТСЯ а) до 1 года б) 6 лет в) 17 лет г) 25 лет д) любой возраст	УК-1-3 ПК-1-12
40.	У БОЛЬНОГО ОБТУРАЦИОННАЯ АЗООСПЕРМИЯ НА УРОВНЕ ХВОСТА ПРИДАТКА. ЕМУ ПОКАЗАНЫ а) санаторно-курортное лечение б) андрогены, витамин Е, хориогонадотропин в) рассывающая терапия (лидаза, алоэ и др.) г) операция вазоэпидидимоанастомоза д) лечение не показано	УК-1-3 ПК-1-12
<b>Б1.Б.1.13</b>	<b>Раздел 13. Нейроурология</b>	
1.	ОБСЛЕДОВАНИЕ БОКОВОГО НАКЛОНА В СРЕДНЕШЕЙНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА ПРОВОДИТСЯ ПО: 1) Поперечным отросткам (+) 2) Суставным отросткам 3) Остистым отросткам 4) По внешним признакам	УК-1-3 ПК-1-12
2.	КАКОВ НОРМАЛЬНЫЙ ОБЪЕМ РОТАЦИОННЫХ ДВИЖЕНИЙ В ГРУДНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА: 1) 30—40 2) 40—50 3) 50-60 (+) 4) 60-70	УК-1-3 ПК-1-12
3.	КАКОВА НОРМАЛЬНАЯ «ГЛУБИНА» ПОЯСНИЧНОГО ЛОРДОЗА: 1) 10 мм 2) 14 мм 3) 18 мм (+) 4) 25 мм	УК-1-3 ПК-1-12
4.	НАЛИЧИЕ ФЕНОМЕНА «УБЕГАНИЯ» ГОВОРIT О: 1) Функциональной блокаде пояснично-крестцового перехода 2) Функциональной блокаде крестцово-подвздошного сочленения (+) 3) Ротации таза 4) Перекосе таза	УК-1-3 ПК-1-12
5.	МАНИПУЛЯЦИИ НА КОПЧИКЕ НЕ ПРОВОДЯТСЯ: 1) При кокцигодинии 2) При подвывихе копчика 3) При кисте копчика (+) 4) При напряжении мышц тазового дна	УК-1-3 ПК-1-12
6.	КАКОВА ДОЛЖНА БЫТЬ СИЛА ИЗОМЕТРИЧЕСКОГО НАПРЯЖЕНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПИРМ: 1) Минимальная (+)	УК-1-3 ПК-1-12

	<p>2) До болевых ощущений у пациента</p> <p>3) Максимальная</p> <p>4) До получения «акустического феномена»</p>	
7.	<p>В КАКОЙ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ ЛЕЧЕБНЫЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ:</p> <p>1) Манипуляция, мобилизация, релаксация</p> <p>2) Релаксация, манипуляция, мобилизация</p> <p>3) Релаксация, мобилизация, манипуляция (+)</p> <p>4) Мобилизация, манипуляция, релаксация</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-12</p>
8.	<p>ПРИ КАКИХ ПОКАЗАТЕЛЯХ ПЕРВИЧНОЙ ДУГИ ИСКРИВЛЕНИЯ ВОЗМОЖНО ЭФФЕКТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИДИОПАТИЧЕСКОГО СКОЛИОЗА:</p> <p>1) 0 градусов</p> <p>2) 0—25 градусов (+)</p> <p>3) 25—40 градусов</p> <p>4) 25—50 градусов</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-12</p>
9.	<p>БОЛЕЗНЬ ШЕЙЕРМАНА-МАУ ИМЕЕТ ДРУГИЕ НАЗВАНИЯ. УКАЖИТЕ НЕПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ:</p> <p>1) Остеохондропатия тел позвонков</p> <p>2) Юношеский спондилит (+)</p> <p>3) Юношеский остеохондроз</p> <p>4) Ювенильный кифоз</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-12</p>
10.	<p>В СВЯЗИ С МЕНЬШИМ ВЛИЯНИЕМ НА ЭЛЕКТРОЛИТНЫЙ БАЛАНС ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОТЕКА МОЗГА ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНЯТЬ:</p> <p>1) гидрокортизон</p> <p>2) преднизолон</p> <p>3) дексаметазон (+)</p> <p>4) кортизон</p> <p>5) лазикс</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-12</p>
11.	<p>ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ПАДЕНИЯ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ ОСТРОЙ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧЕНИЕ:</p> <p>1) адреналина</p> <p>2) норадреналина</p> <p>3) мезатона</p> <p>4) дофамина (+)</p> <p>5) сульфокамфокаин</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-12</p>
12.	<p>НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ КОРРЕКТОРАМИ ГИПЕРМЕТАБОЛИЗМА ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <p>1) ингибиторы MAO</p> <p>2) трициклические антидепрессанты,</p> <p>3) нейролептики</p> <p>4) барбитураты (+)</p> <p>5) все перечисленные препараты</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-12</p>
13.	<p>ЧТОБЫ КУПИРОВАТЬ ПСИХОМОТОРНОЕ ВОЗБУЖДЕНИЕ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ, ПРИМЕНЯЮТ:</p> <p>1) диазепам</p> <p>2) аминазин</p> <p>3) пропазин</p> <p>4) гексенал</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-12</p>

	5) любой из перечисленных препаратов (+)	
14.	<p>ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ АНТИБИОТИКОВ НАИБОЛЬШЕЙ СПОСОБНОСТЬЮ ПРОНИКАТЬ ЧЕРЕЗ ГЭБ ОБЛАДАЕТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) цефалексин</li> <li>2) клиндамицин</li> <li>3) рифампицин</li> <li>4) цефтриаксон (+)</li> <li>5) эритромицин</li> </ol>	УК-1-3 ПК-1-12
15.	<p>ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРОСМОЛЯРНОГО СИНДРОМА ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ НЕ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНЯТЬ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) маннитол (+)</li> <li>2) реополиглюкин</li> <li>3) полиглюкин</li> <li>4) альбумин</li> <li>5) 5% раствор глюкозы</li> </ol>	УК-1-3 ПК-1-12
16.	<p>ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ ПРЕИМУЩЕСТВЕННОЕ ДЕГИДРАТИРУЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ ПО ОТНОШЕНИЮ К УЧАСТКАМ МОЗГА С ОТЕКОМ, ЧЕМ БЕЗ ОТЕКА, ОКАЗЫВАЕТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) маннитол</li> <li>2) глицерин</li> <li>3) лазикс</li> <li>4) альбумин (+)</li> <li>5) полиглюкин</li> </ol>	УК-1-3 ПК-1-12
17.	<p>ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ДЕФИЦИТА ДОФАМИНЕРГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ПРИ ВЫХОДЕ ИЗ ОСТРЕЙШЕГО ПЕРИОДА ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ (АПАЛИЧЕСКИЙ ИЛИ АКИНЕТО-РИГИДНЫЙ СИНДРОМ) НАЗНАЧАЮТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) циклодол</li> <li>2) пирацетам</li> <li>3) энцефабол</li> <li>4) галоперидол</li> <li>5) наком (+)</li> </ol>	УК-1-3 ПК-1-12
18.	<p>К "ДНЕВНЫМ" ТРАНКВИЛИЗАТОРАМ ОТНОСИТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) мидазолам (флормидал)</li> <li>2) нитразепам (эуноктин)</li> <li>3) диазепам (реланиум)</li> <li>4) тофизепам (грандаксин) (+)</li> <li>5) лоразепам (мерлит)</li> </ol>	УК-1-3 ПК-1-12
19.	<p>НООТРОПНЫЕ СРЕДСТВА ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ МОЖНО ПРИМЕНЯТЬ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) спустя 3 дня после травмы</li> <li>2) спустя неделю после травмы</li> <li>3) в резидуальном периоде</li> <li>4) в любые сроки (+)</li> <li>5) применение противопоказано</li> </ol>	УК-1-3 ПК-1-12
20.	<p>ПРИ АЛЛЕРГИИ К ПЕНИЦИЛЛИНУ НЕ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гентамицин</li> <li>2) ампиокс (+)</li> <li>3) биомицин</li> <li>4) левомицетин</li> <li>5) морфоциклин</li> </ol>	УК-1-3 ПК-1-12

21.	<p>ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО АЦИДОЗА ПОКАЗАНА ВНУТРИВЕННАЯ ИНФУЗИЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 5% раствора глюкозы</li> <li>2) 4% раствора бикарбоната натрия (+)</li> <li>3) раствора поляризующей смеси</li> <li>4) реополиглюкина</li> <li>5) полиглюкина</li> </ol>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
22.	<p>ПРИ КОМБИНИРОВАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИИ В РЕЗУЛЬТАТЕ КРОВОПОТЕРИ ПРЕДПОЧТЕНИЕ ОТДАЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЮ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) кардиотонических средств</li> <li>2) симпатомиметиков,</li> <li>3) низкомолекулярных декстранов (+)</li> <li>4) осмотических диуретиков</li> <li>5) глюкокортикоидов</li> </ol>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
23.	<p>ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ У БОЛЬНЫХ С ИНСУЛЬТОМ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) нарушение всех видов чувствительности на стороне гемиплегии</li> <li>2) резкая болезненность суставов</li> <li>3) нарушение функции тазовых органов</li> <li>4) сердечная недостаточность II-III ст (+)</li> <li>5) нарушение координации</li> </ol>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
24.	<p>МЕДИКАМЕНТОЗНУЮ ПОЛИНЕВРОПАТИЮ МОГУТ ВЫЗЫВАТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) цитостатики</li> <li>2) туберкулостатические препараты</li> <li>3) нитрофураны (фуразолидон, фурадонин)</li> <li>4) противомаларийные препараты</li> <li>5) препараты всех перечисленных групп (+)</li> </ol>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
25.	<p>МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ МИОПАТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ НЕ ВЫЗЫВАЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) кортикостероиды</li> <li>2) хлорохин</li> <li>3) аминогликозиды</li> <li>4) антихолинэстеразные препараты (+)</li> <li>5) все перечисленные препараты</li> </ol>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
26.	<p>ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ МОГУТ ВЫЗЫВАТЬ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) кортикостероиды</li> <li>2) противосудорожные препараты</li> <li>3) противопаркинсонические препараты</li> <li>4) центральные антигипертензивные препараты</li> <li>5) все перечисленные препараты (+)</li> </ol>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
27.	<p>К ИНГИБИТОРАМ МАО ОТНОСЯТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) нуредаль, беллазон (+)</li> <li>2) аминазин, тизерцин</li> <li>3) седуксен, радедорм</li> <li>4) амитриптилин, триптизол</li> <li>5) L-допа, наком</li> </ol>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
28.	<p>К НЕЙРОЛЕПТИКАМ БУТИРОФЕНОНОВОГО РЯДА ОТНОСЯТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) аминазин, тизерцин</li> <li>2) трифтазин, френолон</li> </ol>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>

	3) меллерил, сонопакс 4) галоперидол, дроперидол (+) 5) лепонекс, сульпирид	
29.	НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ АМИНАЗИНА ОБУСЛОВЛЕНО БЛОКАДОЙ РЕЦЕПТОРОВ: 1) адреналина 2) норадреналина 3) дофамина (+) 4) ацетилхолина 5) серотонина	УК-1-3 ПК-1-12
30.	НЕЙРОЛЕПТИКИ МОГУТ ВЫЗЫВАТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ЭКСТРАПИРАМИДНЫЕ НАРУШЕНИЯ: 1) акинезию и ригидность 2) хорею атетоз 3) оромандибулярную дискинезию 4) атетоз (+) 5) верно все перечисленное	УК-1-3 ПК-1-12
31.	ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕЙРОЛЕПТИКАМИ С СИЛЬНЫМ АНТИПСИХОТИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ ЧАСТО РАЗВИВАЮТСЯ: 1) мозжечковые расстройства 2) экстрапирамидные расстройства (+) 3) вестибулярные расстройства 4) координаторные расстройства 5) слуховые и зрительные галлюцинации	УК-1-3 ПК-1-12
32.	К АНТИДЕПРЕССАНТАМ СЕДАТИВНОГО ДЕЙСТВИЯ ОТНОСЯТСЯ: 1) мелипрамин 2) пиразидол 3) индопан 4) амитриптилин (+) 5) все перечисленные препараты	УК-1-3 ПК-1-12
33.	ХОЛИНЕРГИЧЕСКИЙ КРИЗ СНИМАЕТСЯ ВВЕДЕНИЕМ: 1) ганглиоблокирующих средств 2) мышечных релаксантов 3) атропина (+) 4) адреналина 5) норадреналина	УК-1-3 ПК-1-12
34.	СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ: ПСИХОМОТОРНОЕ ВОЗБУЖДЕНИЕ, МИДРИАЗ, ПАРАЛИЧ АККОМОДАЦИИ, ТАХИКАРДИЯ, УМЕНЬШЕНИЕ СЕКРЕЦИИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ, СУХОСТЬ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ ЯВЛЯЮТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ ПЕРЕДОЗИРОВКИ: 1) атропина (+) 2) прозерина 3) ацетилхолина 4) пилокарпина 5) галантамина	УК-1-3 ПК-1-12
35.	МЫШЕЧНЫЕ РЕЛАКСАНТЫ ПРИМЕНЯЮТ: 1) при введении назогастрального зонда 2) при катетеризации мочевого пузыря 3) при интубации трахеи (+) 4) при спазме привратника желудка,	УК-1-3 ПК-1-12

	5) при бронхоспазме	
36.	К А-АДРЕНОБЛОКАТОРАМ ОТНОСИТСЯ: 1) анаприлин 2) обзидан 3) индерал 4) тразикор 5) фентоламин (+)	УК-1-3 ПК-1-12
37.	ЛЕЧЕНИЕ ГЕПАТОЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ДИСТРОФИИ ПЕНИЦИЛЛАМИНОМ НАЧИНАЮТ С НАЗНАЧЕНИЯ: 1) малых доз с постепенным увеличением (+) 2) больших доз с постепенным снижением 3) длительного приема средних доз 4) больших доз через день	УК-1-3 ПК-1-12
38.	УМЕНЬШАЕТ ГЛУБИНУ СНА, В СВЯЗИ С ЧЕМ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭНУРЕЗА: 1) амитриптилин 2) сиднокарб (+) 3) пипольфен 4) пирацетам 5) аминалон	УК-1-3 ПК-1-12
39.	ПРЕПАРАТЫ, УМЕНЬШАЮЩИЕ ГЛУБИНУ СНА, СЛЕДУЕТ ДАВАТЬ ПРИ ЭНУРЕЗЕ: 1) в течение всего дня 2) утром и днем 3) на ночь (+) 4) утром и вечером, 5) днем	УК-1-3 ПК-1-12
40.	САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО С НЕВРИТОМ ЛИЦЕВОГО НЕРВА НАЧИНАЮТ: 1) с первых дней заболевания 2) через 1-2 месяца от начала болезни (+) 3) через 6 месяцев от начала болезни 4) через 1 год от начала болезни 5) в любое время независимо от давности заболевания	УК-1-3 ПК-1-12

## 2.2. Вопросы для собеседования по дисциплине

### Раздел 1. Организация и обеспечение урологической службы

1. Первичная медицинская документация урологических больных.
2. Планирование работы урологического кабинета поликлиники.
3. Планирование работы урологического отделения стационара.
4. Экономические показатели работы урологической службы стационара и поликлиники.
5. Нормы статистических показателей работы урологического отделения стационара.
6. Нормы статистических показателей работы урологического кабинета поликлиники.
7. Признаки временной утраты трудоспособности у урологических больных.
8. Ориентировочные сроки нетрудоспособности при урологических заболеваниях.
9. Ориентировочные сроки стационарного лечения при урологической патологии.
10. Ориентировочные сроки амбулаторного лечения при урологической патологии.
11. Признаки стойкой утраты трудоспособности у урологических больных.
12. Взаимоотношения врачей-урологов друг с другом и врачами других специальностей.
13. Взаимоотношения врачей-урологов со средним медицинским персоналом.
14. Взаимоотношения врачей-урологов с пациентами и их родственниками.
15. Врачебная тайна.

### Раздел 2. Клиническая физиология и анатомия мочеполовых органов

1. Почка и верхние мочевыводящие пути
2. Клиническая анатомия почки
3. Клиническая анатомия мочеточника
4. Мочевой пузырь и уретра
5. Клиническая анатомия мочевого пузыря
6. Клиническая анатомия уретры
7. Мужская половая система
8. Клиническая анатомия простаты и семенных пузырьков.
9. Клиническая анатомия яичек.
10. Клиническая анатомия семявыносящих путей.
11. Почка и верхние мочевыводящие пути
12. Основные показатели функции почечной паренхимы.
13. Функциональная единица почки.
14. Юкстагломерулярный аппарат.
15. Физиология чашечно-лоханочной системы
16. Физиология мочеточников
17. Мочевой пузырь и уретра
18. Физиологические показатели мочевого пузыря.
19. Физиологические показатели уретры.
20. Понятие физиологической длины уретры
21. Физиология акта мочеиспускания
22. Физиология удержания мочи.
23. Мужская половая система
24. Физиология предстательной железы
25. Физиология яичек, продукция тестостерона
26. Сперматогенез.
27. Физиология семявыносящих путей.
28. Физиология придаточных желез мужской половой системы.

### Раздел 3. Семиотика и методы диагностики

1. Почечная колика

2. Боль при заболеваниях мочевого пузыря
3. Боль при заболеваниях уретры
4. Боль при заболеваниях предстательной железы.
5. Боль при заболеваниях яичек
6. Дифференциальная диагностика боли
7. Качественные изменения мочи
8. Изменения плотности мочи
9. Лейкоцитурия
10. Эритроцитурия
11. Кристаллурия.
12. Протеинурия
13. Цилиндрурия
14. Другие отклонения состава мочи
15. Количественные изменения мочи
16. Полиурия
17. Олигурия
18. Анурия
19. Нарушения мочеиспускания
20. Дизурия
21. Поллакиурия
22. Странгурия
23. Никтурия
24. Другие нарушения мочеиспускания
25. Лучевая диагностика
26. Рентгенологическое исследование почек.
27. Рентгенологическое исследование мочеточников.
28. Рентгенологическое исследование мочевого пузыря.
29. Рентгенологическое исследование уретры.
30. Рентгенологическое исследование мужских половых органов.
31. Ультразвуковая диагностика
32. Ультразвуковая диагностика почек и мочеточников
33. Ультразвуковая диагностика мочевого пузыря
34. Ультразвуковая диагностика простаты
35. Ультразвуковая диагностика яичек
36. Ультразвуковая диагностика сосудов почек и полового члена.
37. Радиоизотопная диагностика
38. Нефросцинтиграфия.
39. Радиоизотопная диагностика яичек
40. Другие методы диагностики
41. МРТ диагностика в урологии
42. ПЭТ в урологии
43. Редкие методы исследований.

#### **Раздел 4. Методы лечения в урологии**

1. Открытые вмешательства на почках
2. Открытые вмешательства на мочеточниках
3. Эндоскопические вмешательства на почках
4. Эндоскопические вмешательства на почках
5. Оперативные вмешательства на мочевом пузыре
6. Открытые вмешательства на мочевом пузыре
7. Эндоскопические вмешательства на мочевом пузыре
8. Оперативные вмешательства на мужской половой системе

9. Вмешательства на мужской уретре
10. Вмешательства на простате
11. Вмешательства на мошонке
12. Вмешательства на половом члене
13. Тема 2. Антибактериальная терапия
14. Антибактериальная терапия воспалительных заболеваний мочевыводящих путей
15. Принципы антибактериальной терапии воспалительных заболеваний почек.
16. Принципы антибактериальной терапии внутрипросветных воспалительных заболеваний.
17. Антибактериальная терапия воспалительных заболеваний мужской половой системы
18. Принципы антибактериальной терапии воспалительных заболеваний простаты.
19. Принципы антибактериальной терапии воспалительных заболеваний мужской уретры.
20. Принципы антибактериальной терапии воспалительных заболеваний яичек.
21. Тема 3. Диетотерапия. Санаторно-курортное лечение.
22. Диетотерапия
23. Диетотерапия заболеваний почек.
24. Диетотерапия после различных хирургических вмешательств.
25. Санаторно-курортное лечение.
26. Санаторно-курортное лечение при заболеваниях почек.
27. Санаторно-курортное лечение при заболеваниях мочевого пузыря.
28. Санаторно-курортное лечение при заболеваниях простаты.
29. Тема 4. Лечебная физкультура Физиотерапия
30. Лечебная физкультура.
31. ЛФК при патологии почек.
32. ЛФК при патологии удержания мочи.
33. Физиотерапия.
34. Физиотерапевтическое лечение заболеваний верхних мочевыводящих путей.
35. Физиотерапевтическое лечение заболеваний мочевого пузыря.
36. Физиотерапевтическое лечение заболеваний простаты.

## **Раздел 5. Аномалии мочеполовых органов**

1. Эмбриогенез мочеполовых органов.
2. Эмбриогенез почек.
3. Эмбриогенез мочеточников.
4. Эмбриогенез мочевого пузыря.
5. Эмбриогенез мужской половой системы.
6. Аномалии почек.
7. Аномалии положения почек.
8. Аномалии количества почек.
9. Аномалии мочеточников.
10. Аномалии положения мочеточников
11. Аномалии количества мочеточников
12. Гидронефроз.
13. Обструктивная уропатия.
14. Рефлюкс-уропатия
15. Простая киста почки.
16. Классификация кист почек.
17. Кисты паренхимы почек.
18. Кисты почечного синуса
19. Нефроптоз.
20. Диагностика и консервативное ведение нефроптоза.
21. Хирургическое лечение нефроптоза
22. Нефрогенная артериальная гипертензия.

23. Патогенез нефрогенной артериальной гипертензии.
24. Диагностика причин нефрогенной артериальной гипертензии.
25. Лечение нефрогенной артериальной гипертензии.
26. Аномалии мочевого пузыря и уретры.
27. Экстрафия мочевого пузыря.
28. Другие аномалии развития мочевого пузыря.
29. Эписпадия.
30. Гипоспадия.
31. Клапаны уретры.
32. Другие аномалии развития уретры.
33. Аномалии половых органов.
34. Крипторхизм.
35. Другие аномалии развития яичек.
36. Аномалии развития семявыносящих путей.
37. Аномалии развития полового члена.
38. Другие редкие аномалии половых органов.
39. Классификация, клиника и диагностика варикоцеле.
40. Этиология варикоцеле.
41. Классификация варикоцеле.
42. Клиника варикоцеле.
43. Диагностика варикоцеле.
44. Изменения спермограммы при варикоцеле.
45. Лечение варикоцеле.
46. Консервативная терапия.
47. Открытое хирургическое лечение.
48. Малоинвазивные методы лечения.

## **Раздел 6. Воспалительные заболевания**

1. Острый пиелонефрит.
2. Этиология острого пиелонефрита.
3. Классификация острого пиелонефрита.
4. Патогенез острого пиелонефрита.
5. Диагностика острого пиелонефрита.
6. Консервативная терапия острого пиелонефрита.
7. Хирургические методы лечения острого пиелонефрита.
8. Прогноз и реабилитация больных после острого пиелонефрита.
9. Хронический пиелонефрит.
10. Этиология хронического пиелонефрита.
11. Классификация хронического пиелонефрита.
12. Патогенез хронического пиелонефрита.
13. Диагностика хронического пиелонефрита.
14. Консервативная терапия хронического пиелонефрита.
15. Прогноз и реабилитация больных хронического пиелонефрита.
16. Бактериотоксический шок при урологических заболеваниях.
17. Этиология и патогенез бактериотоксического шока.
18. Клиника и диагностика бактериотоксического шока.
19. Лечение и профилактика бактериотоксического шока.
20. Воспалительные заболевания брюшинной клетчатки.
21. Этиология и патогенез паранефрита.
22. Клиника и диагностика паранефрита.
23. Лечение паранефрита.
24. Болезнь Ормонда.

25. Этиология и патогенез болезни Ормонда.
26. Клиника и диагностика болезни Ормонда.
27. Лечение болезни Ормонда.
28. Цистит острый.
29. Этиология, классификация острого цистита.
30. Клиника и диагностика острого цистита.
31. Лечение и профилактика острого цистита.
32. Хронический цистит.
33. Этиология, классификация хронического цистита.
34. Клиника и диагностика хронического цистита.
35. Лечение и профилактика обострений хронического цистита.
36. Интерстициальный цистит.
37. Уретрит.
38. Острый уретрит: этиология, патогенез, клиника.
39. Острый уретрит: диагностика, лечение.
40. Хронический уретрит: этиология, патогенез, клиника.
41. Хронический уретрит: диагностика, лечение.
42. Специфические уретриты.
43. Простатит.
44. Классификация простатита.
45. Острый простатит.
46. Хронический бактериальный простатит.
47. Хронический абактериальный простатит.
48. Простатодиния.
49. Орхит, эпидидимит, фуникулит.
50. Острый орхит.
51. Хронический орхит.
52. Хронический эпидидимит.
53. Фуникулит.

#### **Раздел 7. Мочекаменная болезнь**

1. Этиология мочекаменной болезни.
2. Алиментарные факторы.
3. Природно-климатические факторы.
4. Ферментопатии.
5. Эндокринопатии.
6. Прочие факторы развития МКБ.
7. Патогенез мочекаменной болезни.
8. Теории формирования конкрементов.
9. Роль воспаления мочевыводящих путей в образовании камней.
10. Камни почек.
11. Клиника камней чашечек почек.
12. Клиника камней лоханок почек
13. Клиника коралловидных камней.
14. Методы диагностики камней почек.
15. Камни мочеточников.
16. Клиника камней верхних третей мочеточников.
17. Клиника камней средних третей мочеточников.
18. Клиника камней нижних третей мочеточников.
19. Методы диагностики камней мочеточников.
20. Камни мочевого пузыря.
21. Клиника камней мочевого пузыря.

22. Методы диагностики камней мочевого пузыря.
23. Камни уретры.
24. Клиника камней уретры.
25. Методы диагностики камней уретры.
26. Малоинвазивные методы лечения.
27. Внутрисветная хирургия камней почек.
28. Внутрисветная хирургия камней мочеточников.
29. Внутрисветная хирургия камней мочевого пузыря.
30. Внутрисветная хирургия камней уретры.
31. Лапароскопическая хирургия камней верхних мочевыводящих путей.
32. Перкутанная нефролитотрипсия
33. Открытое хирургическое лечение.
34. Открытая хирургия камней почек.
35. Открытая хирургия камней мочеточников.
36. Открытая хирургия камней мочевого пузыря.
37. Открытая хирургия камней уретры.
38. Консервативная терапия.
39. Литокинетическая терапия.
40. Литолитическая терапия.
41. Симптоматическая терапия.
42. Другие виды консервативного лечения.
43. Дистанционная литотрипсия.
44. Общие принципы дистанционной литотрипсии.
45. Показания и противопоказания к проведению дистанционной литотрипсии.
46. Ведение больных после дистанционной литотрипсии.
47. Осложнения дистанционной литотрипсии.
48. Профилактика МКБ.
49. Принципы метафилактики.
50. Диетотерапия.

## **Раздел 8. Фтизиоурология**

1. Проблемы развития фтизиоурологии.
2. Фтизиоурологическая служба в Российской Федерации.
3. Актуальность проблемы мочевого туберкулеза.
4. Туберкулёз почек и верхних мочевых путей.
5. Пути инфицирования верхних мочевыводящих путей и почки.
6. Классификация туберкулеза почки.
7. Клиника туберкулеза почек и мочеточников.
8. Диагностика туберкулеза почек и мочеточников.
9. Лечение туберкулеза почек и мочеточников.
10. Прогноз, реабилитация и диспансеризация.
11. Туберкулез нижних мочевыводящих путей
12. Пути инфицирования нижних мочевыводящих путей.
13. Клиника туберкулеза нижних мочевыводящих путей.
14. Диагностика туберкулеза нижних мочевыводящих путей.
15. Лечение туберкулеза нижних мочевыводящих путей.
16. Прогноз, реабилитация и диспансеризация.
17. Туберкулез мужской половой системы.
18. Пути инфицирования мужской половой системы.
19. Клиника, диагностика, лечение туберкулеза мужской половой системы.
20. Прогноз, реабилитация и диспансеризация.

## **Раздел 9. Травма мочеполовых органов**

1. Травма почек.
2. Этиология и классификация травм почки.
3. Клиника и диагностика травм почки.
4. Лечение и прогноз травм почки
5. Травма мочеточников.
6. Этиология и классификация травм мочеточника.
7. Клиника и диагностика травм мочеточника.
8. Лечение и прогноз травм мочеточника.
9. Классификация, клиника травм мочевого пузыря.
10. Классификация травм мочевого пузыря.
11. Клиническая картина травм мочевого пузыря.
12. Диагностика и лечение травм мочевого пузыря.
13. Алгоритм обследования больных с травмой мочевого пузыря.
14. Методы лечения травм мочевого пузыря.
15. Классификация, клиника травм
16. Классификация травм уретры.
17. Клиническая картина травм уретры.
18. Диагностика и лечение травм
19. Алгоритм обследования больных с травмой уретры.
20. Методы лечения травм уретры.
21. Травма мошонки.
22. Виды травм мошонки.
23. Клиника и диагностика травм мошонки.
24. Методы лечения травм мошонки.
25. Травма полового члена
26. Клиника и диагностика травм полового члена.
27. Методы лечения травм полового члена.

## **Раздел 10. Уроонкология**

1. Проблемы развития уроонкологии
2. Организация уроонкологической помощи в РФ.
3. Структура помощи пациентам с онкоурологическими заболеваниями.
4. Российское общество онкоурологов.
5. Научно-методические вопросы.
6. Проблемы развития оперативных методов лечения.
7. Развитие консервативных методов лечения онкоурологических заболеваний.
8. Доброкачественные опухоли паренхимы почек.
9. Виды доброкачественных опухолей паренхимы почки.
10. Клиника доброкачественных опухолей паренхимы почки.
11. Диагностика доброкачественных опухолей паренхимы почки.
12. Лечение доброкачественных опухолей паренхимы почки.
13. Прогноз, диспансеризация.
14. Злокачественные новообразования паренхимы почек.
15. Классификация злокачественных опухолей почек.
16. Классификация по TNM.
17. Клиника злокачественных опухолей почек.
18. Диагностика злокачественных опухолей почек.
19. Хирургическое лечение злокачественных опухолей почек.
20. Консервативное лечение злокачественных опухолей почек.
21. Прогноз, диспансеризация.
22. Злокачественные опухоли лоханки и мочеточника.

23. Классификация злокачественных опухолей лоханки и мочеточника.
24. Клиника злокачественных опухолей лоханки и мочеточника.
25. Диагностика злокачественных опухолей лоханки и мочеточника.
26. Лечение злокачественных опухолей лоханки и мочеточника.
27. Прогноз и диспансеризация.
28. Доброкачественные опухоли лоханки и мочеточника.
29. Классификация, клиника, диагностика.
30. Лечение, прогноз.
31. Доброкачественные опухоли забрюшинного пространства
32. Классификация, клиника, диагностика.
33. Лечение, прогноз.
34. Злокачественные опухоли забрюшинного пространства
35. Классификация, клиника, диагностика.
36. Лечение, прогноз.
37. Доброкачественные опухоли мочевого пузыря.
38. Классификация, клиника, диагностика.
39. Лечение, прогноз.
40. Злокачественные опухоли мочевого пузыря.
41. Классификация по TNM
42. Клиника злокачественных опухолей мочевого пузыря.
43. Диагностика злокачественных опухолей мочевого пузыря.
44. Лечение злокачественных опухолей мочевого пузыря.
45. Прогноз, диспансеризация злокачественных опухолей мочевого пузыря.
46. Опухоли уретры.
47. Классификация, клиника, диагностика.
48. Лечение, прогноз.
49. Доброкачественные опухоли предстательной железы.
50. Классификация, клиника, диагностика.
51. Лечение, прогноз.
52. Злокачественные опухоли предстательной железы.
53. Возможные этиологические факторы и распространенность злокачественных опухолей простаты.
54. Патогенез злокачественных опухолей простаты.
55. Клиника злокачественных опухолей простаты.
56. Диагностика злокачественных опухолей простаты.
57. Хирургическое лечение злокачественных опухолей простаты.
58. Консервативная терапия злокачественных опухолей простаты.
59. Прогноз, диспансеризация.
60. Опухоли наружных мужских половых органов.
61. Классификация, клиника, диагностика.
62. Лечение, прогноз.
63. Гиперплазия простаты
64. Этиология и распространенность гиперплазии простаты.
65. Патогенез гиперплазии простаты.
66. Клиника гиперплазии простаты.
67. Диагностика гиперплазии простаты.
68. Консервативная терапия гиперплазии простаты.
69. Хирургическое лечение гиперплазии простаты.
70. Диспансеризация больных с гиперплазией простаты.

## **Раздел 11. Урогинекология**

1. Проблемы развития урогинекологии. Беременность и урологические заболевания.
2. Взаимодействие урологов и гинекологов при ведении больных с сочетанной патологией.
3. Изменения мочевыводящих путей при беременности.
4. Течение хронических урологических заболеваний во время беременности.
5. Изменение мочевой системы при заболеваниях женских половых органов
6. Связь воспалительных заболеваний нижних мочевыводящих путей и воспалений женских гениталий.
7. Вторичные поражения мочевыводящих путей опухолями гениталий у женщин.
8. Изменения мочевыводящих путей в менопаузу.
9. Повреждения мочеполовых органов в акушерской и гинекологической практике. Мочеполовые свищи и недержание мочи.
10. Ятрогенные травмы мочевыводящих путей при вмешательствах на матке и яичниках
11. Ятрогенные травмы мочевыводящих путей при вмешательствах на влагалище и наружных половых органах
12. Виды мочеполовых свищей.
13. Хирургическое и консервативное лечение мочеполовых свищей.
14. Недержание мочи, вызванное гинекологическими вмешательствами.
15. Профилактика урологических осложнений в акушерской и гинекологической практике. Вопросы трудовой экспертизы и реабилитации в урогинекологии.
16. Профилактика урологических осложнений при вмешательствах на матке и яичниках.
17. Профилактика урологических осложнений при родах.
18. Оценка степени нарушения функции мочевыводящей системы в следствие осложнений после гинекологических вмешательств.
19. Диспансеризация и реабилитация урогинекологических больных.

## **Раздел 12. Неотложная урология**

1. Почечная колика.
2. Этиология синдрома почечной колики.
3. Диагностика почечной колики.
4. Дифференциальная диагностика почечной колики.
5. Экстренные мероприятия при почечной колике.
6. Гематурия.
7. Этиология гематурии.
8. Диагностика причин гематурии.
9. Неотложные мероприятия при гематурии.
10. Тактика при уретроррагии.
11. Тема 2. Анурия. Острая задержка мочи
12. Анурия.
13. Классификация.
14. Диагностика причин.
15. Неотложные мероприятия
16. Дифференциальная диагностика
17. Острая задержка мочи.
18. Этиология.
19. Тактика лечения.
20. Неотложная помощь.

## **Раздел 13. Нейроурология**

1. Общие вопросы диагностики и терапии нейроурологии.
2. Нейрофункциональная диагностика в урологии
3. Терапевтические подходы к лечению нейроурологической патологии.

4. Нейроанатомия мочевыделительной системы.
5. Нейроанатомия верхних мочевыводящих путей
6. Нейроанатомия мочевого пузыря.
7. Нейроанатомия мужской половой системы.
8. Нейрогенный мочевой пузырь.
9. Этиология, патогенез, клиника.
10. Диагностика, лечение.
11. Нейрогенные расстройства мочеиспускания.
12. Этиология, патогенез, клиника.
13. Диагностика, лечение.
14. Ночное недержание мочи.
15. Этиология, патогенез, клиника.
16. Диагностика, лечение.
17. Заболевания с одновременным поражением почек и центральной нервной системы.
18. Состояние нервной системы при ХПН.
19. Воздействие поражений нервной системы на мочевыводящие пути.
20. Болезнь Гиппель-Линдау.
21. Клиническая картина.
22. Диагностика и лечение.
23. Нарушения в мочеполовой сфере при различных заболеваниях и травмах нервной системы.
24. Нарушения в мочеполовой сфере при травмах центральной нервной системы.
25. Нарушения в мочеполовой сфере при травмах периферической нервной системы.
26. Рассеянный склероз. Позвоночно-спинномозговая травма.
27. Изменения мочевыводящих путей на фоне рассеянного склероза.
28. Изменения работы сфинктерно-детрузорного аппарата в зависимости от уровня поражения спинного мозга.

**2.3. Комплект контрольных заданий для практических занятий  
(ситуационные задачи) по дисциплине**

№	Ситуационная задача	Код компетенции, на формирование которой направлено задание
<b>Б1.Б.1.1</b>	<b>Раздел 1. Организация и обеспечение урологической службы</b>	
1.	<p><b>На имя главного врача центральной поликлиники поступила жалоба от гр. С., в которой она обвиняет акушерку отделения профилактики в разглашении врачебной тайны. Со слов заявительницы, акушерка в присутствии другого пациента дала направление на дальнейшее обследование к врачу гинекологу, озвучив диагноз. Пациентка возмущена поведением акушерки, настаивает на утверждении о том, что её права были грубо нарушены, просит разобраться в ситуации, наказать виновницу и получить извинения от акушерки.</b></p> <p>1. Изучите сложившуюся ситуацию и подготовьте ответ заявительнице.</p> <p>2. Дайте пояснения относительно врачебной тайны и ее правового обоснования.</p>	УК-1-3 ПК-1-12
2.	<p><b>Гр. К. был доставлен в травматологическое отделение после ножевого ранения в живот. Больному была проведена срочная операция. Операция прошла удачно, однако через несколько часов больной умер. При вскрытии выяснилось, что у больного не были выявлены переломы ребер, т.к. не была проведена пальпация грудной клетки и рентгенография легких. Поэтому лечение было оказано не в полном объеме. Все это усугубило тяжелое состояние больного и, по мнению родственников, способствовало наступлению смерти. На иждивении больного находились трое детей школьного возраста, жена и родители пенсионного возраста.</b></p> <p>1. Есть ли основания для предъявления иска о возмещении вреда, причиненного жизни пациента?</p> <p>2. Кто имеет право на подачу иска о возмещении вреда, причиненного потерей кормильца?</p> <p>3. Какой порядок определения размера возмещения имущественного вреда?</p> <p>4. Могут ли родственники умершего пациента потребовать компенсации морального вреда в судебном порядке?</p>	УК-1-3 ПК-1-12
3.	<p><b>В медицинское учреждение поступило обращение бухгалтерии предприятия с просьбой представить дубликат листка нетрудоспособности работника Н., выданного после выписки из стационара. Работник Н. находился на длительном амбулаторном лечении, оформленный поликлиникой листок нетрудоспособности (3-я строка - 15 дней, подписи лечащего врача и председателя врачебной комиссии, код 31, печати поликлиники) сдан на оплату. Через 3 недели в бухгалтерию поступил новый листок нетрудоспособности из</b></p>	УК-1-3 ПК-1-12

	<p>стационара с отметкой «продолжение» и наслоением сроков лечения в 13 дней с листком нетрудоспособности, выданным поликлиникой. Пациент Н. в стационар доставлен машиной СМП с ухудшением состояния без направления поликлиники и оформленного листка нетрудоспособности. По просьбе родственников выданный поликлиникой листок нетрудоспособности был в поликлинике окончательно оформлен, сдан на оплату в бухгалтерию без представления в медицинское учреждение по месту госпитализации пациента и без его подписи в корешке листка нетрудоспособности.</p> <p>1. Почему в выданном поликлиникой листке нетрудоспособности 3-я строка содержит продление на 15 дней без явок к врачу, а его окончательное оформление проведено без осмотра лечащего врача?</p> <p>2. Почему в стационаре выдан листок нетрудоспособности пациенту Н. с наслоением сроков лечения и без отметки о номере предыдущего?</p> <p>3. Как поступить</p>	
4.	<p><b>Гр. С. обратился в медицинскую организацию по месту жительства в связи с необходимостью продолжения курса лечения по поводу травмы, полученной на производстве во время пребывания в местах лишения свободы. На руках у пациента имеется выписка об оказании медицинской помощи в медицинской организации системы ФСИН. Со слов гр. С., травма была получена во время выполнения работ по трудовому договору в период пребывания в местах лишения свободы.</b></p> <p>1. Каким образом осуществляется экспертиза нетрудоспособности у данного гражданина?</p> <p>2. Какой документ гр. С. должен предоставить для продолжения лечения в медицинской организации по месту жительства?</p>	УК-1-3 ПК-1-12
5.	<p><b>Больной на 3-й день от начала заболевания обратился в поликлинику. Врач признал его нетрудоспособным и направил на лечение в стационар.</b></p> <p><b>Вопросы (задание):</b></p> <p><b>1. Из предложенных ниже вариантов укажите правильный порядок оформления листка нетрудоспособности и обоснуйте свой ответ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- листок нетрудоспособности выписывает лечащий врач поликлиники с момента обращения к нему, продлевает врач стационара на весь период госпитализации;</li> <li>- врач поликлиники выписывает листок нетрудоспособности с момента обращения и закрывает его в день госпитализации, врач стационара выписывает новый листок нетрудоспособности на весь период госпитализации;</li> <li>- врач поликлиники открывает листок нетрудоспособности с момента заболевания, продлевает врач стационара на весь период госпитализации;</li> <li>- врач поликлиники выписывает листок нетрудоспособности с момента заболевания и закрывает днем, предшествующим госпитализации; врач стационара выписывает новый листок нетрудоспособности на весь период госпитализации.</li> </ul>	УК-1-3 ПК-1-12
6.	<p><b>Фельдшер здравпункта производственного предприятия, признавший обратившегося за медицинской помощью рабочего нетрудоспособным, освободил его от работы и направил на прием к врачу поликлиники.</b></p> <p><b>Вопросы (задание):</b></p>	УК-1-3 ПК-1-12

	<p><b>1. С какого момента из перечисленных ниже выдается листок нетрудоспособности рабочему, признанному фельдшером здравпункта нетрудоспособным и направленным в поликлинику?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- с момента установления нетрудоспособности фельдшером здравпункта;</li> <li>- с момента установления нетрудоспособности врачом поликлиники;</li> <li>- с момента возникновения заболевания;</li> <li>- с момента записи на прием к врачу поликлиники.</li> </ul>	
<b>Б1.Б.1.2</b>	<b>Раздел 2. Клиническая физиология и анатомия мочеполовых органов</b>	
1.	<p><b>Пациента, 21 г., беспокоит тупая боль в пояснице. С целью выявления патологии почек сделан анализ мочи по Нечипоренко (подсчет форменных элементов в 1 мл мочи) <math>Le-4 \times 10^6</math> <math>Er-2 \times 10^3</math></b></p> <p>Как вы расцениваете этот анализ? Какие лабораторные исследования следует еще провести?</p>	УК-1-3 ПК-1-12
2.	<p><b>В случаях отхождения камня из почки при мочекаменной болезни он может застрять в зонах анатомических сужений мочеточника.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Укажите известные Вам сужения мочеточника.</li> <li>2. С чем связано наличие физиологических сужений мочеточников, наблюдаемых часто при рентгеноскопии?</li> </ol>	УК-1-3 ПК-1-12
3.	<p><b>При лечении воспалительного процесса больших желез преддверия влагалища (бартолиниевых) у женщины возникла необходимость введения лекарства через их выводные протоки.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Где открываются выводные протоки больших желез преддверия?</li> <li>2. Каковы топографические взаимоотношения этих желез с луковицей преддверия?</li> </ol>	УК-1-3 ПК-1-12
4.	<p><b>При двустороннем рентгеновском исследовании почек у ребенка установили различную форму образования почечной лоханки. Справа малые почечные чашки непосредственно впадают в почечную лоханку, а большие почечные чашки отсутствуют. Слева на фоне несформированности лоханки большие почечные чашки непосредственно переходят в мочеточник.</b></p> <p>Назовите указанные формы формирования почечной лоханки:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Справа.</li> <li>2. Слева.</li> </ol>	УК-1-3 ПК-1-12
5.	<p><b>При исследовании биопсии почки, согласно заключению специалиста, микроанатомическое строение этого органа соответствовало норме.</b></p> <p>Какие части нефронов были выявлены:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. В свернутой части коркового вещества?</li> <li>2. В лучистой части коркового вещества?</li> </ol>	УК-1-3 ПК-1-12
6.	<p><b>У мочеиспускательного канала имеются анатомические сфинктеры.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Расслабление какого из них вызывает произвольное мочеиспускание?</li> <li>2. Какую часть уретры этот сфинктер окружает?</li> </ol>	УК-1-3 ПК-1-12
<b>Б1.Б.1.3</b>	<b>Раздел 3. Семиотика и методы диагностики</b>	
1.	<p><b>В урологическое отделение поступила женщина, 33-х лет, с жалобами на приступообразные боли в левой поясничной области, со-</b></p>	УК-1-3 ПК-1-12

	<p>проводящиеся тошнотой, рвотой и частыми позывами к мочеиспусканию. На обзорном снимке мочевых путей, на уровне поперечного отростка 3-го поясничного позвонка слева определяется тень, подозрительная на конкремент, размерами 0.6 x 0.5 см.</p> <p>Какие дополнительные исследования необходимо произвести для уточнения природы обнаруженной тени и отношения ее к органам мочевой системы?</p>	
2.	<p>У больного, 65 лет, безболевого макрогематурия с червеобразными сгустками крови. При цистоскопии слизистая мочевого пузыря обычной окраски, из устья правого мочеточника выделяется кровь. На обзорной урограмме контуры почек не определяются, теней, подозрительных на конкременты, в проекции почек и мочевых путей нет. На экскреторных урограммах патологических изменений в чашечно-лоханочной системе обеих почек нет, пассаж контрастного вещества по мочеточникам не нарушен.</p> <p>О каком заболевании в первую очередь следует думать и какие методы лучевой диагностики следует применить для установления диагноза?</p>	УК-1-3 ПК-1-12
3.	<p>Больной, 55 лет, поступил в урологическое отделение с жалобами на учащенное болезненное мочеиспускание, выделение крови с мочой. Болеет в течение трех месяцев.</p> <p>Живот мягкий, безболезненный. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Простата не увеличена, с гладкой поверхностью, безболезненная. На обзорной рентгенограмме мочевых путей теней, подозрительных на конкременты, нет. Во время пребывания в клинике у больного возникла тотальная макрогематурия с бесформенными сгустками крови, в связи с чем была произведена срочная цистоскопия. На левой боковой стенке пузыря обнаружена грубоструктурная опухоль размерами 3x4 см, на широком основании.</p> <p>Правое устье мочеточника расположено в типичном месте, щелевидной формы. Левое устье мочеточника не определяется, так как область его занята опухолью.</p> <p>Какие методы лучевой диагностики необходимо произвести для уточнения степени инвазии стенки пузыря и возможного характера оперативного вмешательства?</p>	УК-1-3 ПК-1-12
4.	<p>Мужчина, 30 лет, состоит в браке 4 года. Детей нет. В анамнезе травма обоих яичек в возрасте 20 лет, по поводу которой была выполнена органосохраняющая операция (какая точно, пациент не знает) на обоих яичках. При обследовании: оба яичка уменьшены в размерах, плотной консистенции, семявыносящие протоки без особенностей. Предстательная железа без изменений. Спермограмма. В эякуляте сперматозоиды и клетки сперматогенеза не обнаружены. Общий тестостерон в крови – 4 нмоль/л (норма – 12-35 нмоль/л).</p> <p>Ваш диагноз? Диагностическая и лечебная тактика?</p>	УК-1-3 ПК-1-12
5.	<p>Больной А. 59 лет в течение 6 месяцев отмечает затрудненное вялой тонкой струей мочеиспускание. Мочевой пузырь перкуторно не</p>	УК-1-3 ПК-1-12

	<p>определяется. Предстательная железа увеличена, бугристая, хрящевой консистенции, безболезненная. Анемия, ускоренная СОЭ, протеинурия, микрогематурия. На рентгенограммах изменение костного рисунка лобковых и седалищных костей. На цистограмме пузырь приподнят, дефект наполнения с неровными контурами. При урофлоуметрии снижение объемной скорости потока мочи, увеличение времени мочеиспускания, ПСА - 41 нг/мл.</p> <p>Ваш диагноз?          Диагностическая и лечебная тактика?</p>	
6.	<p>Мужчина 23 лет в течение 3 дней отмечает периодически возникающую острую боль в поясничной области справа, сопровождающуюся подъемом температуры тела до 39°C, ознобом, рвотой и общей слабостью. Самостоятельный прием спазмоанальгетиков с временным положительным эффектом. При осмотре поясничная область не изменена. Симптом Пастернацкого положительный справа, отрицательный слева. В экспресс-анализе мочи лейкоциты - 0-1 в поле зрения, эритроциты - 10-11 в поле зрения. В анализе крови отмечается лейкоцитоз до 12,0×10<sup>9</sup>/л.</p> <p>Ваш диагноз?          Диагностическая и лечебная тактика?</p>	<p>УК-1-3          ПК-1-12</p>
<b>Б1.Б.1.4</b>	<b>Раздел 4. Методы лечения в урологии</b>	
1.	<p>Мужчина, 47 лет, страдает синдромом Лериша, по поводу чего выполнено бифуркационное аорто-бедренное шунтирование 6 месяцев назад. После операции все симптомы ишемических расстройств со стороны ног прошли, но отметил исчезновение эрекции, хотя и до операции эрекция была ослабленной. При обследовании. Наружные половые органы развиты правильно. Простата 4x4 см, бороздка сохранена. На аортограммах, выполненных перед аорто-бедренным шунтированием, четко прослеживается деформация контуров общих и наружных подвздошных артерий и сужение их просветов. Слева внутренняя подвздошная артерия не контрастируется, справа виден истонченный ствол с выраженной деформацией стенок. При ультразвуковом доплеровском исследовании сосудов полового члена отмечено отсутствие пульсации на тыльных артериях полового члена. Внутрикавернозное введение 40 мг папаверина не позволило индуцировать эрекцию.</p> <p>Ваш диагноз?          Лечебная тактика?</p>	<p>УК-1-3          ПК-1-12</p>
2.	<p>Мужчина, 48 лет, жалуется на значительное ослабление эрекции, что практически делает невозможной половую жизнь. Страдает в течение 3-х лет. Был диагностирован хронический простатит. Лечение оказалось не эффективным. В настоящее время имеется реальная угроза распада семьи. Пациент угнетен, подавлен. При обследовании. Наружные половые органы развиты правильно. Предстательная железа 3x3,5 см, уплотнена. Определяется пульсация тыльных артерий полового члена. При внутрикавернозном введении 35 мг папаверина развилась адекватная эрекция, продолжавшаяся 19 минут. Процедура произвела на больного сильный положительный психологический эффект.</p> <p>Ваш диагноз?          Лечебная тактика?</p>	<p>УК-1-3          ПК-1-12</p>

3.	<p><b>У больной 36 лет общая слабость, утомляемость, сухость во рту, жажда, тошнота и рвота. С детства страдает хроническим пиелонефритом с периодическими обострениями. Больная бледная, отечная. Артериальное давление 220/120 мм тр. ст. За сутки выделяют до 3 л. бесцветной мочи с низкой плотностью.</b></p> <p>1. Ваш диагноз. 2. Какие необходимые инструментальные и лабораторные методы обследования следует выполнить? 3. Алгоритмы Ваших действий.</p>	УК-1-3 ПК-1-12
4.	<p><b>Мужчина, 30-ти лет, обратился на прием в поликлинику с жалобами на боли в правом яичке, повышение температуры тела до 39°С. Болен два дня. При осмотре правая половина мошонки увеличена, кожа гиперемирована, отечна. При пальпации органов мошонки определяется увеличенный, резко болезненный придаток правого яичка, правый семенной канатик утолщен, болезненный при пальпации.</b></p> <p>Ваш диагноз? Причина развития осложнения? План лечебных мероприятий?</p>	УК-1-3 ПК-1-12
5.	<p><b>У больного с длительно текущим хроническим гломерулонефритом с исходом в ХПН (III стадия) развился острый аппендицит, осложненный разлитым перитонитом. Больной оперирован – аппендэктомия, дренирование брюшной полости. После операции отмечено уменьшение суточного диуреза до 500 мл, нарастание мочевины крови до 25 ммоль/л (исходный уровень мочевины 11 ммоль/л), уровень «средних молекул» в крови 0,750 ед. при норме 0,240 ед.).</b></p> <p>Ваш диагноз? Причина развития осложнения? План лечебных мероприятий?</p>	УК-1-3 ПК-1-12
6.	<p><b>Больная 25 лет поступила в клинику экстренно с жалобами на повышение температуры тела до 39-40 °С озноб, обильное потоотделение, слабость, тошноту, рвоту, тупую боль в поясничной области и в подреберье справа. При осмотре: частый пульс - до 100 уд./мин, ритмичный, язык чистый, влажный, живот при пальпации болезненный в правой половине. В анализах мочи: лейкоциты покрывают все поля зрения, бактериурия. В анализе крови: лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ повышена. При хромоцистоскопии индигокармин выделяется из левого устья на 5-й минуте интенсивно, из правого - на 8-й минуте.</b></p> <p>1. Предположительный диагноз. 2. Какие дополнительные методы обследования можно использовать? 3. С чем следует провести дифференциальную диагностику? 4. Алгоритм Ваших действий</p>	УК-1-3 ПК-1-12
7.	<p><b>Больная Б. 61 года более 30 лет страдает сахарным диабетом. В течение последних 2 месяцев беспокоят отеки на ногах и лице, повышенная утомляемость, головные боли, диурез до 400 мл/сут. В течение последних 3 суток суточный диурез не превышает 100 мл. Объективно состояние тяжелое. АД - 180/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Почки не пальпируются. В анализе крови - гиперазотемия (креатинин - до 800 мкмоль/л, моче-</b></p>	УК-1-3 ПК-1-12

	<p>вина - 35 ммоль/л), гипергликемия, гиперкалиемия. При ультразвуковом исследовании почки уменьшены в размерах, паренхима их истончена. Дилатации чашечно-лоханочных систем нет.</p> <p>1. Предположительный диагноз.</p> <p>2. Какие дополнительные методы обследования можно использовать?</p> <p>3. С чем следует провести дифференциальную диагностику?</p> <p>4. Алгоритм Ваших действий</p>	
<b>Б1.Б.1.5</b>	<b>Раздел 5. Аномалии мочеполовых органов</b>	
1.	<p><b>Больная, 24-х лет, обратилась к терапевту с жалобами на боли в правом подреберье, периодически возникающую тошноту, неустойчивы стул. Указанные расстройства усиливаются при физической нагрузке. Больной себя считает в течение 3-х лет. Пациентка самостоятельно прощупала у себя в правом подреберье опухолевидное образование, смещаемое, умеренно болезненное. В связи с обнаружением опухоли в животе обратилась к врачу. Объективно: в положении больной на спине в правой половине живота пальпируется опухолевидное образование 8x9 см, легко смещаемое в подреберье. В вертикальном положении пациентки указанное образование находится в правой подвздошной области, легко смещается в подреберье.</b></p> <p>О каком заболевании следует думать?</p> <p>Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?</p> <p>Лечебная тактика?</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
2.	<p><b>Женщина, 20 лет, обратилась на прием к терапевту с жалобами на наличие безболезненного, подвижного опухолевидного образования в правой половине живота. При осмотре: в правой половине живота пальпируется легко смещаемое образование бобовидной формы с ровной поверхностью. В положении стоя указанное образование определяется в подвздошной области.</b></p> <p>Ваш предварительный диагноз?</p> <p>Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
3.	<p><b>Мужчина, 35 лет, обратился к урологу с жалобами на постоянные не интенсивные боли в поясничной области справа. По данным проведенного УЗИ почек имеет место расширение чашечно-лоханочной системы правой почки.</b></p> <p>О каком заболевании следует думать?</p> <p>Какие исследования надо провести для уточнения состояния правой почки?</p> <p>Тактика лечения?</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
4.	<p><b>Больной М. 73 лет госпитализирован в экстренном порядке с жалобами на отсутствие мочи в течение 2 суток, артериальную гипертензию до 200/100 мм рт. ст. Из анамнеза известно, что 15 лет назад перенес нефрэктомия справа в связи с опухолью, страдает сахарным диабетом в течение 25 лет, ИБС, ГБ более 20 лет, 5 лет назад ОНМК. Объективно состояние тяжелое, температура тела в норме, ЧСС – 65 ударов в минуту, АД - 200/110 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, не вздут. Перитонеальные симптомы отрицательные. Левая почка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный слева. Простата не увеличена, гладкая, безболезненная при пальпации. При УЗИ единственная левая почка с четкими, неровными контурами,</b></p>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>

	<p>подвижна при дыхании. Паренхима однородная, толщиной 1,5 см. В верхнем сегменте почки киста до 6,0 см. Дилатации чашечно-лоханочной системы не отмечено, мочевого пузыря пуст. В анализах крови отмечено повышение креатинина до 430 мг, гиперкалиемия. 5 дней назад выполнена МСКТ с контрастированием, при которой в просвете аорты и в левых почечных артериях обнаружены множественные атеросклеротические бляшки, стенозирующие просвет более чем на 90%. В верхнем сегменте почки имеет место киста до 6,0 см. После проведения МСКТ самочувствие стало резко ухудшаться.</p> <p>О каком заболевании следует думать?</p> <p>Какие исследования надо провести для уточнения состояния правой почки?</p> <p>Тактика лечения?</p>	
5.	<p>Мальчик С, 5 лет, доставлен в клинику на консультацию с жалобами на слабость, плохое физическое развитие, анемию, полиурию. В анализах мочи, сделанных амбулаторно, колебание удельного веса от 1003 до 1011, следы белка, эритроциты 3-5, лейкоциты 2-4 в поле зрения. Мочевина крови 0.40г/л. Питание снижено. Почки не прощупываются, над лоном определяется переполненный мочевой пузырь. После натуживания мальчик помочился тонкой струей, переходящей в капли почти 10 минут. При этом выделил 200мл мочи, но мочевой пузырь не уменьшился. При осмотре выяснился выраженный фимоз. Мать подтвердила, что ребенок с рождения мочится с трудом. На обзорной урограмме теней конкрементов нет.</p> <p>Какое заболевание можно заподозрить?</p> <p>Что следует предпринять для уточнения диагноза?</p> <p>Лечебная тактика?</p>	УК-1-3 ПК-1-12
6.	<p>У пациента М., 19 лет жалобы на увеличение левой половины мошонки и чувство тяжести в ней. При осмотре в левой половине мошонки пальпируются расширенные вены гроздьевидного сплетения, наполнение их увеличивается при напряжении. Яички в мошонке.</p> <p>1. Диагноз?</p> <p>2. Лечение?</p>	УК-1-3 ПК-1-12
7.	<p>Пациенту 36 лет четыре года назад проведена пластика гидронефроза слева. В течение трех месяцев беспокоят ноющие боли в поясничной области слева после физической нагрузки. На обзорной урограмме тени 2,5 × 1,5 и 1,0 × 0,8 см в проекции левой почки. На экскреторных урограммах функция левой почки снижена, гидронефроз, рецидив стриктуры ПУС. Тени камней наслаиваются на пиелоуретральный сегмент и нижнюю группу чашечек.</p> <p>Справа изменений чашечно-лоханочной системы и мочеточника не обнаружено.</p> <p>1. Предварительный диагноз.</p> <p>2. Какие дополнительные обследования необходимо провести.</p> <p>3. Какие рентгенологические признаки указывают на то, что тень на обзорной урограмме имеет отношение к мочевым путям.</p> <p>4. Предпочтительный метод оперативного лечения.</p> <p>5. Методы вторичной профилактики осложнений.</p>	УК-1-3 ПК-1-12

8.	<p><b>Пациентка, 28 лет, обратилась с жалобами на тянущие эпизодические тупые боли в левой подвздошной области. Данные жалобы беспокоят на протяжении длительного времени, усиливаются к вечеру. При осмотре в левой подвздошной области пальпируется умеренно болезненное образование.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Предполагаемый диагноз.</li> <li>2. Какие обследования необходимо провести.</li> <li>3. Дальнейшая тактики.</li> </ol>	УК-1-3 ПК-1-12
<b>Б1.Б.1.6</b>	<b>Раздел 6. Воспалительные заболевания</b>	
1.	<p><b>Больной, 48 лет, обратился к урологу поликлиники с жалобами на выделение спермы бурого цвета. При микроскопии спермы отмечено большое количество эритроцитов.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Возможная причина гемоспермии?</li> <li>2) Тактика врача в этой ситуации?</li> <li>3) Методы дообследования?</li> <li>4) Тактика лечения.</li> <li>5) Профилактика осложнений?</li> </ol>	УК-1-3 ПК-1-12
2.	<p><b>У больной С., 27 лет, внезапно появились острые боли в поясничной области слева, иррадиирующие в бедро; поведение больной беспокойное, мочеиспускание учащено. Анализ мочи без патологических изменений.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ваш предположительный диагноз?</li> <li>2. Ваши диагностические мероприятия?</li> <li>3. Лечебная тактика.</li> </ol>	УК-1-3 ПК-1-12
3.	<p><b>У больного К., 40 лет, в течение трех дней отмечаются боли в пояснице справа, сопровождающиеся повышением температуры тела до 39-40 С, ознобами. Из анамнеза известно, что год назад обнаружен камень в верхней трети правого мочеточника размером 1x1,5 см. Тогда же была предложена операция, от чего пациент отказался.</b></p> <p><b>Объективно: состояние тяжелое, вял, адинамичен. Артериальное давление 110/80 мм рт.ст. Живот мягкий, резко болезненный в правом подреберье. Симптом Пастернацкого резко положителен справа.</b></p> <p><b>В анализе крови нейтрофилов <math>16 \times 10^6/\text{л}</math>, палочкоядерных нейтрофилов 21%. В анализе мочи лейкоциты покрывают густым слоем все поля зрения.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ваш диагноз?</li> <li>2. Какие обследования Вы считаете необходимым провести для подтверждения Вашего предположения?</li> <li>3. Какую терапию предлагаете?</li> </ol>	УК-1-3 ПК-1-12
4.	<p><b>Больная, 35 лет, поступила в клинику с жалобами на боли в поясничной области слева, повышение температуры тела до 39оС, озноб. Заболела впервые. Правильного телосложения. Пульс 100 уд. в 1 мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. В легких везикулярное дыхание, живот мягкий. Симптом Пастернацкого положителен слева. Почки не пальпируются. Пальпация левой почки (ее области) резко болезненная. Дизурии нет. Макрогематурия, лейкоцитурия. На обзорном снимке мочевой системы слева, на уровне поперечного отростка III поясничного позвонка</b></p>	УК-1-3 ПК-1-12

	<p>ть, подозрительная на конкремент размерами 4 x 4 мм. На экскреторных урограммах патологических изменений в чашечно-лоханочной системе правой почки нет. Пассаж контрастного вещества по мочеточнику не нарушен. Слева умеренная пиелоэктазия. Расширение мочеточника выше тени конкремента. При полипозиционной урографии тень конкремента совпадает с тенью мочеточника, выполненного контрастным веществом. По данным УЗИ, левая почка увеличена в размерах, полостная система расширена, паренхима диффузно утолщена (до 25 мм), однородной плотности.</p> <p>1. Ваш диагноз?</p> <p>2. Какие обследования Вы считаете необходимым провести для подтверждения Вашего предположения?</p> <p>3. Какую терапию предлагаете?</p>	
5.	<p>Больная, 40 лет, поступила в клинику с жалобами на тупые боли в поясничной области справа, временами повышение температуры до 37.9оС, выделение мутной мочи, повышение артериального давления до 180/105 мм рт.ст. Неоднократно находилась на обследовании и лечении в урологических стационарах по поводу хронического пиелонефрита. Пульс 88 уд. в минуту, ритмичный, напряженный. АД 180/105 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого слабоположителен справа. Дизурии нет. Лейкоцитурия. После физической нагрузки АД 195/120 мм рт.ст. На обзорном снимке мочевой системы в проекции мочевых путей теней конкрементов не отмечено. Контуры почек определяются нечетко. Обращает на себя внимание уменьшение размеров правой почки. На экскреторных урограммах патологических изменений в чашечнолоханочной системе и мочеточнике левой почки не выявлено. Справа почка размером 10x8 см бобовидной формы с неровной поверхностью. Чашечки деформированы, местами колбовидной формы. По данным УЗИ почек отмечено уменьшение в размерах правой почки, паренхима неоднородной плотности толщиной 6-7 мм.</p> <p>1. Ваш диагноз?</p> <p>2. Какие обследования Вы считаете необходимым провести для подтверждения Вашего предположения?</p> <p>3. Какую терапию предлагаете?</p>	УК-1-3 ПК-1-12
6.	<p>Больная, 30 лет, доставлена из поликлиники в приемное отделение больницы с диагнозом «Острый пиелонефрит справа». Больна в течение двух дней, когда появились боли в поясничной области справа, повысилась температура до 38.7оС, был озноб. К врачу не обращалась, не лечилась. Состояние средней тяжести, кожные покровы гиперемированы. Пульс 108 уд. в 1 мин. Ритмичный. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий. Почки не пальпируются. Пальпация области правой почки болезненна. Симптом Пастернацкого положителен справа. Лейкоцитоз 20000, лейкоцитурия (до 40 лейкоцитов в поле зрения). На обзорном снимке мочевой системы теней конкрементов не видно. Справа контур поясничной мышцы не определяется. Теней почек не видно.</p> <p>1. Ваш диагноз?</p> <p>2. Какие обследования Вы считаете необходимым провести для подтверждения Вашего предположения?</p>	УК-1-3 ПК-1-12

	3. Какую терапию предлагаете?	
Б1.Б.1.7	<b>Раздел 7. Мочекаменная болезнь</b>	
1.	<p><b>Больной С., 65 лет, жалуется на появление позывов к мочеиспусканию при ходьбе и тряской езде. Иногда происходит прерывание струи мочи.</b></p> <p>1. Ваш предположительный диагноз? 2. Что Вы предлагаете для его подтверждения? 3. Какую терапию предлагаете?</p>	УК-1-3 ПК-1-12
2.	<p><b>Больная К. 48 лет поступила в экстренном порядке с жалобами на приступообразную боль в правой поясничной области, отсутствие мочи в течение суток, озноб, повышение температуры тела. Из анамнеза известно, что пациентка страдает мочекаменной болезнью с 20 лет, 5 лет назад диагностирован коралловидный камень левой почки, сморщивание левой почки, в связи с чем выполнена нефрэктомия слева. Тогда же диагностирован камень средней чашечки правой почки. Вышеописанные жалобы возникли внезапно, после тряской езды, погрешности в диете. При осмотре: состояние средней тяжести, кожные покровы сухие. В анализах крови: азотемия, анемия, лейкоцитоз. При пальпации: живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Симптом Пастернацкого положительный справа. При УЗИ отмечается выраженная дилатация чашечно-лоханочной системы правой почки, мочеточник в верхней трети расширен до 1,0 см, в его проекции отмечается гиперэхогенное образование 1,0×1,2 см; мочевой пузырь пуст. При дыхании подвижность почки отсутствует.</b></p> <p>1. Предположительный диагноз. 2. Какие дополнительные методы обследования можно использовать? 3. С чем следует провести дифференциальную диагностику? 4. Алгоритм Ваших действий</p>	УК-1-3 ПК-1-12
3.	<p><b>Больной Ш. 41 года поступил с жалобами на тупую боль в поясничных областях, лихорадку до 38°С, уменьшение диуреза до 150 мл/сут. В течение 10 лет страдает почечнокаменной болезнью, неоднократно отходили конкременты, выполнялись сеансы дистанционной ударно-волновой литотрипсии. Вышеуказанные жалобы беспокоят в течение 2 суток. При поступлении состояние средней тяжести. Температура тела - 37,8°С, ЧСС – 100 ударов в минуту. Живот мягкий, диффузно болезненный. Перитонеальные симптомы отрицательны. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. При УЗИ почек обнаружена дилатация чашечно-лоханочных систем с обеих сторон. Выполнена МСКТ почек, при которой в нижних третях мочеточников выявлены камни и уретерогидронефроз с обеих сторон.</b></p> <p>1. Предположительный диагноз. 2. Какие дополнительные методы обследования можно использовать? 3. С чем следует провести дифференциальную диагностику? 4. Алгоритм Ваших действий</p>	УК-1-3 ПК-1-12
4.	<p><b>В больницу госпитализирована больная, у которой 6 месяцев назад был диагностирован камень нижней трети правого мочеточника. Уже 2 дня как после перенесения ангины у больной усилилась боль в правой поясничной области, поднялась температура до 38°С. Госпитализирована. Ваша тактика в отношении этой больной?</b></p> <p>1. Предположительный диагноз.</p>	УК-1-3 ПК-1-12

	<p>2. Какие дополнительные методы обследования можно использовать?</p> <p>3. С чем следует провести дифференциальную диагностику?</p> <p>4. Алгоритм Ваших действий</p>	
5.	<p><b>Больной 78 лет жалуется на боли в надлобковой области при ходьбе, учащение мочеиспускания, внезапное прекращение струи и возобновление ее после перемены положения тела. Периодически отмечает примесь крови в моче в конце акта мочеиспускания.</b></p> <p>1. Диагноз?</p> <p>2. Диагностика?</p> <p>3. Лечение?</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
6.	<p><b>У больной 23 лет, имеются боли в левой подвздошной области. Анализ мочи без патологии. На обзорной урограмме, в проекции малого таза слева, имеется тень 4х6 см. Экскреторная урография не произведена из-за непереносимости контрастного вещества.</b></p> <p>1. Предположительный диагноз.</p> <p>2. Какие дополнительные методы обследования можно использовать?</p> <p>3. С чем следует провести дифференциальную диагностику?</p> <p>4. Алгоритм Ваших действий</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
Б1.Б.1.8	<b>Раздел 8. Фтизиоурология</b>	
1.	<p><b>У больного 23 лет выраженное помутнение мочи вследствие примеси лейкоцитов и бактерий, однако неизвестна локализация воспалительного процесса.</b></p> <p>1. Предположительный диагноз.</p> <p>2. Какие дополнительные методы обследования можно использовать?</p> <p>3. С чем следует провести дифференциальную диагностику?</p> <p>4. Алгоритм Ваших действий</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
2.	<p><b>Пациент В. 29 лет длительное время предъявляет жалобы на учащенное мочеиспускание малыми порциями, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря, снижение интенсивности струи мочи. Ухудшение состояния отмечает на фоне переохлаждения, длительного сидячего положения, злоупотребления алкоголем.</b></p> <p>Ваш диагноз.</p> <p>Какие дополнительные исследования необходимо провести?</p> <p>Лечебная тактика.</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
3.	<p><b>Мужчина, 26-ти лет, доставлен в приемный покой больницы с жалобами на болезненное, учащенное мочеиспускание, повышение температуры тела до 40°C, ознобы. Болен 3 дня. При ректальном исследовании отмечено увеличение предстательной железы, последняя резко болезненная, в правой доле определяется зона флюктуации.</b></p> <p>Ваш диагноз.</p> <p>Какие дополнительные исследования необходимо провести?</p> <p>Лечебная тактика.</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
4.	<p><b>Больной 35 лет обратился в поликлинику, по поводу тупых болей в крестцовой области, в паховой области, иррадиирующих в мошонку, временами режь при мочеиспускании. Живот мягкий, безболезненный. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Предстательная железа обычных размеров, гладкая болезненная при пальпации, правая ее доля отечна. Лейкоцитурия в третьей порции, в секрете простаты - большое количество лейкоцитов.</b></p>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>

	<p>Заболеванием какого органа можно объяснить указанную симптоматику?</p> <p>1. Ваш диагноз.</p> <p>2. Какие необходимые инструментальные и лабораторные методы обследования следует выполнить?</p> <p>3. Алгоритмы Ваших действий.</p>	
5.	<p><b>В поликлинику обратилась больная И. 29 лет с жалобами на частое болезненное мочеиспускание, терминальную гематурию, тупые боли в области почек и субфебрильную температуру. Больна около 2х лет. Продолжительное лечение от цистита эффекта не дало В анамнезе - перенесенный туберкулез легких.</b></p> <p>Ваш предварительный диагноз?</p> <p>План обследования?</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-12</p>
Б1.Б.1.9	<b>Раздел 9. Травмы мочеполовых органов</b>	
1.	<p><b>Мужчина, 20-ти лет, доставлен в приемный покой с жалобами на сильные боли в половом члене и значительное увеличение полового члена в размерах. Из анамнеза установлено, что час назад в драке получил удар ногой в промежность, после чего возникли сильные боли в половом члене.</b></p> <p><b>При осмотре половой член синего цвета из-за массивной подкожной гематомы, пальпация полового члена резко болезненная в одной точке по левой боковой поверхности. Мочеиспускание свободное, примеси крови в моче нет.</b></p> <p>Ваш диагноз.</p> <p>Лечебная тактика.</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-12</p>
2.	<p><b>В приемный покой доставлен мужчина, 23-х лет, с жалобами на сильные боли в левом яичке, увеличение левой половины мошонки. Час назад во время быстрой езды на велосипеде ударился промежностью о раму велосипеда. Почувствовал сильную боль в левом яичке.</b></p> <p><b>При осмотре левая половина мошонки увеличена, синюшного цвета, яичко не дифференцируется, пальпаторно определяется тестоватой консистенции резко болезненное образование в левой половине мошонки. Правое яичко не изменено.</b></p> <p>Ваш диагноз.</p> <p>Лечебная тактика.</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-12</p>
3.	<p><b>В приемное отделение доставлен пострадавший К., 45 лет. Левая нога пострадавшего в течение 4-х часов была сдавлена строительной балкой. Имеются множественные переломы голени, бедренной кости, пульсация периферических артерий на стопе отсутствует, конечность синюшно-багрового цвета. Произведена ампутация нижней конечности на уровне средней трети бедра. В послеоперационном периоде в течение 2-х суток – прогрессивное уменьшение суточного диуреза (800 мл, 200 мл), повышение мочевины крови до 28,5 ммоль/л, креатинина до 0,9 ммоль/л, калия до 6,8 ммоль/л, свободный миоглобин в крови, моча цвета мясных помоев.</b></p> <p>Ваш диагноз?</p> <p>Какова лечебная тактика?</p> <p>Механизм развития осложнения?</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-12</p>
4.	<p><b>Пациент 31 год, доставлен спустя час после автомобильной аварии с жалобами на боли в животе, невозможность самостоятельного</b></p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-12</p>

	<p><b>мочеиспускания. Кожа и видимые слизистые бледно-розовые. Гемодинамика стабильная. Живот несколько напряжен во всех отделах. При попытке мочеиспускания мочи нет.</b></p> <p>1. Ваш диагноз. 2. Какое осложнение возможно у больного? 3. Какие необходимые инструментальные и лабораторные методы обследования следует выполнить? 4. Алгоритмы Ваших действий.</p>	
5.	<p><b>Больная Г. 38 лет переведена в клинику урологии из клиники гинекологии после перенесенной накануне операции - ампутации матки по поводу аденомиоза. В течение суток отмечается отсутствие мочи. При эхографическом исследовании выявлен двухсторонний уретерогидронефроз. В анализах крови - азотемия. Учитывая характер заболевания, признаки почечной недостаточности, выполнение рентгенологических методов визуализации верхних мочевых путей противопоказано. Выполнена МР-урография, при которой отмечается нарушение проходимости мочеточников на уровне нижней трети.</b></p> <p>Ваш диагноз? Какова лечебная тактика? Механизм развития осложнения?</p>	УК-1-3 ПК-1-12
6.	<p><b>Больной 20 лет поступил в городскую больницу скорой медицинской помощи. Жалобы на боли в области промежности, надлобковой области, выделение крови из мочеиспускательного канала, многократные позывы к мочеиспусканию. Анамнез: 2 часа назад упал "верхом" на твердый предмет, при взрыве на производстве. При осмотре: из уретры выделяется свежая алая кровь. Над лоном пальпаторно определяется увеличенный мочевой пузырь. Имеется промежностная гематома.</b></p> <p>1. Диагноз? 2. Диагностика? 3. Лечение?</p>	УК-1-3 ПК-1-12
7.	<p><b>В приемный покой ЦРБ поступил больной 40 лет с жалобами на боли в животе, отсутствие самостоятельного мочеиспускания в течение 10 часов. Анамнез: накануне, в состоянии алкогольного опьянения, получил удар в живот. При осмотре: общее состояние больного тяжелое, беспокоен, язык сухой, обложен бурым налетом, симптомы раздражения брюшины положительны, выражен симптом «ваньки-встаньки», тахикардия, гипотония. Перкуторно: мочевой пузырь над лоном не определяется, при притуплении перкуторного звука в отлогах местах.</b></p> <p>1. Диагноз? 2. Диагностика? 3. Лечение?</p>	УК-1-3 ПК-1-12
<b>Б1.Б.1.10</b>	<b>Раздел 10. Уроонкология</b>	
1.	<p><b>Больная, 40 лет, поступила в клинику с жалобами на отеки под глазами, повышение артериального давления, выделение мочи розового цвета, учащенное болезненное мочеиспускание. На протяжении 2-х месяцев отмечает отсутствие аппетита, похудание. Часто болеет ангиной. Дважды отметила примесь крови в моче.</b></p> <p>1. О каких заболеваниях можно думать?</p>	УК-1-3 ПК-1-12

	<p>2. Возможная причина гематурии?</p> <p>3. Тактика врача в этой ситуации?</p> <p>4. Методы дообследования?</p> <p>5. Тактика лечения.</p> <p>6. Профилактика осложнений?</p>	
2.	<p><b>Больной, 70 лет, поступил в клинику с жалобами на учащенное мочеиспускание тонкой струей, необходимость тужиться при мочеиспускании, болезненность его, бессонницу вследствие учащенного мочеиспускания по ночам.</b></p> <p><b>Дважды отмечены эпизоды выделения мочи красного цвета.</b></p> <p><b>Объективно. Живот мягкий. Почки и мочевой пузырь не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Наружные половые органы развиты правильно. При ректальном исследовании: простата гладкая, эластичная, безболезненная, увеличена в размерах, срединная бороздка сглажена, слизистая прямой кишки над простатой смещается легко. Остаточной мочи 80 мл. Лабораторно: микрогематурия, лейкоцитурия.</b></p> <p>1. Заболеванием какого органа объясняются указанные расстройства?</p> <p>2. Возможная причина гематурии?</p> <p>3. Тактика врача в этой ситуации?</p> <p>4. Методы дообследования?</p> <p>5. Тактика лечения.</p> <p>6. Профилактика осложнений?</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-12</p>
3.	<p><b>У больного, 52 лет, в правом подреберье пальпируется плотное смещаемое опухолевидное образование размером 10x8 см с бугристой поверхностью. При перкуссии над образованием тимпанит. Данные экскреторной урографии не позволяют с уверенностью исключить опухоль правой почки.</b></p> <p>1. Какие методы обследования позволят подтвердить или исключить опухоль почки?</p> <p>2. Тактика врача в этой ситуации?</p> <p>3. Методы дообследования?</p> <p>4. Тактика лечения.</p> <p>5. Профилактика осложнений?</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-12</p>
4.	<p><b>У больного, 54 лет, работающего 20 лет на заводе анилиновых красителей, в последние три месяца учащенное, иногда болезненное мочеиспускание. Периодически отмечает тупые боли внизу живота. Обращался в кожно-венерический диспансер, где проведенное обследование исключило венерические заболевания.</b></p> <p><b>При объективном исследовании патологических изменений не выявлено. В анализе крови обращает на себя внимание ускорение СОЭ до 20 мм час. В анализе мочи удельный вес 1020, реакция кислая, лейкоциты 3-5 в поле зрения, эритроциты свежие 8-10 в п/з.</b></p> <p>О каком заболевании следует думать?</p> <p>Что нужно предпринять для уточнения диагноза?</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-12</p>
5.	<p><b>Больной, 70 лет, жалуется на общую слабость, головную боль, тошноту, рвоту, непроизвольное выделение</b></p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-12</p>

	<p>мочи по каплям. Кожные покровы бледные. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Живот мягкий. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Перкуторно мочевой пузырь определяется на 6 см выше лона. Простата увеличена равномерно, плотноэластической консистенции, поверхность ее гладкая, междолевая бороздка сглажена. Мочевина сыворотки крови 12 ммоль/л. По данным УЗИ – резко увеличенный мочевой пузырь, по нижнему контуру определяется дефект наполнения с четкими контурами.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какие методы обследования позволят поставить диагноз?</li> <li>2. Тактика врача в этой ситуации?</li> <li>3. Методы дообследования?</li> <li>4. Тактика лечения.</li> <li>5. Профилактика осложнений?</li> </ol>	
6.	<p>Больной, 62 лет, в течение последних трех лет отмечает затрудненное мочеиспускание, выделение мочи слабой и тонкой струей. Кожные покровы нормальной окраски. Язык влажный, не обложен. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь перкуторно не определяется. Наружные половые органы развиты правильно. При пальцевом ректальном исследовании предстательная железа умеренно увеличена в размерах, правая доля ее бугристая, каменистой плотности, безболезненная. Слизистая прямой кишки над правой долей железы неподвижна.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какие методы обследования позволят поставить диагноз?</li> <li>2. Тактика врача в этой ситуации?</li> <li>3. Методы дообследования?</li> <li>4. Тактика лечения.</li> <li>5. Профилактика осложнений?</li> </ol>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
<b>Б1.Б.1.11</b>	<b>Раздел 11. Урогинекология</b>	
1.	<p>Пациентка 36 лет обратилась с жалобами на учащенное болезненное мочеиспускание, которое беспокоит ее в течение 6 месяцев. Результаты анализа мочи: лейкоциты - 45-50 в поле зрения, эритроциты - 2-3 в поле зрения, бактерии отсутствуют. Моча сдана на бактериологическое исследование. Назначена этиотропная и патогенетическая терапия, через 4 дня пациентка пришла на контрольный визит. Дизурия уменьшилась незначительно; ургентности нет, но боль и учащенное мочеиспускание сохраняются. Анализ мочи: лейкоциты - 36-40 в поле зрения, эритроциты - 3-4 в поле зрения. Результаты бактериологического исследования: роста микрофлоры нет.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какие методы обследования позволят поставить диагноз?</li> <li>2. Тактика врача в этой ситуации?</li> <li>3. Методы дообследования?</li> <li>4. Тактика лечения.</li> <li>5. Профилактика осложнений?</li> </ol>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
2.	<p>Больной 45 лет поступил в приемное отделение городской больницы с жалобами на тотальную безболевою макрогематурию с бесформенными сгустками, учащенное мочеиспускание. Анализ</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>

	<p>крови: гемоглобин - 128 г/л (12,8 г), эритроциты - <math>4,2 \times 10^{12}</math>/л, лейкоциты - <math>8,0 \times 10^9</math>/л. Анализ мочи: лейкоциты - 3-4 в поле зрения, эритроциты - покрывают все поле зрения.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какие методы обследования позволят поставить диагноз?</li> <li>2. Тактика врача в этой ситуации?</li> <li>3. Методы дообследования?</li> <li>4. Тактика лечения.</li> <li>5. Профилактика осложнений?</li> </ol>	
3.	<p><b>В клинику поступила женщина, 25-ти лет, в тяжелом состоянии. Трое суток назад ей произведен аборт во внебольничных условиях. После аборта поднялась температура тела до 38, был озноб, выделения из влагалища с неприятным запахом. У больной нет мочи в течение 1,5 суток. Состояние тяжелое. Кожные покровы и видимые слизистые бледной окраски. Язык сухой. АД- 95 мм. РТ. ст. Пульс – 101 в минуту, ритмичный, слабого наполнения. Мочевой пузырь не пальпируется. Введен катетер в мочевой пузырь – мочи не получено. Мочевина сыворотки крови – 26 ммоль, креатинин – 0,65 ммоль/л.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Диагноз?</li> <li>2. Лечение?</li> </ol>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
4.	<p><b>У молодой женщины через 7 дней после свадьбы и первого в жизни коитуса возникли боли в надлобковой области, учащенное болезненное мочеиспускание. Температура тела нормальная. Определяется болезненность над лоном. В анализе мочи – лейкоциты до 40 в поле зрения.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ваш предварительный диагноз?</li> <li>2. План обследования?</li> <li>3. Лечение?</li> </ol>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
5.	<p><b>Девочка 12 лет страдает хроническим циститом с обострениями до 2-3 раз в год с 7 лет. Со слов матери последние 2 года периодически появляются тупые ноющие боли в левой поясничной области, чаще в ночное время и во время мочеиспускания, сопровождаются субфебрилитетом, головной болью, слабостью. АД- 130/100 мм рт. ст. Анализ мочи - единичные лейкоциты. Анализ мочи по Нечипоренко - 8000 лейкоцитов. На обзорной урограмме левая почка небольших размеров с неровными контурами, теней конкрементов не определяется. На экскреторных урограммах - функция левой почки снижена, определяется умеренная пиелозктазия, расширение нижней трети левого мочеточника.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Предварительный диагноз.</li> <li>2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести.</li> <li>3. Укажите признаки осложнения основного заболевания.</li> <li>4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику.</li> <li>5. Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике заболевания.</li> </ol>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
6.	<p><b>У больной 16 лет последние 2 года периодически, чаще в ночное время, возникают приступы острых болей в правой пояснично-подреберной области, сопровождающиеся подъемом температуры до 39°C, ознобом. Неоднократно была осмотрена дежурным хирургом, который данных за острую хирургическую патологию не находил.</b></p>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>

	<p><b>В дошкольном возрасте наблюдались частые обострения хронического цистита, лечилась у педиатра.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Предварительный диагноз.</li> <li>2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести.</li> <li>3. Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.</li> <li>4. Какой из методов обследования необходимо выполнить после стихания острых явлений.</li> <li>5. Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.</li> </ol>	
<b>Б1.Б.1.12</b>	<b>Раздел 12. Неотложная урология</b>	
1.	<p><b>Дежурному урологу сообщили из приемного покоя, что поступил больной с безболевого тотальной гематурией.</b></p> <p>Какова должна быть тактика уролога? Экстренность диагностических и лечебных процедур?</p>	УК-1-3 ПК-1-12
2.	<p><b>Больной, 65 лет, обратился с жалобами на невозможность самостоятельного мочеиспускания, боли внизу живота. Указанные явления беспокоят в течение 14 часов.</b></p> <p>Ваш предположительный диагноз? Ваши диагностические и лечебные рекомендации.</p>	УК-1-3 ПК-1-12
3.	<p><b>В приемный покой доставлен мужчина, 45-ти лет, с жалобами на резко болезненную эрекцию полового члена, продолжающуюся 18 часов. Из анамнеза известно, что эрекция возникла после введения в кавернозные тела 3 мл папаверина гидрохлорида с целью индукции эрекции.</b></p> <p>Ваш предположительный диагноз? Ваши диагностические и лечебные рекомендации.</p>	УК-1-3 ПК-1-12
4.	<p><b>В приемный покой больницы машиной скорой помощи доставлен мальчик, 13-ти лет, с жалобами на сильные боли в левом яичке. Боли очень интенсивные, появились 1 час назад. При осмотре органов мошонки отмечено, что левое яичко несколько увеличено, болезненное и резко подтянуто к наружному отверстию пахового канала, семенной канатик укорочен и утолщен.</b></p> <p>Ваш предположительный диагноз? Ваши диагностические и лечебные рекомендации.</p>	УК-1-3 ПК-1-12
5.	<p><b>Больная Н., 44 года, доставлена в приемный покой с болями в поясничной области справа, подъемом температуры тела до 38,6°С. Считает себя больной 2 дня. В начале заболевания отмечала только болевой синдром. За последние несколько часов стала отмечать озноб, ухудшение общего состояния, подъем температуры тела до фебрильных показателей. В анамнезе у пациентки мочекаменная болезнь с самостоятельным отхождением камней с мочей. При осмотре кожа и слизистые чистые, розовые. АД 120/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, болезненный в проекции правой почки. Симптом Пастернацкого положительный справа.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Предположительный диагноз.</li> <li>2. Какие дополнительные методы обследования можно использовать?</li> <li>3. С чем следует провести дифференциальную диагностику?</li> <li>4. Алгоритм Ваших действий</li> </ol>	УК-1-3 ПК-1-12
6.	<p><b>В урологическое отделение госпитализирован больной, у которого диагностирован острый первичный пиелонефрит. Суммарная</b></p>	УК-1-3 ПК-1-12

	<p>функция почек хорошая. В отделении имеются следующие антибактериальные препараты: пенициллин, канамицин, нолицин, левомицетин, 5-НОК, фурадонин, сульфодимезин, этазол, цефазолин. Какие из них вы назначите пациенту? Укажите дозы и продолжительность курса лечения?</p>	
<b>Б1.Б.1.13</b>	<b>Раздел 13. Нейроурология</b>	
1.	<p>Студент медицинского университета, по ночам работает медицинским братом в бригаде «скорой помощи», помогает матери-инвалиду воспитывать младшую сестру. Последнее время заметил ослабление памяти, из-за чего стал хуже учиться. Также жалуется на повышенную раздражительность, непостоянную головную боль, плохой сон, плохое настроение, повышенную утомляемость, периодическое сердцебиение. При клиническом и лабораторном обследовании признаков поражения нервной системы и внутренних органов не выявлено.</p> <p>Задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Поставьте предположительный клинический диагноз?</li> <li>2) Требуется ли госпитализация?</li> <li>3) Объясните, с чем связаны жалобы пациента.</li> <li>4) Предложите меры профилактики и тактику лечения. Какие немедикаментозные методы лечения можно предложить?</li> </ol>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
2.	<p>После подъема тяжести во время ремонта своей квартиры у мужчины 38 лет появилась резкая боль в поясничном отделе с иррадиацией по заднелатеральной поверхности левой ноги, снижение чувствительности по заднелатеральной поверхности бедра и голени. В связи с сохранением боли в течение недели, был вынужден обратиться к врачу. При осмотре: ахиллов рефлекс слева угнетен, резкая боль в поясничном отделе при кашле, положительный симптом Лассега слева с угла 30°, гипестезия по заднелатеральной поверхности бедра и голени.</p> <p>Задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Топический диагноз?</li> <li>2) Обследование?</li> <li>3) Клинический диагноз?</li> <li>4) Консультация, каких специалистов может потребоваться?</li> <li>5) Лечение?</li> <li>6) Предложите план реабилитационных мероприятий.</li> <li>7) Какие немедикаментозные методы лечения могут быть использованы?</li> <li>8) Предложите режим двигательной активности и принципы ЛФК.</li> </ol>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
3.	<p>Студент четвертого курса работал во время «практики» в приемном отделении. На дежурстве, в момент переключивания больного с каталки на рентгеновский стол, внезапно, почувствовал боль в пояснице, с трудом смог выпрямиться через несколько минут. На следующий день, в связи с сохраняющейся болью, обратился к врачу. При осмотре: выпрямление поясничного лордоза, напряжение длинных мышц спины, резкое ограничение подвижности в поясничном отделе. Рефлексы с ног живые, одинаковые с обеих сторон, патологических знаков нет, нарушений чувствительности не выявлено. На рентгенограмме поясничного отдела позвоночника костно-травматических повреждений нет.</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>

	<p>Задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Поставьте клинический диагноз?</li> <li>2) Предложите тактику лечения?</li> <li>3) Какие немедикаментозные методы лечения могут быть использованы?</li> <li>4) Предложите режим двигательной активности и принципы ЛФК.</li> <li>5) Показано ли санаторно-курортное лечение?</li> <li>6) Предложите план профилактических мероприятий.</li> </ol>	
4.	<p><b>Больной 49 лет, работающий грузчиком, во время подъема каменной столешницы внезапно почувствовал резкую слабость и жгучие боли в ногах, возникло нарушение мочеиспускания. Напарник привез его в поликлинику, на осмотр к дежурному врачу. При осмотре: периферический асимметричный нижний парапарез до 3 баллов, гипестезия в области промежности и по внутренней поверхности бедер.</b></p> <p>Задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Предположите наиболее вероятный диагноз.</li> <li>2) Требуется ли экстренная госпитализация?</li> <li>3) Какие обследования целесообразно провести?</li> <li>4) Тактика лечения?</li> <li>5) Предложите режим разрешенной двигательной активности.</li> <li>6) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?</li> <li>7) Показано ли санаторно-курортное лечение?</li> <li>8) Возможные исходы заболевания?</li> </ol>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
5.	<p><b>Рабочий 45 лет в момент поднятия мешка с песком почувствовал выраженную слабость в ногах, боли по внутренней поверхности бедра, возникло нарушение мочеиспускания. При осмотре: периферический асимметричный нижний парапарез, гипестезия в области промежности и по внутренней поверхности бедер.</b></p> <p>Задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Предположительный диагноз?</li> <li>2) Предложите наиболее информативные методы обследования.</li> <li>3) Тактика лечения?</li> <li>4) Возможные исходы заболевания?</li> </ol>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
6.	<p><b>Пациенту 39 лет. Диагноз: «Дорсопатия, Грыжи дисков L4-L5, L5-S1 с компрессией корешков конского хвоста, нижним периферическим парапарезом, нарушением функций тазовых органов».</b></p> <p>Задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Предложите тактику лечения.</li> <li>2) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?</li> <li>3) Показано ли санаторно-курортное лечение?</li> </ol>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>

### 3. ПОКАЗАТЕЛИ И КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ

#### 3.1. Критерии и шкалы оценивания выполнения тестовых заданий

Код компетенции	Качественная оценка уровня подготовки		Процент правильных ответов
	Балл	Оценка	
УК-1-3 ПК-1-12	5	Отлично	90-100%
	4	Хорошо	80-89%
	3	Удовлетворительно	70-79%
	2	Неудовлетворительно	Менее 70%

#### 3.2. Критерии и шкала оценивания знаний обучающихся

Код компетенции	Оценка 5 «отлично»	Оценка 4 «хорошо»	Оценка 3 «удовлетворительно»	Оценка 2 «неудовлетворительно»
УК-1-3 ПК-1-12	Глубокое усвоение программного материала, логически стройное его изложение, дискуссионность данной проблематики, умение связать теорию с возможностями ее применения на практике, свободное решение задач и обоснование принятого решения, владение методологией и методиками исследований, методами моделирования	Твердые знания программного материала, допустимы незначительные неточности в ответе на вопрос, правильное применение теоретических положений при решении вопросов и задач, умение выбирать конкретные методы решения сложных задач, используя методы сбора, расчета, анализа, классификации, интерпретации данных, самостоятельно применяя математический и статистический аппарат	Знание основного материала, допустимы неточности в ответе на вопросы, нарушение логической последовательности в изложении программного материала, умение решать простые задачи на основе базовых знаний и заданных алгоритмов действий, испытывать затруднения при решении практических задач	Незнание значительной части программного материала, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на задаваемые вопросы, невыполнение практических заданий

#### 3.3. Критерии и шкала оценивания знаний обучающихся при проведении промежуточной аттестации в форме зачета

«ЗАЧТЕНО» – обучающийся дает ответы на вопросы, свидетельствующие о знании и понимании основного программного материала; раскрывает вопросы Программы по дисциплине верно, проявляет способность грамотно использовать данные обязательной литературы для формулировки выводов и рекомендаций; показывает действенные умения и навыки; излагает материал логично и последовательно; обучающийся показывает прилежность в обучении.

«НЕ ЗАЧТЕНО» - обучающийся дает ответы на вопросы, свидетельствующие о значительных пробелах в знаниях программного материала по дисциплине; допускает грубые ошибки при выполнении заданий или невыполнение заданий; показывает полное незнание одного из вопросов билета, дает спутанный ответ без выводов и обобщений; в процессе обучения отмечаются пропуски лекций и занятий без уважительных причин, неудовлетворительные оценки по текущей успеваемости.