

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДЕНО

на заседании

Учебно-методического совета

« 09 » *сентября* 20 *21* года, протокол № *1*

Проректор по ~~учебной~~ работе,
председатель Учебно-методического совета,
д.м.н., профессор В.И. Орел

СОГЛАСОВАНО

Проректор по ~~последипломному~~ дополнительному
профессиональному образованию и региональному
развитию здравоохранения,
д.м.н., профессор Ю.С. Александрович

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ



для обучающихся по основным образовательным программам высшего образования
(программам ординатуры) по специальности
31.08.68 «Урология»
Трудоёмкость: № 3 ЗЕ

уровень подготовки кадров высшей квалификации

Программа государственной итоговой аттестации разработана в соответствии с:


- Федеральным законом «Об образовании в Российской Федерации» от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ;
- Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.68 «Урология» (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014 г. № 1111;
- Профессиональным стандартом «Врач-уролог», утвержденный Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации от 14 марта 2018 г. №137н;
- Порядком организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 19 ноября 2013 г. № 1258;
- Порядком проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 18 марта 2016 г. № 227;
- Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об организации практической подготовки обучающихся по образовательным программам медицинского и фармацевтического образования в условиях предупреждения распространения новой коронавирусной инфекции на территории Российской Федерации» от 29 марта 2020 г. № 248;
- Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении типовой формы договора об организации практической подготовки обучающихся, заключаемого между образовательной или научной организацией и медицинской организацией либо организацией, осуществляющей производство лекарственных средств, организацией, осуществляющей производство и изготовление медицинских изделий, аптечной организацией, судебно-экспертным учреждением или иной организацией, осуществляющей деятельность в сфере охраны здоровья» от 30 июня 2016 г. № 435н;
- Порядком организации и проведения практической подготовки обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования, фармацевтического образования от 3 сентября 2013 г. № 620н;
- Письмом Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека «Об организации практической подготовки обучающихся по программам среднего, высшего, послевузовского профессионального образования и дополнительным профессиональным программам по медико-профилактическим специальностям на базах учреждений, подведомственных роспотребнадзору» от 15 февраля 2013 г. № 01/1680-13-32

Разработчики рабочей программы:

Заведующий кафедрой, д.м.н. профессор <small>(должность, ученое звание, степень)</small>	 <small>(подпись)</small>	И.Б. Осипов <small>(расшифровка)</small>
Ассистент кафедры <small>(должность, ученое звание, степень)</small>	 <small>(подпись)</small>	М.В. Лифанова <small>(расшифровка)</small>

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании кафедры

урологии
название кафедры
« 30 » 08 2021 г., протокол заседания № 1

Заведующий кафедрой	урологии <small>название кафедры</small>	
Д.м.н., профессор <small>(должность, ученое звание, степень)</small>	 <small>(подпись)</small>	И.Б. Осипов <small>(расшифровка)</small>

1. Общие положения

Государственная итоговая аттестация (далее – ГИА) по основной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.68 «Урология» проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры по специальности 31.08.68 «Урология» (далее – Программа) требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.68 «Урология» (далее – ФГОС ВО).

ГИА относится к Блоку 3 ФГОС ВО и включает в себя подготовку и сдачу государственного экзамена.

К ГИА допускаются обучающиеся, не имеющие академической задолженности и в полном объеме выполнившие учебный план или индивидуальный учебный план по Программе.

ГИА обучающихся, освоивших Программу, осуществляет государственная экзаменационная комиссия.

При успешном прохождении ГИА обучающемуся выдается документ о высшем образовании и о квалификации образца, установленного Министерством здравоохранения Российской Федерации (приказ Минздрава России от 6 сентября 2013 г. № 634н):

- диплом об окончании ординатуры.

Обучающиеся, не прошедшие ГИА в связи с неявкой на государственное аттестационное испытание по уважительной причине (временная нетрудоспособность, исполнение общественных или государственных обязанностей, вызов в суд, транспортные проблемы (отмена рейса, отсутствие билетов), погодные условия), вправе пройти ее в течение 6 месяцев после завершения ГИА. Обучающийся должен представить в организацию документ, подтверждающий причину его отсутствия.

Обучающиеся, не прошедшие государственное аттестационное испытание в связи с неявкой на государственное аттестационное испытание по неуважительной причине или в связи с получением оценки «неудовлетворительно», отчисляются из Университета с выдачей справки об обучении как не выполнившие обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы и выполнению учебного плана.

Лицо, не прошедшее ГИА, может повторно пройти ГИА не ранее чем через год и не позднее чем через пять лет после срока проведения ГИА, которая не пройдена обучающимся.

2. Общие правила подачи и рассмотрения апелляций

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию.

Обучающийся имеет право подать в апелляционную комиссию в письменном виде апелляцию о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласия с результатами государственного экзамена.

Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания.

Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель государственной экзаменационной комиссии и обучающийся, подавший апелляцию.

Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Факт

ознакомления обучающегося, подавшего апелляцию, с решением апелляционной комиссии удостоверяется подписью обучающегося.

3. Результаты обучения, оцениваемые на государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

Универсальные компетенции (УК):

- Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- Готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Профессиональные компетенции (ПК):

профилактическая деятельность:

- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

диагностическая деятельность:

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

лечебная деятельность:

- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании урологической медицинской помощи (ПК-6);
- готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

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

психолого-педагогическая деятельность:

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

организационно-управленческая деятельность:

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

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

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

4. Порядок проведения государственной итоговой аттестации

На ГИА отводится 108 часов (3 зе).

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по Программе. Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

ГИА проводится в форме государственного экзамена.

Государственная итоговая аттестация состоит из двух аттестационных испытаний, перерыв между которыми составляет не менее 7 календарных дней. На первом этапе проводится тестирование и оценка практических навыков. Ко второму аттестационному испытанию – государственному экзамену по специальности – допускаются ординаторы, успешно прошедшие первый этап. Государственный экзамен проводится в устной форме по билетам.

Государственный экзамен проводится по одной дисциплине образовательной программы – основной дисциплине специальности ординатуры, которая имеет определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

Результаты государственного экзамена определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

Критерии оценок результатов государственного экзамена:

- знание теоретического материала по предметной области;
- глубина изучения дополнительной литературы;
- глубина и полнота ответов на вопросы.

Ответ оценивается на «отлично», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;

– ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов;

– демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Ответ оценивается на «хорошо», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;

– ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях при ответах.

– имеются незначительные упущения в ответах.

Ответ оценивается на «удовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

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

Ответ оценивается «неудовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение государственной итоговой аттестации.

Результаты государственного аттестационного испытания объявляются в день его проведения.

5. Порядок подведения итогов государственной итоговой аттестации

На каждого обучающегося заполняется протокол заседания ГЭК по приему ГИА, в котором отражается перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов ГЭК о выявленном в ходе государственного аттестационного испытания уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося. Протокол заседания ГЭК подписывается председателем и секретарем ГЭК. Протоколы заседаний ГЭК сшиваются в книги и хранятся в архиве Университета.

Решения ГЭК принимаются простым большинством голосов членов комиссии, участвовавших в заседании. Заседание ГЭК проводится председателем ГЭК. При равном числе голосов председатель обладает правом решающего голоса.

6. Программа государственного экзамена

6.1. Рекомендации по подготовке к государственному экзамену

Государственный экзамен проводится в устной форме в виде собеседования. Собеседование включает ответы на вопросы и решение ситуационных задач. Подготовка к государственному экзамену должна осуществляться в соответствии с программой государственной итоговой аттестации по вопросам и ситуационным задачам, которые выносятся на государственный экзамен.

В процессе подготовки необходимо опираться на рекомендуемую научную и учебную литературу, современные клинические рекомендации.

Для систематизации знаний ординаторам необходимо посещение предэкзаменационных консультаций, расписание которых доводится до сведения ординаторов за 30 календарных дней до государственной итоговой аттестации.

При ответе на вопросы ординатор должен продемонстрировать уровень знаний и степень сформированности универсальных, профессиональных и профессионально-специализированных компетенций. При подготовке к ответу рекомендуется составить письменный расширенный план ответа по каждому вопросу. Ответы на вопросы ординатор должен излагать структурированно и логично. По форме ответы должны быть уверенными и четкими. Необходимо следить за культурой речи и не допускать ошибок в терминологии.

6.2. Вопросы, выносимые на государственный экзамен

6.2.1. Вопросы для собеседования

1. Анатомия почки. Синтопия, скелетотопия. Оперативные доступы.
2. Физиология почки.
3. Топографическая анатомия органов таза. Оперативные доступы.
4. Физиология мочевого пузыря, иннервация, мочепузырные рефлекссы.
5. Анатомия и физиология яичка.

6. Анатомия и физиология полового члена.
7. Возможности УЗ диагностики заболеваний органов мочевой системы.
8. Рентгенологические методы обследования в урологии.
9. Сосудистые исследования почек.
10. Радиоизотопные методы обследования в урологии.
11. Лабораторные методы обследования в урологии.
12. Функциональные методы исследования мочевого пузыря.
13. Эндоскопические методы диагностики заболеваний мочевой системы.
14. Аномалии почек. Аномалии взаиморасположения, дистопия, аплазия, гипоплазия почек. Особенности оперативных вмешательств при аномалиях почек.
15. Аномалии структуры почек. Диагностика, дифференциальная диагностика. Особенности диагностики и лечения больных поликистозом почек.
16. Аномалии мозгового вещества почки. Губчатая почка. Парапельвикальная киста. Мегакаликоз. Диагностика, лечение.
17. Аномалии мочеточника. Ретрокавальный мочеточник. Дивертикул мочеточника. Ахалазия мочеточника. Диагностика и лечение.
18. Аномалии мочеточника. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Уретероцеле. Дистопия и эктопия устья мочеточника. Диагностика и оперативное лечение.
19. Аномалии мочевого пузыря. Диагностика. Оперативное лечение при экстрофии. Оперативное лечение при дивертикуле мочевого пузыря.
20. Аномалии мочеиспускательного канала. Оперативное лечение при гипоспадии и эписпадии. Осложнения.

6.2.2. Ситуационные задачи

Задача 1.

Женщина 35 лет с часто рецидивирующей активизацией хронического пиелонефрита в анамнезе, в плановом порядке поступила для обследования в клинику урологии. При осмотре не лихорадит. Поясничные области визуально не изменены. Живот мягкий, безболезненный, почки не пальпируются, мочевой пузырь над лоном не пальпируется. При УЗИ отмечается умеренное расширение ЧЛС и пиелoureтерального сегмента с обеих сторон, данных за наличие конкрементов не получено. При Обзорной Рг данных за наличие Rg-контрастных конкрементов не получено. При в/в урографии отмечается расширение мочеточников на всем протяжении, дефекты наполнения округлой формы в проекции устьев мочеточников.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
3. Назовите имеющиеся и возможные осложнения данного заболевания.
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
5. Составьте план обследования больного.
6. Назначьте лечение.

Задача 2.

2. Молодой человек 18 лет худощавого телосложения обратился в клинику урологии по поводу болей в поясничной области слева, беспокоящих последние 3 дня. Т тела не повышалась, мочеиспускание не нарушено, диурез сохранен. При глубокой пальпации в поясничной области слева определяется плотноэластической консистенции опухолевидное смещаемое образование размером 8,0x6,0x4,0см. При ультразвуковом обследовании образование представлено многокамерными кистами, заполненными жидкостью. Левая почка не найдена. Правая почка без патологии.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
3. Назовите имеющиеся и возможные осложнения данного заболевания.
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
5. Назначьте лечение.

Задача 3.

3. Женщина 45 лет, в плановом порядке поступила для обследования в клинику урологии в связи с жалобами на периодические боли в поясничной области слева, повышение АД до 170/110 мм рт.ст. Кардиологический анамнез без особенностей. При осмотре не лихорадит. Поясничные области визуально не изменены. Живот мягкий, безболезненный, почки не пальпируются, мочевой пузырь над лонем не пальпируется. При УЗИ ЧЛС не расширена с обеих сторон, данных за наличие конкрементов не получено. На обзорной Rg-мме данных за наличие Rg-контрастных конкрементов не получено. При УЗИ ЧЛС не расширена с обеих сторон, данных за наличие конкрементов не получено. В проекции верхнего полюса левой почки определяется однородное жидкостное образование округлой формы с размерами 6,8 x 7,2 x 6,3см.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Диагностический план?
3. Назовите имеющиеся и возможные осложнения данного заболевания.
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
5. Какие методы лечения данного заболевания.
6. Перечислите показания к оперативному лечению при данной патологии.

Задача 4.

У больного 40 лет высокая температура тела, озноб, боли в промежности, болезненное и затрудненное мочеиспускание. При пальцевом ректальном исследовании предстательная железа резко увеличена и болезненна. В клиническом анализе крови лейкоциты до $12 \cdot 10^9/\text{л}$, в общем анализе мочи: лейкоциты покрывают поля зрения.

1. Какой предварительный диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какое лабораторное инструментальное обследование нужно провести?
4. Какие его результаты могут изменить тактику лечения?
5. Какова тактика лечения?
6. Какие могут быть осложнения данного заболевания?
7. Какие антибактериальные препараты следует использовать для лечения этого заболевания?

Задача 5.

Больной после переохлаждения отмечает боль в правой половине мошонки, по ходу семенного канатика. Температура тела повышена до 38,6°C. Мошонка увеличена за счёт правой половины, кожа её гиперемирована, отёчна. При пальпации правое яичко увеличено в размерах, болезненно, граница с придатком яичка сглажена.

1. Какой предварительный диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какое лабораторное инструментальное обследование нужно провести?
4. Тактика лечения ?
5. Осложнения данного заболевания?
6. Как результаты лабораторного инструментального обследования могут изменить тактику лечения?

6.2.3. Перечень практических навыков

1. Физикальное обследование урологического больного.

2. Интерпретация рентгенограмм.
3. Интерпретация ренограммы.
4. Интерпретация данных уродинамического исследования.
5. Интерпретация спермограммы.
6. Оценка ультразвукографических исследований мочевыделительной системы.
7. Перевязка хирургического больного урологического профиля, промывание мочевых дренажей.
8. Катетеризация мочевого пузыря металлическим катетером.
9. Катетеризация мочевого пузыря ПВХ- и катетером Фолея.
10. Цистометрия и профилометрия уретры.

6.2.4. Тестовые задания

001. 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

002. 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 париетальной брюшиной

003. Влагалище 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

004. 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)

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)

006. Проекция облитерированной пупочной артерии

соответствует складке париетальной брюшины

- а) срединной

- б) медиальной
- в) латеральной
- г) правильно а) и б)
- д) правильно б) и в)

007. На передней брюшной стенке верхний край предпузырной фасции

доходит до уровня

- а) пупочного кольца
- б) полукруглой (Дугласовой) линии
- в) верхнего края лонного сочленения
- г) середины высоты лонного сочленения
- д) за лонным сочленением

008. Мочепровод (урахус) по отношению к предпузырной фасции расположен

- а) впереди к предпузырной фасции
- б) в толще предпузырной фасции
- в) позади предпузырной фасции
- г) сбоку от предпузырной фасции
- д) правильно а) и б)

009. Поверхностный слой поясничной области в латеральном отделе составляют

- а) нижняя задняя зубчатая мышца и наружная косая мышца живота
- б) широчайшая мышца спины и наружная косая мышца живота
- в) наружная и внутренняя косые мышцы живота
- г) наружная косая и поперечная мышцы живота
- д) правильно а) и в)

010. В области передней брюшной стенки дном поясничного треугольника

(треугольника Пти) являются

- а) внутренняя косая мышца живота
- б) поперечная мышца живота
- в) наружная косая мышца живота
- г) мышца, выпрямляющая позвоночник
- д) все перечисленное

011. Количество клетчаточных слоев в забрюшинном пространстве составляет

- а) один
- б) два
- в) три
- г) четыре
- д) пять

012. При нефропексии используется мышца глубокого отдела поясничной области

- а) квадратная мышца поясницы
- б) мышца, выпрямляющая позвоночник
- в) большая поясничная мышца
- г) поперечная мышца живота
- д) правильно б) и г)

013. Паранефрон по отношению к брюшной полости является

- а) пятым слоем
- б) четвертым слоем

- в) третьим слоем
 - г) вторым слоем
 - д) первым слоем
014. В забрюшинной клетчатке расположена артерия и вена яичка соответственно
- а) собственному слою забрюшинного пространства
 - б) паранефрону
 - в) околоободочной клетчатке (параколону)
 - г) ни одному из перечисленных
 - д) только а) и г)
015. 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
016. Верхний полюс левой почки находится на уровне следующего позвонка
- а) T11
 - б) T12
 - в) L1
 - г) L2
 - д) L3
017. 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)
018. В образовании кава-кавального анастомоза играют большую роль следующие вены забрюшинного пространства
- а) поясничные
 - б) почечные
 - в) непарная и полунепарная
 - г) яичковые
 - д) брыжеечные
019. 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
020. 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)
021. Анатомическая зона сращения подвздошной, лобковой и седалищной кости в единую тазовую кость расположена
- а) в вертлужной впадине
 - б) в крыле подвздошной кости
 - в) в седалищном бугре
 - г) в ветви лобковой кости
 - д) в крестцово-подвздошном сочленении
022. В тазу человека наблюдаются следующие типы соединений
- а) синдесмоз (синартроз, синхондроз, синостоз)
 - б) симфиз
 - в) диартроз
 - г) только а) и б)
 - д) все перечисленные типы
023. Большое и малое седалищные отверстия ограничивают
- 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
024. Через большое седалищное отверстие проходит
- а) подвздошно-поясничная мышца
 - б) грушевидная мышца
 - в) внутренняя запирающая мышца
 - г) мышца, поднимающая задний проход
 - д) правильно а) и б)
025. В формировании мочеполовой диафрагмы принимает участие
- а) глубокая поперечная мышца промежности
 - б) мышца, поднимающая задний проход
 - в) внутренняя и наружная запирающие мышцы
 - г) грушевидная мышца
 - д) правильно б) и г)
026. В полости малого таза окружены висцеральной фасцией
- 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
027. В полости малого таза выделяют
- а) один этаж
 - б) два этажа
 - в) три этажа
 - г) четыре этажа
 - д) пять этажей
028. Распространение гноя на бедро, во влагалище прямых мышц живота

и в брюшную полость происходит из следующего клетчаточного пространства таза

- а) позадипрямокишечного
- б) предпузырного
- в) боковых клетчаточных пространств таза
- г) всех вышеперечисленных
- д) правильно а) и б)

029. Дренирование предпузырного клетчаточного пространства по Буяльскому - Мак - Уортеру осуществляется

- а) из мочеполовой диафрагмы
- б) из глубокой поперечной мышцы промежности
- в) из внутренней и наружной запирающих мышц, запирающей мембраны
- г) из передней части тазовой и мочеполовой диафрагмы
- д) правильно а) и б)

030. Наружный сфинктер мочевого пузыря расположен

- 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)

031. Пузырные артерии отходят

- а) от нижней прямокишечной артерии
- б) от наружной подвздошной артерии
- в) от внутренней подвздошной артерии
- г) от артерии яичка
- д) от запирающей артерии

032. Срамной и сосудисто-нервный пучок в полости малого таза расположен

- а) в нижнем этаже
- б) в среднем этаже
- в) в верхнем этаже
- г) во всех этажах
- д) только б) и в)

033. Мочеточник по отношению к артерии яичка у пограничной линии таза расположен

- а) спиралеобразно
- б) впереди от артерии яичка
- в) над артерией
- г) под артерией
- д) сзади от яичковой артерии

034. Правый мочеточник у пограничной линии таза перекрещивается

- а) с общей подвздошной артерией
- б) с наружной подвздошной артерией
- в) с внутренней подвздошной артерией
- г) с подчревной артерией
- д) с запирающей артерией

035. Левый мочеточник у пограничной линии таза перекрещивается

- а) с общей подвздошной артерией

- б) с наружной подвздошной артерией
 - в) с внутренней подвздошной артерией
 - г) с подчревной артерией
 - д) с запирающей артерией
036. Кровоснабжение предстательной железы осуществляют
- а) ниже-пузырные артерии
 - б) средне-прямокишечные артерии
 - в) запирающие артерии
 - г) ниже-ягодичные артерии
 - д) правильно а) и б)
037. В пузырно-простатической борозде расположены
- а) вена
 - б) артерия
 - в) лимфатический сосуд
 - г) все перечисленное
 - д) только а) и в)
038. К основанию предстательной железы прилежит
- а) дно мочевого пузыря
 - б) семенные пузырьки
 - в) ампулы семявыносящих протоков
 - г) все перечисленное
 - д) правильно а) и б)
039. Мочеиспускательный канал прободает мочеполовую диафрагму
- а) простатической частью
 - б) перепончатой частью
 - в) пещеристой частью
 - г) ни одной из вышеназванных
 - д) простатической и перепончатой частями
040. Кровоснабжение полового члена осуществляется
- а) наружными половыми артериями
 - б) внутренними половыми артериями
 - в) внутренними и наружными половыми артериями
 - г) запирающими артериями
 - д) нижепрямокишечными артериями
041. Сужение мужской уретры является наиболее коротким и наиболее узким
- а) у места перехода мочевого пузыря в мочеиспускательный канал
 - б) в области наружного отверстия уретры
 - в) в области перепончатой части мочеиспускательного канала
 - г) во всех указанных местах сужения уретры
 - д) правильно а) и б)
042. При патологических условиях серозная жидкость (водянка яичка) может скапливаться между
- а) наружной и внутренней семенной фасцией
 - б) внутренней семенной фасцией и собственной влагалищной оболочкой яичка
 - в) наружной семенной фасцией и мясистой оболочкой

- г) белочной оболочкой яичка
и висцеральным листком собственной влагалищной оболочки яичка
- д) париетальным и висцеральным листками
собственной влагалищной оболочки яичка

043. Яичко покрывают

- а) четыре слоя мошонки
- б) пять слоев мошонки
- в) шесть слоев мошонки
- г) семь слоев мошонки
- д) восемь слоев мошонки

044. Брюшиннопромежностный апоневроз расположен между

- а) мочевым пузырем и ампулой прямой кишки
- б) мочевым пузырем и анальной частью прямой кишки
- в) семенными пузырьками и анальной частью прямой кишки
- г) предстательной железой и анальной частью прямой кишки
- д) семенными пузырьками, ампулами семявыносящих протоков,
предстательной железой и анальной частью прямой кишки

045. При выполнении внутритазовой анестезии по Школьникову

- новокаин вводят в фасциальный футляр
- а) подвздошно-поясничной мышцы
- б) наружной запирающей мышцы
- в) внутренней запирающей мышцы
- г) мышцы, поднимающей задний проход
- д) грушевидной мышцы

046. Запирающий нерв происходит

- а) из нижнего брыжеечного сплетения
- б) из подвздошного сплетения
- в) из крестцового сплетения
- г) из поясничного сплетения
- д) правильно а) и б)

047. Наружный сфинктер мочевого пузыря получает двигательные волокна

- а) от подвздошно-пахового нерва
- б) от подвздошно-подчревного нерва
- в) от седалищного нерва
- г) от запирающего нерва
- д) от срамного нерва

048. Срамной нерв выходит из полости таза

- а) над грушевидным отверстием
- б) под грушевидным отверстием
- в) через малое седалищное отверстие
- г) через запирающее отверстие
- д) через большое отверстие

049. Быстрое метастазирование клеток опухоли яичка возможно

- а) в поверхностные и глубокие паховые лимфатические узлы
- б) во внутренние подвздошные лимфатические узлы

- в) в поясничные лимфатические узлы
- г) в общие подвздошные лимфатические узлы
- д) в запирающие лимфатические узлы

050. Подчревное нервное сплетение расположено

- а) на внутренней запирающей мышце
- б) на грушевидной мышце
- в) на подвздошной мышце
- г) на мышце, поднимающей задний проход
- д) на большой поясничной мышце

6.3. Рекомендуемая литература

Основная литература:

Интернет-ресурс «Консультант врача»

1. Урология. Российские клинические рекомендации [Электронный ресурс] / под ред. Ю.Г. Аляева, П.В. Глыбочко, Д.Ю. Пушкаря - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431269.html>.
2. Урология [Электронный ресурс] / под ред. Н.А. Лопаткина - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427590.html>
3. Лучевая диагностика и терапия в урологии [Электронный ресурс] : национальное руководство / Гл. ред. тома А. И. Громов, В. М. Буйлов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - (Серия "Национальные руководства по лучевой диагностике и терапии" / гл. ред. серии С. К. Терновой)." - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970420188.html>
4. Гидронефроз [Электронный ресурс] / Под ред. П.В. Глыбочко, Ю.Г. Аляева - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970419069.html>
5. Мочекаменная болезнь: современные методы диагностики и лечения [Электронный ресурс] / Аляев Ю.Г., Газимиев М.А., Руденко В.И. и др. / Под ред. Ю.Г. Аляева - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970412510.html>
6. Болезни предстательной железы [Электронный ресурс] / Под ред. Ю.Г. Аляева - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - (Серия "Библиотека врача-специалиста"). - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970408704.html>
7. Онкоурология [Электронный ресурс] : национальное руководство / Под ред. В.И. Чиссова, Б.Я. Алексеева, И.Г. Русакова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970421819.html>
8. "Рациональная фармакотерапия в урологии : Compendium [Электронный ресурс] / Н. А. Лопаткин, Т. С. Перепанова - М. : Литтерра, 2015. - (Серия "Рациональная фармакотерапия : Compendium")." - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501501.html>

Дополнительная литература:

Интернет-ресурс «Консультант врача»

1. Урология. От симптомов к диагнозу и лечению. Иллюстрированное руководство [Электронный ресурс] : учеб. пособие / под ред. П. В. Глыбочко, Ю. Г. Аляева, Н. А. Григорьева - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428467.html>
2. Бесплодие. Диагностика, современные методы лечения [Электронный ресурс] / Н. М. Подзолкова [и др.] - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444764.html>
3. Простатит. Диагностика и лечение [Электронный ресурс] / Кульчавеня Е.В., Неймарк А.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970414958.html>
4. Нарушения мочеиспускания [Электронный ресурс] / Гаджиева З.К. / Под ред. Ю.Г. Аляева - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970413890.html>
5. Амбулаторно-поликлиническая андрология [Электронный ресурс] / А. В. Сагалов - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442074.html>
6. Ошибки и осложнения в урогинекологии [Электронный ресурс] / Пушкарь Дмитрий Юрьевич, Касян Геворг Рудикович - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442128.html>
7. Недержание мочи у женщин [Электронный ресурс] / Неймарк А.И., Раздорская М.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423363.html>