

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 2021 года, протокол № 1

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


СОГЛАСОВАНО  
Проректор по послевузовскому и дополнительному  
профессиональному образованию,  
д.м.н., профессор Ю.С. Александрович




**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ  
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**  
выпускников основной профессиональной образовательной программы высшего  
образования – программы ординатуры по специальности  
**31.08.68 «Урология»**

Санкт-Петербург  
2021 г.

Разработчики:

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>

рассмотрен и одобрен на заседании кафедры

	Урологии <small>название кафедры</small>	
« 30 » 08 2021 г.,	Урологии <small>название кафедры</small>	протокол заседания № 1
Заведующий кафедрой Д.м.н., профессор <small>(должность, ученое звание, степень)</small>	 <small>(подпись)</small>	И.Б. Осипов <small>(расшифровка)</small>

**ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ**  
Перечень компетенций и этапы их формирования по уровням освоения.

№ п/п	Номер / индекс компетенции	Содержание компетенции (или ее части)	В результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны:		
			Знать	Уметь	Владеть
<b>Универсальные компетенции</b>					
1	УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	особенности получения непосредственной информации об объектах и событиях в форме индивидуальных конкретно-чувственных образов и данных	в массиве данных обнаруживать причинно-следственные связи	методиками проведения психологических замеров и тестирований
2	УК-2	готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	иметь понятие о врачебной этике и деонтологии, факторах, определяющих личность и профессионализм врача; основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения Общественно значимые моральные нормы и основы нравственного поведения;	организовать эффективную, сплочённую команду профессиональных специалистов, способных решать широкий спектр вопросов в организации, диагностике и лечении пациентов с уро-андрологической патологией	основами педагогики и психологии
3	УК-3	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	составные части гуманизационного образования, компетентностного подхода в образовании, профильного обучения; Ключевые ценности профессиональной педагогической деятельности; ключевые этнокультурные и конфессиональные	внедрять в педагогическую практику новые методики, технологии и программы.	современными педагогическими методами и технологиями

		высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющем функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения	ценности участников образовательного процесса; Педагогические технологии; Методы организации самостоятельной работы, развития творческих способностей и профессионального мышления обучающихся; Методы педагогической диагностики и контроля усвоения программного материала;		
<b>Профессиональные компетенции</b>					
<i>профилактическая деятельность:</i>					
4	ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	основы первичной профилактики заболеваний и санитарно-просветительской работы; принципы социальной гигиены, биосоциальные аспекты здоровья и болезни	составить план профилактических мероприятий	навыками работы с группами риска
5	ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного	основные вопросы урологии, функциональной и лучевой диагностики, применительно к методам диагностики и лечения заболеваний органов мочеполовой	выявить специфические анамнестические особенности; определять характер и выраженность отдельных признаков; оформлять учетно-	способностью сопоставлять выявленные при исследовании признаки с данными клинических и лабораторно-инструментальных

		наблюдения за здоровыми и хроническими больными	системы.	отчетную документацию	методов исследования; методами ультразвуковой диагностики заболеваний органов мочеполовой системы
6	ПК-3	готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	основы эпидемиологии; особенности эпидемического процесса; Основы организации и проведения санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в очагах особо опасных инфекций, в чрезвычайных ситуациях природного и техногенного характера мирного и военного времени. Организацию защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки и стихийных бедствиях;	организовать противоэпидемические мероприятия; режимно-ограничительные мероприятия; ветеринарно-санитарные и дератизационные мероприятия	понятием о качестве и эффективности профилактических и противоэпидемических мероприятий; системой регистрации инфекционных больных
7	ПК-4	готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	основы медицинской статистики, учета и анализа основных показателей здоровья детского населения и подростков; основы медицинского страхования и деятельности медицинского учреждения в условиях страховой медицины	проводить сбор и медико-статистический анализ информации о показателях здоровья населения в различных возрастно-половых группах, характеризующих состояние их здоровья	методиками, социально-гигиенического мониторинга; методами статистической оценки данных
<b>диагностическая деятельность:</b>					
8	ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний,	Теоретические основы построения диагноза; основные разделы МКБ, общие принципы и основные методы клинической,	Диагностировать у пациента основные патологические симптомы и синдромы	навыками обследования больного с патологией органов мочеполовой системы

		нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	инструментальной и лабораторной диагностики функционального состояния органов и систем организма		
<b>лечебная деятельность:</b>					
9	ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов нуждающихся в оказании урологической медицинской помощи	Клиническую симптоматику основных урологических заболеваний в различных возрастных группах, их диагностику, лечение и профилактику. Общие вопросы организации хирургической и урологической помощи населению в стране, организацию работы скорой и неотложной медицинской помощи населению. Основы медицинской этики и деонтологии в урологии	определять показания и целесообразность к проведению ультразвукового, рентгенологического, инструментального, функционального исследования; выбирать адекватные методы исследования	методиками проведения диагностических и лечебных вмешательств у пациентов с заболеваниями органов мочеполовой системы; навыками для выполнения оперативных вмешательств в урологии;
10	ПК-7	готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	Методологические и правовые основы организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации. Общую характеристику и медико-санитарные последствия чрезвычайных ситуаций; классификацию, определение и источники чрезвычайных ситуаций. Типовую учетно-отчетную медицинскую документацию в	Оценивать тяжесть состояния больного, принимать необходимые меры для выведения больного из опасного состояния, определять объем и последовательность реанимационных мероприятий, оказывать экстренную помощь; Знать, диагностировать, оказывать необходимую помощь и осуществлять профилактику неотложных состояний и осложнений: травматический шок, бактериотоксический	навыками оказания экстренной помощи при шоке, острой дыхательной, сердечной, почечной недостаточности.

			<p>медицинских организациях в чрезвычайных ситуациях. Организацию лечебно-эвакуационных мероприятий, типичные диагностические и лечебные мероприятия первичной врачебной медико-санитарной помощи. Основы организации скорой медицинской помощи в медицине катастроф, принципы санитарно-авиационной эвакуации; Особенности медицинского снабжения организаций и формирований, предназначенных для медико-санитарного обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях различного характера; Особенности оказания и организации хирургической помощи в чрезвычайных ситуациях и при катастрофах, террористических актах и локальных вооруженных конфликтах.</p>	<p>шок, острая кровопотеря раневая инфекция, острая дыхательная и сердечная недостаточность острая почечная недостаточность, включая crash-синдром.</p>	
<b>реабилитационная деятельность:</b>					
1 1	ПК-8	<p>готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в</p>	<p>основы реабилитации и курортологии; основы общей патологии человека, иммунобиологии и реактивности организма</p>	<p>учесть деонтологические проблемы при принятии решения; квалифицированно оформлять медицинское заключение</p>	<p>основами психологии; последовательным и комплексным подходом к проведению медицинской реабилитации</p>

		медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении			
<b>психолого-педагогическая деятельность</b>					
1 2	ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	основы первичной профилактики заболеваний и санаторно-просветительной работы	Проводить санитарно-просветительную работу, включающую ознакомление с теоретическими основами урологической патологии	основами педагогики; навыками работы с пациентами и членами их семей
<b>организационно-управленческая деятельность:</b>					
1 3	ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения; общие вопросы организации медицинской помощи в Российской Федерации; нормативные правовые акты, регулирующие деятельность врача детского уролога-андролога. Правила внутреннего трудового распорядка; правила по охране труда и пожарной безопасности; санитарные правила и нормы функционирования учреждения здравоохранения. Принципы организации лечебно-диагностического процесса в медицинской организации; Правовые, организационные, экономические аспекты применения	организовать в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала	опыт руководящей работы; опыт распределения обязанностей персонала и контроля за выполнением этих обязанностей

			<p>современных информационно-коммуникационных технологий в здравоохранении;</p> <p>Организацию, оборудование и оснащение урологического кабинета поликлиники, инструменты и оборудование для урологических манипуляций, эндоскопических и открытых оперативных вмешательств, оборудование отделений гемодиализа, гемосорбции, плазмафереза.</p> <p>Оборудование операционной, эндоскопического кабинета, палаты интенсивной терапии, особенности работы и технику безопасности при эксплуатации аппаратуры</p>		
<b>1 4</b>	<b>ПК-11</b>	<p>готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей</p>	<p>современные представления о качестве и дефекте оказания медицинской помощи;</p> <p>законодательные акты РФ в стандарте экспертной оценки</p>	<p>определить правильность выбора медицинской технологии; степень достижения запланированного результата</p>	<p>методикой оценки типовых медико-статистических показателей</p>
<b>1 5</b>	<b>ПК-12</b>	<p>готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации</p>	<p>основы организации и тактики специализированных подразделений медицинской службы в чрезвычайных ситуациях, боевых действиях</p>	<p>организовать эффективную медицинскую сортировку больных и раненых пациентов</p>	<p>навыками по оказанию плановой и неотложной помощи</p>

### **ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

основной профессиональной образовательной программы высшего образования - программы ординатуры по специальности 31.08.68 «Урология»

№	Контролируемые разделы дисциплины	Индекс контролируемой компетенции (или её части)	Оценочные средства	Способ контроля
			наименование	
1.	Б.1Б.1 «Урология»	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10 ПК-11	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно
2.	Б.1Б.2 «Общественное здоровье и здравоохранение»	УК-1 УК-2 ПК-1 ПК-4 ПК-9 ПК-10 ПК-11	- вопросы - тесты	- устно - тестирование
3.	Б.1Б.3 «Педагогика»	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-9	- вопросы - тесты	- устно - тестирование
4.	Б.1Б.4 «Патология»	УК-1 ПК-5	- вопросы - тесты	- устно - тестирование
5.	Б.1Б.5 «Медицина чрезвычайных ситуаций»	УК-1 ПК-3 ПК-7 ПК-12	- тесты	- тестирование
6.	Б.1.В.ОД.1 «Хирургия»	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	- вопросы - тесты	- устно - тестирование
7.	Б.1.В.ДВ.1 «Детская урология-андрология»	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно
8.	Б.1.В.ДВ.2 «Основы медицинской статистики»	УК-1 ПК-4 ПК-10 ПК-11	- вопросы - тесты	- устно - тестирование
9.	Б.2.1 Производственная практика (базовая часть)	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно

		ПК-8 ПК-9		
10.	Б.2.2 Производственная практика (вариативная часть)	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно

Матрица компетенций выпускника, формируемых в результате освоения аккредитуемой ОП по специальности 31.08.68 Урология

Индекс	Наименование учебных циклов, разделов, модулей, практик и ГИА	УК-1	УК-2	УК-3	ПК-1	ПК-2	ПК-3	ПК-4	ПК-5	ПК-6	ПК-7	ПК-8	ПК-9	ПК-10	ПК-11	ПК-12	Промежуточная аттестация	Семестр
<b>Б1.Б</b>	<b>Базовая часть</b>																	
Б1.Б.1	Урология	+			+	+			+	+		+		+	+		1,2,3,4	1,2
Б1.Б.2	Общественное здоровье и здравоохранение	+	+		+			+					+	+	+			1
Б1.Б.3	Педагогика	+	+	+									+					2
Б1.Б.4	Микробиология	+							+									1
Б1.Б.5	Гигиена и эпидемиология чрезвычайных ситуаций	+					+				+					+		2
<i>Б1.В</i>	<i>Вариативная часть</i>																	
<i>Б1.В.ОД</i>	<i>Обязательные дисциплины</i>																	
Б1.В.ОД.1	Хирургия	+			+	+	+		+	+		+						1
<i>Б1.В.ДВ</i>	<i>Дисциплины по выбору</i>																	
Б1.В.ДВ.1.1	Детская урология-андрология	+			+	+			+	+								2
Б1.В.ДВ.1.2	Основы медицинской статистики	+						+						+	+			2
<b>Б2</b>	<b>Практики</b>																	
Б2.1	Производственная практика (Баз)	+			+	+	+		+	+	+	+	+				2,3,4	2,3,4
Б2.2	Производственная практика (Вар)	+			+	+			+	+		+	+				4	4
<b>Б3</b>	<b>Государственная итоговая аттестация</b>	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		4

## КОНТРОЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ И ИНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ОЦЕНКИ

знаний, умений, навыков, характеризующие этапы формирования компетенций в процессе освоения дисциплины основной профессиональной образовательной программы высшего образования - программы ординатуры по специальности

### 31.08.68 «Урология»

№	Индекс компетенции	Наименование контрольных мероприятий			
		Тестирование	Собеседование	Выполнение практических навыков	Решение задач
		Наименование материалов оценочных средств			
		Тесты	Вопросы собеседования	Алгоритмы практических навыков	Задачи
№ задания					
1	УК-1	1-1033(блок1-8)	1-100	1-28	1-20
2	ПК-1	50-188(блок3) 22-170(блок6) 10-50(блок7) 1-55(блок8)	14-100	1-6	1-20
3	ПК-2	1-67(блок4) 33-178(блок6) 12-46(блок8)	14-38, 49-73, 92-100	1-6	1-20
4	ПК-5	1-120(блок1) 1-109(блок2) 1-255(блок3) 1-67(блок4) 1-107(блок5) 1-188(блок6) 1-60(блок7) 1-55(блок8)	7-13	1-6, 10-16, 20,28	1-20
5	ПК-6	1-109(блок2) 1-255(блок3) 1-67(блок4) 1-107(блок5) 1-188(блок6) 1-60(блок7) 1-55(блок8)	14-100	12,15,17- 19,21-28	1-20
6	ПК-8	1-255(блок3) 1-67(блок4)	22-38, 67-73		1-20
7	ПК-10	1-120(блок1)	7-100		
8	ПК-11	1-120(блок1)	7-100		

### Перечень вопросов для проведения устного 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.
21. Аномалии яичек. Крипторхизм. Перекрут яичка. Оперативное лечение. Осложнения.
22. Острый и хронический цистит. Этиология. Патогенез. Классификация. Диагностика. Лечение.
23. Острый пиелонефрит. Пути проникновения инфекции. Виды возбудителей. Диагностика. Принципы лечения.
24. Хронический пиелонефрит. Пионефроз. Диагностика, лечение.
25. Пиелонефрит беременных и послеродового периода.
26. Забрюшинный фиброз. Диагностика. Лечение.
27. Хронический пиелонефрит. Этиология. Патогенез: факторы перехода острого пиелонефрита в хронический. Классификация по активности воспаления. Патанатомия. Симптоматология. Диагностика. Лечение.
28. Апостематозный нефрит. Этиология, клиника, осложнения, диагностика, лечение
29. Абсцесс и карбункул почки. Причины, клиника, диагностика, лечение, осложнения, прогноз
30. Уретрит. Простатит. Клиника, диагностика, лечение.
31. Мочекаменная болезнь. Этиология и патогенез заболевания. Виды камней по химическому составу, клиническое значение.
32. Осложнения мочекаменной болезни. Диагностика, лечение.
33. Методы диагностики при мочекаменной болезни и камнях мочевого пузыря.
34. Дистанционная ударно-волновая литотрипсия при лечении больных с уролитиазом. Принцип метода, показания и противопоказания к применению.
35. Уретероскопия и контактная уретеролитотрипсия. Виды контактных литотриптеров, показания и противопоказания к применению.
36. Чрескожная нефролитотрипсия. Показания к применению, техника выполнения.
37. Двусторонний и рецидивный уролитиаз. Особенности диагностики. Роль определения паратгормона в диагностике. Лечебная тактика.
38. Камни мочевого пузыря, простаты, уретры. Клиника, диагностика, лечение.
39. Травматические повреждения почек. Классификация, особенности клинических проявлений, диагностика, лечение, прогноз

40. Травматические повреждения мочеточников. Классификация, особенности клинических проявлений, диагностика, лечение, прогноз
41. Травматические повреждения мочевого пузыря. Классификация, особенности клинических проявлений, диагностика, лечение, прогноз.
42. Внебрюшинный разрыв мочевого пузыря. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
43. Внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
44. Травматические повреждения уретры. Классификация, особенности клинических проявлений, диагностика, лечение, прогноз.
45. Посттравматические стриктуры уретры. Хирургическое лечение.
46. Инородные тела мочевого пузыря и уретры. Клиника, диагностика, лечение.
47. Травматические повреждения органов мошонки. Классификация, особенности клинических проявлений, диагностика, лечение, прогноз
48. Травматические повреждения полового члена. Классификация, особенности клинических проявлений, диагностика, лечение, прогноз
49. Опухоли паренхимы почки. Классификация. Прогноз. Диагностика, лечение.
50. Опухоль Вилмса. Клиника, диагностика, лечение, прогноз.
51. Опухоли почечной лоханки и мочеточника. Патогенез, диагностика, лечение
52. Европейский стандарт лечения рака почки.
53. Современные подходы к медикаментозному лечению рака мочевого пузыря
54. Критерии оценки результатов хирургического лечения рака простаты.
55. Поверхностные новообразования мочевого пузыря. Классификация, прогнозирование клинического течения, диагностика, лечение.
56. Доброкачественные новообразования мочевого пузыря. Клиника, диагностика, лечение.
57. Инвазивный рак мочевого пузыря. Диагностика, лечение.
58. Гиперплазия простаты. Этиология, клиника, диагностика, лечение, прогноз.
59. Гиперплазия простаты. Консервативное лечение.
60. Виды аденомэктомии. Показания, осложнения.
61. Рак простаты. Дифференциальная диагностика с гиперплазией, простатитом, туберкулезом.
62. Рак предстательной железы. Диагностика. Прогнозирование клинического течения. Методы лечения.
63. Герминогенные опухоли яичек. Клиника, диагностика, лечение, прогноз.
64. Негерминогенные опухоли яичек. Клиника, диагностика, лечение, прогноз.
65. Нейрогенный мочевой пузырь. Причины, клиника, диагностика, лечение, осложнения, прогноз.
66. Опухоли полового члена. Классификация, клиника, диагностика, лечение, прогноз.
67. Туберкулез почки. Этиология и патогенез. Классификация.
68. Симптоматика, клиническое течение, диагностика туберкулеза почки.  
Дифференциальная диагностика туберкулеза почки с хроническим неспецифическим пиелонефритом. Актиномикоз мочеполовых органов.
69. Туберкулез мочевого пузыря. Этиология и патогенез. Диагностика, лечение.
70. Туберкулез придатка яичка. Этиология, патогенез. Диагностика и лечение.
71. Туберкулез мужских половых органов. Симптоматика, клиническое течение, диагностика, лечение.
72. Фармакотерапия при туберкулезе мочевых и половых органов. Критерии излеченности. Диспансерное наблюдение.
73. Осложнения туберкулеза мочевых и половых органов. Диагностика, лечение. Прогноз
74. Копулятивные расстройства у мужчин. Распространенность, классификация.
75. Междисциплинарный подход при диагностике мужчин с эректильной дисфункцией.
76. Консервативное и оперативное лечение при эректильной дисфункции
77. Диагностика и лечение нарушений эякуляции
78. Гипогонадизм. Клиническая картина, диагностика, лечение.
79. Мужское бесплодие. Распространенность, диагностика

80. Интерпретация спермограмм.
81. Методы консервативного и оперативного лечения при мужском бесплодии. Роль вспомогательных репродуктивных технологий.
82. Консервативные методы лечения при эректильной дисфункции
83. Оперативные методы лечения при эректильной дисфункции
84. Диагностика и лечение при болезни Пейрони.
85. Интерсексуализм. Диагностика. Классификация и основные формы.
86. Определение пола. Ложный мужской гермафродитизм. Ложный женский гермафродитизм.
87. Смешанная дисгенезия гонад. Диагностика.
88. Гермафродитизм. Классификация, морфология, диагностика.
89. Истинный гермафродитизм. Диагностика.
90. Коррекция пола. Юридические и морально-этические аспекты коррекции пола.
91. Коррекция пола. Хирургические аспекты.
92. Недержание мочи у женщин. Виды, диагностика.
93. Консервативное лечение при недержании мочи у женщин. Гиперактивный мочевой пузырь.
94. Оперативное лечение при недержании мочи у женщин.
95. Мочеполовые свищи у женщин. Диагностика, лечение.
96. Пиелонефрит беременных и послеродового периода.
97. Доброкачественные опухоли уретры у женщин. Диагностика, лечение.
98. Злокачественные новообразования уретры у женщин. Диагностика, лечение.
99. Выпадение слизистой уретры у женщин.
100. Стенозы и стриктуры уретры у женщин. Диагностика, лечение.

#### **Критерии оценивания ответов на вопросы устного собеседования:**

«**Отлично**» - всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала, основной и дополнительной литературы, взаимосвязи основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии. Проявление творческих способностей в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

«**Хорошо**» - полное знание учебного материала, основной рекомендованной к занятию. Обучающийся показывает системный характер знаний по дисциплине и способен к самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

«**Удовлетворительно**» - знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знаком с основной литературой, рекомендованной к занятию. Обучающийся допускает погрешности, но обладает необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

«**Неудовлетворительно**» - обнаруживаются существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допускаются принципиальные ошибки при ответе на вопросы.

#### **Задачи для проведения собеседования**

##### 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, мочевого пузыря над лоном не пальпируется. При УЗИ отмечается умеренное расширение ЧЛС и пиелoureтерального сегмента с обеих

сторон, данных за наличие конкрементов не получено. При Обзорной Rg 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 8,0х6,0х4,0см. 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 лоном 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  $38,6^{\circ}\text{C}$ . 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?

#### Задача 6

У беременной со сроком 32 недели появилась резкая боль в правой поясничной области, температура тела повысилась до  $38,0^{\circ}\text{C}$ .

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?
7. Какие препараты применяют для антибактериальной терапии при этом заболевании?

#### Задача 7

У больного 40 лет коралловидный рентгеноконтрастный камень лоханки (внутрипочечного типа) без нарушения уродинамики, хронический латентный пиелонефрит.

1. Какие дополнительные методы диагностики следует выполнить?
2. Какое лечение ему показано? Почему?

#### Задача 8

На приеме женщина 45 лет длительно страдающая коралловидным нефролитиазом справа, отмечается гидрокаликоз, клинически - активная фаза хронического пиелонефрита.

1. Какое лечение показано?
2. Почему?

#### Задача 9

Двусторонние камни нижней трети мочеточников, почечная колика и острый гнойный пиелонефрит справа. Бактериемический шок.

1. Какая экстренная помощь выполняется в данной ситуации?
2. Какой прогноз?

#### Задача 10

Программист 24 лет обратился в клинику урологии с жалобами на периодические тянущие боли в поясничной области справа. В анамнезе у пациента неоднократная ДУВЛ справа по поводу камней. При осмотре не лихорадит. Поясничные области визуально не изменены. Живот мягкий, безболезненный, почки не пальпируются, мочевого пузыря над лоном не пальпируется. При УЗИ ЧЛС расширена справа, лоханка до 5,0см, чашечки до 3,0см, пиелоуретеральный сегмент не визуализируется, данных за наличие конкрементов не получено. При обзорной Rg-мме данных за наличие Rg-контрастных конкрементов не получено. При в/в урографии выведение контрастного вещества правой почкой на 40 минуте, отмечается расширение ЧЛС и в/3 левого мочеточника, конкременты не визуализируются, отмечается непротяженное сужение прилоханочного отдела правого мочеточника.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие АМПС могли стать причиной данной патологии?
3. Диагностический план?
4. Назовите имеющиеся и возможные осложнения данного заболевания.
5. Какие методы лечения данного заболевания?

#### Задача 11

Больной 19 лет доставлен в состоянии шока по скорой. На момент осмотра АД 80/60мм рт.ст., кожные покровы бледные. Со слов родственников известно, что накануне был избит на улице тупым предметом. Утром почувствовал ухудшение состояния, потерял сознание. При осмотре в поясничной области отмечается обширная гематома. При в/в урографии почки расположены обычно, ЧЛС не расширены с обеих сторон, выделительная функция своевременна с обеих сторон, дефектов, вытекания контраста за пределы не определяется. В общем анализе мочи Эр 10-20 в п/зр, Лейк 1-2, в клиническом анализе крови Нб 80 г/л.

1. Объясните возможную причину этого кровотечения.
2. Каков алгоритм экстренных мероприятий?
3. Какой можно предложить дальнейший диагностический план?
4. Какова дальнейшая тактика ведения?

#### Задача 12

Женщина 30 лет предъявляет жалобы на периодические боли в низу живота, преимущественно справа, нарушение менструального цикла. Гинекологической патологии

выявлено не было. Также последнее время беспокоит учащенное мочеиспускание. Длительное время лечилась от цистита у уролога по месту жительства без эффекта. Общий анализ мочи и клинический анализ крови в норме.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Каков план диагностики?
3. Назовите имеющиеся и возможные осложнения данного заболевания.
4. Какие методы лечения данного заболевания?

#### Задача 13

Больной, 32 года, обратился с жалобами на тупые боли в левой половине мошонки, периодическую субфебрильную температуру. Больным себя считает в течение 5 месяцев, когда впервые появились вышеуказанные жалобы, подъем температуры тела до 38 °С. Лечился амбулаторно и стационарно по поводу хронического эпидидимита - с кратковременным эффектом. При сборе анамнеза выяснилось, что в течение последних лет проживает в коммунальной квартире и имел контакт с больным туберкулезом легких. При объективном исследовании органы правой половины мошонки не изменены. Слева придаток увеличен, уплотнен, с участками рубцовых втяжений, имеется локальный участок плотно спаянной с ним кожи.

1. Предложите план диагностических мероприятий
2. От чего будет зависеть выбор метода лечения?

#### Задача 14.

У больного 25 лет с перемежающейся пиурией методом флотации из мочи выделены микобактерии туберкулеза. По данным урографии отмечено снижение функции правой почки, где имеется изолированная округлая полость. При посеве мочи на обычные среды получен рост кишечной палочки.

1. Какие дополнительные методы диагностики следует выполнить?
2. От чего будет зависеть выбор метода лечения?

#### Задача 15.

Больной жалуется на неравномерные образования и уплотнения в области левого яичка. Пять дней назад отметил резкие боли в области мошонки, отек ее левой половины, повышение температуры тела.

1. Какой диагноз заподозрите?
2. Какие методы обследования назначите?

#### Задача 16.

Больной 34 лет, с травмой промежности с 3х дневной давности. У больного лихорадка до 38,7, припухлость и резкая болезненность промежности, мочится по каплям, уретроррагия, над лоном пальпируется мочевого пузыря.

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Какие методы диагностики потребуются для уточнения диагноза?
3. Имеется ли необходимость в проведении дифференциального диагноза с другими заболеваниями, если имеется – то с какими?
4. Какое лечение будет являться лечением первой линии? Консервативное или оперативное?

5. Какое консервативное лечение назначите?
6. Какую операцию следует выполнить больному?

Задача 17.

Больной женщине 45 лет накануне выполнена надвлагалищная ампутация матки. К вечеру обнаружилось, что больная не мочится.

1. Ваш предварительный диагноз
2. Составьте план обследования больного
3. В каких случаях при этом заболевании может потребоваться оперативное лечение?
4. Какой объем оперативного вмешательства потребуется?
5. Часто ли приходится сталкиваться с таким видом патологии в урологической практике?
6. Опишите возможные варианты оперативного приема при данной патологии.

Задача 18.

У больного 25 лет высокие цифры артериального давления 180 /110 мм рт. ст. в течение 5 лет. Шесть лет тому назад перенес травму поясничной области. Артериальная гипертония прогрессирует. Гипотензивная терапия мало эффективна. На обзорной рентгенограмме мочевых путей контуры почек не видны, теней подозрительных на конкременты нет. На экскреторной урограмме справа контрастное вещество выполняет неизмененную чашечно-лоханочную систему, слева контрастное вещество не прослеживается.

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Какие методы диагностики потребуются для уточнения диагноза?
3. С какими заболеваниями требуется проводить дифференциальную диагностику?
4. Какую операцию следует выполнить больному?
5. С какими интраоперационными осложнениями хирург может столкнуться при таких вмешательствах?

Задача 19.

Пациент 64 лет, обратился к урологу с жалобами на вялую, прерывистую струю мочи, периодические боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку. При УЗИ объем предстательной железы 45 см<sup>3</sup>, вдается в мочевой пузырь за счет средней доли, объем остаточной мочи 40 мл при наполнении мочевого пузыря до 250 мл. Из анамнеза известно, что в течение 2 лет принимает Омник с незначительным эффектом, уровень ПСА общ. в прошлом году составлял 1,43 нг\мл, в текущем году – 4,97 нг\мл. Соотношение ПСАсвоб/ПСАобщ составляет 17%. При пальцевом ректальном исследовании железа несколько увеличена, безболезненна, консистенция плотно-эластическая. Тактика ведения больного.

1. Предложите план диагностики
2. В чем будет заключаться дифференциальная диагностика?
3. Назовите возможные способы хирургического лечения

Задача 20.

При профилактическом осмотре у пациентки 49 лет в общем анализе мочи выявлены неизмененные эритроциты в количестве 25-27 в п\зр, лейкоциты 1-2 в п\зр, эпителий переходный – незначительное количество. По данным УЗИ почек и мочевого пузыря почки

обычных размеров, ЧЛС не расширена с обеих сторон, конкрементов не лоцируется. Стенки мочевого пузыря без патологических изменений. При анализе мочи по Нечипоренко эритроцитов более 4000 в 1 мл. Диагностическая и лечебная тактика.

1. Предложите план диагностики

2. В чем будет заключаться дифференциальная диагностика?

3. Назовите возможные способы хирургического лечения

### **Критерии оценки:**

«**Отлично**» - правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, ответы изложены логично и полно.

«**Хорошо**» - правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, полнота ответа составляет 2/3.

«**Удовлетворительно**» - правильные ответы даны на 2/3 вопросов, выполнены 2/3 заданий, большинство (2/3) ответов краткие, неразвернутые.

«**Неудовлетворительно**» - правильные ответы даны на менее 1/2 вопросов, выполнены менее 1/2 заданий, ответы краткие, неразвернутые, «случайные».

### **Тесты**

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. Влагище прямой мышцы живота прикреплено

- а) к переднему листку
- б) к заднему листку
- в) к обоим листкам своего влагища
- г) не фиксировано ни к какому листку
- д) к косым мышцам

004. В создании влагища 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) кпереди 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) околободочной 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 Буальскому - 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) кзади 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 запирательной 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 запирательной артерией

036. Кровоснабжение предстательной железы осуществляют

- а) ниже-пузырные артерии
- б) средне-прямокишечные артерии
- в) запирательные 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) запирательными 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. Запирательный 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

051. Уровень калия в сыворотке крови в норме составляет

- а) 2.25 ммоль/л
- б) 2.5 ммоль/л
- в) 3.35 ммоль/л
- г) 4.5 ммоль/л
- д) 7.6 ммоль/л

052. Концентрация калия в сыворотке крови

- а) увеличивается при алкалозе
- б) уменьшается при ацидозе
- в) увеличивается при ацидозе и уменьшается при алкалозе
- г) уменьшается при ацидозе и увеличивается при алкалозе
- д) не меняется

053. Ежедневное потребление воды взрослым человеком в среднем составляет

- а) 0.8 л
- б) 1.5 л
- в) 2.5 л
- г) 3.0 л
- д) 4.5 л

054. Ежедневная потеря воды взрослым человеком в среднем составляет

- а) 0.6 л
- б) 1.0 л
- в) 2.5 л
- г) 3.0 л
- д) 3.5 л

055. Основные клинические проявления гипокалиемии

- а) астенизация
- б) мышечная слабость
- в) дыхательные нарушения
- г) уплощение зубца T<sub>1</sub>, удлинение интервала PQ
- д) все ответы правильные

056. Основные клинические проявления гиперкалиемии являются

- а) рвота, понос
- б) аритмия, желудочный ритм
- в) мерцание желудочков
- г) остановка сердца в диастоле
- д) все ответы правильные

057. Азотистый баланс у здорового человека

- а) положительный
- б) нейтральный
- в) отрицательный
- г) верно а) и б)
- д) верно б) и в)

058. Азотистый баланс в организме - это

- а) суточная потеря азота с мочой
- б) суточное поступление азота в организм с пищей
- в) соотношение поступления азота и его потери за сутки
- г) содержание общего белка в крови
- д) содержание мочевины в крови

059. Почки выделяют с мочой всего азота

- а) 20%
- б) 40%
- в) 60%
- г) 80%
- д) 100%

060. Суммарный кровоток в почках составляет

- а) 10% минутного объема сердца
- б) 20% минутного объема сердца
- в) 30% минутного объема сердца
- г) 40% минутного объема сердца
- д) 50% минутного объема сердца

061. Скорость образования лимфы в почках приблизительно равна скорости образования мочи, т.е. составляет около

- а) 1 мл/мин
- б) 2 мл/мин
- в) 3 мл/мин
- г) 5 мл/мин
- д) 10 мл/мин

062. Ауторегуляция почечного кровотока

прекращается при снижении систолического артериального давления

- а) до 100 мм рт. ст.
- б) до 80-90 мм рт. ст.
- в) до 60-70 мм рт. ст.
- г) до 40-50 мм рт. ст.
- д) до 30-20 мм рт. ст.

063. Нормальная величина почечного кровотока у взрослого человека составляет в среднем

- а) 1600 мл/мин
- б) 1100 мл/мин
- в) 800 мл/мин
- г) 600 мл/мин
- д) 400 мл/мин

064. Нормальная величина эффективного почечного плазматочка у взрослого человека в среднем составляет

- а) 1300 мл/мин
- б) 925 мл/мин
- в) 625 мл/мин
- г) 425 мл/мин
- д) 325 мл/мин

065. Скорость клубочковой фильтрации у взрослого человека составляет в среднем

- а) 60 мл/мин
- б) 120 мл/мин
- в) 180 мл/мин
- г) 240 мл/мин
- д) 300 мл/мин

066. Для обеспечения транспорта кислорода к тканям концентрация гемоглобина в послеоперационный период должна составлять не менее

- а) 60 г/л
- б) 80 г/л
- в) 100 г/л
- г) 120 г/л
- д) 140 г/л

067. Яички являются основным элементом мужской системы воспроизведения и предназначены

- а) для воспроизводства сперматозоидов
- б) для выработки гормонов
- в) для функционирования в качестве отдельных органов
- г) для продолжения рода
- д) все ответы правильные

068. Образование мочевой кислоты из пуринов катализируется

- а) аденил-кислой дезаминазой
- б) аллантаиназой
- в) уреазой
- г) уриказой
- д) ксантаноксидазой

069. Основным источником аммиака, образованного почками, является

- а) лейцин
- б) аспаргин
- в) аланин
- г) глицин
- д) глутамин

070. Основной источник азота мочевины в моче
- аммиак, образующийся при распаде пуринов
  - аммиак, образующийся при распаде пиримидинов
  - орнитин
  - цитруллин
  - аммиак, образующийся при дезаминировании и трансаминировании аминокислот
071. Наибольшее количество щавелевой кислоты (оксалатов) экскретируется с мочой. Количество ее возрастает в моче за счет образования из
- пищевых оксалатов
  - аскорбиновой кислоты
  - избыточных углеводов
  - дезоксипиридоксина
  - всего перечисленного
072. Теоретически протеинурия может возникать в результате
- прохождения плазмы через поврежденную мембрану
  - недостаточной канальцевой реабсорбции белка
  - чрезмерной концентрации нормального белка в плазме
  - наличия нормального протеина в плазме
  - все ответы правильные

001 - в 012 - в 023 - в 034 - б 045 - а 056 - д 067 - д  
 002 - г 013 - г 024 - б 035 - а 046 - г 057 - б 068 - д  
 003 - а 014 - а 025 - а 036 - д 047 - д 058 - в 069 - д  
 004 - в 015 - а 026 - г 037 - а 048 - б 059 - г 070 - д  
 005 - б 016 - б 027 - в 038 - г 049 - в 060 - б 071 - д  
 006 - б 017 - д 028 - б 039 - б 050 - г 061 - а 072 - д  
 007 - а 018 - в 029 - в 040 - в 051 - б 062 - в  
 008 - в 019 - б 030 - а 041 - в 052 - в 063 - б  
 009 - б 020 - д 031 - в 042 - д 053 - в 064 - в  
 010 - а 021 - а 032 - а 043 - в 054 - в 065 - б  
 011 - в 022 - д 033 - д 044 - д 055 - д 066 - б

001. При камне интрамурального отдела мочеточника, нарушающего уродинамику, боли носят характер
- ноющих
  - тупых
  - острых
  - приступообразных острых
  - постоянных ноющих
002. При камне интрамурального отдела мочеточника, нарушающего уродинамику, локализация и иррадиация болей
- поясничная область без иррадиации
  - подреберье с иррадиацией под лопатку
  - боковые отделы живота с иррадиацией в поясничную область
  - паховая область с иррадиацией в бедро
  - поясничная область с иррадиацией в паховую область, внутреннюю поверхность бедра и половые органы

003. При остром паренхиматозном простатите боли
- а) постоянные ноющие
  - б) приступообразные
  - в) интенсивные, вплоть до пульсирующих
  - г) тупые
  - д) острые
004. 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
005. Дизурия - это
- а) частое мочеиспускание
  - б) частое, болезненное мочеиспускание
  - в) затрудненное мочеиспускание
  - г) болезненное мочеиспускание
  - д) правильно б) и в)
006. Дизурия встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме
- а) туберкулеза
  - б) аденомы предстательной железы
  - в) опухоли почки
  - г) цистита
007. Дизурия встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме
- а) камня мочеточника
  - б) опухоли мочевого пузыря
  - в) камня мочевого пузыря
  - г) цистита
  - д) орхита
008. Странгурия - это
- а) затрудненное мочеиспускание по каплям
  - б) мочеиспускание, сопровождающееся болью
  - в) частое мочеиспускание
  - г) сочетание а) и б)
  - д) сочетание б) и в)
009. 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
010. Странгурия встречается
- а) при раке предстательной железы
  - б) при интерстициальном цистите

- в) при выраженном фимозе
- г) при частичном повреждении уретры
- д) при всем перечисленном

011. 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)

012. Никтурия встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме

- а) сердечной недостаточности
- б) сахарного диабета
- в) хронической почечной недостаточности
- г) хронического гломерулонефрита
- д) аденомы предстательной железы

013. Поллакиурия - это

- а) увеличение диуреза
- б) учащение мочеиспускания дневного и ночного
- в) учащение ночного мочеиспускания
- г) учащение дневного мочеиспускания
- д) увеличение ночного диуреза

014. Поллакиурия не встречается

- а) при цистоцеле
- б) при камне верхней трети мочеточника
- в) при неврастении
- г) при истерии

015. Поллакиурия встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме

- а) туберкулеза мочевого пузыря
- б) цисталгии
- в) камня мочевого пузыря
- г) опухоли почки

016. Олигурия - это

- а) запаздывающее мочеотделение
- б) редкое мочеиспускание
- в) уменьшение количества мочи
- г) увеличение количества мочи
- д) количество мочи менее 300 мл в сутки

017. Олигурия встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме

- а) микседемы
- б) гломерулонефрита
- в) сердечной недостаточности
- г) опухоли почки
- д) обильной рвоты

018. 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

019. 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

020. Ренопривная анурия встречается

- а) при аплазии почек
- б) при удалении обеих или единственной почки
- в) при поликистозе почек
- г) правильно а) и в)
- д) правильно а) и б)

021. Преренальная анурия встречается

- 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)

022. Ренальная анурия встречается

- 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)

023. Субренальная анурия встречается

- 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)

024. Полиурия встречается

- а) при острой почечной недостаточности
- б) при хронической почечной недостаточности
- в) при сахарном диабете
- г) при канальцевых нефропатиях
- д) при всем перечисленном

025. Полиурия встречается при всем перечисленном, кроме

- а) после аллотрансплантации почки
- б) при туберкулезе почки
- в) после ликвидации препятствия в мочевых путях

г) поражения межуточной доли гипофиза

026. Задержка мочеиспускания - это

- 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 ишурия

027. Задержка мочеиспускания встречается при всем перечисленном, кроме

- а) атрезии наружного отверстия уретры
- б) нейрогенной дисфункции мочевого пузыря
- в) обтурации мочеточников
- г) аденомы предстательной железы

028. Задержка мочеиспускания встречается при всем перечисленном, кроме

- а) рака предстательной железы
- б) острой почечной недостаточности
- в) стриктуры уретры
- г) камня уретры
- д) фимоза

029. 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

030. 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)

031. Неудержание мочи - это

- а) произвольное выделение мочи без позыва
- б) императивные позывы к мочеиспусканию
- в) произвольное выделение мочи в результате императивного позыва
- г) произвольное выделение мочи
- д) произвольное выделение мочи в вертикальном положении

032. Недержание мочи - это

- а) произвольное выделение мочи
- б) произвольное выделение мочи в результате императивного позыва к мочеиспусканию
- в) отсутствие позывов к мочеиспусканию
- г) произвольное выделение мочи без позывов к мочеиспусканию
- д) правильно а) и г)

033. 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

034. 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)

035. 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

036. Истинная (почечная) протеинурия не встречается

- а) при гломерулонефрите
- б) при опухоли почки
- в) при нефрозе
- г) при мочекаменной болезни
- д) правильно б) и г)

037. Истинная (почечная) протеинурия встречается

- а) при нефропатии беременных
- б) при амилоидозе почек
- в) у новорожденных
- г) у подростков
- д) во всех перечисленных случаях

038. Ложная протеинурия не характерна

- а) для туберкулеза почки
- б) для пиелонефрита
- в) для опухоли почки
- г) для гломерулонефрита
- д) правильно б) и г)

039. Ложная протеинурия характерна для

- а) опухоли мочевого пузыря
- б) мочекаменной болезни
- в) форникального кровотечения
- г) всего перечисленного
- д) только б) и в)

040. 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

041. Терминальная гематурия встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме

- а) камней или опухолей шейки мочевого пузыря
- б) варикозного расширения вен в области шейки мочевого пузыря
- в) хронического гломерулонефрита
- г) колликулита
- д) острого цистита

042. Уретроррагия наблюдается при всех перечисленных заболеваниях, кроме

- а) хронического уретрита
- б) аденомы простаты и камня мочевого пузыря
- в) опухоли уретры
- г) травмы уретры

043. О лейкоцитурии принято говорить при содержании лейкоцитов

в поле зрения микроскопа

- а) более 2
- б) более 4
- в) более 6
- г) более 8
- д) более 10

044. О лейкоцитурии принято говорить при содержании лейкоцитов в 1 мл мочи

- а) более 500
- б) более 1000
- в) более 2000
- г) более 4000
- д) более 6000

045. Хилурия встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме

- а) филяриатоза
- б) опухоли мочевого пузыря и шистосомоза
- в) туберкулеза
- г) опухоли почки

046. Пневматурия встречается при

- а) почечно-кишечных свищах
- б) пузырно-влагалищных свищах
- в) пузырно-кишечных свищах
- г) воспалительном процессе в почке, вызванном газообразующей флорой
- д) всем перечисленном

047. Противопоказания к катетеризации мочевого пузыря

- а) острый уретрит, простатит и эпидидимит
- б) хронический простатит
- в) внутрибрюшной разрыв мочевого пузыря
- г) свежее повреждение уретры
- д) правильно а) и г)

048. Показаниями к катетеризации мочеточников являются все перечисленные, кроме

- а) раздельного получения мочи из каждой почки
- б) проведения ретроградной пиелографии и уретерографии
- в) обтурационной анурии
- г) дифференциальной диагностики секреторной и обтурационной анурии
- д) секреторной анурии

049. Противопоказаниями к катетеризации мочеточников являются все перечисленные, кроме

- а) острого необструктивного пиелонефрита
- б) хронического пиелонефрита
- в) острого уретрита и простатита
- г) острого эпидидимита
- д) емкости мочевого пузыря менее 75 мл

050. Осложнениями катетеризации мочеточников являются

- а) перфорация мочеточника
- б) перфорация лоханки
- в) обострение мочевой инфекции
- г) правильно а) и в)
- д) все перечисленное

051. Осложнениями бужирования уретры являются все перечисленные, исключая

- а) уретральную лихорадку
- б) острый простатит и эпидидимит
- в) уретрорагию
- г) форникальное кровотечение

052. Противопоказаниями к бужированию уретры являются все перечисленные, кроме

- а) аденомы предстательной железы
- б) острого эпидидимита
- в) острого цистита и простатита
- г) хронического простатита и цистита
- д) острого уретрита

053. Для проведения цистоскопии необходимы

- а) проходимость уретры
- б) емкость мочевого пузыря более 75 мл
- в) прозрачная среда в полости мочевого пузыря
- г) правильно а) и б)
- д) все перечисленное

054. Показаниями к уретроскопии являются

- а) хронические воспалительные заболевания уретры
- б) опухоли уретры
- в) колликулит
- г) правильно а) и б)
- д) все перечисленное

055. Сухая уретроскопия применяется для осмотра

- а) передней части уретры
- б) задней уретры
- в) семенного бугорка

- г) правильно а) и б)
- д) правильно все

056. Ирригационная уретроскопия применяется для осмотра

- а) передней части уретры
- б) задней уретры
- в) семенного бугорка
- г) правильно а) и в)
- д) правильно а) и б)

057. Противопоказаниями к хромоцистоскопии являются

- а) острый цистит, уретрит
- б) коллапс
- в) шок
- г) острый простатит
- д) все перечисленное

058. Противопоказаниями к хромоцистоскопии являются

- а) острая почечная недостаточность
- б) хронический простатит
- в) хроническая почечная недостаточность
- г) почечно-печеночная недостаточность
- д) емкость мочевого пузыря менее 50 мл

059. Индигокармин в норме выделяется из устьев мочеточников при внутривенном введении через

- а) 15-20 мин
- б) 8-10 мин
- в) 3-5 мин
- г) 1-2 мин
- д) 10-12 мин

060. Индигокармин в норме выделяется из устьев мочеточников при внутримышечном введении через

- а) 3-5 мин
- б) 5-7 мин
- в) 7-8 мин
- г) 10-15 мин
- д) 20-25 мин

061. Положительный симптом диафаноскопии характерен

- а) для опухоли яичка
- б) для острого орхоэпидидимита
- в) для водянки оболочек яичка
- г) для пахово-мошоночной грыжи
- д) для хронического эпидидимита

062. Показаниями к урофлоуметрии являются все перечисленные, кроме

- а) стриктуры уретры, клапана уретры
- б) аденомы предстательной железы
- в) рака предстательной железы
- г) острого простатита

д) нейрогенной дисфункции мочевого пузыря

063. На характер урофлоуграммы влияют

- а) функциональное состояние детрузора
- б) нарушение проходимости уретры
- в) нарушение проходимости пузырно-уретрального сегмента
- г) правильно а) и в)
- д) все перечисленное

064. Противопоказаниями к урофлоуметрии являются

- а) экстротфия мочевого пузыря
- б) пузырно-влагалищный свищ, пузырно-ректальный свищ
- в) наличие цистостомы
- г) все перечисленное
- д) только а) и б)

065. Урофлоуметрический индекс (средняя объемная скорость мочеиспускания)

- в норме равен
- а) 4-5 мл/сек
- б) 6-8 мл/сек
- в) 9-10 мл/сек
- г) 15-45 мл/сек
- д) 60-70 мл/сек

066. Показаниями к сфинктерометрии являются

- а) недержание мочи
- б) неудержание мочи
- в) нейрогенная дисфункция мочевого пузыря
- г) только а) и б)
- д) все перечисленное

067. Внутрипузырное давление в норме

при наполнении мочевого пузыря 300-400 мл жидкости равно

- а) до 5 см вод. ст.
- б) до 10 см вод. ст.
- в) до 15-20 см вод. ст.
- г) до 20-25 см вод. ст.
- д) до 30-40 см вод. ст.

068. Процент выявления рака предстательной железы при пункционной биопсии составляет

- а) 100%
- б) 90%
- в) 80%
- г) 70%
- д) 60%

069. Наличие клеток Штернгеймера - Мальбина и активных лейкоцитов в осадке мочи характерно для

- а) острого гломерулонефрита
- б) хронического гломерулонефрита
- в) острого пиелонефрита
- г) хронического пиелонефрита в стадии ремиссии

д) туберкулеза почки

070. В секрете предстательной железы в норме содержатся

- а) лейкоциты (не более 10), единичные эритроциты
- б) макрофаги и амилоидные тельца
- в) лецитиновые зерна
- г) эпителиальные и гигантские клетки
- д) правильно а) и в)

071. Содержание фруктозы в эякуляте равно

- а) 100 мг%
- б) 150 мг%
- в) 200 мг%
- г) 250 мг% и более
- д) 1000 мг%

072. При введении рентгеноконтрастных веществ возможны все перечисленные реакции, кроме

- а) головной боли и головокружения
- б) ощущения жара
- в) металлического вкуса во рту
- г) макрогематурии
- д) падения АД в пределах 20 мм рт. ст., шока

073. К осложнениям при введении рентгеноконтрастных веществ относятся все перечисленные, кроме

- а) аллергических проявлений (сыпь, ангионевротический отек, бронхо- и ларингоспазм, кашель)
- б) анафилактического шока
- в) отслоения сетчатки глаза
- г) коллапса, острой почечной недостаточности
- д) острой печеночной недостаточности

074. Первая помощь при аллергических реакциях

- а) глюкокортикоиды
- б) тиосульфат натрия
- в) супрастин
- г) 10% раствор хлористого кальция
- д) лазикс

075. Первая помощь при астматическом статусе

(последовательность введения препаратов):

- 1) в/в 10 мл 2.4% раствора эуфиллина и 2 мл 2.5% раствора дипразина
  - 2) в/в 20-40 мг лазикса
  - 3) в/в капельно 0.5-1 мл 0.1% раствора адреналина в 100 мл 20% глюкозы
  - 4) в/в глюкокортикоиды
  - 5) вдыхание кислорода
- а) правильно 1, 2, 3, 5 и 4
  - б) правильно 5, 1, 3, 4 и 2
  - в) правильно 1, 5, 3, 4 и 2
  - г) правильно 4, 3, 5, 1 и 2
  - д) правильно 5, 3, 1, 4 и 2

076. При раке мочевого пузыря необходима
- а) нисходящая цистография
  - б) осадочная пневмоцистография
  - в) полицистография
  - г) только а) и б)
  - д) все перечисленное
077. При клинике внебрюшинного разрыва мочевого пузыря необходимо произвести
- а) нисходящую цистографию
  - б) восходящую цистографию в прямой проекции
  - в) восходящую цистографию в боковой проекции
  - г) сочетание а) и б)
  - д) сочетание б) и в)
078. Показаниями к антеградной пиелографии являются все перечисленные, кроме
- а) гидронефроза с нарушением проходимости лоханочно-мочеточникового сегмента
  - б) туберкулеза почки, мочеточника, мочевого пузыря
  - в) стриктуры мочеточника
  - г) опухоли почки
079. Показаниями к антеградной пиелографии являются
- а) камень или опухоль мочеточника с блокадой почки
  - б) проверка правильности нахождения нефростомы
  - в) определение проходимости верхних мочевых путей
  - г) все перечисленное
  - д) ничего из перечисленного
080. Показаниями к ретроградной пиелoureteroграфии являются
- а) уратный камень почки или мочеточника
  - б) папиллярная опухоль лоханки
  - в) туберкулез почки
  - г) все перечисленное
  - д) только а) и б)
081. Для ретроградной уретерографии применяется рентгеноконтрастная жидкость, содержащая
- а) 60% йода
  - б) 15% йода
  - в) 30% йода
  - г) 70% йода
  - д) все равно
082. Осложнениями ретроградной пиелoureteroграфии являются
- а) перфорация почки и мочеточника
  - б) острый пиелонефрит, острый простатит
  - в) острая почечная недостаточность
  - г) забрюшинная флегмона
  - д) все перечисленное
083. Показаниями к пневморетроперитонеуму являются
- а) опухоль почки

- б) опухоль надпочечника
- в) дифференциальная диагностика опухоли почки и забрюшинного пространства
- г) правильно а) и б)
- д) правильно б) и в)

084. Осложнениями пневморетроперитонеума может быть все перечисленное, кроме

- а) газовой эмболии
- б) эмфиземы мошонки
- в) проколов брюшины, прямой кишки
- г) острого пиелонефрита
- д) эмфиземы шеи, удушья

085. Противопоказаниями к пневморетроперитонеуму являются

- а) сердечно-сосудистая недостаточность
- б) артериальная гипертензия
- в) острые воспалительные процессы в анальной области, пресакральной и забрюшинной клетчатке
- г) варикозное расширение вен прямой кишки
- д) все перечисленное

086. Показанием к везикулографии является все перечисленное, кроме

- а) подозрения на опухоль семенных пузырьков
- б) рака предстательной железы
- в) туберкулеза семенных пузырьков и предстательной железы
- г) опухоли дна и шейки мочевого пузыря
- д) опухоли яичка

087. При интерпретации везикулограмм следует учитывать

- а) строение семенных пузырьков
- б) высоту расположения семенных пузырьков
- в) угол между семенными пузырьками
- г) только а) и б)
- д) все перечисленное

088. Показаниями к эпидидимографии являются

- а) бесплодие
- б) туберкулез придатка яичка
- в) опухоль яичка
- г) правильно а) и б)
- д) все перечисленное

089. К осложнениям чрезкожной катетеризации аорты по Сельдингеру относятся

- а) кровотечение и гематомы
- б) тромбоз и эмболия артерий
- в) введение контрастного вещества под интиму сосуда
- г) перфорация аорты или артерий проводником или катетером, развитие артерио-венозного свища
- д) все перечисленное

090. К осложнениям чрезкожной катетеризации аорты по Сельдингеру относятся

- а) отрыв гибкого конца проводника
- б) повреждение грудного лимфатического протока
- в) ранение кишечника или почки

- г) спазм бедренной артерии
- д) правильно а) и г)

091. Показаниями к венокавографии являются

- а) оценка состояния нижней полой вены  
(смещение, компрессия, тромбоз, прорастание при опухолях почек, забрюшинного пространства)
- б) диагностика ретрокавального мочеточника
- в) диагностика рака мочевого пузыря и предстательной железы
- г) выяснение характера изменений в надпочечниках  
(опухоль, гиперплазия, метастазы)
- д) правильно а) и б)

092. Оптимальная суммарная доза 75%-ного контрастного вещества, которое может быть использовано для брюшной аортографии, составляет

- а) 0.5 мл на 1 кг массы тела больного
- б) 1 мл на 1 кг массы тела больного
- в) 2 мл на 1 кг массы тела больного
- г) 3 мл на 1 кг массы тела больного
- д) 4 мл на 1 кг массы тела больного

093. Одним из возможных осложнений пункции бедренной артерии является кровотечение (тазовая гематома).

Профилактикой указанного осложнения является

- а) пункция бедренной артерии на 2-3 см ниже паупартовой связки
- б) пункция артерии на уровне паупартовой связки
- в) введение иглы под углом 45° к коже бедра
- г) правильно а) и в)
- д) правильно б) и в)

094. При тазовой флебографии контрастное вещество преимущественно вводят

- а) в бедренную вену
- б) в большую подкожную вену
- в) в лобковые кости
- г) в глубокую и поверхностную вены полового члена
- д) в подвздошные кости

095. Вещество, вводимое для радиоиндикации того или иного органа человека, принято называть

- а) радиоактивный препарат
- б) радиофармпрепарат
- в) меченые соединения
- г) изотопный препарат
- д) короткоживущий препарат

096. Для подготовки больного к радиоизотопному исследованию применяется

- а) очистительная клизма
- б) сухоедение
- в) обычный питьевой и пищевой режим
- г) введение пробной дозы препарата
- д) голод накануне исследования

097. При проведении ренографии наиболее удобным положением больного является
- а) сидя, с расположением датчиков (детекторов) со стороны спины
  - б) сидя, с расположением датчиков со стороны живота
  - в) лежа, с расположением датчиков со стороны спины
  - г) лежа, с расположением датчиков со стороны живота
  - д) лежа, с расположением датчиков на область мочевого пузыря
098. Транспорт применяемого для ренографии  $^{131}\text{J}$ -гиппурана происходит в основном за счет
- а) клубочковой фильтрации
  - б) канальцевой секреции
  - в) перехода в экстрацеллюлярное пространство
  - г) правильно а) и в)
  - д) правильно а) и б)
099. Противопоказаниями для проведения ренографии являются
- а) индивидуальная непереносимость йодсодержащих контрастных веществ
  - б) практически нет противопоказаний
  - в) почечная недостаточность
  - г) печеночная недостаточность
  - д) гипертиреозидизм
100. Основными общепринятыми оценками характеристик ренографических кривых являются
- а) описательная характеристика
  - б) полуколичественная характеристика
  - в) количественная характеристика
  - г) правильно а) и б)
  - д) правильно а) и в)
101. Ошибки при ренографии в основном связаны
- а) с неправильной установкой детектора (датчика)
  - б) с положением больного при исследовании
  - в) с недостаточной подготовкой пациента для обследования
  - г) правильно а) и б)
  - д) правильно а) и в)
102. На показатели ренограмм могут влиять все перечисленные экстраренальные факторы, кроме
- а) сухоедения
  - б) высокой лабильности нервной системы
  - в) подкожного введения радиофармпрепарата
  - г) заболевания толстого кишечника, гипертиреозидизма
  - д) неправильного положения датчиков
103. Радиоизотопная ренография в диагностике заболеваний органов мочевой системы является
- а) скрининг-тестом
  - б) основным методом диагностики
  - в) методом динамического контроля
  - г) правильно а) и в)
  - д) правильно б) и в)

104. Применение сканирования почек с короткоживущими изотопами у беременных целесообразно
- а) для выявления опухолевого процесса в почках
  - б) для выявления нарушений секреторной функции почек
  - в) для выявления нарушений экскреторной функции почек
  - г) правильно б) и в)
  - д) нецелесообразно ни в одном случае
105. Ультразвуковые признаки простой кисты почки
- а) объемное образование округлой формы
  - б) объемное образование округлой формы гипоэхогенной структуры
  - в) солидное (тканевое) образование округлой формы
  - г) солидное образование округлой формы с ровными контурами
  - д) объемное образование округлой формы, гипоэхогенной структуры с феноменом дистального усиления эхосигнала
106. Ультразвуковые признаки рака почки
- а) объемное образование округлой формы
  - б) объемное образование овоидной формы
  - в) тонкостенное объемное образование гипоэхогенной структуры
  - г) объемное образование округлой формы солидной эхоструктуры
  - д) гипоэхогенное объемное образование с капсулой 2-3 мм
107. При ультразвуковом сканировании почки взрослого человека определяются в виде образования овоидной формы, продольный размер которого составляет
- а) 2-4 см
  - б) 5-6 см
  - в) 7-9 см
  - г) 10-12 см
  - д) 20-30 см
108. При ультразвуковом сканировании почки взрослого человека определяются в виде образования овоидной формы, поперечный размер которого составляет
- а) 3.5-4.0 см
  - б) 4.5-6.5 см
  - в) 6.5-7.5 см
  - г) 7.5-8.5 см
  - д) все верно
109. Визуализация мочеточников при ультразвуковом сканировании возможна
- а) во всех случаях
  - б) никогда
  - в) если они не расширены
  - г) если они содержат мочу
  - д) правильно в) и г)
110. Изображение чашечно-лоханочного комплекса при ультразвуковом сканировании имеет вид
- а) треугольной формы
  - б) зоны повышенной эхогенности
  - в) правильно а) и б)

- г) овоидной формы
- д) правильно б) и г)

111. Толщина почечной паренхимы при ультразвуковом сканировании равна

- а) 0.8-1.0 см
- б) 1.0-1.2 см
- в) 1.0-1.6 см
- г) 1.8-1.9 см
- д) 1.5-3.2 см

112. Визуализация правой почечной вены возможна при ультразвуковом сканировании

- а) в 50% случаев
- б) в 70% случаев
- в) в 90% случаев
- г) в 100% случаев
- д) невозможна

113. Визуализация почечной вены слева возможна

- а) невозможна
- б) в 10-30% случаев
- в) в 40-50% случаев
- г) в 50-70% случаев
- д) в 75-80% случаев

114. Надпочечники при ультразвуковом сканировании определяются в виде

- а) эконегативных образований
- б) эхопозитивных образований
- в) образований треугольной формы
- г) правильно а) и в)
- д) правильно б) и в)

115. Предстательная железа при ультразвуковом сканировании определяется в виде

- а) эконегативного образования
- б) эхопозитивного образования
- в) не определяется
- г) правильно а) и в)
- д) правильно а) и б)

116. Средний размер семенного пузырька при ультразвуковом сканировании составляет

- а) 6г2 см
- б) 3.5г1.0 см
- в) 2г1.5 см
- г) 4г2 см
- д) 5г3 см

117. Разрешающая способность ультразвуковых сканограмм позволяет выявлять апостемы на почке

- а) в 10-20% случаев
- б) в 20-30% случаев
- в) в 30-50% случаев
- г) в 100% случаев
- д) не позволяет

118. Ультразвуковое сканирование позволяет выявлять уратные камни чашечек диаметром 1.0 см  
 а) не позволяет  
 б) в 10-20% случаев  
 в) в 20-50% случаев  
 г) в 50-90% случаев  
 д) в 100% случаев

119. Ультразвуковое сканирование позволяет выявлять оксалатные камни чашечек диаметром 1 см  
 а) не позволяет  
 б) в 10-20% случаев  
 в) в 20-50% случаев  
 г) в 50-90% случаев  
 д) в 100% случаев

120. Визуализация при ультразвуковом сканировании "немой" почки  
 а) невозможна  
 б) возможна в 100% случаев  
 в) возможна в 70% случаев  
 г) возможна в 50% случаев  
 д) возможна в 20-40% случаев

001 -	010 -	019 -	028 -	037 -	046 -	055 -
г	д	б	б	д	д	д
002 -	011 -	020 -	029 -	038 -	047 -	056 -
д	б	д	в	г	д	б
003 -	012 -	021 -	030 -	039 -	048 -	057 -
в	б	д	в	г	д	д
004 -	013 -	022 -	031 -	040 -	049 -	058 -
г	б	г	в	в	б	д
005 -	014 -	023 -	032 -	041 -	050 -	059 -
д	б	д	г	в	д	в
006 -	015 -	024 -	033 -	042 -	051 -	060 -
в	г	д	в	б	г	г
007 -	016 -	025 -	034 -	043 -	052 -	061 -
д	в	б	г	в	г	в
008 -	017 -	026 -	035 -	044 -	053 -	062 -
г	г	б	в	г	д	г
009 -	018 -	027 -	036 -	045 -	054 -	063 -
в	д	в	д	б	д	д

064 -	073 -	082 -	091 -	100 -	109 -	118 -
г	в	д	д	г	г	д
065 -	074 -	083 -	092 -	101 -	110 -	119 -
г	б	д	б	а	д	д
066 -	075 -	084 -	093 -	102 -	111 -	120 -
д	б	г	г	г	г	б

067 -	076 -	085 -	094 -	103 -	112 -
д	д	д	в	г	б
068 -	077 -	086 -	095 -	104 -	113 -
б	д	д	б	д	г
069 -	078 -	087 -	096 -	105 -	114 -
в	г	д	в	д	д
070 -	079 -	088 -	097 -	106 -	115 -
д	г	г	а	г	б
071 -	080 -	089 -	098 -	107 -	116 -
г	г	д	б	г	б
072 -	081 -	090 -	099 -	108 -	117 -
г	г	а	б	б	д

---

001. 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)

002. Дистопии почек встречаются с частотой

- а) 1:600
- б) 1:800
- в) 1:1000
- г) 1:1200
- д) 1:10000

003. Дистопированную почку необходимо дифференцировать

- а) с фиксированным нефроптозом
- б) с опухолью кишечника
- в) с опухолью женских половых органов
- г) со всем перечисленным
- д) только а) и в)

004. 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)

005. 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

006. Диагноз дистопии почки основывается на данных

- а) экскреторной урографии
- б) ангиографии
- в) ультразвукового исследования
- г) правильно а) и б)
- д) правильно все перечисленное

007. Аномалии взаимоотношения почек составляют ко всем почечным аномалиям

- а) 6-8%
- б) 10%
- в) 13%
- г) 18%
- д) 20%

008. К симметричным формам сращения относят

- а) S-образную почку
- б) подковообразную и галетообразную почку
- в) L-образную почку
- г) Y-образную почку

009. Возможные варианты сращения полюсов в подковообразной 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

010. Среди осложнений подковообразной почки первое место занимает

- а) мочекаменная болезнь
- б) гидронефроз
- в) пиелонефрит
- г) артериальная гипертензия
- д) гематурия

011. На экскреторных урограммах подковообразная почка характеризуется

- а) ротацией чашечно-лоханочных систем
- б) изменением угла, составленного продольными осями сросшихся почек
- в) наличием симптома "рыболовного крючка"
- г) правильно а) и б)
- д) все перечисленное

012. При S-образной почке ворота расположены

- а) медиально
- б) латерально
- в) одни - медиально, другие - краниально
- г) одни - медиально, другие - латерально
- д) краниально

013. При L-образной почке ворота расположены
- латерально
  - медиально
  - краниально
  - одни - медиально, другие - краниально
  - одни - медиально, другие - латерально
014. Патогенез солитарной кисты связан
- с канальцевой окклюзией (врожденной или приобретенной)
  - с ретенцией мочи
  - с ишемией почечной ткани
  - правильно а) и б)
  - все перечисленное
015. Пункция кисты и кистография предусматривает определенную последовательность этапов:
- пункция кисты
  - введение рентгеноконтрастных веществ в полость кисты
  - аспирация содержимого кисты
  - введение в полость кисты склерозирующих растворов
  - цитологическое и бактериологическое исследование
  - эвакуация рентгеноконтрастных веществ из кисты
- правильно 1, 2, 5, 6, 3 и 4
  - правильно 1, 3, 5, 2, 6 и 4
  - правильно 1, 2, 3, 6, 4 и 5
  - правильно 1, 3, 2, 6, 5 и 4
  - правильно 1, 2, 3, 5, 6 и 4
016. Показанием к операции по поводу солитарной кисты почки является
- артериальная гипертензия
  - нагноение кисты
  - нарушение пассажа мочи и хроническая инфекция в почке и верхних мочевых путях
  - все перечисленное
  - только а) и б)
017. Показаниями к операции по поводу солитарной кисты почки являются
- постоянные боли
  - гематурия
  - малигнизация стенки кисты
  - сочетание кисты и рака почки
  - все перечисленное
018. Поликистоз почек - это заболевание
- врожденное
  - приобретенное
  - одностороннее
  - двустороннее
  - правильно а) и г)
019. 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

020.Ангиограммы при поликистозных почках характеризуются

- а) бессосудистыми зонами
- б) истонченными и удлинненными магистральными сосудами
- в) значительным количеством мелких артерий
- г) правильно а) и в)
- д) правильно а) и б)

021.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)

022.Мультикистоз почки - это заболевание

- а) одностороннее
- б) двустороннее
- в) врожденное
- г) приобретенное
- д) правильно а) и в)

023.Этиология мультикистоза почки связана

- а) с отсутствием закладки экскреторного аппарата
- б) с отсутствием соединения зачатков секреторного и экскреторного отделов почки в процессе эмбриогенеза
- в) с неправильной закладкой секреторного аппарата почки
- г) правильно а) и б)
- д) правильно б) и в)

024.Отличием мультикистоза от поликистоза почек является

- а) одностороннее поражение
- б) двустороннее поражение
- в) наследственный фактор значения не имеет
- г) наследственный фактор имеет значение
- д) правильно а) и в)

025.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)

026.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)

027. 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 внутривнутрипаренхиматозных стенок и тампонадой их полостей паранефральной клетчаткой
- д) пункция кисты и введение в нее склерозирующих растворов

028. Синонимами термина "губчатая почка" является все перечисленное, кроме

- а) мультикистоз и поликистоз почки
- б) мультикистоз мозгового вещества
- в) медуллярная губчатая почка
- г) кистозное расширение почечных пирамид
- д) врожденная кистозная дилатация собирательных канальцев почки

029. 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

030. 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)

031. Диагноз "губчатая почка" устанавливают с помощью

- а) ультразвукового исследования
- б) почечной артериографии
- в) обзорной и экскреторной урографии
- г) динамической нефросцинтиграфии
- д) ретроградной уретеропиелографии

032. 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)

033. 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

034. Основным методом диагностики мегакаликоза является

- а) экскреторная урография
- б) ультразвуковое исследование
- в) ретроградная пиелография
- г) динамическая сцинтиграфия
- д) ангиография

035. Лечение неосложненного мегакаликоза

- а) консервативное
- б) специального лечения не требуется
- в) нефрэктомия
- г) резекция полюса почки
- д) пластические операции

036. Удвоение почки - это наличие

- а) двух лоханок
- б) двух мочеточников
- в) деление почки на два сегмента, каждый из которых имеет отдельное кровоснабжение
- г) расщепление мочеточника
- д) правильно а) и б)

037. Удвоение верхних мочевых путей - это

- а) деление почки на два сегмента, имеющих отдельное кровоснабжение
- б) удвоение лоханки
- в) расщепление мочеточника
- г) удвоение мочеточника
- д) сочетание б) и г)

038. Парапелъвикальные кисты характеризуются тем, что

- 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)

039. Удвоенная почка имеет

- а) две самостоятельные почечные артерии
- б) одну общую артерию
- в) один мочеточник
- г) два мочеточника
- д) правильно а) и г)

040. Закон Вейгерта - Мейера заключается

- а) в перекрещивании мочеточников

- б) в расположении устья мочеточника, отходящего от верхней лоханки
- дистальнее устья мочеточника, отходящего от нижней лоханки
- в) в дистальном расположении устья мочеточника, отходящего от нижней лоханки
- г) правильно а) и б)
- д) правильно а) и в)

041. Закон Вейгерта - Мейера действует

- а) при удвоении лоханки
- б) при удвоении почки
- в) при расщеплении мочеточника
- г) при неполном удвоении почки
- д) при удвоении мочеточника

042. 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

043. 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)

044. Диагностика ретрокавального мочеточника основывается на данных

- а) экскреторной урографии
- б) аортографии
- в) венокавографии
- г) всего перечисленного
- д) правильно а) и в)

045. Диагностика ретрокавального мочеточника основывается на данных

- а) ретроградной уретерографии
- б) ультразвукового исследования
- в) сцинтиграфии
- г) правильно а) и б)
- д) правильно б) и в)

046. Стадиями нейромышечной дисплазии мочеточника являются все перечисленные, кроме

- а) ахалазии
- б) гидрокаликоза и пиелюктазии
- в) мегауретера
- г) гидроуретеронефроза
- д) правильно б) и г)

047. 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)

048. 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)

049. Для II стадии нейромышечной дисплазии мочеточника характерны все перечисленные признаки, кроме

- а) общей слабости
- б) быстрой утомляемости
- в) головных болей
- г) приступов почечной колики

050. При II стадии нейромышечной дисплазии мочеточника возможно все перечисленное, кроме

- а) повышения температуры и ознобов
- б) стойкой лейкоцитурии
- в) повышения артериального давления
- г) тупых болей в животе и пояснице
- д) частого жидкого стула

051. 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)

052. В диагностике нейромышечной дисплазии мочеточника из перечисленных методов наиболее информативным является

- а) динамическая нефросцинтиграфия
- б) аортография
- в) венокавография
- г) цистография
- д) урокинематография

053. Для стадии компенсации нейромышечной дисплазии мочеточника характерны

- а) гипертрофия мышечного слоя мочеточника
- б) атрофия мышечного слоя мочеточника
- в) давление в тазовом отделе мочеточника больше, чем в вышележащих его отделах
- г) правильно а) и в)
- д) правильно б) и в)

054. При нейромышечной дисплазии мочеточника в стадии субкомпенсации имеются следующие изменения

- а) частичная атрофия мышц

- б) отсутствие колебания давления
- в) сохраняются колебания внутримочеточникового давления
- г) правильно а) и б)
- д) правильно а) и в)

055. Для стадии декомпенсации нейромышечной дисплазии мочеточника характерны

- а) атрофия мышц мочеточника
- б) гипертрофия мышечного слоя мочеточника
- в) колебания давления в мочеточнике отсутствуют
- г) правильно а) и в)
- д) правильно б) и в)

056. Операция при нейромышечной дисплазии мочеточника

- должна отвечать следующим требованиям
- 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)

057. Эктопированное устье мочеточника

не открывается в производных урогенитального синуса

- а) при шеечно-пузырной эктопии
- б) при уретральной эктопии
- в) при парауретральной (вестибулярной) эктопии
- г) при маточной и влагалищной эктопии

058. Эктопированное устье мочеточника не открывается

в производные мюллеровых протоков или кишечную трубку

- а) при влагалищной эктопии
- б) при шеечно-пузырной и парауретральной эктопии
- в) при маточной эктопии
- г) при кишечной эктопии

059. Характерным клиническим симптомом эктопии устья мочеточника является

- а) недержание мочи
- б) недержание мочи
- в) сочетание нормального акта мочеиспускания с недержанием мочи
- г) задержка мочи
- д) сочетание нормального акта мочеиспускания с недержанием мочи

060. При эктопии устья мочеточника выполняются все перечисленные типы операций, кроме

- а) уретероцистостомии
- б) пиелоуретероанастомоза
- в) интестинальной пластики
- г) геминефрэктомии
- д) уретероуретероанастомоза

061. Причинами уретероцеле являются

- а) узость устья мочеточника

- б) врожденная нейромышечная слабость подслизистого слоя мочеточника
- в) сужение интрамурального отдела мочеточника
- г) нейромышечная дисплазия нижнего цистоида
- д) правильно а) и б)

062. Диагноз уретероцеле ставят на основании данных

- а) ультразвукового исследования
- б) экскреторной урографии
- в) нисходящей цистографии
- г) восходящей цистографии
- д) правильно а) и в)

063. Диагноз уретероцеле ставят на основании данных

- а) цистоскопии
- б) нефросцинтиграфии
- в) аортографии
- г) только б) и в)
- д) всего перечисленного

064. На экскреторных урограммах при уретероцеле может определяться

- а) дилатация мочеточника
- б) дилатация чашечно-лоханочной системы
- в) дефект наполнения контрастного вещества по нижнему контуру мочевого пузыря
- г) булавовидное расширение дистального отдела мочеточника, заполненное контрастным веществом и окруженное ободком просветления
- д) правильно а) и б)

065. Раньше всего при гидронефротической трансформации возникают

- а) эктазия почечной лоханки
- б) эктазия лоханки или чашечек
- в) эктазия чашечек
- г) уплощение почечных сосочков
- д) сужение почечной артерии

066. При гидронефрозе наиболее часто встречается осложнение

- а) артериальная гипертензия
- б) венозная гипертензия
- в) пиелонефрит
- г) почечно-каменная болезнь
- д) гематурия

067. Гидронефротическая трансформация у детей осложняется хроническим пиелонефритом

- а) в 50% случаев
- б) в 60% случаев
- в) в 70% случаев
- г) в 75% случаев
- д) в 85% случаев

068. Гидронефротическая трансформация у взрослых осложняется хроническим пиелонефритом

- а) в 30% случаев

- б) в 35% случаев
- в) в 45% случаев
- г) в 55-60% случаев
- д) в 70-80% случаев

069. Наиболее частой причиной гидронефротической трансформации при подковообразной почке является

- а) расположение лоханки спереди почки и перегиб мочеточника через паренхиму почки
- б) врожденный стеноз лоханочно-мочеточникового соустья
- в) добавочный сосуд
- г) периуретерит
- д) клапаны мочеточника

070. Причинами врожденного гидронефроза является все перечисленное, кроме

- а) периуретерита
- б) высокого отхождения мочеточника и клапана мочеточника
- в) рубцовой стриктуры мочеточника и нефроптоза
- г) нижнеполярного добавочного сосуда
- д) правильно а) и в)

071. Основными рентгенологическими методами диагностики гидронефротической трансформации являются все перечисленные, кроме

- а) экскреторной урографии
- б) цистографии
- в) почечной артериографии
- г) ретроградной пиелографии

072. Методами диагностики "закрытого" гидронефроза при резком снижении функции почки являются

- а) почечная артериография
- б) экскреторная урография
- в) ретроградная уретерография
- г) пункционная антеградная пиелография
- д) динамическая сцинтиграфия

073. Методами диагностики гидронефротической трансформации при почечной недостаточности являются

- а) экскреторная урография
- б) инфузионная урография
- в) сканирование изотопное
- г) ультразвуковое сканирование
- д) правильно б) и г)

074. При гидронефротической трансформации, обусловленной добавочным нижнеполярным сосудом, осложненной острым серозным пиелонефритом, целесообразна

- а) операция по Culp de Weerd
- б) резекция лоханочно-мочеточникового сегмента с пиелоуретероанастомозом
- в) чрезкожная пункционная нефростомия
- г) операция по Фолею
- д) антевазальный пиелоуретероанастомоз

075. При высоком отхождении мочеточника целесообразна операция
- уретеролиза
  - уретерокаликаноанастомоза
  - операция по Фолею
  - операция по Альбаррану
  - нефрэктомия
076. При стриктуре лоханочно-мочеточникового сегмента и нижнеполярном добавочном сосуде показана операция
- перемещения сосуда
  - пересечения сосуда с резекцией нижнего полюса
  - антевазального уретеропиелоанастомоза
  - операция по Фолею
  - операция по Culp de Weerd
077. При протяженной стриктуре мочеточника показана
- операция по Фолею
  - аутотрансплантация почки
  - интестинальная пластика мочеточника
  - резекция мочеточника и уретеропиелоанастомоз
  - лоскут из лоханки по Скардино - Принс
078. Для одностороннего перемежающегося гидронефроза характерны
- низкая относительная плотность мочи
  - интермиттирующая боль в пояснице
  - эритроцитурия при повышении температуры тела
  - кратковременная полиурия
  - правильно б) и г)
079. При II и III стадиях нефроптоза имеют место следующие изменения в сосудах почки
- растяжение сосудов
  - перекрут сосудистой ножки
  - уменьшение просвета сосудов
  - только а) и б)
  - все перечисленное
080. При III стадии нефроптоза необходимо произвести все перечисленные исследования, кроме
- измерения артериального давления
  - рентгеноскопии желудка
  - холецистографии
  - анализа мочи по Нечипоренко
  - экскреторной урографии с пробой Вальсальвы
081. Наиболее информативными рентгенологическими методами при нефроптозе являются
- экскреторная урография с пробой Вальсальвы
  - почечная ангиография в вертикальном положении больного
  - ретроградная уретеропиелография
  - венокавография
  - правильно а) и б)

082. Показаниями к оперативному лечению нефроптоза является все перечисленное, за исключением
- а) вазоренальной гипертонии
  - б) гидронефротической трансформации
  - в) I стадии нефроптоза
  - г) болей в области почки, лишающих больного трудоспособности
083. При экстрофии мочевого пузыря наиболее частым осложнением бывает
- а) микро- и макрогематурия
  - б) мочевые (солевые) диатезы
  - в) пиелонефрит и камни почек
  - г) артериальная гипертензия
  - д) хилурия
084. Экстрофия мочевого пузыря сопровождается
- а) расхождением лонного сочленения
  - б) гипоспадией
  - в) тотальной эписпадией
  - г) правильно а) и б)
  - д) правильно а) и в)
085. При экстрофии мочевого пузыря оптимальным является
- а) создание изолированного мочевого пузыря
  - б) пересадка изолированных мочеточников в сигмовидную кишку
  - в) реконструктивно-пластические операции, направленные на пластику передней стенки мочевого пузыря и брюшной стенки
  - г) пересадка мочеточников вместе с мочепузырным треугольником в сигмовидную кишку с антирефлюксной защитой
  - д) правильно б) и г)
086. Наиболее распространенными заболеваниями, приводящими к образованию дивертикула мочевого пузыря, являются:
- 1) стриктура уретры
  - 2) аденома предстательной железы
  - 3) рак предстательной железы
  - 4) склероз шейки мочевого пузыря
  - 5) рак мочевого пузыря
  - б) хронический простатит
- а) правильно 1, 2 и 4
  - б) правильно 1, 3 и 6
  - в) правильно 1, 2, 5 и 6
  - г) правильно 1, 2, 5 и 4
  - д) правильно 2, 3 и 5
087. Для дивертикула мочевого пузыря наиболее распространенными и характерными симптомами являются
- а) задержка мочи, мочеиспускание в два приема
  - б) боль в поясничной области
  - в) повышение температуры и артериального давления
  - г) чувство тяжести внизу живота
  - д) правильно а) и г)

088. Врожденный дивертикул отличается от приобретенного наличием
- а) всех слоев стенки мочевого пузыря
  - б) широкого входа в дивертикул
  - в) узкого входа в дивертикул
  - г) правильно а) и в)
  - д) правильно а) и б)
089. Врожденное нарушение акта мочеиспускания имеет место
- а) при миелодисплазии
  - б) при агенезии или недоразвитии крестца и копчика
  - в) при менингоцеле
  - г) при всем перечисленном
  - д) только б) и в)
090. Развитие приобретенной дисфункции мочевого пузыря возможно при всех перечисленных состояниях, кроме
- а) приобретенного поражения головного мозга
  - б) травматического повреждения позвоночника
  - в) травматического повреждения спинного мозга
  - г) миелодисплазии
  - д) после оперативных вмешательств - при атрезии прямой кишки и заднего прохода, ректоуретральных свищах, тератомах копчика
091. Для гипорефлекторной формы неврогенного мочевого пузыря характерно все перечисленное, кроме
- а) отсутствия или слабой выраженности позыва к мочеиспусканию
  - б) задержки мочи
  - в) недержания мочи
  - г) продолжительного мочеиспускания или мочеиспускания в несколько приемов
092. Для гипорефлекторной формы неврогенного мочевого пузыря характерны
- а) парадоксальная ишурия
  - б) наличие большого количества остаточной мочи
  - в) наличие везикоренального рефлюкса
  - г) хроническая почечная недостаточность
  - д) все перечисленное
093. Существуют следующие формы нейрогенного мочевого пузыря, кроме
- а) рефлекторной
  - б) арефлекторной
  - в) гипорефлекторной и арефлекторной
  - г) гиперрефлекторной
  - д) декомпенсированной
094. Существуют следующие формы нейрогенного мочевого пузыря (по А.В.Лифшицу)
- а) гипертонический и нормотонический мочевой пузырь
  - б) гипотонический мочевой пузырь
  - в) атонический мочевой пузырь с остаточной мочой
  - г) атонический мочевой пузырь без остаточной мочи
  - д) все перечисленные формы

095. Наиболее частыми осложнениями нейрогенного мочевого пузыря являются
- а) хронический пиелонефрит
  - б) гидронефротическая трансформация
  - в) хроническая почечная недостаточность
  - г) везикоренальный рефлюкс
  - д) все перечисленное
096. Различают все перечисленные формы эписпадии, кроме
- а) тотальной
  - б) эписпадии головки
  - в) стволовой
  - г) субсимфизарной
097. Наиболее частое осложнение гипоспадии
- а) камни почек
  - б) гематурия
  - в) пиелонефрит
  - г) импотенция
  - д) закономерность не установлена
098. Различают все следующие формы гипоспадии, кроме
- а) головчатой
  - б) стволовой
  - в) тотальной
  - г) мошоночной
099. Различают следующие формы гипоспадии
- а) субсимфизарную
  - б) промежностную
  - в) гипоспадию без гипоспадии
  - г) правильно а) и б)
  - д) правильно б) и в)
100. Двусторонний крипторхизм диагностируется
- а) в 20% случаев
  - б) в 30% случаев
  - в) в 40% случаев
  - г) в 50% случаев
  - д) в 80% случаев
101. К осложнениям крипторхизма относятся
- а) атрофия герминативного эпителия
  - б) злокачественные опухоли
  - в) ущемление неопустившегося яичка
  - г) правильно б) и в)
  - д) правильно все перечисленное
102. Оптимальным возрастом для начала лечения крипторхизма является
- а) 8-10 месяцев
  - б) 1 год
  - в) 2 года
  - г) 3-4 года

д) 6 лет

103. Нормальная способность к оплодотворению

в случае, если лечение крипторхизма проведено в возрасте 3-4 года, сохраняется

- а) в 50% случаев
- б) в 60% случаев
- в) в 70% случаев
- г) в 87% случаев
- д) в 96% случаев

104. Показанием к удалению яичка при абдоминальной форме крипторхизма является

- а) невозможность его низведения
- б) гипоплазия яичка
- в) подозрение на опухоль яичка
- г) правильно а) и в)
- д) правильно все перечисленное

105. Прогноз при крипторхизме зависит

- а) от формы
- б) от сроков выполнения операции
- в) от степени морфологических нарушений стромы яичка
- г) от нарушения кровоснабжения
- д) от всего перечисленного

106. Положительные результаты при односторонней паховой форме крипторхизма отмечаются

- а) в 50% случаев
- б) в 60% случаев
- в) в 70% случаев
- г) в 80% случаев
- д) в 90% случаев

107. Положительные результаты при односторонней брюшной форме крипторхизма отмечаются

- а) в 40% случаев
- б) в 50% случаев
- в) в 60% случаев
- г) в 70% случаев
- д) в 80% случаев

001 - д 017 - д 033 - б 049 - г 065 - б 081 - д 097 - д  
002 - б 018 - д 034 - а 050 - д 066 - в 082 - в 098 - в  
003 - г 019 - в 035 - б 051 - г 067 - д 083 - в 099 - д  
004 - д 020 - д 036 - в 052 - д 068 - г 084 - д 100 - б  
005 - г 021 - б 037 - д 053 - г 069 - а 085 - д 101 - д  
006 - д 022 - д 038 - д 054 - д 070 - д 086 - а 102 - д  
007 - в 023 - г 039 - д 055 - г 071 - б 087 - д 103 - г  
008 - б 024 - д 040 - г 056 - д 072 - г 088 - г 104 - д  
009 - д 025 - д 041 - д 057 - г 073 - д 089 - г 105 - д  
010 - в 026 - д 042 - д 058 - б 074 - в 090 - г 106 - д  
011 - г 027 - в 043 - г 059 - в 075 - в 091 - в 107 - в

012 - а 028 - а 044 - д 060 - в 076 - в 092 - д 108 - в  
013 - г 029 - в 045 - а 061 - д 077 - б 093 - д 109 - д  
014 - д 030 - в 046 - б 062 - д 078 - д 094 - д  
015 - б 031 - в 047 - д 063 - а 079 - д 095 - д  
016 - г 032 - д 048 - в 064 - д 080 - в 096 - г

---

001. Формы острого гнойного пиелонефрита

- а) межуточный гнойный
- б) апостематозный
- в) абсцесс
- г) карбункул
- д) все перечисленное

002. Среди беременных частота заболеваний острым пиелонефритом составляет

- а) 0%
- б) 1%
- в) 11%
- г) 50%
- д) 100%

003. Наиболее часто вызывает пиелонефрит

- а) кишечная палочка
- б) протей
- в) палочка сине-зеленого гноя
- г) стафилококк
- д) энтерококк

004. Острый пиелонефрит в неизмененных почках могут вызывать

- а) протей
- б) кишечная палочка
- в) палочка сине-зеленого гноя
- г) энтерококк
- д) стафилококк

005. 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

006. 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

007. 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

008. 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

009. 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

010. 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

011. Наиболее быстро выявить бактериурию позволяет

- а) ТТХ-тест
- б) бактериоскопия
- в) тест Браудэ
- г) тест Грисса
- д) посев мочи по методу Гоулда

012. 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

013. Наиболее эффективными антибактериальными препаратами при кислой реакции мочи являются

- а) эритромицин
- б) линкомицин

- в) пенициллин и 5-НОК
- г) стрептомицин
- д) все перечисленное

014. При щелочной реакции мочи наиболее эффективными антибактериальными препаратами являются

- а) тетрациклин
- б) канамицин и гентамицин
- в) нитрофураны
- г) сульфаниламиды
- д) все перечисленное

015. 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

016. Антибактериальное лечение при остром пиелонефрите следует проводить

- а) до нормализации температуры
- б) до исчезновения пиурии
- в) до исчезновения бактериурии
- г) до выписки больного из стационара
- д) длительно в течение нескольких месяцев

017. Количество жидкости, которое следует употреблять больному острым пиелонефритом

- а) резко ограничено
- б) ограниченное количество
- в) обычное количество
- г) повышенное количество
- д) большое количество

018. Количество поваренной соли, которое следует употреблять больному острым пиелонефритом

- а) бессолевая диета
- б) ограниченное количество
- в) обычное количество
- г) повышенное количество
- д) большое количество

019. Ингибиторами протеолиза являются

- а) антипирин
- б) бруфен
- в) метиндол
- г) контрикал и Е-аминокапроновая кислота
- д) все перечисленное

020. Аналогами индометацина являются

- а) трасилол

- б) метиндол и индоцид
- в) вольтарен натрия
- г) все перечисленное

021. Проницаемость капилляров и клеточных мембран снижают витамины

- а) В<sub>1</sub>
- б) В<sub>6</sub>
- в) С и Р
- г) А
- д) только а) и б)

022. 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°C.

Наиболее вероятный диагноз

- а) состояние после приступа правосторонней почечной колики
- б) острый гнойный пиелонефрит
- в) пиелит
- г) острый гематогенный пиелонефрит
- д) острый серозный пиелонефрит, камень правого мочеточника

023. 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°C.

Тактика врача в этом случае включает

- а) назначение амбулаторных исследований
- б) срочную госпитализацию
- в) госпитализацию в плановом порядке
- г) динамическое наблюдение
- д) назначение амбулаторного лечения

024. 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:

- 1) интенсивная антибактериальная терапия
  - 2) операция - ревизия почки, нефростомия
  - 3) катетеризация правого мочеточника
  - 4) уретеролитотомия
  - 5) чрезкожная пункционная нефростомия
- а) правильно 1, 2, 3, 4 и 5
  - б) правильно 1, 3, 4, 5 и 2
  - в) правильно 2, 4, 5, 1 и 3
  - г) правильно 3, 4, 2, 1

д) правильно 2, 4, 5, 3 и 1

025. 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°C 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

- а) хронический пиелонефрит, активная фаза
- б) правосторонний нефроптоз
- в) карбункул почки
- г) апостематозный пиелонефрит
- д) калькулезный холецистит

026. Больная 47 лет поступила в урологическое отделение в связи с подозрением на карбункул левой почки. Больна 6 дней, температура тела 37.8-38.5°C.

Ей следует выполнить исследования в следующей последовательности:

- 1) изотопная ренография
  - 2) анализ мочи и крови
  - 3) ультразвуковое исследование
  - 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

027. У больного 64 лет при обследовании установлен карбункул

нижнего полюса левой почки 2x3 см. Пассаж мочи и функция почек не изменены.

Болен 3 дня, не лечился. Тактика врача предусматривает

- 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

028. Больная 65 лет поступила по поводу острого гнойного пиелонефрита, камня лоханки правой почки размерами 1.5x2 см.

Высокая температура с периодическими ознобами в течение 10 дней.

Больной необходимы

- а) плановое обследование
- б) катетеризация мочеточника
- в) интенсивная антибактериальная терапия
- г) дистанционная литотрипсия

д) операция - ревизия почки, пиелолитотомия

029. 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

- а) плановое обследование с целью уточнения функции почек
- б) катетеризация мочеточника
- в) уретеролитотомия
- г) срочная операция - ревизия правой почки, нефростомия и интенсивная антибактериальная терапия
- д) интенсивная антибактериальная терапия

030. У больного установлен абсцесс нижнего полюса правой почки размерами 4x4 см. Ему необходимо

- а) интенсивная антибактериальная терапия
- б) нефрэктомия
- в) операция - вскрытие и дренирование абсцесса или чрезкожная пункция и дренирование полости абсцесса
- г) резекция нижнего полюса почки
- д) декапсуляция почки

031. Больная К. 24 лет. Беременность 25 недель.

Острый правосторонний серозный пиелонефрит.

Эктазия лоханки и правого мочеточника до тазового отдела.

Данных за конкременты нет. Лечение больной включает

- а) двустороннюю нефрэктомия
- б) прерывание беременности
- в) катетеризацию мочеточника
- г) чрезкожную пункционную нефростомия
- д) постоянное пребывание больной на противоположном боку, антибактериальную терапию

032. Осложнениями острого пиелонефрита являются

- а) некроз почечных сосочков, паранефрит
- б) эндотоксичный шок, острая почечная недостаточность
- в) сепсис, септикопиемия с образованием метастатических гнойников
- г) правильно а) и б)
- д) правильно а), б) и в)

033. Исходы хронического пиелонефрита

- а) хроническая почечная недостаточность
- б) пионефроз
- в) сморщенная почка
- г) все перечисленное
- д) правильно б) и в)

034. 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

035. 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

036. Чаще всего вызывают хронический пиелонефрит

- а) стафилококк
- б) кишечная палочка
- в) протей
- г) энтерококк
- д) палочка сине-зеленого гноя

037. 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

038. Скрытая лейкоцитурия выявляется с помощью

- а) клинического анализа мочи
- б) метода Каковского - Аддиса
- в) пробы Нечипоренко
- г) преднизолонового и озокеритового тестов
- д) всех перечисленных методов

039. При хроническом пиелонефрите прежде всего поражаются

- а) сосудистые петли клубочка почки
- б) капсула Шумлянского - Боумена
- в) канальцы почки
- г) нисходящее колено петли Генле
- д) восходящее колено петли Генле

040. Для хронического пиелонефрита наиболее характерны

- а) нарушение функции канальцев
- б) нарушение функции клубочков
- в) нарушение функции чашечек
- г) нарушение фильтрационной функции почки
- д) нарушение функции почечной лоханки

041. Наиболее характерным признаком хронического пиелонефрита является

- а) увеличение размеров пораженной почки
- б) разная степень нарушения функции правой и левой почки
- в) уменьшение размеров пораженной почки
- г) одинаковая степень нарушения функции правой и левой почки
- д) большее нарушение функции правой почки по сравнению с левой

042. Основными отличительными признаками активных лейкоцитов являются
- а) окрашивание в красный цвет при суправитальном окрашивании
  - б) окрашивание в голубой цвет при суправитальном окрашивании
  - в) особая форма ядра
  - г) броуновское движение гранул протоплазмы
  - д) способность реагировать на изменение осмотической концентрации окружающей жидкости
043. Симптом Ходсона при хроническом пиелонефрите основан на
- а) изменении тонуса чашечек
  - б) изменении тонуса почечной лоханки
  - в) уменьшении размеров почки
  - г) очаговости и полиморфности воспалительных изменений в почке
  - д) нарушении функции почки
044. Показатель рено-кортикального индекса, указывающий на наличие хронического пиелонефрита
- а) меньше 20%
  - б) меньше 40%
  - в) меньше 60%
  - г) больше 60%
  - д) больше 80%
045. Минимальная концентрация вводимого антибиотика у больного хроническим пиелонефритом
- а) в крови
  - б) в тканях
  - в) в чашечно-лоханочной системе
  - г) в непораженной части почки
  - д) в очаге воспаления почечной паренхимы
046. У больной 34 лет в процессе диспансеризации обнаружено в осадке мочи 25-30 лейкоцитов в поле зрения. Жалоб не предъявляет. В анамнезе указаний на урологическое заболевание нет. Наиболее вероятный диагноз
- а) хронический пиелонефрит
  - б) хронический цистит
  - в) хронический уретрит
  - г) пиелит
  - д) беременность
047. Больная в течение года страдает циститом с периодическими обострениями. Реакция мочи кислая. Стойкая лейкоцитурия, несмотря на применение 5-НОК, нитрофуранов, уросульфана. Наиболее вероятный диагноз
- а) хронический цистит
  - б) хронический пиелонефрит
  - в) туберкулез мочевого пузыря
  - г) туберкулез почки
  - д) цисталгия
048. У больного 42 лет при диспансеризации установлена лейкоцитурия (до 35-40 лейкоцитов в поле зрения). Для выявления источника лейкоцитурии

(уретра, предстательная железа, почки или мочевого пузыря)

ему необходимо провести

- а) анализ мочи общий
- б) двухстаканную или трехстаканную пробу
- в) пробу Нечипоренко
- г) исследование мочи, полученной путем катетеризации мочевого пузыря
- д) провокационный преднизолоновый тест

049. У больного с тяжелым острым гнойным пиелонефритом и азотемией (12-18 ммоль/л) при неизменной контралатеральной почке

(по данным ультразвукового исследования) нефрэктомия

- а) возможна и целесообразна
- б) возможна
- в) невозможна
- г) возможна только при применении гемодиализа
- д) возможна только при проведении гемосорбции

050. У больного 62 лет камень правого мочеточника, острый правосторонний пиелонефрит, бактериемический шок.

Провести мочеточниковый катетер выше камня не удалось.

В этом случае целесообразно

- а) проводить более интенсивную антибактериальную терапию
- б) назначить внутривенное введение антибиотиков
- в) провести эндолимфатическое введение антибиотиков
- г) произвести операцию - ревизию почки, нефростомию
- д) продолжать интенсивную терапию, направленную на выведение больного из шока

051. Наиболее частой причиной развития пиелонефрита у беременных является

- а) сдавление увеличенной маткой мочеточников
- б) дилатация мочеточников за счет гормональных изменений
- в) понижение реактивности организма
- г) только а) и б)
- д) все перечисленные изменения

052. Различают следующие формы хронического паранефрита

- а) гнойно-некротическую
- б) фиброзно-склеротическую
- в) фиброзно-липomatозную
- г) латентную
- д) правильно б) и в)

053. Наиболее частыми возбудителями паранефрита являются

- а) пневмококк
- б) микобактерии туберкулеза
- в) стафилококк и кишечная палочка
- г) палочка сине-зеленого гноя и энтерококк
- д) вирусы

054. Для острого паранефрита в начале заболевания характерна

- а) септическая лихорадка
- б) постоянного типа лихорадка
- в) интермиттирующая лихорадка

г) субфебрильная температура

055. Боли в пояснице при остром паранефрите

- а) отсутствуют
- б) появляются в первый день заболевания
- в) появляются спустя 1-3 дня после появления первых симптомов
- г) появляются спустя 5 дней после появления первых симптомов
- д) появляются спустя 7 дней после появления первых симптомов

056. Боли при остром паранефрите

- а) локализуются в поясничной области
- б) иррадируют в область лопатки
- в) иррадируют спереди и книзу в область бедра
- г) иррадируют в спину
- д) иррадируют в область пупка

057. Признаки псоас-симптома при остром паранефрите

- а) боли в пояснице при движении
- б) боли в пояснице в положении больного на противоположном боку
- в) боли при выпрямлении ноги
- г) нога на стороне поражения согнута в колене, в тазобедренном суставе и слегка приведена к животу
- д) сгибание ноги в колене при поколачивании по поясничной области на стороне поражения

058. На обзорной урограмме при остром паранефрите наблюдаются

- а) сколиоз позвоночника в сторону, противоположную поражению
- б) сколиоз позвоночника в сторону поражения
- в) ротация позвоночника
- г) отсутствие контуров поясничной мышцы
- д) правильно а) и г)

059. Наиболее эффективным методом диагностики паранефрального абсцесса является

- а) обзорная рентгенография мочевых путей
- б) экскреторная урография
- в) изотопная ренография
- г) ультразвуковое исследование
- д) паранефральная пункция

060. Цистит наблюдается чаще всего в возрасте

- а) 11-20 лет
- б) 21-40 лет
- в) 41-50 лет
- г) 51-60 лет
- д) старше 60 лет

061. Основное значение в возникновении цистита придается

- а) местным расстройствам кровообращения
- б) физическим факторам
- в) инфекции
- г) химическим факторам
- д) общим факторам

062. Наиболее частым путем проникновения инфекции в мочевой пузырь является
- а) уретральный
  - б) нисходящий
  - в) лимфогенный
  - г) гематогенный
  - д) контактный
063. Основными симптомами острого цистита являются все перечисленные, кроме
- а) поллакиурии
  - б) полиурии
  - в) терминальной гематурии
  - г) болей при мочеиспускании
  - д) пиурии
064. Диагностика цистита основана на анализе всего перечисленного, кроме
- а) анамнестических данных и клинических проявлений
  - б) данных микроскопии осадка мочи
  - в) данных посева мочи
  - г) данных экскреторной урографии и уретроцистографии
  - д) данных двухстаканной пробы мочи
065. При остром цистите показаны
- а) цистоскопия (в большинстве случаев)
  - б) цистоскопия (в исключительных случаях)
  - в) катетеризация мочевого пузыря
  - г) уретроскопия
  - д) цистометрия
066. Дифференциальную диагностику цистита следует проводить
- а) с пиелонефритом
  - б) с простатовезикулитом
  - в) с парапроктитом
  - г) со всем перечисленным
  - д) только с а) и б)
067. Дифференциальную диагностику цистита следует проводить
- а) с аппендицитом
  - б) с туберкулезом и опухолью мочевого пузыря
  - в) с эндометриозом мочевого пузыря
  - г) с колитом
  - д) правильно б) и в)
068. При циститах не следует применять
- а) диетотерапию
  - б) фитотерапию
  - в) местное лечение
  - г) лучевую терапию
  - д) медикаментозное лечение
069. Причиной возникновения лейкоплакии мочевого пузыря является
- а) воздействие химических агентов

- б) лучевые поражения пузыря
- в) туберкулез мочевого пузыря
- г) хронический цистит
- д) амёбные циститы

070. Для лейкоплакии мочевого пузыря характерна следующая цистоскопическая картина

- а) язвенные изменения слизистой оболочки пузыря
- б) псевдополипоз слизистой оболочки пузыря
- в) инкрустация слизистой оболочки пузыря солями
- г) наличие плоской белесой пластинки неправильной формы на слизистой оболочке пузыря
- д) буллезный отек слизистой оболочки

071. При лейкоплакии мочевого пузыря в начальной стадии заболевания целесообразно применять

- а) противовоспалительную терапию (антибиотики и химиопрепараты)
- б) лучевую терапию
- в) электростимуляцию мочевого пузыря
- г) электрорезекцию, кюретаж измененных участков слизистой оболочки
- д) правильно а) и г)

072. При гангрене мочевого пузыря показана

- а) интенсивная антибактериальная терапия
- б) лучевая терапия
- в) срочная цистостомия
- г) цистэктомия
- д) правильно а) и в)

073. Для интерстициального цистита характерна следующая цистоскопическая картина

- а) язвы мочевого пузыря
- б) псевдополипоз слизистой оболочки мочевого пузыря
- в) наличие бляшек белесого и желтого цвета на слизистой оболочке
- г) язва округлой формы на фоне неизменной слизистой оболочки мочевого пузыря
- д) буллезный отек отдельных участков слизистой оболочки мочевого пузыря

074. При простой язве мочевого пузыря целесообразны

- а) медикаментозная терапия
- б) субмукозная инфильтрация стенки мочевого пузыря вокруг язвы кортикостероидами с новокаином
- в) лучевая терапия
- г) оперативное лечение
- д) правильно а) и б)

075. Для цисталгии характерны

- а) пиурия
- б) гематурия
- в) субфебрилитет
- г) учащенное, болезненное мочеиспускание, преимущественно в дневное время
- д) поллакиурия

076. При цисталгии целесообразно проводить

- а) антибактериальную терапию
- б) лучевую терапию
- в) десенсибилизирующую терапию
- г) седативную терапию, физические методы лечения и иглорефлексотерапию
- д) все перечисленное

077. В развитии цистита играют роль

- а) патогенные микроорганизмы
- б) микоплазмы
- в) вирусы
- г) хламидии
- д) все перечисленное

078. В развитии цистита играют роль

- а) анаэробные бактерии
- б) влагалищная трихомонада
- в) паразиты
- г) все перечисленное
- д) только а) и б)

079. Для выявления инфекционного агента при цистите используют мочу, полученную путем

- а) катетеризации мочевого пузыря
- б) исследования суточной мочи
- в) самостоятельного мочеиспускания из средней части струи или с помощью надлобковой пункции мочевого пузыря
- г) флотации
- д) всех перечисленных методов

080. Острый вирусный цистит характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) ишурии
- б) дизурии и полиурии
- в) гематурии
- г) анурии и олигурии
- д) правильно б) и в)

081. При остром цистите выделяют следующие формы

- а) катаральный
- б) геморрагический
- в) грануляционный
- г) фибринозный и язвенный
- д) правильно а), б) и г)

082. При хроническом цистите выделяют следующие формы

- а) катаральный
- б) полипозный, кистозный
- в) язвенный, инкрустирующий, некротический
- г) правильно а) и в)
- д) правильно а), б) и в)

083. При ошибочном введении в мочевой пузырь настойки йода целесообразно

- а) установление постоянного катетера или цистостомия

- б) промывание пузыря индифферентным антисептическим раствором
- в) инстилляцией 10% раствора тиосульфата натрия
- г) введение в мочевого пузырь жировой эмульсии
- д) правильно б), в) и г)

084. При ожоге мочевого пузыря спиртом рекомендуется все перечисленное, кроме

- а) установления постоянного катетера или цистостомии
- б) промывания пузыря большим количеством индифферентной жидкости
- в) введения в мочевого пузырь жировой эмульсии
- г) приема анальгетиков или ректальных свечей с анальгетиками
- д) тазовой новокаиновой блокады

085. Антибиотики при цистите у больных сахарным диабетом следует назначать исключительно под контролем чувствительности микрофлоры мочи в связи

- а) с быстрым развитием кандидоза мочевых путей
- б) с изменением pH мочи
- в) со снижением активности антибиотиков при наличии сахара в моче
- г) с быстрым появлением резистентных к антибиотикам микроорганизмов
- д) с появлением L-форм бактерий

086. Больные неспецифическим острым циститом, как правило, нетрудоспособны в течение

- а) 3-х дней
- б) 6-ти дней
- в) 10-ти дней
- г) 14-ти дней
- д) 20-ти дней

087. При химических ожогах мочевого пузыря больные нетрудоспособны

- а) 1 неделю
- б) 2 недели
- в) 3-4 недели
- г) 5 недель
- д) 6 недель

088. Первичный парацистит наблюдается

- а) очень часто
- б) часто
- в) не встречается
- г) редко
- д) крайне редко

089. По локализации различают следующие виды парацистита, кроме

- а) переднего
- б) верхнего или нижнего
- в) заднего
- г) тотального

090. По клиническому течению различают парацистит

- а) острейший
- б) острый и хронический
- в) подострый

- г) латентный
- д) все перечисленное

091. Характерными симптомами острого парацистита является все перечисленное, кроме

- а) высокой температуры тела
- б) дизурии
- в) болей внизу живота
- г) болей в поясничной области
- д) болезненной припухлости над лобком

092. Диагностика острого парацистита основывается на всех перечисленных исследованиях, кроме

- а) радиоизотопной ренографии
- б) цистоскопии
- в) цистографии
- г) ультразвукового сканирования
- д) анамнеза и клинических симптомов

093. Хронический парацистит встречается в следующих формах

- а) некротический
- б) гнойно-воспалительный
- в) фиброзно-склеротический
- г) фиброзно-липоматозный
- д) правильно б) и г)

094. Диагностика хронического парацистита основывается на данных

- а) обзорной рентгенографии
- б) экскреторной урографии
- в) цистографии
- г) цистоскопии
- д) правильно в) и г)

095. В начальной (инфильтративной) стадии острого парацистита не следует назначать

- а) антибиотики
- б) постельный режим
- в) тепло на область инфильтрата
- г) холод на область инфильтрата
- д) химиопрепараты

096. При вскрытии переднего паравезикального абсцесса используют доступ

- а) надлобковый
- б) промежностный
- в) по Буяльскому - Мак - Уортеру
- г) трансвезикальный
- д) трансректальный

097. Различают следующие формы уретрита, кроме

- а) инфекционного венерического
- б) инфекционного невенерического
- в) неинфекционного венерического
- г) неинфекционного

098. Различают следующие формы неинфекционного уретрита, кроме
- а) калькулезного
  - б) нейрогенного
  - в) трихомонадного
  - г) аллергического
  - д) только а) и г)
099. Невенерический уретрит - это
- а) уретрит, при котором инфекция попадает непосредственно в уретру половым путем
  - б) неинфекционный уретрит
  - в) трихомонадный уретрит
  - г) уретрит, возникший при гематогенном проникновении инфекционного начала
  - д) правильно б) и г)
100. Венерический уретрит - это
- а) обменный
  - б) хламидийный
  - в) гонорейный
  - г) трихомонадный
  - д) правильно б), в) и г)
101. К неинфекционному уретриту относятся
- а) аллергический
  - б) травматический и обменный
  - в) химический
  - г) микотический
  - д) все, кроме г)
102. Возбудителями мочепоолового трихомоноза являются
- а) дрожжеподобные грибы
  - б) L-формы бактерий
  - в) простейшие из класса жгутиковых
  - г) амебы
  - д) вирусы
103. Возбудителями амикробного венерического уретрита являются все перечисленные, кроме
- а) хламидий
  - б) вируса венерической гранулемы
  - в) гемофильных вагинальных палочек и псевдогонококков
  - г) дрожжеподобных грибов
104. Негоноррейный уретрит чаще всего протекает
- а) остро
  - б) торпидно
  - в) латентно
  - г) правильно а) и б)
  - д) правильно а) и в)
105. Характерными симптомами острого уретрита являются все перечисленные, кроме
- а) болей при мочеиспускании

- б) гематурии и отека кожи мошонки
- в) гнойных выделений из уретры
- г) отека губок наружного отверстия уретры
- д) учащенного мочеиспускания

106. Диагностика уретрита основывается на всем перечисленном, кроме

- а) данных анамнеза и клиники
- б) результатов исследования осадка одной порции мочи
- в) данных клинического анализа крови и исследования секрета предстательной железы
- г) посева и микроскопии гнойного отделяемого уретры

107. Уретроскопия показана

- а) при остром течении уретрита
- б) при торпидном течении уретрита
- в) при латентном течении уретрита
- г) при хроническом уретрите
- д) правильно а) и г)

108. Уретрография показана

- а) при эпидидимите
- б) при простатите
- в) при подозрении на кондиломатозный уретрит
- г) правильно а) и б)
- д) все перечисленное

109. Рентгеновское исследование мочеиспускательного канала показано

- а) при остром уретрите
- б) при простатите и везикулите
- в) при подозрении на стриктуру уретры
- г) при торпидном течении уретрита
- д) правильно а) и б)

110. Дифференциальную диагностику острого уретрита следует проводить

- а) с баланопоститом
- б) с циститом
- в) с простатитом
- г) со всем перечисленным
- д) только б) и в)

111. Дифференциальную диагностику баланопостита следует проводить

- а) с пиелонефритом
- б) с парапроктитом
- в) с фимозом
- г) с гангреной Фурнье
- д) ни с одним из перечисленных

112. Наиболее частыми осложнениями хронического уретрита являются

- а) колликулит
- б) геморрой
- в) простатит
- г) везикулит

д) правильно а), в) и г)

113. К частым осложнениям хронического уретрита относятся все перечисленные, кроме

- а) простатита
- б) эпидидимита
- в) поражения уретральных желез
- г) парапроктита
- д) орхита

114. Наиболее вероятными метастатическими осложнениями уретрита являются

- а) колит
- б) артрит
- в) миокардит
- г) тиреоидит
- д) правильно а) и в)

115. При тяжелых термических, химических и травматических уретритах показано

- а) установление постоянного катетера  
в сочетании с интенсивной антибактериальной терапией
- б) интенсивная антибактериальная и местная терапия
- в) цистостомия с последующей интенсивной антибактериальной и местной терапией
- г) лучевая терапия
- д) физиотерапевтическое лечение

116. При уретральной (резорбтивной) лихорадке показана

- а) интенсивная антибактериальная и инфузионная терапия
- б) интенсивная антибактериальная терапия и инстилляции в уретру  
жировых эмульсий и растительных масел
- в) только инфузионная терапия, направленная на уменьшение общей интоксикации
- г) цистостомия с последующей интенсивной антибактериальной терапией
- д) правильно б) и г)

117. Баланопостит - это воспаление

- а) крайней плоти полового члена
- б) головки полового члена
- в) парауретральных желез
- г) крайней плоти и головки полового члена
- д) правильно а) и в)

118. Предрасполагающими факторами к возникновению баланопостита являются

- а) сужение крайней плоти (фимоз)
- б) искривление полового члена
- в) сахарный диабет
- г) правильно а) и б)
- д) правильно а) и в)

119. При баланопостите наблюдается

- а) отек и гиперемия крайней плоти
- б) боли над лобком
- в) эрозии и гнойные выделения на внутреннем листке крайней плоти  
и головке полового члена
- г) правильно а) и б)

д) правильно а) и в)

120. Осложнениями баланопостита является все перечисленное, кроме

- а) лимфангоита
- б) пахового лимфаденита
- в) контрактуры шейки мочевого пузыря
- г) гангрены полового члена

121. Дифференциальный диагноз баланопостита следует проводить

- а) с сифилисом
- б) с кавернитом
- в) с рожистым воспалением
- г) правильно а) и б)
- д) правильно а) и в)

122. При баланопостите показано

- а) промывание крайней плоти и теплые ванночки дезинфицирующими растворами
- б) иссечение крайней плоти
- в) медикаментозная терапия
- г) правильно а) и в)
- д) правильно а) и б)

123. Кавернит - это

- а) воспаление кавернозных тел полового члена
- б) фибропластическая индурация полового члена
- в) флеботромбоз кожи полового члена
- г) правильно а) и б)
- д) правильно а) и в)

124. При кавернитах проводится

- а) антибактериальная терапия
- б) наложение сафено-кавернозного или губчато-пещеристого анастомоза
- в) рассечение кавернозных тел
- г) правильно а) и б)
- д) правильно а) и в)

125. Парафимоз - это

- а) сужение отверстия крайней плоти полового члена
- б) ущемление головки полового члена суженной крайней плотью
- в) воспаление кавернозного тела уретры и головки полового члена
- г) воспаление вен полового члена
- д) правильно в) и г)

126. Лечение парафимоза заключается

- а) в попытке вправления головки полового члена
- б) в иссечении крайней плоти
- в) в наложении губчато-пещеристого анастомоза
- г) в рассечении ущемляющего кольца
- д) правильно а) и г)

127. При фибропластической индурации полового члена наблюдаются

- а) боли и искривление полового члена при эрекции

- б) бляшки хрящевой консистенции в белочной оболочке и кавернозных телах полового члена
- в) абсцедирование кавернозных тел
- г) правильно а) и б)
- д) бляшки хрящевой консистенции в кавернозном теле уретры

128. При фибропластической индурации полового члена наиболее эффективно

- а) применение стероидов, витамина Е, ультразвука
- б) иссечение бляшек
- в) наложение губчато-кавернозного анастомоза
- г) правильно а) и б)
- д) правильно все перечисленное

129. Приапизм - это длительная эрекция полового члена за счет

- а) напряжения кавернозных тел полового члена
- б) напряжения кавернозного тела уретры
- в) сокращения наружного сфинктера мочевого пузыря
- г) правильно а) и б)
- д) правильно б) и в)

130. Приапизм возникает вследствие

- а) неадекватного оттока и притока крови в кавернозные тела полового члена
- б) лимфостаза
- в) нарушений химического состава крови и ее вязкости
- г) всего перечисленного
- д) только а) и в)

131. Дифференциальный диагноз приапизма следует проводить

- а) с перемежающимся ночным приапизмом
- б) с кавернитом
- в) с гангреной Фурнье
- г) правильно а) и б)
- д) все перечисленное

132. При отсутствии эффекта от консервативной терапии при приапизме возможно применить перечисленные операции

- а) разрез белочной оболочки кавернозных тел полового члена
- б) резекция пещеристых тел полового члена
- в) наложение сафено-кавернозного анастомоза
- г) наложение губчато-кавернозного анастомоза
- д) правильно в) и г)

133. Инфекционный эпидидимит и орхит могут быть вызваны

- а) бактериями и вирусами
- б) микоплазмами и хламидиями
- в) семенной гранулемой
- г) правильно а) и б)
- д) правильно все перечисленное

134. Некротический инфекционный эпидидимит и орхит возникают

- а) при перекруте и некротизировании гидатид
- б) при неполном перекруте яичка

- в) и в том, и в другом случае
- г) ни в том, ни в другом случае

135. При остром эпидидимите придаток яичка

- а) резко напряжен и болезнен
- б) увеличен
- в) атрофичен
- г) правильно а) и б)
- д) правильно а) и в)

136. Для острого эпидидимита характерно

- а) повышение температуры тела с первых дней заболевания
- б) повышение температуры тела на 3-4-е сутки
- в) повышение температуры тела на 5-6-е сутки
- г) нормальная температура тела в течение всего заболевания
- д) пониженная температура тела

137. Появление болей в паховой области и в животе при остром эпидидимите свидетельствует о возникновении

- а) деферентита
- б) фуникулита
- в) острого аппендицита
- г) колита
- д) правильно а) и б)

138. Острый инфекционный эпидидимит следует дифференцировать

- а) с перекрутом и некрозом гидатид
- б) с перекрутом яичка
- в) с кавернитом
- г) правильно а) и б)
- д) правильно а) и в)

139. Хронический инфекционный эпидидимит и орхит следует дифференцировать со всем перечисленным, кроме

- а) туберкулеза яичка и придатка
- б) новообразования яичка и придатка
- в) фуникулита и деферентита
- г) сперматоцеле
- д) варикоцеле

140. Лечение острого неспецифического эпидидимита и орхита следует начинать

- а) с назначения антибактериальных препаратов
- б) с новокаиновой блокады семенного канатика
- в) с оперативного лечения
- г) правильно а) и б)
- д) правильно б) и в)

141. Этиологическими факторами в возникновении простатита являются

- а) бактерии и вирусы
- б) микоплазмы и хламидии
- в) трихомонады
- г) микобактерии туберкулеза

- д) все перечисленное
142. К этиологическим факторам в возникновении простатитов не относятся
- а) химические агенты
  - б) лучевое воздействие
  - в) алиментарно-дистрофические факторы
  - г) нейрогенные факторы
  - д) все перечисленные
143. Инфицирование предстательной железы возникает
- а) гематогенным путем
  - б) лимфогенным путем
  - в) восходящим путем
  - г) всеми перечисленными путями
  - д) только а) и б)
144. Для острого простатита характерно
- а) равномерное увеличение предстательной железы
  - б) каменистая консистенция предстательной железы
  - в) резкая болезненность предстательной железы при пальпации
  - г) атрофия предстательной железы
  - д) правильно а) и в)
145. Возможны все перечисленные формы простатита, кроме
- а) катаральной
  - б) конгестивной
  - в) гнойной
  - г) эмфизематозной
  - д) ксантогранулематозной
146. Осложнениями острого простатита могут быть
- а) острый холецистит
  - б) уретрит
  - в) артрит
  - г) абсцесс предстательной железы
  - д) правильно б) и г)
147. Признаками абсцесса предстательной железы являются
- а) резкая болезненность предстательной железы при пальпации
  - б) уменьшение размеров предстательной железы
  - в) наличие очагов размягчения и флюктуации
  - г) симптомы раздражения брюшины
  - д) правильно а) и в)
148. При абсцедировании предстательной железы со стороны периферической крови наблюдаются
- а) лимфопения
  - б) полицитемия
  - в) лейкоцитоз
  - г) сдвиг лейкоцитарной формулы влево
  - д) правильно в) и г)

149. При абсцессе предстательной железы показано все перечисленное, кроме
- а) интенсивной антибактериальной терапии
  - б) установления постоянного катетера
  - в) цистостомии при задержке мочи
  - г) дренировании полости абсцесса
  - д) дезинтоксикационной терапии
150. Хронический простатит может быть диагностирован
- а) при наличии в анамнезе достоверных признаков острого простатита
  - б) при альбуминурии и цилиндрурии
  - в) при наличии дизурии, болей в промежности, половых расстройств
  - г) при гипотрофии яичек
  - д) правильно а) и в)
151. Ультразвуковое сканирование при хроническом простатите выявляет
- а) увеличение размеров предстательной железы
  - б) диффузные изменения структуры предстательной железы
  - в) признаки кистозного перерождения
  - г) уменьшение предстательной железы в размерах
  - д) правильно а), б) и г)
152. Клиническими признаками гранулематозного простатита являются все перечисленные, кроме
- а) подострого течения
  - б) болей в эпигастрии
  - в) умеренного лейкоцитоза и эозинофилии
  - г) признаков склероза предстательной железы по данным пальцевого ректального исследования
153. Причинами возникновения конгестивного простатита являются
- а) нейроциркулярные расстройства
  - б) некротические процессы в предстательной железе
  - в) эндоуретральные инструментальные исследования
  - г) нарушения венозного оттока
  - д) нерегулярная половая жизнь
154. При везикулите
- а) семенные пузырьки не прощупываются при пальцевом ректальном исследовании
  - б) возникают полипозные изменения слизистой оболочки прямой кишки
  - в) наблюдается атония сфинктера прямой кишки
  - г) семенные пузырьки при пальцевом ректальном исследовании определяются в виде веретенообразных болезненных образований
  - д) правильно в) и г)
155. Наиболее информативным для диагностики везикулита является
- а) анализ спермы
  - б) анализ секрета предстательной железы
  - в) везикулография
  - г) ультразвуковое исследование семенных пузырьков
  - д) уретроцистография
156. Больные уrolитиазом составляют в урологическом стационаре до

- а) 10%
- б) 20%
- в) 45%
- г) 70%
- д) 80%

157. Высокая заболеваемость уролитиазом наблюдается во всех перечисленных регионах, кроме

- а) Узбекистана
- б) Туркменистана
- в) Армении
- г) Западной Сибири
- д) Таджикистана

158. К этиологическим факторам мочекаменной болезни относятся

- а) нарушение фосфорно-кальциевого обмена
- б) нарушение обмена щавелевой кислоты
- в) нарушение пуринового обмена
- г) мочевиная инфекция (пиелонефрит)
- д) все перечисленное

159. При щелочной реакции мочи могут образоваться

- а) мочевиные (уратные) камни
- б) цистиновые камни
- в) фосфатные камни
- г) оксалатные камни
- д) щелочная реакция мочи не влияет на характер камней

160. Развитию оксалатурии способствует все, кроме

- а) дефицита в организме витамина В6
- б) дефицита в организме витамина D2
- в) пищи, содержащей избыток лимонной кислоты
- г) хронических колитов
- д) цитратных препаратов (блемарен, уралит-У и др.)

161. Гиперкальцемия и гиперкальциурия способствуют образованию

- а) цистиновых камней
- б) мочевиных (уратных) камней
- в) оксалатных камней
- г) фосфатных камней
- д) правильно в) и г)

162. Нарушение реабсорбции в канальцах почек продуктов обмена могут приводить к образованию

- а) цистиновых мочевых солей
- б) оксалатных мочевых солей
- в) уратных (мочевиных) мочевых солей
- г) фосфатных мочевых солей
- д) любых из перечисленных

163. Пиелонефрит способствует

- а) нарушению лимфооттока из почки

- б) нарушению уродинамики
- в) повышению вязкости мочи
- г) нарушению стабильности рН мочи
- д) всему перечисленному

164.Образованию почечных камней способствуют следующие анатомоморфологические изменения в почках

- а) хронический гломерулонефрит
- б) внутрпочечная лоханка и нарушение лимфооттока из почки
- в) венозное полнокровие
- г) внепочечная лоханка
- д) ренальная артериальная гипертензия

165.К факторам, не влияющим на образование и рост мочевых камней, относятся

- а) высокая концентрация натрия и креатинина в крови
- б) уростаз
- в) высокая вязкость мочи
- г) отсутствие или низкий уровень защитных коллоидов в моче
- д) высокая концентрация щавелевой, мочевой кислоты, кальция в моче

166.Для кристаллизации щавелевокислых (оксалатных) камней оптимальной рН мочи является

- а) 3.5
- б) 5.5
- в) 6.9
- г) 7.5
- д) 8.8

167.Для кристаллизации мочекислых (уратных) мочевых камней оптимальной рН мочи является

- а) 3.5
- б) 5.5
- в) 7.0
- г) 7.5
- д) 8.5

168.Для кристаллизации фосфорнокислых (фосфатных) камней оптимальной рН мочи является

- а) 4.0
- б) 5.7
- в) 7.1
- г) 8.8
- д) 8.9

169.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

170. 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, мочевой и щавелевой кислоты
  - г) лейкоцитурия, эритроцитурия, слизь в моче
  - д) фосфатурия
171. К рентгеноконтрастным типам камней относятся все перечисленные, кроме
- а) оксалатов
  - б) фосфатов
  - в) смешанных
  - г) уратов
  - д) уратов и оксалатов
172. К рентгенонегативным типам камней относятся
- а) фосфаты
  - б) фосфаты и ураты
  - в) ураты и оксалаты
  - г) ураты (мочекислые)
  - д) ураты + оксалаты + фосфаты
173. 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
174. Пиелонефрит предшествует развитию мочекаменной болезни, то есть является первичным приблизительно
- а) в 10% случаев
  - б) в 30% случаев
  - в) в 50% случаев
  - г) в 80% случаев
  - д) в 90% случаев
175. Пиелонефрит присоединяется после образования камней в почках (вторично)
- а) в 10% случаев
  - б) в 20% случаев
  - в) в 50% случаев
  - г) в 80% случаев
  - д) в 90% случаев
176. Выберите оптимальный вариант последовательности действий в диагностике предполагаемой мочекаменной болезни:
- 1) ультразвуковое сканирование почек
  - 2) клинический анализ крови и мочи
  - 3) экскреторная урография
  - 4) ядерно-магнитный резонанс
  - 5) радиоизотопная сцинтинефрография
  - б) почечная венография
  - а) 1, б, 5, 3, 4, 2

- б) 2, 1, 3
- в) 3, 4, 1, 6, 2, 5
- г) 5, 4, 3, 2, 1, 6
- д) 6, 1, 5, 4, 2, 3

177. В выборе метода оперативного лечения почечная артериография целесообразна

- а) при камне чашечки почки
- б) при коралловидном камне почки III степени
- в) при камне лоханки почки
- г) при губчатой почке и множественных камнях
- д) ни в одном случае

178. Компьютерная рентгеновская томография целесообразна

- а) при коралловидном камне почки
- б) при камнях обеих почек (чашечки, лоханка)
- в) при уратном камне лоханки почки
- г) во всех случаях
- д) ни в одном случае

179. Ретроградная уретеропиелография целесообразна

- а) при камне (оксалате) лоханки, почки или мочеточника
- б) при камне (урате) мочеточника, лоханки или чашечки
- в) при камне (фосфате) чашечки, лоханки, почки или мочеточника
- г) во всех случаях
- д) ни в одном случае

180. Радиоизотопная ренография целесообразна

- а) при коралловидном камне почки
- б) при камнях обеих почек
- в) при камне мочеточника или обоих мочеточников
- г) во всех случаях
- д) ни в одном случае

181. Ультразвуковое сканирование почек целесообразно

- а) при камне (урате) чашечки почки (подозрении)
- б) при коралловидном камне почки
- в) при камне мочеточника
- г) ни в одном случае
- д) во всех случаях

182. Обзорная и экскреторная урография целесообразны

- а) при камнях лоханок обеих почек
- б) при коралловидном камне почки (обеих почек)
- в) при камне (урате) мочеточника
- г) во всех случаях
- д) только а) и б)

183. Анализ мочи по Нечипоренко целесообразен

- а) при хроническом калькулезном пиелонефрите в активной фазе
- б) при коралловидных камнях почек и пиурии
- в) при остром гнойном пиелонефрите
- г) во всех случаях

д) ни в одном случае

184. Посев мочи на микрофлору целесообразен

- а) при остром гнойном пиелонефрите и камне мочеточника
- б) при остром серозном пиелонефрите и камне почки
- в) при хроническом пиелонефрите в стадии активного воспаления
- г) во всех случаях
- д) ни в одном случае

185. Проба по Зимницкому целесообразна

- а) при камне чашечки почки
- б) при камне лоханки почки, нарушающем уродинамику
- в) при коралловидных камнях почек
- г) при камне лоханки почки без нарушения уродинамики
- д) при камне мочеточника, нарушающем уродинамику

186. Динамическая нефросцинтиграфия наиболее целесообразна

- а) при коралловидном камне почки
- б) при камне лоханки почки размером 5х6 мм
- в) при камне мочеточника
- г) при камнях обоих мочеточников
- д) при отошедшем камне мочеточника

187. Радиоизотопное статическое сканирование почек целесообразно

- а) при камне мочеточника
- б) при камне лоханки почки диаметром не менее 5 мм
- в) при камнях обоих мочеточников
- г) во всех случаях
- д) ни в одном случае

188. У больного самостоятельно отходят уратные камни и соли.

В диагностике применим необходимые исследования из предложенных:

- 1) общий анализ мочи, мочевая кислота суточной мочи
  - 2) трансаминаза крови
  - 3) мочевая кислота крови
  - 4) обзорная и экскреторная урография
  - 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

189. Самостоятельно отходят оксалатные камни и соли.

Изберите необходимый вариант обследования

- 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

190. Самостоятельно отходят фосфатные камни и соли.  
Изберите необходимый вариант обследования
- все нижеперечисленное
  - общий анализ и посев мочи на флору, рН мочи, кальций суточной мочи
  - обзорная и экскреторная урография
  - кальций, фосфор сыворотки крови
  - ультразвуковое сканирование почек
191. Камень нижней трети мочеточника 3 мм, уретеропиелозктазия (выше камня). Укажите правильный метод лечения
- спазмолитические средства
  - прозерин подкожно
  - водные нагрузки
  - УВЧ и электростимуляция мочеточника
  - верно б) и г)
192. На дому у больного диагностирована почечная колика, температура 38.3°C в течение двух дней, ознобы.  
Ваши действия
- лечить на дому антибиотиками
  - госпитализировать в терапевтическое отделение
  - срочно госпитализировать в урологический стационар
  - измерить артериальное давление
  - правильно в) и г)
193. Двусторонние камни нижней трети мочеточников, почечная колика и острый гнойный пиелонефрит справа. Бактериемический шок.  
Изберите вариант экстренной помощи
- срочная нефростомия, декапсуляция правой почки
  - внутривенно кортикостероиды, полиглюкин, сердечно-сосудистые средства
  - срочная уретеролитотомия справа
  - катетеризация правого мочеточника
  - первоначально б), в дальнейшем г) и а)
194. Анурия в течение 24 часов. В анамнезе отхождение уратных камней и солей.  
Вариант экстренной помощи
- катетеризация, лазикс внутривенно 100 мг
  - катетеризация мочеточников
  - срочная нефростомия
  - внутривенно 1 л физиологического раствора
  - верно а) и г)
195. При уратном (рентгенонегативном) камне 25x25 мм лоханки почки без нарушения уродинамики наиболее целесообразно лечение начинать
- с пункционной чрезкожной нефролитотомии
  - с дистанционной ударно-волновой литотрипсии
  - с пиелолитотомии
  - с литолиза
  - вмешательство не показано
196. 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

197. При фосфатном камне лоханки почки 25x20 мм без нарушения уродинамики, хроническом латентном пиелонефрите наиболее целесообразным методом лечения является

- а) пиелолитотомия
- б) вмешательство не показано
- в) ударно-волновая литотрипсия
- г) литолиз
- д) нефролитотомия

198. При уратном камне лоханки почки 20x18 мм, хроническом пиелонефрите в активной фазе, педункулите, периуретерите, гидрокаликозе для лечения следует применить

- а) ударно-волновую литотрипсию
- б) антибактериальную терапию, вмешательство не показано
- в) литолиз
- г) пункционную нефролитотомию
- д) пиелолитотомию, уретеролиз

199. При оксалатном камне лоханки почки 25x30 мм, хроническом латентном пиелонефрите, гидрокаликозе показаны

- а) литолиз
- б) ударно-волновая литотрипсия
- в) вмешательство не показано
- г) пиелолитотомия
- д) пункционная нефролитотомия без контактной литотрипсии

200. При оксалатном камне лоханки почки 15x16 мм без нарушения уродинамики оптимальным методом лечения является

- а) литолиз
- б) пункционная нефролитотомия
- в) пиелолитотомия
- г) вмешательство не показано
- д) санаторно-курортное лечение

201. У больного 40 лет коралловидный рентгеноконтрастный камень лоханки внутрипочечного типа без нарушения уродинамики, хронический латентный пиелонефрит. Ему показана

- а) пиелолитотомия, нефростомия
- б) секционная нефролитотомия, нефростомия
- в) литолиз
- г) пункционная нефростомия, нефролитотомия
- д) вмешательство не производить

202. У больного 40 лет коралловидный рентгеноконтрастный камень внутрипочечной лоханки, гидрокаликоз, хронический пиелонефрит в активной фазе. Лечение его включает

- а) вмешательство не производить
- б) нефролитотомию (секционную нефролитотомию), нефростомию
- в) пункционную нефролитотомию
- г) ударно-волновую литотрипсию
- д) литолиз

203. У больного 20 лет коралловидный рентгеноконтрастный камень II стадии при внепочечном типе лоханки, хронический латентный пиелонефрит, педункулит. Оптимальным методом лечения у него является

- а) вмешательство не производить
- б) ударно-волновая литотрипсия
- в) секционная нефролитотомия, нефростомия
- г) пиелокаликотомия (по Жиль - Вернету), нефростомия
- д) литолиз

204. У больного 45 лет коралловидный рентгеноконтрастный камень II стадии внепочечной лоханки, гидрокалоз, хронический пиелонефрит в активной фазе. Больному следует рекомендовать

- а) вмешательство не производить
- б) заднюю поперечную пиелокаликототомию, нефростомию, уретеролиз
- в) пункционную нефростомию в сочетании с литотрипсией
- г) литолиз
- д) секционную нефролитотомию, нефростомию

205. У больного губчатые почки, множественные камни, хронический пиелонефрит в активной фазе. Ему следует выполнить

- а) нефролитотомию и нефростомию
- б) антибактериальную терапию без оперативного вмешательства
- в) ударно-волновую литотрипсию
- г) литолиз
- д) пункционную нефролитотомию

206. У больного 35 лет двусторонние коралловидные камни почек, локализующиеся во внепочечных лоханках, умеренное нарушение уродинамики, хронический пиелонефрит в активной фазе. Ему можно рекомендовать

- а) пиелолитотомию, нефростомию с одной стороны
- б) заднюю поперечную, внутрисинусную пиелолитотомию, нефростомию одновременно с 2-х сторон
- в) вмешательство не показано
- г) литолиз
- д) двустороннюю пункционную нефростомию

207. У больного 50 лет пионефроз справа и коралловидный камень слева.

Ему следует рекомендовать

- а) пиелолитотомию и нефростомию слева
- б) нефрэктомию справа
- в) нефрэктомию справа, пиелолитотомию и нефростомию слева одномоментно
- г) ударно-волновую литотрипсию слева
- д) вмешательство не показано

208. У больного 50 лет уратные камни чашечек обеих почек, хронический латентный пиелонефрит. Ему показано

- а) оперативное лечение
- б) ударно-волновая литотрипсия
- в) литолиз
- г) пункционная нефролитотомия
- д) санаторно-курортное лечение

209. При уратном камне мочевого пузыря 30x25 мм и аденоме предстательной железы следует рекомендовать

- а) литолиз
- б) цистолитотомию и цистостомию
- в) ударно-волновую литотрипсию
- г) цистолитотомию, аденомэктомию и цистостомию
- д) вмешательство не показано

210. При уратном камне лоханочно-мочеточникового сегмента, остром серозном пиелонефрите показаны

- а) антибиотики, консервативное лечение
- б) пункционная нефролитотомия
- в) пиелолитотомия, ревизия почки (нефростомия)
- г) ударно-волновая литотрипсия
- д) катетеризация мочеточника

211. При слабоконтрастном камне (условно 85% урат + 15% оксалат) 15x17 мм лоханки почки, хроническом латентном пиелонефрите возможно рекомендовать все перечисленное, кроме

- а) литолиза
- б) пиелолитотомии
- в) ударно-волновой литотрипсии
- г) пункционной нефролитотомии
- д) все верно

212. У больного 50 лет камень урат (рентгенонегативный) 12x8 мм верхней (средней) трети мочеточника, нарушающий уродинамику, хронический пиелонефрит в стадии ремиссии. Ему следует рекомендовать

- а) литолиз
- б) уретеролитотомию
- в) консервативное лечение
- г) уретеролитоэкстракцию
- д) литотрипсию на аппарате "Урат-II"

213. При уратном камне 7x10 мм в нижней трети мочеточника, умеренно нарушающем уродинамику, хроническом латентном пиелонефрите показано

- а) литолиз
- б) уретеролитоэкстракция
- в) уретеролитотомия
- г) вмешательство не производить
- д) санаторно-курортное лечение

214. При оксалатном или фосфатном камне 12x7 мм в средней трети мочеточника (почка функционирует) можно рекомендовать

- а) литолиз

- б) ударно-волновую литотрипсию
  - в) уретеролитотомию
  - г) правильно б) и в)
  - д) уретеролитоэкстракцию
215. У больного 20 лет камень оксалат 5x8 мм нижней трети мочеточника с умеренной уретероэктазией. Ему показано
- а) уретеролитоэкстракция
  - б) уретеролитотомия
  - в) консервативное лечение в течение 1 месяца
  - г) возможно б) и в)
  - д) возможно а) и б)
216. У больного 25 лет камни нижней трети обоих мочеточников размером 12x6 мм и умеренная уретероэктазия. Ему следует рекомендовать
- а) продолжить консервативную терапию
  - б) уретеролитоэкстракцию одномоментно с 2-х сторон
  - в) уретеролитоэкстракцию с одной стороны
  - г) уретеролитотомию одномоментно с 2-х сторон
  - д) пункционную нефростомию с обеих сторон
217. У больной 40 лет камень фосфат 5x10 мм нижней трети мочеточника, в течение 4-х месяцев умеренная уретероэктазия. Ей показана
- а) уретеролитотомия
  - б) уретеролитоэкстракция
  - в) ударно-волновая литотрипсия
  - г) литолиз
  - д) консервативное лечение продолжать
218. При камне в уретероцеле размерами 12x12 мм и не нарушенной уродинамике наиболее целесообразно
- а) вмешательство не производить
  - б) иссечение уретероцеле трансвезикально
  - в) рассечение уретероцеле трансуретрально электроножом (коагулятором) на мочеточниковом катетере
  - г) ударно-волновая литотрипсия
  - д) уретероцистостомия
219. У больного 45 лет множественные камни в расширенной нижней чашечке, шейка ее сужена, толщина паренхимы нижнего полюса почки до 4 мм. Функция почки сохранена. Ему следует рекомендовать
- а) вмешательство не производить
  - б) нефролитотомию
  - в) пиелолитотомию
  - г) резекцию нижнего полюса почки
  - д) нефрэктомию
220. У больного 55 лет множественные камни почки, хронический пиелонефрит в активной фазе, вторично сморщенная почка, артериальная гипертензия в течение 2-х лет. Ему показаны
- а) противовоспалительная, гипотензивная терапия амбулаторно, длительно
  - б) пиелолитотомия, нефростомия
  - в) пункционная нефростомия

- г) нефрэктомия
- д) ударно-волновая литотрипсия

221. При камне лоханки почки 20x25 мм и нижней трети мочеточника с той же стороны размером 14x8 мм, функция почки сохранена, хроническом пиелонефрите в активной фазе показано
- а) длительная антибактериальная и спазмолитическая терапия
  - б) уретеролитоэкстракция + пиелолитотомия
  - в) ударно-волновая литотрипсия
  - г) пиелолитотомия и уретеролитотомия из одного разреза по Израэлю
  - д) уретеролитотомия и пиелолитотомия из 2-х разрезов
222. При камне лоханки почки, карбункуле почки, высокой температуре тела, выраженной интоксикации, подозрении на сепсис следует
- а) назначить внутривенно и эндолимфатически антибиотики, детоксикацию
  - б) выполнить срочную нефрэктомия
  - в) выполнить срочную пиелолитотомия, иссечение карбункула, нефростомия
  - г) сделать катетеризацию мочеточника, консервативную терапию
  - д) выполнить пункционную нефростомия
223. При камне верхней трети мочеточника, осложненном острым гнойным пиелонефритом, следует рекомендовать
- а) уретеролитотомия, нефростомия и декапсуляция почки
  - б) катетеризацию мочеточника, консервативную терапию
  - в) консервативное лечение: внутривенно или эндолимфатически антибиотики широкого спектра действия
  - г) верно б) и в)
  - д) нефрэктомия
224. При камне нижней трети мочеточника 5x4 мм, осложненном острым серозным пиелонефритом, показана
- а) уретеролитотомия
  - б) нефростомия и декапсуляция почки
  - в) катетеризация мочеточника, антибиотики широкого спектра действия
  - г) уретеролитоэкстракция
  - д) равноценно а), б) и г)
225. При камне 25x20 мм и лоханке смешанного типа наиболее целесообразна
- а) задняя поперечная внутрисинусная пиелолитотомия
  - б) передняя поперечная пиелолитотомия
  - в) нижняя продольная пиелолитотомия
  - г) верхняя поперечная пиелолитотомия
  - д) равноценны все методы
226. При коралловидном камне II стадии с распространением на шейку верхней и нижней чашечки почки, внепочечной лоханки можно применить
- а) заднюю продольную пиелолитотомия
  - б) заднюю поперечную внутрисинусную пиелокаликолитотомия по Жиль - Вернету
  - в) секционную нефролитотомия
  - г) переднюю продольную пиелолитотомия
  - д) равноценны все методы

227. При выполнении пиелолитотомии, нефролитотомии по поводу коралловидного камня почки следует применить
- а) нефростомию
  - б) зашить лоханку наглухо без нефростомии
  - в) пиелостомию
  - г) циркулярную (кольцевую) нефростомию
  - д) равноценны все методы
228. При удалении камня в лоханке и чашечках обнаружены соли, детрит. Следует выполнить
- а) циркулярную нефростомию
  - б) нефростомию
  - в) пиелостомию
  - г) ушить лоханку наглухо
  - д) равноценны все методы
229. Во время пиелолитотомии и нефролитотомии было значительное кровотечение. В этом случае следует выполнить
- а) введение в лоханку и чашечки гемостатической губки
  - б) пиелостомию
  - в) нефростомию
  - г) нефрэктомию
  - д) зашить лоханку наглухо
230. При коралловидном камне III степени планируется пиелолитотомия, нефротомия и нефростомиа. Расположение почки высокое, XI и XII ребра длинные. Рациональным оперативным доступом будет
- а) люмботомия по Федорову
  - б) люмботомия с переходом в 9-е межреберье
  - в) люмботомия с переходом в 11-е межреберье
  - г) люмботомия по Израэлю
  - д) люмботомия по Нагамацу
231. При камне лоханки почки 25x20 мм и камне юкставезикального отдела мочеточника 12x9 мм с той же стороны показаны
- а) люмботомия по Федорову и разрез по Пирогову
  - б) разрез по Израэлю
  - в) параректальный разрез
  - г) уретеролитотомия первым этапом
  - д) пиелолитотомия вторым этапом
232. При уратном (рентгенонегативном) камне средней трети мочеточника, размером 15x9 мм, нарушающем уродинамику, показаны
- а) литолиз
  - б) установить мочеточниковый катетер
  - в) уретеролитотомия
  - г) спазмолитическая терапия, электростимуляция мочеточника
  - д) нефростомиа
233. При аденоме предстательной железы, камне (оксалате) мочевого пузыря 30x30 мм показаны

- а) литолиз
- б) цистолитотомия и цистостомия
- в) аденомэктомия, цистолитотомия и цистостомия
- г) трансуретральная цистолитотрипсия
- д) ударно-волновая дистанционная литотрипсия

234. У больного 55 лет камень юкставезикального отдела мочеточника размером 6х9 мм, нарушающий уродинамику. Ему показаны

- а) консервативная терапия
- б) уретеролитотомия
- в) уретеролитоэкстракция
- г) катетеризация мочеточника
- д) равноценно б) и в)

235. У больного 55 лет камень средней трети мочеточника размером 6х9 мм, нарушающий уродинамику. Ему показаны

- а) консервативная терапия
- б) уретеролитотомия
- в) уретеролитоэкстракция
- г) катетеризация мочеточника
- д) равноценно б) и в)

236. У больной 30 лет камень нижней трети мочеточника 5х9 мм, нарушающий уродинамику. Ей показаны

- а) консервативная терапия
- б) уретеролитотомия
- в) уретеролитоэкстракция
- г) катетеризация мочеточника
- д) равноценно а) и в)

237. При стойкой фосфатурии после пиелолитотомии следует:

- 1) назначить молочную диету
- 2) ежедневно принимать по 1 лимону
- 3) назначить антибиотики широкого спектра действия, уроантисептики
- 4) назначить метионин, аскорбиновую кислоту
- 5) употреблять пищу, богатую белком (мясо, рыба), жиры, масла
- 6) назначить мочегонные растительные средства
- 7) назначить цитратные препараты (магурлит, блемарен и др.)
- а) правильно все перечисленное
- б) правильно все, кроме 1, 2, 7
- в) правильно все, кроме 5 и 7
- г) правильно все, кроме 1, 2, 3
- д) правильно все, кроме 2, 5, 7

238. При стойкой оксалатурии после трехкратного отхождения оксалатных камней следует рекомендовать:

- 1) пищу, богатую листовыми зеленью, бобовые, цитрусовые
- 2) пищу, богатую кальцием (молочные продукты, картофель, яйца и др.)
- 3) пищу, содержащую витамины группы В, А, магний
- 4) цитратные препараты
- 5) окись магния, тиосульфат магния
- б) витамины В<sub>6</sub>, А

- 7) пшеничные отруби
- 8) увеличить диурез до 2 л
- а) правильно все перечисленное
- б) правильно все, кроме 2 и 5
- в) правильно все, кроме 1, 2, 4
- г) правильно все, кроме 3, 5, 6, 7 и 8
- д) правильно все, кроме 1 и 5

239. При стойкой уратурии лечение включает:

- 1) молочную диету
- 2) растительную диету
- 3) мясную диету
- 4) диурез 2-2.5 л
- 5) диурез менее 1 л
- б) цитратные препараты
- 7) блокаторы пуринового обмена (аллопуринол, хипурик и др.)
- а) правильно все перечисленное
- б) правильно все, кроме 1, 3, 5
- в) правильно все, кроме 1, 2, 3 и 4
- г) правильно все, кроме 1, 3, 4 и 6
- д) правильно все, кроме 3 и 5

240. У больного двусторонние рентгеноконтрастные коралловидные камни почек.

Подозрение на гиперпаратиреоз. В план диагностики следует включить

- а) исследование ренина, альдостерона крови
- б) определение кальция, фосфора сыворотки крови и суточной мочи
- в) определение паратгормона, кальцитонина крови
- г) пробу с паратгормоном, сканирование скелета
- д) все, кроме а)

241. При уратных камнях почек обследуем состояние пуринового обмена

- 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)

242. Оксалатные рецидивные камни почек.

Обследуем состояние фосфоркальциевого обмена

- а) определение кальция и фосфора в сыворотке крови и суточной моче
- б) рентгенография мелких трубчатых костей
- в) сканирование паращитовидных желез
- г) определение кислой фосфатазы
- д) все верно, кроме Г

243. Уретеролитозэкстракция целесообразна

- 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

244. При пострениальной анурии (камни мочеточников) показана экстренная помощь
- а) внутривенно большие дозы лазикса, инфузионная терапия
  - б) катетеризация мочеточников
  - в) двусторонняя нефростомия одновременно
  - г) ударно-волновая литотрипсия
  - д) равноценно в) и г)
245. У больной в лоханке правой почки уратный камень, в левой - оксалатный камень, размеры 25x20 мм каждый. Ей можно рекомендовать
- 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
246. У больного 30 лет двусторонние коралловидные камни почек, хронический латентный пиелонефрит. Лоханки внепочечного типа. Ему можно рекомендовать
- а) оперативное лечение не показано
  - б) одномоментно пиелокаликототомию, нефростомия с 2-х сторон
  - в) пиелолитотомию, нефростомия с одной стороны, через 4-5 месяцев - с другой стороны
  - г) двустороннюю ударно-волновую литотрипсию
  - д) двустороннюю пункционную нефролитотомию
247. При камне верхней трети мочеточника 8 мм, остром серозном пиелонефрите следует применить
- а) экстренно уретеролитотомию, ревизию почки
  - б) экстренно нефрэктомию
  - в) экстренно пункционную нефростомия
  - г) установку стента в мочеточник
  - д) продолжить консервативную, антибактериальную терапию
248. При камне лоханки 20x20 мм, остром серозном пиелонефрите следует применить
- а) консервативную терапию
  - б) экстренно пиелолитотомию, ревизию почки, нефростомия
  - в) нефрэктомию
  - г) пункционную нефролитотомию, нефростомия
  - д) ударно-волновую литотрипсию
249. При камне лоханки 20x20 мм, остром гнойном пиелонефрите следует назначить
- а) антибиотики, кортикостероиды, внутривенную инфузионную терапию
  - б) экстренно пиелолитотомию, нефростомия, декапсуляцию почки
  - в) экстренно пункционную нефростомия
  - г) катетеризацию мочеточника, лоханки
  - д) равноценные варианты а), б) и в)

250. 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, котрикостероиды 1-2 г, внутривенную инфузионную терапию и др., после выведения из шока - оперативное лечение или катетеризацию мочеточника
  - д) равноценные варианты а), б) и в)
251. При уратном камне почки, остром серозном пиелонефрите следует применить
- а) растворение камня в сочетании с антибактериальной терапией
  - б) установку стента в мочеточник
  - в) пункционную нефролитотомию
  - г) ударно-волновую литотрипсию
  - д) экстренную пиелолитотомию, ревизию почки
252. При мелких камнях обоих мочеточников, анурии 20 часов следует применить
- а) внутривенно лазикс, инфузионную терапию
  - б) двустороннюю нефростомию
  - в) катетеризацию мочеточников
  - г) двустороннюю пункционную нефростомию
  - д) двустороннюю экстренную уретеролитотомию
253. При камне мочеточника 5 мм единственной почки, анурии 12 часов следует применить
- а) внутривенно лазикс
  - б) экстренную нефростомию
  - в) пункционную нефростомию
  - г) катетеризацию мочеточника
  - д) равноценные варианты б), в) и г)
254. У больного в поликлинике диагностирован камень мочеточника, почечная колика, острый серозный пиелонефрит. Ему следует рекомендовать
- а) продолжить антибактериальную, спазмолитическую терапию на дому
  - б) экстренно госпитализировать в урологический стационар
  - в) катетеризацию мочеточника в поликлинике
  - г) противошоковую терапию профилактически
  - д) равноценные варианты а), в) и г)
255. У больной 30 лет двусторонние коралловидные камни, хронический пиелонефрит, вторично сморщенные почки, уремия. Ей можно рекомендовать
- а) гемодиализ, в перспективе двустороннюю нефрэктомию и трансплантацию почки
  - б) пиелолитотомию, нефростомию последовательно с 2-х сторон
  - в) инфузионную противоазотемическую терапию
  - г) катетеризацию мочеточников
  - д) пункционную нефростомию

001 -	038 -	075 -	112 -	149 -	186 -	223 - а
д	г	г	д	б	а	
002 -	039 -	076 -	113 -	150 -	187 -	224 - в
в	в	г	г	д	д	
003 -	040 -	077 -	114 -	151 -	188 -	225 - а
а	а	д	б	д	г	
004 -	041 -	078 -	115 -	152 -	189 -	226 - б
д	б	г	в	б	д	
005 -	042 -	079 -	116 -	153 -	190 -	227 - а
в	д	в	а	г	а	
006 -	043 -	080 -	117 -	154 -	191 -	228 - б
г	г	д	г	г	в	
007 -	044 -	081 -	118 -	155 -	192 -	229 - в
д	в	д	д	г	д	
008 -	045 -	082 -	119 -	156 -	193 -	230 - д
б	д	д	а	б	в	
009 -	046 -	083 -	120 -	157 -	194 -	231 - а
б	а	д	в	г	д	
010 -	047 -	084 -	121 -	158 -	195 -	232 - в
г	в	а	д	д	г	
011 -	048 -	085 -	122 -	159 -	196 -	233 - в
г	б	а	а	в	а	
012 -	049 -	086 -	123 -	160 -	197 -	234 - б
д	а	б	а	б	в	
013 -	050 -	087 -	124 -	161 -	198 -	235 - б
в	г	в	а	д	д	
014 -	051 -	088 -	125 -	162 -	199 -	236 - в
б	г	д	б	д	г	
015 -	052 -	089 -	126 -	163 -	200 -	237 - б
б	д	б	д	д	б	
016 -	053 -	090 -	127 -	164 -	201 -	238 - в
д	в	б	г	б	д	
017 -	054 -	091 -	128 -	165 -	202 -	239 - д
г	б	г	г	а	б	
018 -	055 -	092 -	129 -	166 -	203 -	240 - д
в	в	а	а	б	г	
019 -	056 -	093 -	130 -	167 -	204 -	241 - б
г	а	д	д	б	б	
020 -	057 -	094 -	131 -	168 -	205 -	242 - д
б	г	д	г	в	в	
021 -	058 -	095 -	132 -	169 -	206 -	243 - а
в	д	в	д	г	а	
022 -	059 -	096 -	133 -	170 -	207 -	244 - б
д	г	а	г	б	б	
023 -	060 -	097 -	134 -	171 -	208 -	245 - а
б	б	в	в	г	в	
024 -	061 -	098 -	135 -	172 -	209 -	246 - в
г	в	б	г	г	г	
025 -	062 -	099 -	136 -	173 -	210 -	247 - а
в	г	г	а	г	в	
026 -	063 -	100 -	137 -	174 -	211 -	248 - б
б	б	д	д	б	а	

027 -	064 -	101 -	138 -	175 -	212 -	249 - б
а	г	д	г	в	б	
028 -	065 -	102 -	139 -	176 -	213 -	250 - г
д	б	в	д	в	в	
029 -	066 -	103 -	140 -	177 -	214 -	251 - д
г	д	в	г	б	г	
030 -	067 -	104 -	141 -	178 -	215 -	252 - в
в	д	б	д	д	г	
031 -	068 -	105 -	142 -	179 -	216 -	253 - г
д	г	б	д	б	г	
032 -	069 -	106 -	143 -	180 -	217 -	254 - б
д	г	в	г	г	б	
033 -	070 -	107 -	144 -	181 -	218 -	255 - а
д	г	г	д	д	в	
034 -	071 -	108 -	145 -	182 -	219 -	
д	д	в	г	г	г	
035 -	072 -	109 -	146 -	183 -	220 -	
д	д	в	д	д	в	
036 -	073 -	110 -	147 -	184 -	221 -	
б	а	д	д	г	д	
037 -	074 -	111 -	148 -	185 -	222 -	
б	д	д	д	в	б	

---

001. Туберкулезом почки чаще страдают

- а) дети
- б) женщины
- в) мужчины
- г) лица пожилого возраста
- д) лица старческого возраста

002. 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)

003. 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

004. 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

005. Предоперационная терапия у плановых больных туберкулезом органов мочевой системы составляет в среднем
- одну неделю
  - три недели
  - три месяца
  - шесть месяцев
  - не требуется
006. Туберкулез почки не дифференцируют
- с хроническим пиелонефритом
  - с губчатой почкой
  - с чашечными камнями почки
  - с простой кистой почки
  - с некротическим папиллитом
007. Туберкулезные микобактерии попадают в почку чаще всего
- гематогенным путем
  - контактным путем с соседних органов
  - восходящим путем
  - лимфогенным путем
  - по стенкам мочеточников
008. При остром (миллиарном) туберкулезе почек поражаются
- только почки
  - только лимфатические узлы
  - только легкие
  - только костная система
  - многие органы
009. При туберкулезе почки прежде всего возникают
- поражение почечного сосочка (специфический папиллит)
  - изъязвление слизистой оболочки чашечек и лоханки
  - туберкулезные бугорки в паренхиме
  - специфический воспалительный инфильтрат
  - туберкулезная каверна
010. Макрогематурия у больных туберкулезом почек наблюдается в среднем
- в 5% случаев
  - в 10% случаев
  - в 20% случаев
  - в 30% случаев
  - в 50% случаев
011. Ранняя стадия клинического течения туберкулеза почек (по В.И. Шаповалу) означает
- отсутствие клинических симптомов
  - наличие процесса только в почечной ткани
  - отсутствие туберкулезных каверн в почке
  - отсутствие туберкулезных язв в мочевых путях
  - распространение туберкулезного процесса почек на верхние мочевые пути и мочевой пузырь
012. II стадия туберкулеза почки (по А.Л. Шабалу) 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)

013. 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

014. К наиболее характерным изменениям мочи при туберкулезе почки относятся

- 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)

015. К наиболее характерным изменениям мочи при туберкулезе почки относятся

- а) цилиндрурия
- б) отсутствие цилиндров в осадке мочи
- в) лейкоцитурия
- г) гематурия
- д) правильно б) и в)

016. Окончательный диагноз туберкулеза почек устанавливают на основании всего перечисленного, кроме

- а) выделения из мочи туберкулезных микобактерий
- б) гистологического исследования почечной ткани
- в) цистоскопии и рентгенологического исследования
- г) провокационного (туберкулинового) теста

017. При оценке провокационного туберкулинового теста учитывают содержание в моче

- а) эритроцитов
- б) белка, цилиндров и микробов
- в) лейкоцитов
- г) клеток Штергеймера - Мальбина и активных лейкоцитов
- д) правильно в) и г)

018. К изменениям устья мочеточника, не характерным для туберкулеза почки, относятся

- а) отек
- б) деформация
- в) втяжение
- г) гиперемия
- д) кистовидное выпячивание

019. Вероятность обнаружения микобактерий туберкулеза в моче выше

- 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

020. Для рентгенологической картины туберкулеза почки характерна

- 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)

021. Для выявления туберкулезных микобактерий в моче применяются все перечисленные способы, кроме

- а) бактериологического
- б) бактериоскопического
- в) иммунологического
- г) биологического

022. Ретроградная пиелография при подозрении на туберкулез почки показана

- а) при "немой" почке
- б) при стриктуре мочеточника
- в) при отшнурованной каверне
- г) правильно а) и б)
- д) все перечисленное

023. Рентгенологические признаки петрификатов при туберкулезе почки имеют

- 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)

024. Нецелесообразно применение противотуберкулезных препаратов

- в следующих сочетаниях
- а) стрептомицин + ПАСК + фтивазид
- б) стрептомицин + канамицин
- в) стрептомицин + циклосерин + тубазид
- г) тубазид + циклосерин
- д) стрептомицин + ПАСК + салюзин

025. Применение противотуберкулезных препаратов возможно в следующих сочетаниях

- а) стрептомицин + биомицин
- б) стрептомицин + канамицин
- в) ПАСК + тибон
- г) ПАСК + этоксид
- д) рифадин + этамбутол

026. При стриктуре мочеточника туберкулезной этиологии необходимо в первую очередь

- а) увеличить дозу стрептомицина
- б) уменьшить дозу стрептомицина
- в) отменить стрептомицин

- г) отменить все противотуберкулезные препараты
- д) назначить витамины В<sub>6</sub>, В<sub>12</sub> и С

027. С целью предупреждения стеноза мочеточника не применяют

- а) преднизолон
- б) лидазу
- в) стекловидное тело
- г) азатиоприн
- д) витамин D

028. При инфильтративно-язвенном поражении мочеточника следует применять

- а) стрептомицин
- б) стрептомицин + фтивазид
- в) стрептомицин + этамбутол
- г) стрептомицин + рифампицин
- д) рифампицин + этамбутол

029. С целью иммунокорригирующего лечения при туберкулезе почки не применяют

- а) декарис
- б) взвесь плаценты
- в) диуцифон
- г) алоэ
- д) иммуран

030. Стрептомицин активен

- а) в очень кислой среде
- б) в кислой среде
- в) в нейтральной среде
- г) в щелочной среде
- д) в любой среде

031. Для устранения побочных явлений при лечении стрептомицином применяют

- а) поливитамины
- б) обильное питье
- в) бессолевую диету
- г) пантотенат кальция
- д) правильно а) и г)

032. Для устранения побочных явлений при лечении препаратами ГИНК применяют витамины

- а) С
- б) В<sub>1</sub>
- в) В<sub>6</sub>
- г) В<sub>12</sub>
- д) сочетание витаминов В<sub>6</sub> и В<sub>12</sub>

033. Для устранения побочных явлений при лечении циклосерином применяют

- а) соляную кислоту
- б) глютаминовую кислоту
- в) никотиновую кислоту
- г) АТФ
- д) правильно б) и г)

034. Органосохраняющие операции на почке при туберкулезе почки проводятся во всех перечисленных случаях, исключая
- 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 солитарной каверной почки
  - г) наличие стриктуры мочеточника специфической этиологии
  - д) открытый туберкулезный пионефроз
035. Органосохраняющие операции при деструктивном туберкулезе почки производят после безрезультатной специфической терапии
- а) в течение 1-го месяца
  - б) в течение 3-х месяцев
  - в) в течение 4-6-х месяцев
  - г) в течение 8-12-ти месяцев
  - д) в течение 2-х лет
036. При ограниченном деструктивном туберкулезе почки и стриктуре мочеточника необходимо
- а) проводить более интенсивную антибактериальную терапию
  - б) произвести нефрэктомия
  - в) произвести пластику мочеточника
  - г) ликвидировать очаг деструкции в почке оперативным путем
  - д) правильно в) и г)
037. При туберкулезе почки и удовлетворительной функции контралатеральной почки нефрэктомия абсолютно показана
- а) при выключенном туберкулезном пионефрозе
  - б) при открытом туберкулезном пионефрозе
  - в) при поликавернозном туберкулезе почки
  - г) при отшнурованной каверне почки
  - д) при туберкулезе почки и сужении мочеточника
038. У больных, перенесших нефрэктомия по поводу туберкулеза, среди заболеваний оставшейся почки наиболее часто наблюдаются
- а) туберкулез
  - б) пиелонефрит
  - в) нефролитиаз
  - г) опухоль
  - д) правильно б) и в)
039. Специфическая химиотерапия при предоперационной подготовке больных туберкулезом почки
- а) не проводится
  - б) проводится в течение 1-й недели
  - в) проводится не менее 2-х недель
  - г) проводится не менее 2-х месяцев
  - д) проводится не менее 6-ти месяцев
040. Излечение при туберкулезе почки наблюдается в среднем

- а) у 10% больных
- б) у 20% больных
- в) у 40% больных
- г) у 50% больных
- д) у 80% больных

041. Критериями излеченности при туберкулезе почки считается

- а) отсутствие в моче туберкулезных микобактерий, лейкоцитов и эритроцитов в течение 1-го года после прекращения лечения
- б) отсутствие в моче туберкулезных микобактерий, лейкоцитов и эритроцитов в течение 3-х лет после прекращения лечения
- в) отсутствие в моче туберкулезных микобактерий, лейкоцитов и эритроцитов в течение 5-ти лет после лечения
- г) стабилизация и обратное развитие очагов деструкции
- д) правильно в) и г)

042. Критерии излеченности туберкулеза почки базируются

- а) на отрицательных результатах посевов мочи в течение 2-х лет после окончания лечения
- б) на стабильности рентгенологической картины
- в) на отрицательных результатах провокационных туберкулиновых тестов в течение 5-ти лет
- г) правильно а) и б)
- д) правильно б) и в)

043. С целью контроля за результатами лечения больных туберкулезом почки посев мочи производится

- а) каждую неделю
- б) каждый месяц
- в) 1 раз в 2 месяца
- г) 1 раз в 3 месяца
- д) 1 раз в 6 месяцев

044. При активном туберкулезе одной или обеих почек больные временно нетрудоспособны в течение

- а) 2-х месяцев
- б) 3-х месяцев
- в) 4-8-ми месяцев
- г) 9-12-ти месяцев
- д) 1.5-2-х лет

045. При определении трудоспособности больных с затихшим или излеченным туберкулезом почки оценка степени функционального состояния почек

- а) не имеет значения
- б) имеет относительное значение
- в) имеет некоторое значение
- г) имеет важное значение
- д) имеет очень важное значение

046. Больным с затихшим или клинически излеченным туберкулезом почки при удовлетворительной функции почки

- а) противопоказана работа со значительным физическим напряжением (требуется перевод на другую работу)
- б) противопоказана работа в неблагоприятных метеорологических условиях
- в) противопоказана работа с токсическими веществами
- г) больные признаются инвалидами III группы, если перевод на другую работу приводит к снижению квалификации или объема производительной деятельности
- д) все перечисленное верно

047. Больные туберкулезом почек признаются инвалидами II группы

- а) при почечной недостаточности второй степени
- б) при почечной недостаточности третьей степени
- в) при далеко зашедшем туберкулезе почек и недостаточно эффективной антибактериальной терапии
- г) правильно б) и в)
- д) правильно все перечисленное

048. Противопоказаниями к направлению

в специальные фтизиоурологические санатории больных туберкулезом почек являются

- а) поздние стадии хронической почечной недостаточности
- б) острая почечная недостаточность
- в) мочевые свищи
- г) недержание мочи
- д) правильно а) и б)

049. Противопоказаниями к направлению

в специальные фтизиоурологические санатории больных туберкулезом почек являются

- а) активный туберкулез легких
- б) туберкулез костно-суставной системы
- в) амилоидоз почек
- г) все перечисленное
- д) только а) и в)

050. Летальность при туберкулезе почки составляет примерно

- а) 0.5%
- б) 5%
- в) 10%
- г) 20%
- д) 30%

051. К изменениям слизистой оболочки мочевого пузыря при туберкулезе его, выявляемом цистоскопией, относятся

- а) туберкулезные бугорки
- б) язвы
- в) рубцовые изменения слизистой, расположенные преимущественно в области устья мочеточника пораженной почки
- г) все перечисленное
- д) только а) и в)

052. К наиболее характерным симптомам туберкулеза мочевого пузыря относятся

- а) дизурия
- б) терминальная гематурия
- в) повышение температуры, ознобы
- г) правильно а) и б)
- д) правильно б) и в)

053. К осложнениям туберкулеза мочевого пузыря относятся

- а) пузырно-мочеточниковый рефлюкс
- б) сморщивание мочевого пузыря
- в) пиелонефрит
- г) все перечисленное
- д) только б) и в)

054. При туберкулезном цистите применяют инстилляци

- а) колларгола 2%
- б) ляписа (серебра азотнокислого) 1:1000
- в) дибунола
- г) правильно а) и б)
- д) правильно а), б) и в)

055. При интестинальной пластике сморщенного почечного пузыря не используют

- а) претерминальную часть подвздошной кишки
- б) терминальную часть подвздошной кишки
- в) другие отделы тонкого кишечника
- г) сигмовидную кишку
- д) прямую кишку

056. Первично туберкулезом поражаются

- а) мочевой пузырь
- б) мочеиспускательный канал
- в) почка
- г) мочеточник
- д) почечная лоханка

057. При туберкулезе половых органов у мужчины чаще всего первично поражаются

- а) семенные пузырьки
- б) предстательная железа
- в) яичко
- г) придаток яичка
- д) семявыносящий проток

058. Характерные для туберкулеза предстательной железы симптомы

- а) боли в промежности и прямой кишке
- б) дизурия
- в) выделение гноя из уретры
- г) все перечисленное
- д) только а) и б)

059. Пальцевое ректальное исследование при туберкулезном простатите выявляет

- а) бугристую поверхность предстательной железы с наличием плотных узелков
- б) уменьшение размеров предстательной железы
- в) четкие контуры предстательной железы

- г) наличие наряду с плотными очагами участков флюктуации или западения
- д) правильно а) и г)

060. Туберкулез придатка яичка среди всех заболеваний половых органов у мужчин встречается в среднем

- а) в 5% случаев
- б) в 10% случаев
- в) в 20% случаев
- г) в 30% случаев
- д) в 40% случаев

061. К местным изменениям, характерным для туберкулеза яичка и его придатка, относятся

- а) увеличение, уплотнение, бугристость придатка яичка
- б) реактивная водянка яичка
- в) сращение придатка и яичка плотными спайками, свищ на коже мошонки, исходящий из придатка яичка
- г) четкообразный семявыносящий проток
- д) все перечисленное

062. При туберкулезе придатка яичка чаще всего поражается

- а) тело придатка
- б) хвост придатка
- в) головка придатка
- г) весь придаток
- д) придаток и ткань яичка

063. Для диагностики туберкулеза придатка яичка применяют все перечисленное, кроме

- а) бактериологического исследования эякулята
- б) пункционной биопсии
- в) исследования отделяемого из уретры
- г) исследования мочи
- д) правильно б) и в)

064. При остро возникшем туберкулезе придатка яичка наблюдается

- а) боль в области придатка яичка
- б) припухлость придатка
- в) гиперемия и отек кожи мошонки
- г) только а) и б)
- д) все перечисленное

065. При остро возникшем туберкулезе придатка яичка назначают все перечисленное, кроме

- а) покоя
- б) иммобилизации мошонки (суспензорий)
- в) антибактериальной терапии
- г) тепловых процедур и физиотерапевтического лечения

066. При туберкулезе придатка производят

- а) эпидидимэктомию
- б) гемикастрацию
- в) эпидидимэктомию с резекцией яичка

- г) двустороннюю эпидидиэктомию
- д) эпидидимэктомию с вазорезекцией с противоположной стороны

067. Длительность противотуберкулезного медикаментозного лечения, при безуспешности которого показано оперативное лечение, при туберкулезе придатка яичка составляет

- а) 1 месяц
- б) 2 месяца
- в) 4 месяца
- г) 6 месяцев
- д) 1 год

001 - б    011 - б   021 - в   031 - д   041 - д   051 - г   061 - д  
002 - а   012 - д   022 - г   032 - д   042 - д   052 - г   062 - б  
003 - г   013 - в   023 - д   033 - д   043 - б   053 - г   063 - г  
004 - в   014 - д   024 - б   034 - д   044 - г   054 - в   064 - д  
005 - в   015 - д   025 - д   035 - г   045 - д   055 - д   065 - г  
006 - г   016 - в   026 - в   036 - д   046 - д   056 - в   066 - а  
007 - а   017 - д   027 - г   037 - а   047 - д   057 - б   067 - б  
008 - д   018 - д   028 - д   038 - д   048 - д   058 - г  
009 - в   019 - в   029 - д   039 - в   049 - г   059 - д  
010 - г   020 - д   030 - г   040 - д   050 - б   060 - в

---

001. Травма почки чаще встречается

- а) у женщин
- б) у мужчин
- в) правой почки
- г) левой почки
- д) верно б) и в)

002. При травме почки наиболее часто повреждаются

- а) верхний полюс
- б) нижний полюс
- в) задняя поверхность
- г) передняя поверхность
- д) сосудистая ножка

003. Наиболее частым осложнением после травмы почки бывает

- а) пиелонефрит и гидронефроз
- б) пиелонефрит и нефролитиаз
- в) закономерность не установлена
- г) пиелонефрит и артериальная гипертензия
- д) пиелонефрит и венозная гипертензия

004. После травмы почки

нормализация показателей коагулограммы обычно происходит через

- а) 1-3 дня
- б) 6-10 дней
- в) 15 дней
- г) 16-20 дней
- д) 21-25 дней

005. Закрытой травме почки способствуют
- 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
006. К повреждению почки предрасполагают все перечисленные заболевания, кроме
- а) гидронефроза
  - б) опухоли почки
  - в) туберкулеза
  - г) тазовой дистопии
  - д) нефроптоза
007. Срочное оперативное лечение при закрытой травме почки показано
- а) при пиурии
  - б) при высокой температуре
  - в) при микрогематурии
  - г) при анемии
  - д) при шоке
008. При прямой травме живота и поясничной области чаще повреждается
- а) почка
  - б) почечная лоханка
  - в) мочеточник
  - г) сосуды почки
  - д) жировая капсула почки
009. Закрытые повреждения почек среди всех травм занимают
- а) первое место
  - б) второе место
  - в) третье место
  - г) четвертое место
  - д) пятое место
010. Нехарактерным симптомом изолированной закрытой травмы почки в первые сутки является
- а) боль
  - б) припухлость почечной области
  - в) макрогематурия
  - г) ускоренное СОЭ
  - д) микрогематурия
011. Закрытые травмы почек чаще встречаются
- а) у мужчин
  - б) у женщин
  - в) у детей
  - г) одинаково часто
012. Повреждение мочеточника чаще наблюдается
- а) в верхней трети

- б) в средней трети
- в) в нижней трети
- г) в интрамуральной части
- д) в лоханочно-мочеточниковом сегменте

013. При травме живота или поясничной области боль и микрогематурия являются признаками
- а) сотрясения почки (ушиба)
  - б) субкапсульного разрыва почки
  - в) двухфазного субкапсульного разрыва почки (1 фаза)
  - г) всего перечисленного
  - д) ни одного из перечисленных
014. Диагностике урогематомы в забрюшинном пространстве помогает
- а) пальпация плотного образования в поясничной области
  - б) отсутствие контуров наружного края поясничной мышцы на обзорном снимке почек и мочевых путей
  - в) напряжение мышц передней брюшной стенки и поясничной области на стороне пораженной почки
  - г) все перечисленные признаки
  - д) ни один из перечисленных признаков
015. Ведущими симптомами при отрыве почки являются все перечисленные, исключая
- а) макрогематурию со сгустками
  - б) шок
  - в) анурию
  - г) сильные боли
  - д) анемию
016. У больных с травмой почки высокая протеинурия (более 3 мг%) является признаком
- а) ушиба почки
  - б) тяжелого повреждения почки
  - в) интенсивной гематурии
  - г) травмы на фоне гломерулонефрита
  - д) тяжелого повреждения почки
017. Характерными рентгенологическими признаками повреждения почки по данным обзорной рентгенограммы мочевых путей являются все перечисленные, кроме
- а) четкой нефрограммы с ореолом "разрежения" вокруг тени почки
  - б) сглаженности тени края поясничной мышцы
  - в) перелома поперечного отростка позвонка и ребра
  - г) аэроколии
018. Экскреторная урография при травме почки имеет целью все перечисленное, кроме
- 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
019. При повреждении почки возможно применить

- а) ретроградную уретеропиелографию
- б) брюшную аортографию
- в) селективную ангиографию
- г) только а) и б)
- д) все перечисленное

020. Из перечисленных методов исследования

наиболее информативна при повреждении почки

- а) хромоцистоскопия
- б) обзорная рентгенография почек и мочевых путей
- в) экскреторная урография
- г) ретроградная уретеропиелография
- д) абдоминальная аортография на фоне экскреторной урограммы

021. Наиболее информативными при повреждении почки являются

- а) селективная почечная венография
- б) лапароскопия
- в) ультразвуковое сканирование
- г) пневморетроперитонеум
- д) ни одно из перечисленных

022. Экскреторная урография при экстренной лапаротомии

у больного с комбинированной травмой забрюшинного пространства

- 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)

023. Активизировать больного с травмой почки и разрешить ему ходить можно

- 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

024. 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

- а) требует выполнить ультразвуковое сканирование почек
- б) требует соблюдать постельный режим
- в) требует дополнить лечение
- г) делает показанной операцию
- д) правильно а) и б)

025. При тяжелом повреждении почки,

определив пальпаторно наличие контралатеральной почки, хирург

- 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

026. После травмы почки больной должен находиться на диспансерном учете

- а) 1 год
- б) 2 года
- в) 3 года
- г) 4 года
- д) 5 лет

027. При травме почки оперативное лечение показано в случае

- 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

028. Нефрэктомия при травме почки показана

- 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

029. Перекрыть почечный кровоток на 30-40 минут

при резекции почки по поводу разрыва

- а) допустимо при перфузии сосудов
- б) допустимо в условиях гипотермии
- в) допустимо при предварительном введении трентала, венорутина, гепарина, лазикса
- г) все перечисленное возможно

030. При разрыве почки с повреждением чашечно-лоханочной системы

органосохраняющую операцию необходимо закончить

- а) нефростомией
- б) пиелостомией
- в) без дренирования лоханки
- г) интубацией мочеточника
- д) кольцевым дренированием лоханки

031. После операции по поводу разрыва почки наиболее целесообразно

- а) послойное ушивание раны с дренированием забрюшинного пространства
- б) 8-образные шелковые швы на рану с дренированием забрюшинного пространства
- в) глухой шов раны
- г) открытое ведение раны
- д) отсроченный шов на рану поясничной области

032. Причиной артериальной гипертензии после травмы почки является

- 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)

033. После травмы почки возможно развитие всего перечисленного, кроме

- а) нефролитиаза
- б) гидронефроза
- в) нефроптоза
- г) опухоли
- д) гнойного пиелонефрита

034. Для субкапсулярных повреждений почки не характерны

- а) боль
- б) гематурия
- в) забрюшинная гематома
- г) быстро проходящий шок
- д) удовлетворительное общее состояние

035. После травмы почки возможно развитие острого пиелонефрита, признаками которого являются все перечисленные, кроме

- а) пиурии
- б) длительной гиперпирексии
- в) ознобов
- г) анемии

036. Открытые повреждения почек чаще встречаются

- а) в мирное время
- б) в военное время
- в) во время стихийных бедствий
- г) при авариях на транспорте

037. Тяжесть повреждения почки зависит

- 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

038. У больного после открытой травмы почки возник мочеви свищ, что связано с ранением

- а) околопочечной клетчатки
- б) коркового слоя почки
- в) мозгового слоя почки и лоханки
- г) сосудов почки
- д) фиброзной капсулы почки

039. 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

040. 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

041. В случае развития уросепсиса при открытой травме почки лечение должно быть
- а) консервативное - дезинтоксикационное и антибактериальное
  - б) оперативное - нефрэктомия
  - в) оперативное - дренирование забрюшинного пространства
  - г) оперативное- декапсуляция почки
  - д) дренирование почки и забрюшинного пространства
042. При комбинированных ранениях почки лечение необходимо начинать с операции
- а) лапаротомии
  - б) люмботомии
  - в) нефрэктомии
  - г) нефростомии
  - д) ушивания разрыва почки
043. Для экспресс-диагностики закрытой травмы почки следует применить
- а) обзорную рентгенографию почек и мочевых путей
  - б) экскреторную урографию и ультразвуковое исследование
  - в) радиоизотопную ренографию и брюшную аортографию
  - г) хромоцистоскопию
  - д) правильно б) и г)
044. Подкожное повреждение мочеточника встречается во всех перечисленных случаях, кроме
- а) тупой травмы поясничной области
  - б) инструментальных исследований
  - в) попытки извлечения камня петлей
  - г) гинекологических операций
045. В акушерско-гинекологической практике повреждения мочеточника наблюдаются чаще всего
- а) одновременно обоих мочеточников
  - б) в нижней трети
  - в) в средней трети
  - г) в сочетании с травмой мочевого пузыря
  - д) в верхней трети
046. При подозрении на повреждение или перевязку мочеточника во время операции для уточнения диагноза нужно произвести
- а) обзорную рентгенографию почек и мочевых путей
  - б) экскреторную урографию
  - в) УЗ-исследование почек
  - г) хромоцистоскопию и катетеризацию мочеточников
  - д) возможно б) и г)
047. Если случайно наложенная лигатура снята с мочеточника через несколько часов после операции, то с целью профилактики рубцового стеноза необходимо произвести
- а) нефростомию
  - б) пиелостомию
  - в) интубацию мочеточника
  - г) ничего не предпринимать
  - д) правильно а) и в)

- 048.Ретроградная пиелография при закрытой травме почки
- а) показана во всех случаях
  - б) производится при неясных результатах экскреторной урографии
  - в) производится при нормальных данных ультразвукового сканирования
  - г) производится только у женщин
  - д) противопоказана во всех случаях
- 049.При подозрении на травму почки больного необходимо
- а) наблюдать амбулаторно ежедневно
  - б) наблюдать амбулаторно через день
  - в) немедленно госпитализировать во всех случаях
  - г) госпитализировать в случае нестабильного артериального давления
  - д) госпитализировать в случае шока
- 050.В жидкости, полученной при катетеризации мочевого пузыря в случае внутрибрюшной травмы мочевого пузыря, нужно исследовать содержание
- а) лейкоцитов
  - б) эритроцитов
  - в) цилиндров
  - г) белка
  - д) остаточного азота или мочевины
- 051.Ятрогенными причинами травмы мочевого пузыря могут быть
- а) удар в живот
  - б) перелом костей таза
  - в) катетеризация мочевого пузыря
  - г) ранение в ходе гинекологической операции
  - д) правильно в) и г)
- 052.К повреждениям, характерным для внутрибрюшной травмы мочевого пузыря, относятся
- а) ушиб живота
  - б) перелом костей таза
  - в) перфорация мочевого пузыря при трансуретральной электрорезекции аденомы предстательной железы
  - г) травма в ходе гинекологической операции
  - д) родовая травма
- 053.Симптомами внутрибрюшной травмы мочевого пузыря являются
- а) отсутствие в течение длительного времени мочеиспускания и позывов к нему
  - б) тимпанический звук над лоном при перкуссии передней брюшной стенки
  - в) пальпируемый над лоном переполненный мочевой пузырь
  - г) напряжение мышц передней брюшной стенки, отечность тканей передней брюшной стенки
  - д) правильно а) и б)
- 054.При внебрюшной травме мочевого пузыря обязательными рентгенографическими исследованиями являются
- а) ретроградная уретроцистография
  - б) уретрография
  - в) цистоскопия

- г) пневмоцистография
- д) обзорная урография

055. Симптомами внебрюшинного разрыва мочевого пузыря являются

- а) наличие рентгеноконтрастной жидкости в брюшной полости при цистографии
- б) симптом "Ваньки-встаньки"
- в) пастозность тканей над предстательной железой при пальцевом ректальном исследовании и притупление перкуторного звука в надлобковой области без четких границ
- г) одномоментное выделение большого количества жидкости (до 2 л и больше) при катетеризации мочевого пузыря

056. Необходимым методом исследования при подозрении на внебрюшинный разрыв мочевого пузыря является

- а) экскреторная урография
- б) катетеризация мочевого пузыря
- в) восходящая цистография
- г) проба Зельдовича
- д) правильно а), в) и г)

057. Количество вводимой в мочевой пузырь рентгеноконтрастной жидкости при цистографии по поводу травмы мочевого пузыря не должно превышать

- а) 10-20 мл
- б) 30-50 мл
- в) 100-150 мл
- г) 200-300 мл
- д) 380-400 мл

058. "Отсроченная цистография" - это

- а) цистография, выполненная в отдаленные сроки после травмы мочевого пузыря
- б) цистография, выполненная в отдаленные сроки после экскреторной урографии
- в) цистография, выполненная через определенное время после введения в мочевой пузырь рентгеноконтрастного вещества
- г) цистография после опорожнения мочевого пузыря
- д) цистография после дополнительного введения в мочевой пузырь контрастного вещества

059. При внутрибрюшной травме мочевого пузыря следует применять

- а) лед на живот
- б) антибактериальные средства
- в) постоянный катетер
- г) дренирование малого таза через запирающее отверстие
- д) эпицистостомию и лапаротомию

060. Восстановление самостоятельного мочеиспускания при внутрибрюшной травме мочевого пузыря может быть вследствие всех перечисленных причин, кроме

- а) сокращения мышечной стенки мочевого пузыря
- б) тампонады дефекта стенки мочевого пузыря петлями кишки
- в) тампонады дефекта стенки мочевого пузыря сальником
- г) тампонады дефекта стенки сгустком крови

061. Консервативное лечение больных с травмой мочевого пузыря можно осуществлять лишь тогда, когда имеется
- а) забрюшинная гематома и неполный разрыв мочевого пузыря
  - б) флегмона забрюшинной клетчатки и неполный разрыв мочевого пузыря
  - в) разрыв слизистой оболочки мочевого пузыря
  - г) разрыв внебрюшинной части мочевого пузыря на протяжении 1-2 см
  - д) разрыв внутрибрюшной части мочевого пузыря на протяжении 1-2 см
062. Показано срочное оперативное лечение при травме мочевого пузыря
- а) при катетеризации мочевого пузыря выделилось до 1500 мл мочи, до катетеризации над лоном перкуторно тимпанический звук
  - б) после удара в живот в боковых отделах брюшной полости определяется притупление перкуторного звука
  - в) макрогематурия, ложные позывы и переполненный мочевой пузырь
  - г) перелом костей таза со смещением, большая забрюшинная гематома при нормальном мочеиспускании и макрогематурии
  - д) во всех случаях
063. К особенностям перитонита при внутрибрюшной травме мочевого пузыря относится
- а) резкая выраженность симптомов раздражения брюшины
  - б) тошнота, рвота
  - в) выраженный метеоризм
  - г) высокая температура тела
  - д) длительное отсутствие симптомов раздражения брюшины
064. При травме мочевого пузыря для ушивания дефекта наиболее целесообразен
- а) однорядный шов кетгутом
  - б) двухрядный шов кетгутом
  - в) трехрядный шов кетгутом
  - г) двухрядный шов шелком
  - д) трехрядный шов хромированным кетгутом
065. Шовным материалом, используемым для ушивания раны мочевого пузыря при травме, является
- а) шелк
  - б) кетгут
  - в) хромированный кетгут
  - г) дакрон
  - д) капрон
066. Предпочтительным видом дренирования мочевого пузыря при его травме является
- а) самостоятельное мочеиспускание
  - б) постоянный катетер
  - в) катетеризация мочевого пузыря 2-3 раза в сутки
  - г) цистостомия
  - д) установление кольцевого дренажа
067. Дренирование малого таза по методу Буяльского - Мак - Уортера показано
- а) при изолированной внутрибрюшной травме мочевого пузыря
  - б) при внутрибрюшной травме мочевого пузыря и большой забрюшинной гематоме
  - в) при внебрюшинном разрыве мочевого пузыря и обширной гематоме
  - г) при полном отрыве шейки мочевого пузыря от уретры

д) при внебрюшинной травме мочевого пузыря  
и нагноении паравезикальной и тазовой клетчатки

068. Перфорировать мембрану запирающего отверстия при дренировании малого таза по методу Буяльского - Мак - Уортера следует

- а) в верхнемедиальной части
- б) в нижнемедиальной части
- в) в верхнелатеральной части
- г) в нижнелатеральной части
- д) в любой из приведенных выше

069. К посттравматическим заболеваниям почки не относятся

- а) пиелонефрит
- б) аневризмы почечных сосудов
- в) нефролитиаз
- г) гидронефроз
- д) опухоль паренхимы почки

070. При повреждении (отрыве) сосудов почки не наблюдается

- а) шок
- б) анемия
- в) падение артериального давления
- г) ухудшение пульса
- д) гематурия

071. Лечение изолированных инструментальных повреждений почки в основном

- а) оперативное
- б) консервативное
- в) только медикаментозное
- г) лечения не требует
- д) требует наложения перкутанной нефростомы

072. Травма уретры среди травм мочеполовых органов по частоте занимает

- а) первое место
- б) второе место
- в) третье место
- г) четвертое место
- д) пятое место

073. Проникающий разрыв уретры - это

- а) разрыв слизистой оболочки
- б) разрыв слизистой оболочки и кавернозного тела
- в) интерстициальный разрыв
- г) разрыв фиброзной оболочки и кавернозного тела
- д) разрыв всех слоев уретры на ограниченном участке или по всей окружности

074. Непроникающий разрыв уретры - это

- а) разрыв слизистой оболочки
- б) разрыв всех слоев уретры по всей ее окружности
- в) разрыв всех слоев уретры на ограниченном участке
- г) только а) и в)
- д) ни один из перечисленных

075. Основными симптомами травм уретры являются
- а) макрогематурия
  - б) уретроррагия
  - в) задержка мочеиспускания
  - г) гематома над лоном или промежностная гематома
  - д) частое, болезненное мочеиспускание
076. К симптомам, характерным для повреждения висячей и промежностных частей уретры, относятся все перечисленные, кроме
- а) начальной гематурии
  - б) уретроррагии
  - в) отека и гематомы промежности, задержки мочи
  - г) гематомы таза
  - д) правильно б) и в)
077. Обширные гематомы характерны для повреждения
- а) висячего отдела уретры
  - б) промежностного отдела уретры
  - в) заднего отдела уретры
  - г) непроникающих повреждений висячей части уретры
  - д) проникающих повреждений висячей части уретры
078. Диагностическая катетеризация при травме уретры
- а) целесообразна
  - б) нецелесообразна
  - в) обязательна
  - г) только металлическим катетером
  - д) только эластическим катетером
079. Основным методом диагностики травм уретры является
- а) экскреторная урография
  - б) нисходящая цистоуретрография
  - в) восходящая уретроцистография
  - г) пневмоцистография
  - д) все перечисленное
080. Характерными признаками травмы уретры на уретрограмме являются
- а) сдавление уретры без затеков контрастного вещества
  - б) затеки контрастного вещества
  - в) заполнение контрастным веществом только уретры без заполнения мочевого пузыря
  - г) уретро-венозные рефлюксы
  - д) заполнение контрастным веществом только уретры с затеком контрастного вещества
081. Первичный шов уретры показан
- а) при обширных повреждениях уретры
  - б) при значительном расхождении концов уретры и обширной гематоме
  - в) при полном разрыве уретры, общем удовлетворительном состоянии и отсутствии урогематомы промежности
  - г) то же, что и в) + множественные переломы костей таза, шок
  - д) при непроникающих разрывах уретры

082. Основным видом лечения при изолированном разрыве уретры является
- а) цистостомия
  - б) установка постоянного катетера
  - в) цистостомия + дренирование малого таза
  - г) цистостомия + дренирование через промежность урогематомы
  - д) цистостомия + дренирование через промежность урогематомы и проведение по уретре постоянного катетера
083. Основным видом лечения при разрыве уретры и переломах костей таза являются
- а) первичный шов уретры
  - б) цистостома + дренирование урогематомы таза
  - в) первичный шов уретры + дренирование урогематомы таза
  - г) цистостомия
  - д) постоянный катетер + дренирование урогематомы
084. К ранним осложнениям травмы уретры относятся
- а) мочевые затеки таза и промежности
  - б) стриктура уретры, мочевые свищи
  - в) флебиты таза и промежности, уросепсис
  - г) кровотечение
  - д) правильно а) и г)
085. Основные причины стриктуры уретры
- а) флебиты таза
  - б) большая кровопотеря
  - в) расхождение концов поврежденной уретры и обширные урогематомы
  - г) позднее выполнение операции
  - д) правильно б) и г)
086. Повреждение почки на стороне, противоположной месту нанесения травмы
- а) наблюдается только у детей
  - б) невозможно
  - в) возможно только при гидронефротической трансформации этой почки
  - г) возможно только при сильном ударе, вызывающем сотрясение всего тела
  - д) наблюдается только у мужчин
087. Уретроррагия при травме уретры может принять угрожающий характер в случае повреждения
- а) слизистой уретры
  - б) пещеристых тел
  - в) предстательной железы
  - г) интерстиции уретры
  - д) правильно б) и в)
088. Стриктуры уретры, пропускающие бужи N 16, следует лечить
- а) оперативно (пластика)
  - б) бужированием
  - в) лечению не подлежат
  - г) медикаментозное (алоэ, лидаза)
  - д) бужированием и медикаментозно

089. Основные принципы операции Хольцова включают
- а) радикальное иссечение рубцов и четкое сопоставление концов уретры
  - б) предотвращение мочевого инфильтрации
  - в) использование инертного шовного материала
  - г) стимуляция защитных сил организма
  - д) все перечисленное
090. Восстановительные операции на уретре при стриктурах целесообразно выполнять после травмы через
- а) 2 месяца
  - б) 3 месяца
  - в) 4 месяца
  - г) 5 месяцев
  - д) 6 месяцев
091. К закрытым повреждениям полового члена относятся все перечисленные, исключая
- а) ампутацию члена
  - б) ушиб
  - в) разрыв и ущемление
  - г) вывих и перелом
092. Характерным признаком ушиба полового члена является
- а) разрыв белочной оболочки
  - б) гематома в подкожной клетчатке
  - в) повреждение кавернозных тел
  - г) боль при отсутствии гематомы
  - д) отек крайней плоти
093. Вывих полового члена возможен
- а) при переломе костей таза
  - б) вне эрекции
  - в) в состоянии эрекции
  - г) при ударе в паховую область вне эрекции
  - д) при медицинских манипуляциях
094. Наиболее тяжелым повреждением полового члена является
- а) вывих
  - б) отрыв головки
  - в) перелом
  - г) правильно а) и б)
  - д) правильно б) и в)
095. Повреждение уретры при переломе или вывихе полового члена
- а) в обоих случаях возможно
  - б) невозможно
  - в) только при вывихе
  - г) только при переломе
  - д) только при вывихе в момент вправления
096. Характерным признаком повреждения уретры при травме полового члена являются
- а) рези при мочеиспускании
  - б) задержка мочи

- в) уретроррагия
- г) вялая струя мочи
- д) характерных признаков нет

097. Диагноз "перелома" полового члена устанавливается на основании

- а) выяснения обстоятельств травмы
- б) ультразвукового исследования
- в) уретрографии
- г) осмотре полового члена
- д) правильно а) и г)

098. Лечение "перелома" полового члена предусматривает

- а) операцию ушивания разрыва белочной оболочки
- б) консервативное лечение (холод, гемостатические средства, бромиды)
- в) эпицистостомию
- г) ушивание дефекта уретры
- д) правильно а) и б)

099. Показанием к ампутации полового члена при травме его является

- а) глубокое пересечение кавернозных тел и уретры
- б) глубокие колото-резаные раны кавернозных тел
- в) гангрена полового члена
- г) полное размозжение
- д) правильно в) и г)

100. При травматической ампутации полового члена лечение заключается

- а) в наложении жгута
- б) в лигировании дорзальных и глубоких артерий
- в) в ушивании краев белочной оболочки
- г) в эпицистостомии
- д) во всем перечисленном

101. Ко вторичным повреждениям мошонки относятся

- а) ушиб мошонки
- б) односторонний кровоподтек, ограниченный средней линией
- в) разрыв вен при варикоцеле и влагалищной оболочки при водянке яичка
- г) кровоподтек при родах в ягодичном предлежании
- д) все перечисленное

102. Кровь при кровоизлияниях в мошонке редко скапливается

- а) в мошоночном пространстве
- б) в перегородке мошонки
- в) снаружи влагалищной оболочки яичка
- г) во влагалищной оболочке яичка
- д) одинаково часто в любом перечисленном отделе

103. К неполному разрыву яичка следует отнести все перечисленное, кроме

- а) разрыва паренхимы без повреждения белочной оболочки
- б) повреждения белочной оболочки с разрывом паренхимы
- в) повреждения белочной оболочки без разрыва паренхимы
- г) поперечного разрыва яичка и вывиха яичка

104. После ушиба яичка возможно возникновение

- а) атрофии яичка
- б) инфаркта яичка
- в) невралгии
- г) злокачественного перерождения
- д) всего перечисленного

105. К закрытым внутренним вывихам яичка следует отнести

- а) вывихи в паховый канал
- б) вывихи в бедренный канал
- в) интраабдоминальный вывих
- г) вертлужный вывих
- д) все перечисленное

106. К закрытым внутренним вывихам яичка следует отнести

- а) подкожный паховый
- б) подкожный бедренный
- в) подкожный лобковый
- г) подкожный промежностный
- д) ни один из перечисленных

107. Вправление вывиха яичка возможно не позднее первых

- а) 3-х часов
- б) 12-ти часов
- в) 1-х суток
- г) 2-х суток
- д) 3-х суток

001 - д	017 - а	033 - г	049 - в	065 - б	081 - в	097 - д
002 - г	018 - д	034 - в	050 - г	066 - г	082 - д	098 - д
003 - в	019 - д	035 - г	051 - д	067 - д	083 - г	099 - д
004 - б	020 - д	036 - б	052 - а	068 - б	084 - д	100 - д
005 - а	021 - в	037 - а	053 - д	069 - д	085 - в	101 - в
006 - в	022 - д	038 - в	054 - а	070 - д	086 - г	102 - б
007 - г	023 - б	039 - г	055 - в	071 - б	087 - д	103 - г
008 - а	024 - д	040 - г	056 - д	072 - а	088 - д	104 - д
009 - в	025 - б	041 - б	057 - г	073 - д	089 - д	105 - д
010 - г	026 - б	042 - а	058 - в	074 - а	090 - д	106 - д
011 - а	027 - а	043 - б	059 - д	075 - б	091 - а	107 - г
012 - в	028 - б	044 - а	060 - а	076 - г	092 - б	
013 - а	029 - г	045 - б	061 - в	077 - б	093 - в	
014 - г	030 - а	046 - д	062 - д	078 - б	094 - д	
015 - а	031 - б	047 - д	063 - д	079 - в	095 - г	
016 - д	032 - д	048 - б	064 - б	080 - д	096 - в	

001.К доброкачественным опухолям почечной паренхимы

эпителиального происхождения относится

- а) фиброма
- б) миксома
- в) аденома
- г) лейомиома
- д) ангиома

002.Правильное название злокачественной опухоли почечной паренхимы эпителиального происхождения

- а) аденома почки
- б) гипернефрома
- в) гипернефроидный рак
- г) рак почки
- д) мелкоклеточный рак

003. У больных раком почки наибольшая 5-летняя выживаемость после нефрэктомии наблюдается, если первым клиническим проявлением опухоли было
- температура
  - гематурия
  - пальпируемая опухоль
  - нефункционирующая почка
  - случайно выявлена на УЗИ
004. Опухоли почечной паренхимы встречаются
- у женщин в 2 раза чаще, чем у мужчин
  - у мужчин в 2 раза чаще, чем у женщин
  - у женщин в 5 раз чаще, чем у мужчин
  - у мужчин в 5 раз чаще, чем у женщин
  - частота заболеваний одинакова
005. Наиболее распространенной классификацией опухолей почечной паренхимы является классификация
- С.П.Федорова (1923)
  - Н.А.Лопаткина и сотр. (1972)
  - TNM Международного противоракового союза (1993)
  - С.Петковича (1956)
  - Флокса и Кадецкого (1959)
006. Наибольшее значение в возникновении опухолей почек придается
- порокам развития почек и мочевых путей
  - хроническому воспалительному процессу в почечной паренхиме
  - гормональному дисбалансу
  - травме почки
  - гломерулонефриту
007. При раке почки чаще поражены
- верхний сегмент
  - нижний сегмент
  - центральный сегмент
  - все сегменты одинаково часто
  - частота не установлена
008. Среди опухолей почек наиболее часто выявляются
- эпителиальные
  - соединительнотканые
  - имеющие строение ткани надпочечника
  - гемангиомы
  - гемартомы
009. При раке почки метастазы чаще всего наблюдаются
- в печени
  - в легких
  - в контралатеральной почке
  - в головном мозгу
  - в надпочечнике
010. Лимфогенные метастазы чаще всего встречаются

- а) в средостении
- б) в парааортальных и паракавадных лимфоузлах
- в) в подвздошных лимфоузлах
- г) в шейных лимфоузлах
- д) в надключичных лимфоузлах

011. Опухолевые тромбы при раке почки чаще всего наблюдаются

- а) в почечной артерии
- б) в почечной и нижней полой вене
- в) в яичковой вене
- г) в паравертебральных венах
- д) в тазовых венах

012. При раке почки отсутствует

- а) полицитемия
- б) артериальная гипертензия
- в) гиперпирексия
- г) анемия
- д) эозинофилия

013. Чаще всего первым проявлением опухоли паренхимы почки является

- а) боль в пояснице
- б) прощупываемая увеличенная почка
- в) гематурия
- г) анемия
- д) субфебрильная температура

014. При опухолях почки гематурия чаще наблюдается

- а) инициальная (начальная)
- б) тотальная
- в) терминальная (конечная)
- г) микрогематурия
- д) гемоглобинурия

015. Гематурия при опухоли паренхимы почки наблюдается

- а) у 20% больных
- б) у 40% больных
- в) у 60% больных
- г) у 90% больных
- д) у 100% больных

016. По современной классификации опухолей почек к стадии T3a относятся

- а) большая опухоль, деформирующая почку
- б) опухоль в центральном сегменте почки размером 2x2 см
- в) опухоль, инфильтрирующая околопочечную клетчатку
- г) большая опухоль, деформирующая чашечки и лоханку
- д) небольшая опухоль с поражением регионарных лимфоузлов

017. Гиперпирексия у больных раком почки наблюдается примерно

- а) у 10-20% больных
- б) у 30% больных
- в) у 50% больных

- г) у 80% больных
- д) у всех больных

018. Анемия у больных раком наблюдается примерно

- а) у 10% больных
- б) у 20% больных
- в) у 40% больных
- г) у 60% больных
- д) у всех больных

019. Похудание у больных раком почки наблюдается примерно

- а) у 15-20% больных
- б) у 20% больных
- в) у 30% больных
- г) у 50% больных
- д) у всех больных

020. Полицитемия у больных опухолью почки наблюдается приблизительно

- а) у 2-3% больных
- б) у 8-10% больных
- в) у 20-30% больных
- г) у 40-50% больных
- д) у 50-60% больных

021. Цистоскопия в диагностике опухоли паренхимы почки помогает установить

- а) сторону поражения
- б) функцию пораженной почки
- в) функцию здоровой почки
- г) строение опухоли
- д) наличие метастаза

022. 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 уретеропиелогрaфии

023. Ретроградная уретеропиелогрaфия в диагностике опухоли почек является

- а) общепринятой
- б) опасной
- в) надежной
- г) безопасной
- д) ненадежной

024. 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

025. При удалении почки по поводу рака недопустима в первую очередь перевязка
- почечной артерии
  - почечной вены
  - всей почечной ножки
  - надпочечниковой артерии
  - яичковой вены
026. При локализации злокачественной опухоли в одном из полюсов единственной почки следует предпринять
- нефрэктомия
  - резекцию почки
  - наблюдение за больным
  - иссечение опухоли
  - эмболизацию сегментарной артерии
027. Если нет возможности остановить гематурию консервативным путем при неоперабельном раке почки, то следует
- продолжить консервативное и симптоматическое лечение
  - производить частые переливания свежей крови
  - произвести эмболизацию почечной артерии
  - произвести нефрэктомия
  - наложить нефростому
028. После радикальных операций по поводу опухоли паренхимы почки в стадии T1 3 года живут
- более половины больных
  - 45% больных
  - 40% больных
  - 30% больных
  - 20% больных
029. Длительная выживаемость (10 и более лет) после нефрэктомии при злокачественной опухоли почки
- является критерием полного выздоровления, если нет метастазов
  - не является критерием полного выздоровления
  - не является критерием при выявленных метастазах
  - возможна только у молодых больных
  - возможна у пожилых больных
030. Наиболее частой опухолью почек у детей в возрасте от 6 месяцев до 5 лет является
- светлоклеточный рак
  - тератома
  - опухоль Вильмса
  - плоскоклеточный рак
  - саркома
031. Гистологически опухоль Вильмса состоит из
- эпителиальных клеток
  - соединительнотканых клеток
  - недифференцированной эмбриональной опухолевой ткани
  - хрящевой и мышечной ткани
  - из всех вышеперечисленных

032. При эмбриональной опухоли почки у детей применяются
- хирургический метод лечения
  - лучевая терапия
  - лекарственная терапия
  - комплексное хирургическое и лучевое лечение
  - комплексное лечение с использованием всех перечисленных методов
033. При опухоли почки у детей наиболее удобен
- поясничный доступ
  - трансторакальный доступ
  - трансперитонеальный доступ
  - торакоабдоминальный доступ
  - доступ по Нагомацу
034. ВТЭК в отношении больного, перенесшего нефрэктомия по поводу рака почки в стадии T2, должен принять следующее решение
- признать временно нетрудоспособным и продлить больничный лист свыше 4-х месяцев
  - I группа инвалидности
  - II группа инвалидности
  - III группа инвалидности
  - трудоспособен (требуется перевода на работу без вредных факторов)
035. Первичные опухоли почечной лоханки от общего количества опухолей почек составляют около
- 1%
  - 7-10%
  - 30%
  - 50%
  - 70%
036. Наиболее часто опухоли почечной лоханки встречаются
- в Китае
  - в России
  - в Греции
  - в США
  - примерно одинаково
037. Опухоли почечной лоханки чаще всего наблюдаются в возрасте
- 10-20 лет
  - 21-30 лет
  - 31-50 лет
  - 51-70 лет
  - 71 и старше
038. Папиллярные опухоли мочеточника чаще всего встречаются
- в верхней трети
  - в нижней трети
  - в средней трети
  - одинаково часто в любых отделах мочеточника
  - в лоханочно-мочеточниковом сегменте

039. У мужчин опухоли лоханки и мочеточника наблюдаются чаще, чем у женщин.

Это соотношение частоты заболеваемости составляет

- а) 2:1
- б) 3:1
- в) 5:1
- г) 10:1
- д) 1:2

040. При опухоли почечной лоханки чаще всего наблюдается

- а) боль
- б) прощупываемая почка
- в) гематурия
- г) протеинурия
- д) субфебрильная температура

041. Рак почечной лоханки позволяет диагностировать

- а) обзорная рентгенография почек и мочевых путей
- б) инфузионная урография
- в) ретроградная уретеропиелография
- г) сканирование почек
- д) правильно б) и в)

042. Лучевую терапию при раке почки применяют

- а) при лимфогенных метастазах
- б) при опухолевых тромбах в почечной вене
- в) всем больным после нефрэктомии
- г) не применяют
- д) правильно а) и б)

043. После нефроуретерэктомии с резекцией мочевого пузыря при папиллярном раке нижней трети мочеточника показаны

- а) лучевая терапия
- б) химиотерапия
- в) гормонотерапия
- г) все вышеперечисленное
- д) диспансерное наблюдение

044. Камни почки чаще встречаются

- а) при плоскоклеточном раке почечной лоханки
- б) при папиллярном раке почечной лоханки
- в) не встречаются
- г) в обоих случаях одинаково
- д) при папилломах

045. Нефрэктомия при раке левой почки и единичном метастазе в верхнем сегменте правого легкого

- а) показана
- б) не показана
- в) показана только у молодых
- г) показана только у больных пожилого возраста
- д) не показана больным пожилого возраста

046. Больная К. 44 года, продавщица универсама.  
Направлена на ВТЭК в X-1985 г через 2 мес после нефрэктомии по поводу рака правой почки Т3N0M0. Левая почка здорова. В послеоперационном периоде больной проведена дистанционная лучевая терапия в дозе 5 Гр. В момент освидетельствования больная предъявила жалобы на слабость. ВТЭК определил
- а) I группу инвалидности
  - б) II группу инвалидности
  - в) III группу инвалидности
  - г) признал временно нетрудоспособной
  - д) признал трудоспособной
047. Больной мужчина 56 лет обратился к урологу поликлиники с жалобами на внезапное появление крови в моче. Сегодня утром в моче были червеобразные сгустки крови. Гематурия продолжается. Других жалоб нет. Наиболее вероятный диагноз
- а) геморрагический цистит
  - б) опухоль мочевого пузыря
  - в) опухоль мочеточника
  - г) мочекаменная болезнь
  - д) опухоль почки
048. При диссеминированных формах плоскоклеточного рака препараты группы прогестерона эффективны
- а) в 0.5% случаев
  - б) в 2% случаев
  - в) в 6% случаев
  - г) в 10% случаев
  - д) в 20% случаев
049. Продолжительность жизни большинства неоперированных больных раком почки обычно составляет примерно
- а) 4-6 месяцев
  - б) 1-3 года
  - в) 4-6 лет
  - г) 6-10 лет
  - д) более 10 лет
050. При генерализованном раке почки можно рекомендовать следующие препараты
- а) тестостерон
  - б) оксипрогестерон капронат
  - в) депо-провера
  - г) провера
  - д) все перечисленное
051. Критерием выздоровления при злокачественной опухоли почки после нефрэктомии является выживаемость
- а) 3 года
  - б) 5 лет
  - в) 10 лет
  - г) 15 лет
  - д) ни один из перечисленных выше

052. К факторам, способствующим возникновению опухоли мочевого пузыря, относятся
- а) курение
  - б) нарушение иммунной реакции организма
  - в) хронические воспалительные заболевания
  - г) анилиновые красители
  - д) все перечисленное
053. Удельный вес опухолей мочевого пузыря среди других опухолей человека составляет около
- а) 1-1.5%
  - б) 3-4%
  - в) 5-6%
  - г) 7-8%
  - д) 9-10%
054. Среди опухолей мочевого пузыря наиболее часто встречаются
- а) саркома
  - б) фиброма
  - в) гематома
  - г) папиллома и рак
  - д) миома
055. По классификации TNM Международного противоракового союза символ T2 при раке мочевого пузыря означает
- а) имеется поверхностная инвазия эпителия
  - б) опухоль инфильтрирует поверхностный мышечный слой
  - в) опухоль инфильтрирует глубокий мышечный слой
  - г) опухоль инфильтрирует подэпителиальную соединительную ткань, не распространяясь на мышечную оболочку
  - д) опухоль инфильтрирует все слои пузырной стенки
056. Классификация TNM дополняется символом P, характеризующим степень прорастания опухолью стенки мочевого пузыря по данным гистологического исследования операционного материала. Символ P<sub>т0</sub> означает
- а) преинвазивный рак (carcinoma in situ)
  - б) опухоль инфильтрирует подэпителиальную соединительную ткань
  - в) отсутствуют метастазы в лимфатических узлах
  - г) опухолевых клеток не обнаружено
  - д) оценить степень распространения опухоли не удастся
057. Первый по частоте среди симптомов опухоли мочевого пузыря - это
- а) гиперпирексия
  - б) дизурия
  - в) боли
  - г) гематурия
  - д) затрудненное мочеиспускание
058. Для уточнения источника гематурии необходимо начинать исследование
- а) с цистоскопии
  - б) с экскреторной урографии

- в) с ультразвукового исследования
- г) с общего анализа мочи
- д) с радиоизотопного сканирования

059. При подозрении на опухоль мочевого пузыря исследования следует начинать

- а) с обзорной рентгенографии мочевых путей
- б) с компьютерной томографии
- в) с ультразвукового исследования
- г) с экскреторной урографии
- д) с цистоскопии

060. Глубину опухолевой инфильтрации стенки мочевого пузыря определяют с помощью ультразвукового исследования

- а) поперечным сканированием
- б) линейным сканированием
- в) с помощью ректального датчика
- г) с помощью пузырного датчика
- д) комбинацией наружного ультразвукового и рентгенографического исследований

061. Трансуретральная электрорезекция

показана при следующих стадиях рака мочевого пузыря

- а) T1
- б) T2
- в) T3
- г) T4
- д) правильно T1 и T2

062. Канцерогенными метаболитами триптофана являются все перечисленные, кроме

- а) никотиновой кислоты
- б) 3-оксиантраниловой кислоты
- в) 3-оксикинурина
- г) 3-оксиацетофенола

063. Курящие страдают раком мочевого пузыря чаще некурящих

- а) в 2 раза
- б) в 3 раза
- в) в 5 раз
- г) в 6 раз
- д) в 7 раз

064. Рак мочевого пузыря чаще локализуется

- а) на левой боковой стенке
- б) на правой боковой стенке
- в) на верхушке
- г) в области шейки
- д) в зоне треугольника Льюиса

065. Для клиники опухоли пузыря характерны

- а) боли
- б) гематурия
- в) дизурия
- г) гиперпирексия

д) правильно б) и в)

066. Метастазы при раке мочевого пузыря чаще всего наблюдаются

- а) в печени
- б) в паховых лимфоузлах
- в) в легких
- г) в костях
- д) в регионарных лимфоузлах

067. Глубину опухолевой инфильтрации стенки мочевого пузыря выявляют с помощью

- а) нисходящей цистографии
- б) ретроградной цистографии
- в) трансвезикального ультразвукового сканирования
- г) тазовой артериографии
- д) правильно в) и г)

068. Оперативное лечение рака мочевого пузыря в стадии T3NoMo

- а) трансуретральная электрорезекция
- б) электрокоагуляция
- в) резекция мочевого пузыря
- г) демукузация
- д) цистэктомия

069. Трансуретральная электрорезекция при раке мочевого пузыря нерадикальна

- а) в стадии T1
- б) в стадии T2
- в) в стадии T3
- г) в стадии T4
- д) в стадии T3 и T4

070. При раке мочевого пузыря в стадии T4 применяются

- а) трансуретральная электрорезекция
- б) электрокоагуляция
- в) резекция мочевого пузыря
- г) цистэктомия
- д) консервативное лечение

071. После радикальной операции по поводу рака мочевого пузыря

диспансерное динамическое наблюдение в первые два года жизни проводят

- а) 1 раз в 2 года
- б) 1 раз в 1 год
- в) 1 раз в 6 месяцев
- г) 1 раз в 3 месяца
- д) ежемесячно

072. Диспансерное наблюдение через 2 года после радикальной операции по поводу рака мочевого пузыря осуществляют

- а) 1 раз в месяц
- б) 1 раз в 3 месяца
- в) 1 раз в 6 месяцев
- г) 1 раз в год
- д) 1 раз в 2 года

073. После цистэктомии и уретерокутанеостомии больные признаются инвалидами
- I группы
  - II группы
  - III группы
  - временно нетрудоспособными
  - переводятся на другую работу
074. После резекции мочевого пузыря с уретероцистонеостомией и лучевой терапии больные признаются инвалидами
- I группы
  - II группы
  - III группы
  - временно нетрудоспособными
  - переводятся на другую работу
075. При раке мочевого пузыря в стадии T4 с отдаленными метастазами определяется инвалидность
- I группа пожизненно
  - II группа пожизненно
  - III группа пожизненно
  - I группа с переосвидетельствованием через год
  - II группа с переосвидетельствованием через год
076. Предрасполагающими факторами для развития опухолей женской уретры являются все перечисленные, кроме
- гормональных нарушений
  - гнойного уретрита
  - белей
  - нарушения кровообращения в уретре (роды, запоры)
077. Из доброкачественных опухолей уретры у мужчин чаще встречаются
- фиброма
  - остроконечная кондилома
  - карбункулы
  - полипы
  - папилломы
078. Дифференцировать доброкачественную опухоль женской уретры от злокачественной можно путем
- пальпации
  - уретроскопии
  - биопсии
  - цитологического исследования отпечатков
  - правильно в) и г)
079. Морфологически рак уретры чаще
- железистый
  - папиллярный
  - плоскоклеточный
  - переходноклеточный
  - полиморфноклеточный

080. При доброкачественных опухолях уретры применяют
- а) консервативное лечение
  - б) электрокоагуляцию
  - в) резекцию уретры
  - г) лучевую терапию
  - д) динамическое наблюдение
081. Пятилетняя выживаемость при раке уретры достигается примерно
- а) у 15% больных
  - б) у 25% больных
  - в) у 35% больных
  - г) у 45% больных
  - д) у 50% больных
082. У мужчин в возрасте старше 50 лет при профилактическом осмотре обнаруживают аденому предстательной железы в среднем
- а) в 10-15% случаев
  - б) в 26-30% случаев
  - в) в 31-40% случаев
  - г) в 41-50% случаев
  - д) более чем в 50% случаев
083. Развитию аденомы предстательной железы способствуют
- а) хронический воспалительный процесс в предстательной железе
  - б) гормональные нарушения в организме
  - в) наследственность
  - г) вирусная инфекция
  - д) половые излишества
084. Для функции почек и верхних мочевых путей неблагоприятен рост аденоматозных узлов
- а) субвезикальный
  - б) интравезикальный
  - в) диффузный
  - г) субтригональный
  - д) смешанный
085. Острая задержка мочеиспускания при аденоме предстательной железы наблюдается
- а) только в I стадии
  - б) только во II стадии
  - в) только в III стадии
  - г) в I и II стадиях
  - д) во всех стадиях
086. Острую задержку мочеиспускания при аденоме предстательной железы вызывают все перечисленные факторы, кроме
- а) венозного застоя (конгестия) в малом тазу
  - б) спазма сфинктера мочевого пузыря и нарушения иннервации
  - в) деформации и сдавления уретры аденомой простаты
  - г) отека слизистой уретры и простаты
  - д) внезапного снижения тонуса детрузора (передержка мочи)

087. Стадию аденомы простаты определяют
- а) по величине аденомы предстательной железы
  - б) по степени нарушения функции почек
  - в) по степени утраты сократительной способности детрузора и количеству остаточной мочи
  - г) по имеющимся осложнениям (камни мочевого пузыря, хронический пиелонефрит и др.)
  - д) по длительности заболевания
088. Перед аденомэктомией при неосложненном течении болезни показаны все следующие объективные исследования, кроме
- а) пальцевого ректального исследования простаты
  - б) перкуссии и пальпации области мочевого пузыря
  - в) хромоцистоскопии
  - г) ультразвукового сканирования почек, мочевого пузыря и простаты
089. Перед аденомэктомией показаны все следующие исследования сердечно-сосудистой системы, кроме
- а) ЭКГ
  - б) плетизмографии
  - в) рентгеноскопии органов грудной клетки
  - г) определения величины артериального давления и частоты пульса
090. Перед аденомэктомией необходимо сделать следующие лабораторные исследования крови
- а) клинический анализ крови
  - б) протромбиновый индекс
  - в) определение группы крови и резус-фактора
  - г) определение времени свертывания крови и кровотечения
  - д) все перечисленные
091. Перед аденомэктомией необходимо выполнить следующие лабораторные исследования мочи
- а) клинический анализ мочи
  - б) цитологическое исследование осадка мочи
  - в) диастазу мочи
  - г) посев мочи на ВК
  - д) исследование уробилина
092. Перед аденомэктомией необходимы следующие рентгенологические исследования
- а) обзорная урография
  - б) экскреторная урография
  - в) лакунарная цистография
  - г) нисходящая цистография
  - д) все перечисленные
093. При выборе типа операции при лечении аденомы предстательной железы необходимо произвести
- а) ультразвуковое исследование почек и мочевых путей
  - б) сканирование почек
  - в) динамическую сцинтиграфию почек

- г) сканирование костей таза и позвоночника
- д) сканирование предстательной железы

094. Для I стадии аденомы предстательной железы характерны

- а) затрудненное мочеиспускание
- б) азотемия
- в) остаточной мочи 100 мл
- г) предстательная железа увеличена, напряжена, болезненна
- д) боли в промежности

095. Для II стадии аденомы предстательной железы характерно все перечисленное, кроме

- а) недержания мочи
- б) частого мочеиспускания ночью
- в) остаточной мочи 100 мл
- г) острой задержки мочи
- д) остаточной мочи 1000 мл

096. Для III стадии аденомы предстательной железы характерны

- а) затрудненное мочеиспускание
- б) парадоксальная ишурия
- в) остаточной мочи 300 мл
- г) боли в промежности
- д) предстательная железа каменистой плотности, безболезненная

097. Абсолютными показаниями к срочной одномоментной аденомэктомии

у больных аденомой простаты, осложненной острым пиелонефритом, являются

- а) аденома предстательной железы I стадии
- б) аденома предстательной железы II стадии
- в) аденома предстательной железы III стадии
- г) эндовезикальная локализация аденоматозных узлов
- д) субтригональная локализация аденомы, гидроуретер с 2-х сторон

098. Показаниями к цистостомии (I этап) при аденоме предстательной железы являются

- а) аденома II стадии
- б) аденома и острый пиелонефрит
- в) субтригональная локализация аденомы
- г) пожилой возраст больного
- д) аденома и подозрение на рак предстательной железы

099. Показаниями к трансуретральной электрорезекции

при аденоме предстательной железы являются

- а) субтригональная ее локализация
- б) аденома и хроническая почечная недостаточность
- в) фиброзная форма аденомы
- г) аденома больших размеров
- д) аденома II стадии

100. Вазорезекция у больных, подлежащих аденомэктомии, производится

- а) во всех случаях
- б) перед аденомэктомией при наличии воспалительного процесса (эпидидимит, простатит, уретрит)

- в) при одномоментной аденомэктомии
- г) при двухмоментной операции
- д) при отсутствии воспалительных изменений в органах мочевой системы

101. Тампонаду ложа простаты марлевым тампоном с целью гемостаза при аденомэктомии осуществляют

- а) на 12 часов
- б) на 24 часа
- в) на 48 часов
- г) на 72 часа
- д) более 3-х суток

102. Для лечения аденомы предстательной железы применяются

- а) трианол
- б) флутомид
- в) флюцинон
- г) синестрол
- д) хонван

103. Летальность после аденомэктомии в настоящее время составляет в основном

- а) 2-5%
- б) 8-10%
- в) 11-15%
- г) 16-20%
- д) 21-30%

104. Больной Н, 60 лет.

Поступил с острой задержкой мочеиспускания, возникшей впервые.

После 2-х кратной катетеризации мочеиспускание восстановилось,

однако остаточной мочи 300 мл. При ультразвуковом исследовании выявлены признаки двустороннего гидроуретеронефроза и увеличение размеров предстательной железы до 6г5г4.5 см, расположенной субтригонально.

Содержание мочевины в сыворотке крови 21 ммоль/л, жажда, сухость во рту.

Со стороны сердечно-сосудистой системы и легких возрастные изменения.

Клинический анализ крови: гемоглобин - 120 г/л, СОЭ - 20 мм в/час.

Относительная плотность мочи 1.006. Остальные показатели в пределах нормы.

Больному показана

- а) цистостомия
- б) трансуретральная электрорезекция
- в) аденомэктомия
- г) перкутанная нефростомия
- д) установка постоянного катетера

105. Больной А. 77 лет. Поступил с жалобами на никтурию. Болен 1 год.

При пальцевом ректальном исследовании простата незначительно увеличена, уплотнена, особенно по периферии левой доли. Границы железы четкие, пальпация ее безболезненна. При ультразвуковом сканировании предстательная железа неоднородной эхоструктуры с гипоэхогенным участком в левой доле.

Размер железы 2.8г3.5г3.4. Остаточной мочи - 150 мл. Содержание мочевины в сыворотке крови 7.8 ммоль/л. Общий анализ крови и мочи - в норме.

На экскреторных урограммах анатомо-функциональных изменений со стороны почек и верхних мочевых путей нет.

- Наиболее вероятный диагноз
- а) аденома простаты II стадии
  - б) болезнь Мариона
  - в) рак предстательной железы
  - г) хронический простатит
  - д) туберкулез предстательной железы

106. Частота рака предстательной железы среди всех злокачественных опухолей человека составляет примерно

- а) 1%
- б) 2%
- в) 5%
- г) 10%
- д) 20%

107. В предстательной железе чаще встречаются

- а) рак
- б) аденома
- в) фиброма
- г) лейомиома
- д) саркома

108. Рак в предстательной железе возникает вследствие

- а) вирусного заболевания
- б) гормональных нарушений
- в) хронического воспаления
- г) аденомы
- д) экзогенных канцерогенных веществ

109. Рак предстательной железы наблюдается в возрасте после

- а) 10 лет
- б) 20 лет
- в) 30 лет
- г) 40 лет
- д) 50 лет

110. При пальцевом ректальном исследовании для рака предстательной железы

- характерны следующие изменения - предстательная железа
- а) увеличена за счет одной доли, резко напряжена и болезненна
  - б) увеличена, поверхность ее гладкая, консистенция эластичная, междолевая бороздка сглажена, границы железы четкие, пальпация безболезненная
  - в) плотная, безболезненная, поверхность бугристая
  - г) плотно-эластической консистенции, в одной из ее долей, очаг размягчения
  - д) увеличена, междолевая бороздка сохранена, поверхность неровная, участки размягчения чередуются с участками относительно плотной ткани

111. Из перечисленных исследований достоверный диагноз рака предстательной железы позволяют поставить

- а) осмотр и пальпация наружных половых органов
- б) пальпация предстательной железы
- в) цистоскопия

- г) биопсия предстательной железы
  - д) биопсия костного мозга
112. Для определения распространенности рака предстательной железы необходимы следующие рентгенологические исследования
- а) лакунарная цистография
  - б) осадочная цистография
  - в) лимфография
  - г) рентгенография костей таза и легких
  - д) правильно в) и г)
113. Для определения стадии рака предстательной железы необходимы все следующие радиологические исследования, кроме
- а) радиоизотопной ренографии
  - б) сканирования костей таза и позвоночника
  - в) динамической сцинтиграфии почек
  - г) сканирования почек
114. Для рака предстательной железы в стадии T1NoMo характерны
- а) гематурия
  - б) задержка мочи
  - в) предстательная железа каменистой плотности, без четких границ
  - г) предстательная железа тугоэластической консистенции, безболезненная, не увеличена, в одной из долей одиночный плотный узел по периферии
  - д) боли в промежности
115. Основным признаком рака предстательной железы стадии T2NoMo является
- а) задержка мочи
  - б) предстательная железа каменистой плотности без четких границ
  - в) недержание мочи
  - г) предстательная железа увеличена, безболезненна, тугоэластической консистенции, одна из долей очень плотная, бугристая, границы железы четкие
  - д) боли в области крестца
116. Основными симптомами рака предстательной железы в стадии T2NoM1 являются
- а) парадоксальная ишурия
  - б) боли в области крестца
  - в) предстательная железа увеличена за счет правой доли, безболезненная, левая доля туго эластической консистенции, правая очень плотная, бугристая, границы железы четкие
  - г) уретрорагия
  - д) правильно б) и в)
117. Симптомами неосложненного рака предстательной железы в стадии T4NxM2 являются
- а) гематурия
  - б) анурия
  - в) боли в промежности
  - г) боли в крестце
  - д) все перечисленное
118. Частота обнаружения очагов атипичии эпителия в предстательной железе зависит от
- а) морфологического строения опухоли

- б) локализации опухоли
- в) возраста больного
- г) гормональной активности яичек
- д) наследственности

119. Максимальные размеры очагов атипичии эпителия при микроскопическом исследовании достигают

- а) 0.1 мм
- б) 0.2 мм
- в) 0.3 мм
- г) 0.5 мм
- д) 0.7 мм

120. Минимальные размеры очагов "латентного рака" предстательной железы составляют

- а) 0.3 см
- б) 0.4 см
- в) 0.5 см
- г) 1.0 см
- д) 1.5 см

121. "Латентный рак" предстательной железы обнаруживается у мужчин старше 50 лет

- а) в 1-2% случаев
- б) в 3-5% случаев
- в) в 5-7% случаев
- г) в 10-30% случаев
- д) в 40-50% случаев

122. Длительность скрытого течения "латентного рака" составляет

- а) 2 года
- б) 5 лет
- в) 10 лет
- г) 20 лет
- д) более 20 лет

123. Самая высокая заболеваемость раком предстательной железы наблюдается

- а) в США
- б) во Франции
- в) в Китае
- г) в Англии
- д) в Японии

124. Ранними клиническими признаками рака предстательной железы являются

- а) задержка мочи
- б) гематурия
- в) боли в промежности
- г) дизурия
- д) ранние признаки не существуют

125. Основным методом ранней диагностики рака предстательной железы

- а) исследование гормонального баланса
- б) пальцевое ректальное исследование предстательной железы
- в) рентгенографическое исследование костей скелета мужчин старше 50 лет

- г) ультразвуковое исследование простаты с биопсией
- д) правильно б) и г)

126. Основные жалобы больных при раке предстательной железы в стадии T1NoMo включают

- а) частое мочеиспускание
- б) боли в промежности
- в) боли в крестце
- г) субфебрильную температуру
- д) жалобы отсутствуют

127. Частота нарушения акта мочеиспускания

у больных раком предстательной железы в поздних стадиях составляет примерно

- а) 41-50%
- б) 51-60%
- в) 61-70%
- г) 80-90%
- д) 100%

128. Частота макрогематурии у больных раком предстательной железы составляет в среднем

- а) 1%
- б) 5%
- в) 10%
- г) 20%
- д) 30%

129. Чаще всего метастазы при раке предстательной железы обнаруживаются

- а) в печени
- б) в легких
- в) в брюшине
- г) в костях
- д) в яичках

130. Пальцевое ректальное исследование

позволяет заподозрить рак предстательной железы примерно

- а) у 21-40% больных
- б) у 41-60% больных
- в) у 61-70% больных
- г) у 81-90% больных
- д) у 100% больных

131. Повышение содержания кислой фосфатазы в сыворотке крови

при ранней стадии рака предстательной железы наблюдается в среднем

- а) у 10% больных
- б) у 20% больных
- в) у 30% больных
- г) у 40% больных
- д) не наблюдается

132. Костные метастазы при раке предстательной железы

носят только остеобластический характер в среднем

- а) в 20% случаев
- б) в 40% случаев
- в) в 50% случаев
- г) в 60% случаев
- д) в 70% случаев

133. Материал для цитологического исследования при раке предстательной железы получают всеми перечисленными путями, кроме

- а) массажа предстательной железы
- б) пункции предстательной железы и аспирации тканевого секрета
- в) исследования осадка мочи и спермы
- г) пункции предстательной железы под ультразвуковым наведением
- д) во всех случаях

134. Для гистологической диагностики рака предстательной железы у больных с острой задержкой мочи наиболее целесообразна

- а) биопсия промежностным доступом
- б) биопсия трансректальным доступом
- в) трансуретральная электрорезекция
- г) операционная чрезпузырная биопсия
- д) биопсия залобковым доступом

135. Для лечения рака простаты из приведенных препаратов антиандрогенами являются

- а) диэтилstilбестрол
- б) флютамид
- в) эстрадурин
- г) флуцинол
- д) правильно б) и г)

136. Радикальная простатэктомия при раке предстательной железы показана в стадии

- а) T1NoMo
- б) T2NxMo
- в) T3NoM1
- г) T4N1M2
- д) правильно а) и б)

137. К паллиативным операциям,

применяемым в поздних стадиях рака предстательной железы, относятся

- а) троакарная цистостомия
- б) высокое сечение мочевого пузыря
- в) трансуретральная электрорезекция
- г) нефростомия
- д) все перечисленные

138. Причинами хронической почечной недостаточности

при раке предстательной железы являются

- а) перенесенный гломерулонефрит
- б) острый пиелонефрит
- в) хронический пиелонефрит
- г) гидроуретеронефроз
- д) метастазы

139. При хронической почечной недостаточности и гидроуретеронефрозе

у больных раком предстательной железы в стадии T4N2M1 показаны

- а) гемодиализ
- б) перитониальный диализ
- в) нефростомия
- г) цистостомия
- д) простатэктомия

140. При возникновении анурии и гидроуретеронефроза у больного раком предстательной железы показаны

- а) цистостомия
- б) нефростомия
- в) трансуретральная электрорезекция
- г) уретероцистостомия
- д) гемодиализ

141. Для выяснения причины хронической почечной недостаточности при раке предстательной железы проводятся

- а) экскреторная урография
- б) хромоцистоскопия
- в) ультразвуковое исследование
- г) радиоизотопная ренография
- д) правильно в) и г)

142. При раке предстательной железы лучевая терапия по радикальной программе применяется в стадии

- а) T4NoMo
- б) T3MoMo
- в) T2NoMo
- г) T1NoMo
- д) правильно б) и в)

143. При подозрении на рак предстательной железы в случае острой задержки мочи показана

- а) трансуретральная электрорезекция
- б) цистостомия и чрезпузырная биопсия простаты
- в) промежностная биопсия простаты
- г) залобковая биопсия предстательной железы
- д) правильно а) и б)

144. Злокачественная раковая опухоль обычно локализуется

- а) в краниальной части предстательной железы
- б) в каудальной части предстательной железы
- в) вблизи семенного бугорка
- г) по периферии предстательной железы под капсулой
- д) в центральной зоне, прилежащей к уретре

145. При раке предстательной железы в стадии T4, осложненном хронической почечной недостаточностью и гидроуретронефрозом, лечение следует начинать

- а) с трансуретральной электрорезекции
- б) с цистостомии
- в) с нефростомии

- г) с эстрогенотерапии
- д) с применения антиандрогенов

146.Трехлетняя выживаемость больных раком простаты при современной гормональной терапии составляет в среднем

- а) 10%
- б) 30%
- в) 50%
- г) 70%
- д) 80%

147.Пятилетняя выживаемость больных раком простаты при современной гормонотерапии составляет в среднем

- а) 5%
- б) 15%
- в) 25%
- г) 35%
- д) 50%

148.Удельный вес опухолей яичка среди других онкологических заболеваний составляет около

- а) 40%
- б) 20%
- в) 10%
- г) 5%
- д) 2%

149.К факторам, способствующим возникновению опухолей яичка, относятся

- а) половое воздержание или половые излишества, онанизм
- б) травма органов мошонки
- в) эпидидимит на почве вирусной инфекции
- г) крипторхизм
- д) правильно б) и г)

150.К герминогенным опухолям яичка относятся все перечисленные, кроме

- а) железистого рака и аденокарциномы
- б) семиномы
- в) эмбрионального рака
- г) тератобластомы

151.К герминогенным опухолям яичка относятся

- а) злокачественная лейдигома и сертолиома
- б) хорионэпителиома
- в) фиброаденома
- г) ретикулосаркома и рабдомиосаркома

152.К негерминогенным опухолям яичка относятся

- а) железистый рак и аденокарцинома
- б) семинома
- в) эмбриональный рак
- г) хорионэпителиома и тератобластома
- д) ни одна из перечисленных

153. К негерминогенным опухолям яичка относятся все перечисленные, исключая
- злокачественную лейдигому
  - фиброаденому
  - злокачественную сертолиому
  - рабдомиосаркому
  - ретикулосаркому
154. Для опухоли яичка характерны следующие симптомы
- пальпируемая опухоль в мошонке
  - увеличенные паховые лимфоузлы
  - увеличенные забрюшинные лимфоузлы
  - гемоспермия
  - хронический приапизм
155. Для диагностики опухоли яичка необходимы все следующие исследования, кроме
- тазовой артериографии
  - ультразвукового исследования
  - экскреторной урографии
  - рентгенографии органов грудной клетки
156. С целью диагностики опухоли яичка необходимы
- определение  $\alpha$ -фетопротеина
  - радиоизотопная ренография
  - определение кислот фосфазы в сыворотке крови
  - все перечисленное
  - ничего из перечисленного
157. При опухоли яичка применяют следующие операции
- удаление паховых лимфоузлов, перевязку семенного канатика
  - удаление забрюшинных лимфоузлов
  - эмаскуляцию (удаление мошонки и яичек)
  - орхифуникулоэпидидимэктомию
  - правильно б) и г)
158. Удаление забрюшинных лимфоузлов показано при следующих гистологических формах опухолей яичка
- при семиноме
  - при тератоме
  - при эмбриональной карциноме и тератобластоме
  - при хорионэпителиоме
  - во всех случаях
159. К химио- и лучевой терапии наиболее чувствительны следующие гистологические формы опухолей яичек
- семинома
  - хорионэпителиома
  - тератома
  - тератобластома
  - эмбриональная карцинома
160. При семиноме в стадии T1-2NoMo показана

- а) операция Дюкена
- б) химиотерапия до операции
- в) орхиэктомия с химиотерапией после операции
- г) лучевая терапия до операции
- д) операция Шевассю

161. При семиноме в стадии T3NxMo показаны следующие виды лечения

- а) дооперационная химио- и лучевая терапия
- б) послеоперационная лучевая терапия
- в) орхиэктомия
- г) операция Шевассю
- д) орхиэктомия, полихимиотерапия и лучевая терапия

162. При семиноме в стадии T2NxMo показаны следующие виды лечения

- а) дооперационная химио- и лучевая терапия
- б) послеоперационная лучевая терапия
- в) орхиэктомия
- г) операция Шевассю
- д) орхиэктомия, полихимиотерапия и лучевая терапия

163. При эмбриональном раке яичка в стадии T2NxMo

показаны следующие виды лечения

- а) дооперационная полихимиотерапия
- б) орхиэктомия
- в) орхиэктомия, забрюшинная лимфаденэктомия
- г) орхиэктомия, операция Шевассю и полихимиотерапия
- д) симптоматическое лечение

164. При тератоме яичка размером 6 см в диаметре показаны следующие виды лечения

- а) лучевая терапия
- б) химиотерапия
- в) орхиэктомия
- г) комбинированное лечение орхиэктомия, полихимио- и лучевая терапия

165. При тератобластоме яичка в стадии T2-3NxMo показаны следующие виды лечения

- а) дооперационная полихимиотерапия
- б) дооперационная лучевая терапия
- в) орхифуникулэктомия
- г) забрюшинная лимфаденэктомия
- д) ни одно из перечисленных

166. При тератобластоме яичка в стадии T2-3NxMo показаны

- а) послеоперационная полихимиотерапия
- б) орхиэктомия + послеоперационная лучевая терапия
- в) орхиэктомия + операция Шевассю + полихимиотерапия
- г) орхиэктомия + полихимиотерапия

167. У мальчика 5 месяцев диагностирован паховый односторонний крипторхизм.

Ему рекомендуется

- а) ревизия пахового канала
- б) орхиэктомия
- в) низведение яичка в мошонку

- г) консервативное лечение
- д) наблюдение без лечения

168. У мальчика 6 лет обнаружен односторонний паховый крипторхизм.

Ему рекомендуется

- а) хориогонадотропин, поливитамины
- б) лечебная физкультура
- в) низведение яичка или орхиэктомия
- г) динамическое наблюдение
- д) оперативное лечение в возрасте 14-16 лет

169. У юноши 16 лет выявлено отсутствие яичек в мошонке и паховых каналах.

Физическое развитие нормальное. Ему рекомендуется

- а) динамическое наблюдение
- б) гормональная терапия (хориогонадотропин, метилтестостерон)
- в) операция - ревизия брюшной полости с низведением яичка в мошонку
- г) двусторонняя орхиэктомия

170. Рак полового члена среди других локализаций рака у мужчин в России наблюдается примерно

- а) в 0.2% случаев
- б) в 0.5-1.5% случаев
- в) в 5% случаев
- г) в 10% случаев
- д) в 20% случаев

171. Наиболее часто рак полового члена встречается в следующих странах

- а) Цейлон, Вьетнам
- б) США, Канада
- в) Россия
- г) Франция, Италия

172. Предраковыми заболеваниями полового члена следует считать

- а) невирусные папилломы
- б) лейкоплакию
- в) кожный рог
- г) эритроплазию Кейра
- д) все перечисленное

173. Уретроскопия при остроконечных кондиломах и папилломах полового члена

- а) совершенно необходима
- б) не показана
- в) показана при вирусных кондиломах
- г) показана при невирусных кондиломах
- д) показана лишь в случаях дизурии

174. При невирусных папилломах применяют

- а) антибиотики
- б) электрокоагуляцию
- в) антибиотики в комбинации с лучевой терапией
- г) резекцию уретры
- д) динамическое наблюдение

175. Трудности дифференциальной диагностики рака полового члена с сифилисом, хронической язвой, экземой приводят к неправильному диагнозу примерно
- а) у 70% больных
  - б) у 50% больных
  - в) у 30% больных
  - г) у 10% больных
  - д) у 5% больных
176. Возникновению рака полового члена способствуют следующие факторы
- а) хронический уретрит, в том числе трихомонадной этиологии
  - б) применение противозачаточных средств
  - в) хронические воспаления (баланит, баланопостит), фимоз и др.
  - г) вирусная кондилома и лейкоплакия
  - д) правильно в) и г)
177. Выделяют следующие формы рака полового члена
- а) узловую
  - б) папиллярную и язвенную
  - в) инвазивную
  - г) аденоматозную
  - д) правильно а) и б)
178. К раку полового члена относятся следующие гистологические формы
- а) мезотелиома
  - б) плоскоклеточный неороговевающий рак
  - в) плоскоклеточный ороговевающий рак
  - г) гонадобластома
  - д) правильно б) и в)
179. При раке полового члена поражаются метастазами регионарные лимфоузлы
- а) забрюшинные
  - б) паховые
  - в) тазовые
  - г) медиастинальные
  - д) подмышечные
180. Для решения вопроса об ампутации полового члена по поводу рака необходимо все перечисленное, кроме
- а) дооперационной биопсии
  - б) цитологического исследования
  - в) биопсии на операционном столе
  - г) внешнего вида типичного рака в виде язвы полового члена и пальпируемых паховых лимфоузлов
181. При раке полового члена в зависимости от стадии и локализации применяют
- а) обрезание крайней плоти
  - б) ампутацию полового члена + операцию Дюкена (паховая лимфаденоэктомия)
  - в) эмаскуляцию (ампутацию мошонки и полового члена)
  - г) операцию Шевассю (забрюшинная лимфаденоэктомия)
  - д) все правильно

182. При раке полового члена в стадии T1NoMo можно применять
- а) химиотерапию
  - б) лучевую терапию
  - в) обрезание крайней плоти
  - г) ампутацию полового члена и эмаскуляцию
  - д) верно а), б) и в)
183. При раке полового члена T2-3N1Mo применяют
- а) химиотерапию + ампутацию полового члена
  - б) лучевую терапию + операцию Шевассю
  - в) ампутацию полового члена + операцию Дюкена
  - г) операцию Дюкена
  - д) операцию Шевассю
184. При раке полового члена T4 (мошонка) NxMo применяют
- а) динамическое наблюдение
  - б) лучевую и химиотерапию
  - в) эмаскуляцию (удаление мошонки и полового члена)
  - г) операцию Дюкена + химиотерапию
  - д) операцию Шевассю, ампутацию полового члена, химиотерапию
185. При раке головки полового члена T3NoM1 (легкие) рекомендуется
- а) динамическое наблюдение
  - б) химиотерапия
  - в) лучевая терапия
  - г) ампутация полового члена + химиотерапия
  - д) цистостомия + ампутация полового члена
186. Стойкое излечение при раке полового члена в стадии T1NoMo наблюдается в среднем
- а) в 10% случаев
  - б) в 30% случаев
  - в) в 50% случаев
  - г) в 80% случаев
  - д) в 100% случаев
187. 5-летняя выживаемость у больных раком полового члена в стадиях T2-3 наблюдается примерно
- а) в 2% случаев
  - б) в 40% случаев
  - в) в 50% случаев
  - г) в 60% случаев
  - д) в 90% случаев
188. Нелеченные больные раком полового члена в среднем живут
- а) около года
  - б) около 2-х лет
  - в) около 3-х лет
  - г) около 7-ми лет
  - д) около 15-ти лет

001 - в	014 - б	027 - в	040 - в	053 - б	066 - д	079 - в
002 - г	015 - в	028 - а	041 - д	054 - г	067 - д	080 - в
003 - д	016 - в	029 - б	042 - д	055 - б	068 - в	081 - б
004 - б	017 - а	030 - в	043 - д	056 - г	069 - д	082 - а
005 - в	018 - б	031 - в	044 - а	057 - г	070 - д	083 - б
006 - в	019 - а	032 - д	045 - а	058 - а	071 - г	084 - г
007 - г	020 - а	033 - в	046 - б	059 - д	072 - в	085 - г
008 - а	021 - а	034 - в	047 - д	060 - г	073 - а	086 - б
009 - б	022 - г	035 - б	048 - б	061 - д	074 - б	087 - в
010 - б	023 - б	036 - д	049 - б	062 - а	075 - а	088 - в
011 - б	024 - д	037 - г	050 - д	063 - д	076 - а	089 - б
012 - д	025 - б	038 - б	051 - д	064 - д	077 - б	090 - д
013 - в	026 - б	039 - а	052 - д	065 - д	078 - д	091 - а
092 - д	106 - в	120 - б	134 - г	148 - д	162 - д	176 - д
093 - а	107 - б	121 - г	135 - д	149 - д	163 - г	177 - б
094 - а	108 - б	122 - д	136 - д	150 - а	164 - в	178 - д
095 - а	109 - д	123 - а	137 - д	151 - б	165 - д	179 - б
096 - б	110 - в	124 - д	138 - г	152 - д	166 - г	180 - г
097 - д	111 - г	125 - д	139 - в	153 - б	167 - д	181 - д
098 - б	112 - д	126 - д	140 - б	154 - а	168 - в	182 - д
099 - в	113 - г	127 - г	141 - в	155 - а	169 - в	183 - в
100 - а	114 - г	128 - в	142 - д	156 - а	170 - б	184 - в
101 - в	115 - г	129 - г	143 - д	157 - д	171 - а	185 - г
102 - а	116 - в	130 - г	144 - г	158 - в	172 - д	186 - д
103 - а	117 - д	131 - д	145 - в	159 - а	173 - а	187 - г
104 - г	118 - в	132 - г	146 - в	160 - в	174 - б	188 - в

001. К факторам, вызывающим изменение мочевого пузыря при беременности, относятся все перечисленные, кроме

- а) эндокринных
- б) температурных
- в) механических
- г) нейрогуморальных

002. Нарушения уродинамики отмечаются обычно

- а) с 2-4-й недели беременности
- б) с 5-6-й недели беременности
- в) с 7-10-й недели беременности
- г) с 11-20-й недели беременности
- д) с 21-30-й недели беременности

003. Диурез увеличивается у беременной

- а) в первом триместре
- б) во втором триместре
- в) в третьем триместре
- г) в первом и втором триместре
- д) во втором и третьем триместре

004. 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

005. Максимальное увеличение емкости мочевого пузыря соответствует

- а) 1-2 месяцам беременности
- б) 3-4 месяцам беременности
- в) 5-6 месяцам беременности
- г) 7-8 месяцам беременности
- д) 9 месяцам беременности

006. 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

007. 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

008. Наиболее щадящим методом диагностики урологической патологии при беременности является
- а) инструментальный
  - б) радиологический
  - в) рентгенологический
  - г) ультразвуковой
  - д) ядерно-магнитный
009. Наибольшее влияние на беременность оказывает
- а) удвоение мочевых путей
  - б) поясничная дистопия почек
  - в) тазовая дистопия почек
  - г) перекрестная поясничная дистопия
  - д) нефроптоз
010. 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
011. 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
  - г) на 6-7-й месяц беременности
  - д) на 8-9-й месяц беременности
012. 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
013. 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
014. Показанием к срочному оперативному лечению пиелонефрита беременных является
- а) олигурия
  - б) высокая лихорадка
  - в) уретерогидронефроз
  - г) хроническая почечная недостаточность
  - д) острый гнойный пиелонефрит
015. 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

016. Прерывание беременности показано

- а) при одиночном камне лоханки почки
- б) при оксалатурии
- в) при камне чашечки почки
- г) при одиночном камне мочеточника (размером 3г3 мм)
- д) при двусторонних камнях почек и хронической почечной недостаточности

017. 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

018. Частота вовлечения мочевой системы

при воспалительных заболеваниях половых органов составляет

- а) 5%
- б) 20%
- в) 21-25%
- г) 31-40%
- д) 50%

019. Изменения в мочевой системе при опухолях гениталий зависят

- а) от размеров опухоли гениталий
- б) от локализации опухоли гениталий
- в) от нейрогуморального воздействия
- г) от гормональных сдвигов
- д) от всего перечисленного

020. Частота поражения почек и мочеточников при фибромиомах матки составляет

- а) 10% случаев
- б) 20% случаев
- в) 30% случаев
- г) 40% случаев
- д) 50% случаев

021. Удаление миомы матки абсолютно показано

- а) при дизурии
- б) при цисталгии
- в) при цистите
- г) при нарушении уродинамики и частных обострениях пиелонефрита

022. Эндометриоз мочевого пузыря чаще всего диагностируется в возрасте

- а) 10-20 лет
- б) 21-30 лет

- в) 31-40 лет
- г) 41-50 лет
- д) 51-60 лет

023. Основным методом диагностики эндометриоза мочевого пузыря является

- а) ультразвуковое исследование
- б) экскреторная урография
- в) нисходящая цистография
- г) восходящая цистография
- д) цистоскопия

024. Основным методом лечения эндометриоза мочевого пузыря у женщин в климактерическом периоде является

- а) инстиляция дибунола
- б) диатермокоагуляция
- в) резекция мочевого пузыря
- г) цистэктомия
- д) лучевая и гормональная терапия

025. Возможны следующие виды повреждений мочеточников при гинекологических операциях

- а) рассечение
- б) перевязка
- в) раздавливание
- г) удаление терминального отдела
- д) все перечисленное

026. При обнаружении повреждения мочеточника в ходе операции тактика хирурга включает

- а) деривацию мочи
- б) восстановление целостности мочеточника
- в) восстановление целостности брюшины
- г) дренирование забрюшинной клетчатки
- д) все перечисленное

027. При повреждении мочеточника возможны следующие способы отведения мочи

- а) нефростомия
- б) уретеростомия и уретерокутанеостомия
- в) постоянный катетер
- г) стент
- д) все перечисленное

028. 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

029. Оптимальным вариантом лечения при ранении мочеточника в нижней трети и мочевого флегмоне является

- а) нефростомия

- б) уретрокутанеостомия
- в) анастомоз концов мочеточника
- г) широкое дренирование парауретеральной клетчатки
- д) правильно а) и г)

030. 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

031. При повреждении мочеточника нижней трети у больной во время операции по поводу рака матки IV стадии показаны

- а) уретероанастомоз
- б) нефростомия
- в) пиелостомия
- г) уретрокутанеостомия
- д) перевязка мочеточника

032. Наиболее часто повреждается при трансперитонеальных операциях

- а) передняя стенка мочевого пузыря
- б) боковая стенка мочевого пузыря
- в) задняя стенка мочевого пузыря
- г) треугольник Льева мочевого пузыря
- д) шейка пузыря

033. При изолированном повреждении мочевого пузыря необходимы

- а) ушивание дефекта
- б) цистостомия
- в) дренирование катетером Фолея
- г) правильно а) и в)
- д) правильно а) и б)

034. При одновременном повреждении мочевого пузыря и нижней трети мочеточника необходимо все перечисленное, кроме

- а) анастомоза концов мочеточника
- б) уретероцистоанастомоза
- в) ушивания дефекта мочевого пузыря
- г) цистостомии
- д) дренирования околомочеточниковой клетчатки

035. При обширном ранении уретры у женщин необходимы

- а) раздельное ушивание уретры и вагины
- б) катетер Фолея
- в) цистостома
- г) правильно а) и в)
- д) правильно а) и б)

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

- а) экскреторной урографии
- б) цистографии
- в) вагинографии
- г) цистоскопии
- д) осмотра влагалища в зеркалах

037. Основным симптомом пузырно-влагалищного свища является

- а) дизурия
- б) недержание мочи
- в) недержание мочи
- г) подтекание мочи во влагалище
- д) менструация через мочевого пузырь

038. Основным симптомом пузырно-маточного свища является

- а) дизурия
- б) недержание мочи
- в) недержание мочи
- г) подтекание мочи во влагалище
- д) менструация через мочевого пузырь

039. Показанием к влагалищному доступу при пузырно-влагалищном свище является

- 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

040. Показанием к пузырному доступу при пузырно-влагалищном свище является

- а) свищ в зоне устьев мочеточников
- б) свищ ниже межмочеточниковой связки
- в) пузырно-влагалищный свищ в сочетании с уретро-влагалищным
- г) пузырно-влагалищный свищ в сочетании с влагалищно-ректальным

041. Показанием к трансперитонеальному доступу при пузырно-влагалищном свище является

- а) свищ в зоне устьев мочеточников
- б) свищ выше межмочеточниковой связки
- в) свищ выше межмочеточниковой связки в сочетании с малой емкостью мочевого пузыря
- г) пузырно-влагалищный и уретро-влагалищный свищи
- д) пузырно-влагалищно-ректальный свищ

042. Основной метод диагностики уретро-влагалищного свища - это

- а) экскреторная урография
- б) цистоскопия
- в) цистография
- г) вагинография
- д) осмотр влагалища в зеркалах

043. Клиническими проявлениями мочеточниково-влагалищного свища являются

- а) постоянное выделение мочи из влагалища
- б) недержание мочи

- в) боли в области почки
- г) правильно а) и б)
- д) правильно а) и в)

044. Методами диагностики мочеточниково-влагалищного свища являются

- а) цистоскопия
- б) цистография
- в) экскреторная урография и вагинография
- г) ретроградная уретрография
- д) все перечисленное

045. Нефрэктомия при мочеточниково-влагалищном свище показана

- а) при удовлетворительной функции пораженной почки
- б) при нефункционирующей почке
- в) при хронической почечной недостаточности
- г) правильно б)
- д) правильно в)

046. Показаниями к уретроцистоанастомозу являются

- а) свищ нижней трети мочеточника при удовлетворительной функции почки
- б) свищ средней трети мочеточника
- в) нефункционирующая почка
- г) микроцистис

047. Операция Боари показана

- а) при облитерации нижней трети мочеточника
- б) при наружном свище средней трети мочеточника при удовлетворительной функции почки
- в) при нефункционирующей почке
- г) при малой емкости мочевого пузыря

048. Основной этиологический фактор недержания мочи при напряжении

- а) цисталгия
- б) цистит
- в) уретрит
- г) родовая травма
- д) вульвовагинит

049. Причинами возникновения недержания мочи при напряжении являются все перечисленные, кроме

- а) патологических родов
- б) многократных родов
- в) физического перенапряжения
- г) послеоперационной травмы

050. Способствуют возникновению недержания мочи при напряжении

- а) врожденная неполноценность тканей тазового дна
- б) нейрогенные причины
- в) недостаточность эстрогенных гормонов
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

051. Наиболее типичными признаками недержания мочи являются все перечисленные, кроме
- а) укорочения функциональной длины уретры
  - б) снижения максимального внутриуретрального давления
  - в) повышения внутриуретрального давления
  - г) значительного превышения внутрипузырного давления над внутриуретральным во время напряжения
052. Наиболее типичными признаками недержания мочи являются
- а) увеличение максимальной скорости потока мочи
  - б) укорочение времени мочеиспускания
  - в) увеличение времени мочеиспускания
  - г) правильно а) и б)
  - д) правильно а) и в)
053. У больных с тяжелой степенью недержания мочи внутрипузырное давление равно
- а) 100 см вод. ст.
  - б) 60-80 см вод. ст.
  - в) 40-60 см вод. ст.
  - г) 20-40 см вод. ст.
  - д) менее 20 см вод. ст.
054. Недержание мочи при напряжении необходимо дифференцировать
- а) с эктопией мочеточника
  - б) с гипоспадией, эписпадией
  - в) с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря
  - г) со всем перечисленным
  - д) только а) и в)
055. Решающим в выборе метода лечения недержания мочи при напряжении является
- а) величина внутрипузырного давления в покое
  - б) величина максимального внутриуретрального давления в покое
  - в) величина внутриуретрального давления при напряжении
  - г) разница внутрипузырного давления в покое и при напряжении
056. Лечебная физкультура при недержании мочи при напряжении направлена на укрепление
- а) мышц тазового дна и промежности
  - б) сфинктеров мочевого пузыря и прямой кишки
  - в) мышц диафрагмы
  - г) правильно а) и б)
  - д) правильно б) и в)
057. Показаниями к передней кольпорафии являются
- а) выраженное уретроцеле
  - б) цистоцеле
  - в) увеличение заднего пузырно-уретрального угла свыше  $120^\circ$
  - г) правильно а) и б)
  - д) все перечисленное
058. Операция петлевой пластики при недержании мочи направлена

- а) на удлинение уретры
- б) на коррекцию заднего пузырно-уретрального угла
- в) на уменьшение угла наклона уретры к лобковому симфизу при одновременном приподнятии шейки мочевого пузыря
- г) на все перечисленное
- д) только б) и в)

059. Подготовка к операции по поводу недержания мочи включает

- а) комплексное урологическое, гинекологическое и неврологическое обследование
- б) тщательную подготовку мочеполовых органов и санацию кожи промежности
- в) подготовку кишечника
- г) правильно а) и б)
- д) правильно а) и в)

060. Возможными осложнениями после операций

по поводу недержания мочи при напряжении являются

- а) задержка мочеиспускания
- б) цистит
- в) острый пиелонефрит
- г) правильно а) и б)
- д) правильно а) и в)

001 - б    006 - б    011 - г    016 - д    021 - г    026 - д    031 - г  
 002 - б    007 - б    012 - а    017 - г    022 - г    027 - д    032 - а  
 003 - а    008 - г    013 - д    018 - г    023 - д    028 - д    033 - г  
 004 - в    009 - в    014 - д    019 - д    024 - д    029 - д    034 - а  
 005 - г    010 - в    015 - б    020 - г    025 - д    030 - д    035 - г  
 036 - а    040 - а    044 - в    048 - г    052 - г    056 - г    060 - г  
 037 - г    041 - в    045 - г    049 - б    053 - д    057 - д  
 038 - д    042 - д    046 - а    050 - г    054 - г    058 - д  
 039 - б    043 - д    047 - а    051 - в    055 - д    059 - г

001. Причиной нарушения нормального эмбриогенеза половых желез могут быть

- а) структурные или количественные хромосомные аномалии
- б) поздняя беременность
- в) интоксикации, алиментарная дистрофия, гормональные сдвиги у беременной
- г) правильно а) и в)
- д) правильно а) и б)

002. Для выявления полиорхизма достаточно

- а) пальпации
- б) перкуссии
- в) данных пальпации и лапаротомии
- г) рентгенографии брюшной полости
- д) диафаноскопии

003. Синорхидизм - это

- а) перекрестная дистопия яичек
- б) врожденное отсутствие яичек
- в) внутрибрюшинное сращение яичек
- г) наличие одного яичка

д) гипотрофия яичек

004. Монорхизм - это

- а) односторонняя агенезия яичка
- б) гонадная агенезия яичка
- в) односторонний крипторхизм (другое яичко расположено в мошонке)
- г) односторонний вывих яичка
- д) гермафродитизм

005. Анорхизм - это

- а) двустороннее неопущение яичек
- б) гермафродитизм
- в) гонадная агенезия
- г) врожденная гипоплазия яичек
- д) синдром феминизирующих яичек

006. Истинный гермафродитизм - это

- а) наличие двойственного строения (по мужскому и женскому типу) наружных половых органов
- б) развитие элементов яичниковой и яичковой ткани в половых железах с признаками бисексуальности
- в) гонадная агенезия
- г) правильно а) и в)

007. Ложный гермафродитизм - это

- а) развитие наружных половых органов по женскому типу при гонадной генезии
- б) развитие наружных половых органов по женскому или интерсексуальному типу при наличии яичек
- в) развитие наружных половых органов по женскому типу при синдроме феминизирующих яичек
- г) дисгенезия семенных канальцев (синдром Клайнфельтера)
- д) правильно б) и в)

008. Нарушение дифференциации половых желез при истинном гермафродитизме возможно

- а) при хромосомной мозаике XX/XU, XX/XXU, XX/XXUU
- б) при кариотипе 46XX и 46XU
- в) при кариотипе 45XO
- г) правильно а) и б)
- д) правильно б) и в)

009. Синдром Клайнфельтера - это

- а) дисгенезия половых желез
- б) герминальная агенезия
- в) дисгенезия семенных канальцев
- г) врожденная гипоплазия яичек
- д) врожденное недоразвитие губчатой части уретры

010. Синдром Шеришевского - Тернера (дисгенезия половых желез) наблюдается

- а) только у женщин
- б) только у мужчин
- в) одинаково часто у мужчин и женщин
- г) чаще у женщин

д) чаще у мужчин

011. Синдром Дель - Кастле - это

- а) герминальная агенезия при нормальном развитии наружных половых органов и вторичных половых признаков у мужчин
- б) герминальная агенезия при нормальном развитии наружных половых органов и вторичных половых признаков у женщин
- в) врожденная гипоплазия яичек
- г) синдром феминизирующих яичек
- д) правильно а) и б)

012. Нарушения сперматогенеза вследствие нервно-психических факторов возникают при нарушении нейроэндокринной регуляции

- а) системой кора головного мозга - гипоталамус - гипофиз - семенники
- б) системой мозжечок - семенники
- в) вследствие заболевания или травмы спинного мозга
- г) правильно а) и б)
- д) правильно а) и в)

013. Бесплодие у мужчин может возникать

- а) при врожденных и хромосомных аномалиях развития половых органов
- б) при тяжелых инфекционно-токсических воздействиях
- в) при экзогенных и привычных интоксикациях
- г) правильно а) и б)
- д) правильно все перечисленное

014. На сперматогенез оказывают влияние следующие факторы

- а) алиментарный
- б) магнитное поле земли
- в) ионизирующее излучение
- г) правильно а) и б)
- д) правильно а) и в)

015. Нарушения сперматогенеза при варикоцеле возникают вследствие

- а) местного повышения температуры
- б) гипоксии
- в) местного понижения температуры
- г) правильно а) и б)
- д) правильно б) и в)

016. Нарушение гемотестикулярного барьера и развитие аутоиммунного бесплодия возникают при

- а) варикоцеле
- б) монорхизме
- в) травме яичка
- г) правильно а) и б)
- д) правильно а) и в)

017. Бесплодие у мужчин бывает

- а) секреторным
- б) экскреторным
- в) инкреторным

- г) правильно а) и б)
  - д) правильно а) и в)
018. Брак следует считать бесплодным, если беременность не наступает
- а) в течение 6-ти месяцев
  - б) в течение 1-го года
  - в) в течение 2-х лет
  - г) в течение 3-х лет
  - д) свыше 3-х лет
019. При обследовании яичек обращают внимание
- а) на степень их отвисания
  - б) на вес
  - в) на размеры
  - г) на форму
  - д) правильно б) и в)
020. Решающее значение для диагностики плодовитости мужчин имеет
- а) исследование секрета простаты
  - б) определение уровня андрогенов
  - в) исследование эякулята
  - г) исследование содержимого семенных пузырьков
  - д) правильно б) и г)
021. Количество эякулята в норме находится в пределах
- а) до 1 мл
  - б) до 2 мл
  - в) до 2-5 мл
  - г) до 5-7 мл
  - д) свыше 7 мл
022. В норме рН эякулята составляет
- а) ниже 6.0
  - б) 6.0-7.3
  - в) 7.3-7.7
  - г) 7.7-8.0
  - д) свыше 8.0
023. Разжижение эякулята в норме наступает через
- а) 10 мин
  - б) 10-30 мин
  - в) 30-50 мин
  - г) 50-60 мин
  - д) более, чем 1 час
024. Нижней границей нормы количества сперматозоидов в 1 мл является (по критерию ВОЗ)
- а) 20 млн
  - б) 40 млн
  - в) 60 млн
  - г) 80 млн
  - д) 100 млн

025. Нижней границей нормы количества сперматозоидов в эякуляте является (по критерию ВОЗ)
- а) 20 млн
  - б) 40 млн
  - в) 60 млн
  - г) 80 млн
  - д) 100 млн
026. Количество активно подвижных сперматозоидов в эякуляте в норме составляет
- а) более 20%
  - б) более 30%
  - в) более 40%
  - г) более 50%
  - д) более 60%
027. Неизмененные морфологически сперматозоиды в норме составляют (по критерию ВОЗ)
- а) свыше 40%
  - б) свыше 50%
  - в) свыше 60%
  - г) свыше 70%
  - д) свыше 80%
028. Количество клеток сперматогенеза в эякуляте в среднем составляет
- а) до 2%
  - б) 2-4%
  - в) 4-6%
  - г) 6-8%
  - д) 8-10%
029. Количество лейкоцитов в 1 мл эякулята составляет в норме
- а) до 2 млн
  - б) до 4 млн
  - в) до 6 млн
  - г) до 8 млн
  - д) до 10 млн
030. Средняя концентрация фруктозы в эякуляте в норме
- а) до 1 ммоль/л
  - б) до 4 ммоль/л
  - в) до 6 ммоль/л
  - г) до 10 ммоль/л
  - д) равна или превышает 14 ммоль/л
031. Полизооспермия - это содержание сперматозоидов в 1 мл эякулята свыше
- а) 50 млн
  - б) 100 млн
  - в) 200 млн
  - г) 300 млн
  - д) 400 млн
032. Некроспермия - это

- а) отсутствие элементов сперматогенеза в эякуляте
- б) наличие в эякуляте только клеток сперматогенеза
- в) наличие в эякуляте только мертвых спермий
- г) наличие в эякуляте только малоподвижных спермий
- д) отсутствие сперматозоидов в эякуляте

033. Азооспермия - это

- а) отсутствие в эякуляте клеток сперматогенеза и сперматозоидов
- б) наличие в эякуляте только клеток сперматогенеза
- в) наличие в эякуляте только мертвых спермий
- г) отсутствие выделения эякулята
- д) правильно в) и г)

034. Аспермия - это

- а) отсутствие в эякуляте сперматозоидов
- б) отсутствие в эякуляте клеток сперматогенеза
- в) отсутствие выделения эякулята
- г) правильно а) и б)
- д) наличие в эякуляте только клеток сперматогенеза

035. Тератозооспермия - это

- а) наличие в эякуляте только мертвых спермий
- б) наличие более 30% дегенеративных спермий
- в) наличие в эякуляте менее 50% подвижных спермий
- г) отсутствие в эякуляте элементов сперматогенеза
- д) отсутствие эякулята

036. Астенозооспермия - это

- а) наличие в эякуляте только мертвых сперматозоидов
- б) наличие в эякуляте более 50% юных форм сперматозоидов
- в) наличие в эякуляте более 30% малоподвижных и неподвижных сперматозоидов
- г) наличие в эякуляте только клеток сперматогенеза
- д) правильно а) и б)

037. Асперматизм - это

- а) отсутствие сперматозоидов в эякуляте
- б) наличие в эякуляте только клеток сперматогенеза
- в) отсутствие выделения эякулята при половом акте
- г) правильно а) и б)
- д) правильно а) и в)

038. Ложный асперматизм - это

- а) отсутствие эякулята
- б) задержка акта эякуляции до 20 минут
- в) задержка акта эякуляции до 30 минут
- г) забрасывание эякулята в мочевого пузырь
- д) правильно б) и в)

039. Секреторное бесплодие обусловлено:

- 1) первичной недостаточностью яичек
- 2) вторичной недостаточностью яичек
- 3) дискорреляционной недостаточностью яичек

- 4) обтурацией семявыводящих путей
- 5) пороками развития мочеиспускательного канала
- б) асперматизмом
- а) правильно 1, 2 и 3
- б) правильно 1, 2 и 4
- в) правильно 1, 2 и 5
- г) правильно 1, 2 и 6
- д) правильно 1, 3 и 6

040. Эскреторное бесплодие обусловлено всем перечисленным, кроме

- а) заболеваний и пороков мочеиспускательного канала и придаточных половых желез
- б) врожденной и приобретенной обструкции семявыводящих путей
- в) асперматизма
- г) гипогонадизма
- д) правильно б) и в)

041. Дифференциальная диагностика секреторного и эскреторного бесплодия проводится с помощью

- а) термографии мошонки
- б) биопсии яичек
- в) генитографии
- г) всего перечисленного
- д) только б) и в)

042. При секреторном бесплодии проводится лечение

- а) гормональными препаратами
- б) витаминами
- в) пересадкой яичек
- г) правильно а) и б)
- д) все перечисленное

043. При лечении эскреторного бесплодия применяется

- а) антибактериальная, гормональная и витаминотерапия
- б) оперативное лечение
- в) иглорефлексотерапия
- г) правильно а) и б)
- д) правильно а) и в)

044. Климакс у мужчин возникает вследствие

- а) гипофункции половых желез, обусловленной их возрастной инволюцией
- б) развития аденомы предстательной железы
- в) изменения гормональной регуляции в системе гипоталамус - гипофиз - яичко
- г) правильно а) и б)
- д) всего перечисленного

045. Лечение климакса у мужчин осуществляется

- а) за счет устранения гиподинамии, повышения физических нагрузок, уменьшения избыточной массы тела
- б) путем проведения ежегодно 2-3 курсов лечения небольшими дозами андрогенов
- в) путем проведения нейроседативной и стимулирующей терапии
- г) правильно а) и б)

д) все перечисленное

046. Нейрорецепторная импотенция возникает в результате

- а) хронического воспаления и венозного застоя в половых органах
- б) развития атрофии и склероза в половых органах
- в) нейрофиброматоза
- г) правильно а) и б)
- д) всего перечисленного

047. Поражение центров эрекции и эякуляции при спинальной импотенции возникает за счет

- а) воспалительных и дистрофических изменений в спинном мозге
- б) поражения сосудов головного мозга
- в) травматических повреждений спинного мозга
- г) правильно а) и в)
- д) всего перечисленного

048. Диэнцефальная импотенция возникает при повреждении

- а) нервных ядер гипоталамуса
- б) нейросекреторных ядер гипоталамуса
- в) проводящих путей
- г) только а) и б)
- д) всего перечисленного

049. Психогенная импотенция возникает

- а) при реактивных состояниях и неврозах
- б) при психических заболеваниях
- в) при анорхизме
- г) только а) и б)
- д) при всем перечисленном

050. Эндокринная импотенция может возникать при поражении

- а) гипофиза
- б) яичек и надпочечников
- в) щитовидной и поджелудочной желез
- г) только а) и б)
- д) всего перечисленного

051. Генетическая импотенция наблюдается

- а) при синдроме Клайнфельтера
- б) при синдроме Шерешевского - Тернера
- в) при синдроме Каллмана
- г) только а) и б)
- д) при всем перечисленном

052. Объективное обследование больных сексуальными расстройствами заключается

- а) в антропометрии
- б) в осмотре и пальпаторном обследовании наружных половых органов
- в) в пальпаторном исследовании предстательной железы и семенных пузырьков
- г) правильно б) и в)
- д) во всем перечисленном

053. При обследовании больных с половыми расстройствами необходимо применение следующих лабораторных методов  
а) определение гормонального уровня  
б) исследование спермы  
в) исследование секрета предстательной железы  
г) люминесцентно-цитологическое исследование эпителия уретры  
д) правильно а) и в)

054. Инструментальные исследования (уретроскопия, цистоскопия) у больных с половыми расстройствами показаны  
а) во всех случаях  
б) при подозрении на нейрорецепторную этиологию расстройств  
в) при подозрении на спинальную импотенцию  
г) при импотенции вследствие механических препятствий к совершению полового акта  
д) при подозрении на диэнцефальную импотенцию

055. Неврологическое обследование больных с половыми расстройствами включает исследование  
а) кремастерного и кавернозного рефлексов  
б) рефлексов, определяющих состояние пирамидных путей  
в) вегетативной нервной системы  
г) только а) и в)  
д) всего перечисленного

001 - г 009 - в 017 - г 025 - б 033 - б 041 - д 049 - г  
002 - в 010 - г 018 - б 026 - г 034 - г 042 - г 050 - д  
003 - в 011 - а 019 - в 027 - в 035 - б 043 - г 051 - д  
004 - а 012 - д 020 - в 028 - б 036 - в 044 - д 052 - д  
005 - в 013 - д 021 - в 029 - а 037 - в 045 - д 053 - д  
006 - б 014 - д 022 - в 030 - д 038 - г 046 - г 054 - б  
007 - б 015 - г 023 - б 031 - в 039 - а 047 - д 055 - д  
008 - г 016 - д 024 - а 032 - в 040 - г 048 - д

---

итога 1033 вопроса

#### **Критерии оценивания тестовых заданий:**

«Отлично» - количество положительных ответов 91% и более максимального балла теста.

«Хорошо» - количество положительных ответов от 81% до 90% максимального балла теста.

«Удовлетворительно» - количество положительных ответов от 71% до 80% максимального балла теста.

«Неудовлетворительно» - количество положительных ответов менее 71% максимального балла теста.

## АЛГОРИТМЫ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

1. Физикальное обследование урологического больного.
2. Интерпретация рентгенограмм.
3. Интерпретация ренограммы.
4. Интерпретация данных уродинамического исследования.
5. Интерпретация спермограммы.
6. Оценка ультрасонографических 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.
11. Урофлоуметрия.
12. Надлобковая пункция мочевого пузыря.
13. Цистоуретроскопия.
14. Выполнение хромоцистоскопии.
15. Катеризация и стентирование мочеточника.
16. Цистография.
17. Бужирование уретры.
18. Пункционная цистостомия.
19. Вправление головки полового члена при парафимозе.
20. Цистоуретроскопия.
21. Удаление инородных тел из уретры.
22. Блокада семенного канатика.
23. Вскрытие и дренирование гнойников мошонки.
24. Операция Винкельмана и Бергмана при гидроцеле
25. Операция Circumcisio
26. Операция Иванисевича
27. Операция орхиэктомия
28. Биопсия стенки мочевого пузыря.

### **Критерии оценивания выполнения алгоритма практического навыка:**

**«Отлично»** - правильно определена цель навыка, работу выполнена в полном объеме с соблюдением необходимой последовательности действий. Самостоятельно и рационально выбрано и подготовлено необходимое оборудование, все действия проведены в условиях и режимах, обеспечивающих получение наилучших результатов. Научно грамотно, логично описаны наблюдения и сформированы выводы. В представленном фрагменте медицинского документа правильно и аккуратно выполнены все записи, интерпретированы результаты.

Продемонстрированы организационно-трудовые умения (поддержание чистоты рабочего места и порядок на столе, экономное использование расходных материалов).

Навык осуществляет по плану с учетом техники безопасности и правил работы с материалами и оборудованием.

**«Хорошо»** - ординатор выполнил требования к оценке «5», но:

алгоритм проводил в условиях, не обеспечивающих достаточной результативности, допустил два-три недочета или более одной грубой ошибки и одного недочета, алгоритм проведен не полностью или в описании допущены неточности, выводы сделаны неполные.

**«Удовлетворительно»** - ординатор правильно определил цель навыка; работу выполняет правильно не менее чем наполовину, однако объем выполненной части таков, что позволяет получить правильные результаты и выводы по основным, принципиально важным задачам

работы, подбор оборудования, объектов, материалов, а также работы по началу алгоритма провел с помощью преподавателя; или в ходе проведения алгоритма были допущены ошибки в описании результатов, формулировании выводов.

Алгоритм проводился в нерациональных условиях, что привело к получению результатов с большей погрешностью; или при оформлении документации были допущены в общей сложности не более двух ошибок принципиального для данной работы характера, но повлиявших на результат выполнения; не выполнен совсем или выполнен неверно анализ результатов; допущена грубая ошибка в ходе алгоритма (в объяснении, в оформлении документации, в соблюдении правил техники безопасности при работе с материалами и оборудованием), которая исправляется по требованию преподавателя.

**«Неудовлетворительно»** - не определена самостоятельно цель практического навыка: выполнена работу не полностью, не подготовлено нужное оборудование и объем выполненной части работы не позволяет сделать правильных выводов; в ходе алгоритма и при оформлении документации обнаружилось в совокупности все недостатки, отмеченные в требованиях к оценке «3»; допущены две (и более) грубые ошибки в ходе алгоритма, в объяснении, в оформлении работы, в соблюдении правил техники безопасности при работе с веществами и оборудованием, которые не может исправить даже по требованию преподавателя.

### **ПРИМЕРЫ ЗАДАНИЙ В ТЕСТОВОЙ ФОРМЕ ПО ДИСЦИПЛИНЕ Б.1.Б.2 «Общественное здоровье и здравоохранение»**

1. Общественное здоровье на 50% и более обусловлено:

- а) состоянием внешней среды
- б) гигиеническими факторами
- в) состоянием здравоохранения
- г) наличие гигиенических навыков
- д) условиями и образом жизни

2. На здоровье населения влияют:

- а) социально-экономические факторы
- б) социально-биологические факторы
- в) медицинские факторы
- г) природно-климатические факторы
- д) все перечисленное верно

3. Основным методом изучения показателей статистики населения следует считать:

- а) текущую регистрацию рождаемости
- б) перепись населения
- в) выборочные демографические исследования
- г) социологический опрос населения
- д) все перечисленное верно

4. Динамика населения изучает:

- а) механическое движение населения
- б) естественное движение населения
- в) миграционные процессы
- г) все перечисленное верно

5. При вычислении показателя рождаемости учитывается число родившихся за год:

- а) живыми
- б) мертвыми
- в) живыми и мертвыми
- г) проживших 168 часов

6. Основной причиной материнской смертности является:

- а) акушерские причины
- б) инфекционные заболевания
- в) новообразования
- г) болезни органов дыхания
- д) заболевания ССС

7. Для вычисления показателя младенческой смертности необходимо знать число детей:

- а) умерших в возрасте до 1 года
- б) родившихся мертвыми
- в) умерших с 28 недель беременности
- г) населения в возрасте до 1 года
- д) умерших в течении 168 часов

8. При расчете показателя мертворождаемости учитываются дети:

- а) умершие на 1 году жизни
- б) родившиеся живыми и мертвыми
- в) умершие на 1 месяце жизни
- г) умершие на 1-ой неделе жизни

9. Распространенность (или болезненность) населения – это совокупность заболеваний:

- а) выявленных по данным о причинах смерти
- б) выявленных при медицинском осмотре
- в) выявленных впервые в данном году и зарегистрированных в предыдущие годы, по поводу которых больной вновь обратился за медицинской помощью в этом году
- г) все перечисленное верно

10. Единицей наблюдения при изучении заболеваемости по данным обращаемости является:

- а) посещение больным ЛПУ
- б) первичное обращение по поводу данного заболевания в данном году
- в) заболевание, выявленное при медицинском осмотре
- г) больной, обратившийся по поводу заболевания

11. В структуре заболеваемости по данным обращаемости населения России на первом месте стоят болезни:

- а) системы кровообращения
- б) желудочно-кишечного тракта
- в) органов дыхания
- г) нервной системы
- д) новообразования

12. Основным учетным документом при изучении инфекционной заболеваемости является:

- а) медицинская карта амбулаторного больного
- б) контрольная карта диспансерного наблюдения
- в) экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом остром, профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку
- г) карта эпидемиологического обследования

д) все перечисленное верно

13. Основным документом для изучения госпитализированной заболеваемости является:

- а) карта стационарного больного
- б) контрольная карта диспансерного наблюдения
- в) статистическая карта выбывшего из стационара
- г) карта эпидемиологического обследования

14. Международная статистическая классификация болезней – это:

- а) перечень наименований болезней
- б) перечень диагнозов
- в) перечень симптомов, синдромов и отдельных состояний
- г) система группировки болезней и патологических состояний
- д) перечень наименований болезней, диагнозов и синдромов

15. Акселерация это:

- а) увеличение удельного веса городского населения
- б) превышение показателя смертности над показателем рождаемости
- в) превышение удельного веса лиц старше 50 лет, над удельным весом детей
- г) ускорение роста и развития детей и подростков
- д) увеличение удельного веса детей в возрастной структуре населения

16. Медицинская профилактика может быть:

- а) первичной
- б) вторичной
- в) третичной
- г) все перечисленное верно

17. Вторичная профилактика – это:

- а) комплекс медицинских мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний
- б) комплекс социальных мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний
- в) комплекс медицинских, санитарно-гигиенических и психологических мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений профилактики:
- г) все перечисленное верно

18. Компонентами вторичной профилактики являются:

- а) осуществление медицинского скрининга с целью снижения влияния факторов риска и раннего выявления и предупреждения заболеваний
- б) целевое санитарно-гигиеническое воспитание
- в) проведение целевых медицинских профилактических осмотров для раннего выявления социально-значимых заболеваний
- г) проведение диспансеризации групп риска
- д) все перечисленное верно

19. Для размещения поликлиник в городе рекомендуются следующие основные уровни:

- а) общегородской уровень
- б) межрайонный уровень
- в) районный уровень
- г) все перечисленное верно

20. К основным видам профилактических осмотров относятся:

- а) скрининг осмотры
- б) периодические
- в) предварительные
- г) целевые
- д) все перечисленное верно

21. К основным показателям, характеризующим эффективность диспансеризации, относятся:

- а) показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности
- б) исходы лечения
- в) показатели первичного выхода на инвалидность
- г) все перечисленное верно

22. Нагрузка участкового терапевта на амбулаторном приеме определяется:

- а) числом посещений на 1 час приема
- б) числом посещений в смену
- в) числом посещений в месяц
- г) функцией врачебной должности
- д) все перечисленное верно

23. В зависимости от административно-территориального положения больницы делятся на:

- а) областные (краевые, республиканские)
- б) городские
- в) районные
- г) участковые
- д) все перечисленное верно

24. По профилю больницы делятся на:

- а) многопрофильные
- б) стационары диспансеров
- в) специализированные
- г) все перечисленное верно

25. Выберите из нижеперечисленных, структурные подразделения, входящие в состав больницы для взрослых:

- а) лечебные отделения
- б) отделение (кабинет) медицинской статистики
- в) патологоанатомическое отделение
- г) приемное отделение
- д) все перечисленное верно

26. Деятельность дневных стационаров приводит к:

- а) максимально гибкий график работы в соответствии с пожеланиями пациентов;
- б) приближение объема и структуры оказываемой помощи к условиям круглосуточного стационара;
- в) преимущественное использование методов восстановительного лечения, медицинской реабилитации больных;
- г) сокращение сроков пребывания на койках круглосуточного содержания;
- д) все перечисленное верно.

27. Ведущая роль в оказании амбулаторной акушерско-гинекологической помощи принадлежит:

- а) консультации "Брак и семья"
- б) центрам перинатальной диагностики
- в) женским консультациям
- г) поликлиникам
- д) центрам планирования семьи

28. Поздним взятием беременных под наблюдение женской консультации считается постановка на учет после:

- а) 5 недель
- б) 7 недель
- в) 12 недель
- г) 18 недель
- д) 28 недель

29. В приемно-смотровом блоке родильного дома необходимо иметь помещения кроме:

- а) комнату-фильтр
- б) две смотровые комнаты
- в) две комнаты санитарной обработки
- г) родовую палату

30. В наблюдательное отделение родильного дома направляют рожениц:

- а) с признаками острого заболевания
- б) с мертвым плодом
- в) с высокой температурой
- г) все перечисленное верно

31. Основными документами, которые ведутся в родильном доме являются, кроме:

- а) история родов
- б) история развития новорожденного
- в) индивидуальной карты беременной и родильницы
- г) обменная карта родильного дома

32. Боксы Мельцера-Соколова включают в себя следующие помещения, кроме:

- а) предбоксник
- б) санитарный узел
- в) палату
- г) манипуляционную
- д) шлюз для медицинского персонала

33. В целях предупреждения заноса инфекционных заболеваний в стационар детской больницы необходимо обеспечить:

- а) наличие боксированного приемного покоя
- б) учет сведений о контактах с инфекционными больными
- в) проведение регулярных медицинских осмотров персонала
- г) прием игрушек и книг, только не бывших в употреблении
- д) все перечисленное верно

34. Детская поликлиника осуществляет медицинскую помощь детям:

- а) до 7 лет
- б) до 12 лет
- в) до 14 лет
- г) до 15 лет

д) до 18 лет

35. Принцип непрерывного динамического наблюдения за здоровьем детей называется:

- а) принцип участковости
- б) преемственность в работе врачей
- в) принцип диспансерного наблюдения
- г) этапность в лечении
- д) принцип единого педиатра

36. Основной документацией детской поликлиники является:

- а) экстренное извещение об инфекционном заболевании
- б) контрольная карта диспансерного наблюдения
- в) история развития ребенка
- г) карта профилактических прививок
- д) все перечисленное верно

37. Различают следующие виды медицинского страхования:

- а) обязательное и добровольное
- б) имущественное
- г) налоговое
- д) все перечисленное верно

38. Маркетинг изучает:

- а) вопросы управления
- б) вопросы рыночных отношений
- в) вопросы экономики
- г) вопросы планирования

39. Медицинская услуга подразумевает оказание:

- а) профилактической помощи и лечебной помощи
- б) обследования
- в) реабилитации
- г) санаторно-курортного лечения
- д) все перечисленное верно

40. В городе N проводилось изучение ранней неонатальной смертности за 20.. год. Объектом исследования были:

- а) все дети, умершие в первые четыре недели жизни в 20.. году
- б) один ребенок, умерший в первые четыре недели жизни в 20.. году
- в) все дети, умершие в первые 168 часов жизни в 20.. году
- г) один ребенок, умерший в первые 168 часов жизни в 20.. году
- д) все дети, умершие в первые 42 дня жизни в 20.. году

41. С целью изучения медицинской активности проведен социологический опрос всех матерей Выборгского района с фамилией на букву "Д". Какой метод медико-социального исследования был использован:

- а) сплошной
- б) метод основного массива
- в) метод монографического исследования
- г) серийной выборки
- д) случайной выборки

42. Проведен социологический опрос всех женщин, родивших в Москве в январе 20.. года.

Какой метод медико-социального исследования был использован:

- а) сплошной
- б) когортный метод
- в) серийной выборки
- г) многоступенчатого отбора
- д) направленного отбора

43. Показатель плодовитости это:

- а) экстенсивный показатель
- б) интенсивный показатель
- в) показатель соотношения
- г) показатель наглядности
- д) все ответы не верны

44. Метод стандартизации применяется для:

- а) сравнения интенсивных показателей, рассчитанных в различной среде
- б) оценки величины изменения явления на протяжении определенного промежутка времени
- в) выявления и измерения связи между явлениями
- г) предоставление обобщенной характеристики трех и более средних величин или показателей

45. При расчете распространенности заболеваний в качестве явления принимаются:

- а) число всех имевшихся у населения заболеваний, как впервые выявленных в данном году, так и зарегистрированных ранее, по поводу которых больной вновь обратился в этом году
- б) средняя численность населения
- в) число заболеваний выявленных на профилактических осмотрах
- г) число новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном году выявленных заболеваний
- д) число заболеваний выявленных по данным о причинах смерти

46. Основной правовой базой, охватывающий широкий круг общественных отношений в области здравоохранения, является:

- а) ФЗ РФ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации»
- б) ФЗ РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»;
- в) ФЗ РФ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»;
- г) Государственная программа развития здравоохранения Российской Федерации
- д) Концепция развития здравоохранения до 2020 года

47. В Российской Федерации выделяют следующие системы здравоохранения:

- а) государственную, муниципальную и частную
- б) ведомственную и вневедомственную
- в) городскую и сельскую
- г) взрослую и детскую
- д) только государственную и муниципальную

48. Сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют:

- а) анамнез
- б) историю болезни
- в) врачебную тайну

- г) личное дело
- д) катамнез

49. Бесплатно медицинская помощь гражданам оказывается в следующем объеме:

- а) в рамках «Программы госгарантий оказания бесплатной медицинской помощи»
- б) в полном объеме все виды помощи
- в) только экстренная помощь
- г) только стационарная помощь
- д) вся стационарная и первичная медико-санитарная помощь

50. Министр МЗ РФ назначается на должность:

- а) правительством РФ
- б) президентом РФ
- в) общественной палатой РФ
- г) советниками президента
- д) главными специалистами

Номера правильных ответов:

- 1. д
- 2. д
- 3. б
- 4. г
- 5. а
- 6. а
- 7. а
- 8. б
- 9. в
- 10. б
- 11. в
- 12. в
- 13. в
- 14. г
- 15. г
- 16. г
- 17. в
- 18. д
- 19. г
- 20. д
- 21. г
- 22. а
- 23. д
- 24. г
- 25. д
- 26. г
- 27. в
- 28. д
- 29. г
- 30. г
- 31. в
- 32. г
- 33. д
- 34. д

- 35. в
- 36. д
- 37. б
- 38. б
- 39. д
- 40. в
- 41. д
- 42. б
- 43. б
- 44. а
- 45. а
- 46. а
- 47. а
- 48. в
- 49. а
- 50. б

### **ПРИМЕРЫ ВОПРОСОВ К ЗАЧЕТУ**

#### **ПО ДИСЦИПЛИНЕ Б.1.Б.2 «Общественное здоровье и здравоохранение»**

1. **Общественное здоровье и здравоохранение как медицинская наука, изучающая закономерности формирования здоровья населения с целью разработки стратегии и тактики здравоохранения, ее определение и содержание.**
2. **Общественное здоровье и здравоохранение в системе естественных и общественных наук, интеграция общественного здоровья с другими отраслями науки и практики государственного строительства.**
3. **Место общественного здоровья и здравоохранения как предмета преподавания среди медицинских, гигиенических и общественных наук в системе медицинского образования и в практической деятельности врача.**
4. **Роль общественного здоровья и здравоохранения в практической деятельности органов и учреждений здравоохранения, в экономике, планировании, управлении, организации труда в здравоохранении.**
5. **Основные методы исследования общественного здоровья и здравоохранения: статистический, экономический, исторический, экспериментальное моделирование, экспертных оценок, системный анализ, социологические и эпидемиологические методы.**
6. **Возникновение и развитие общественного здоровья и здравоохранения (общественной медицины) в России и зарубежных странах. Виднейшие деятели российского общественного здоровья и здравоохранения (Н.А. Семашко, З.П. Соловьев, А.В. Мольков, М.Ф. Владимирский, Г.Н. Каминский, З.Г. Френкель, П.А. Кувшинников, Н.А. Виноградов, Г.А. Баткис, С.В. Курашов, Б.В. Петровский, А.Ф. Серенко).**
7. **Характерные особенности развития современного общественного здоровья и практики здравоохранения за рубежом.**
8. **Социальные и биологические закономерности здоровья населения. Социальные условия и социальные факторы, их влияние на здоровье населения.**
9. **Зависимость здоровья трудящихся от способа производства и материальных условий жизни общества. Болезнь и здоровье в философском понимании.**
10. **Действие социальных факторов и образа жизни на здоровье людей в условиях развития рыночных отношений.**
11. **Эпидемиология и социально-гигиенические проблемы наиболее распространенных и социально-значимых заболеваний.**
12. **Основные принципы охраны здоровья населения России.**

13. Схема изучения состояния здоровья населения, источники информации, методы изучения состояния здоровья населения.
14. Демография. Предмет и содержание демографии. Население как объект социально-гигиенического изучения. Значение демографических данных в практике здравоохранения (медицинская демография).
15. Прогнозирование основных показателей здоровья населения (заболеваемость, смертность, в том числе младенческая смертность, средняя продолжительность предстоящей жизни). методические подходы при прогнозировании, краткие и долгосрочные прогнозы.
16. Заболеваемость. Роль государственной статистики заболеваемости в изучении состояния здоровья населения. Международная классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем; основные принципы ее построения. Методика изучения заболеваемости. Понятия «заболеваемость», «болезненность», «распространенность».
17. Инвалидность как медико-социальная проблема. Определение. Эпидемиология инвалидности. Организация медико-социальной экспертизы.
18. Система профилактики, целевые комплексные программы.
19. Федеральные и региональные программы здравоохранения; программы государственных гарантий медицинской помощи населению.
20. Организация амбулаторно-поликлинической помощи населению. Организация базовых поликлиник и кабинетов. Поликлиника и поликлиническое отделение больницы, их ведущее значение в системе медицинского обслуживания и обеспечения работы врача общей практики; структура, организация работы.
21. Городской участок, организация и содержание работы участкового врача-терапевта, медицинской сестры участка.
22. Роль консультаций «брак и семья», медико-генетических консультаций в организации медико-социальной помощи детям.
23. Рациональные графики работы медицинского персонала амбулаторно-поликлинических учреждений, режим работы самих учреждений и их структурных подразделений.
24. Основные документы, регламентирующие деятельность амбулаторно-поликлинических учреждений.
25. Организация отделений профилактики, восстановительного лечения в городских поликлиниках.
26. Развитие специализированной медицинской помощи на базе стационаров, диагностических центров и поликлиник при крупных стационарах.
27. Медицинские осмотры, их организация, диспансеризация определенных контингентов, санитарно-профилактическая работа в поликлинике.
28. Отделения восстановительного лечения и реабилитации, их структура, функционирование, связь с другими службами поликлиники и стационара.
29. Управление системой приема и движения больных в поликлинике; роль кабинета инфекционных болезней в поликлинике; связь с центром госсанэпиднадзора. Роль санитарного актива в мероприятиях по борьбе с инфекционными болезнями.
30. Стационар больницы, порядок поступления и выписки больных. Структура и функции приёмного отделения. Организация работы врача, медицинской сестры, младшего медицинского персонала.
31. Специализированные отделения больниц, принципы их организации, структуры, функционирования. Лечебно-охранительный режим в больнице.
32. Организация работы патологоанатомического отделения больницы. Формы и методы контроля за качеством диагностики и лечения больных в стационаре; клинко-анатомические конференции.
33. Организация специализированной медицинской помощи. Мероприятия по борьбе с внутрибольничными инфекциями. Медицинская и социальная реабилитация. Этапное

- лечение.
34. Больницы и отделения восстановительного лечения. Роль загородных больниц и отделений.
  35. Скорая и неотложная медицинская помощь населению. Объединение больниц и станций скорой медицинской помощи.
  36. Объединение и самостоятельная деятельность скорой и неотложной медицинской помощи. Специализированные бригады скорой медицинской помощи.
  37. Организация, задачи, содержание, методы и средства гигиенического образования и воспитания населения в поликлинике и больнице.
  38. Организация материального и медицинского снабжения и контроль за расходованием средств в стационаре и поликлинике.
  39. Медицинская документация, учет, отчетность, показатели деятельности стационара и поликлиники. Методы оценки эффективности работы.
  40. Особенности структуры больниц специализированной помощи - больниц скорой медицинской помощи, больниц реабилитации и др.
  41. Сестринская помощь в амбулаторно-поликлинических и больничных организациях (учреждениях).
  42. Содержание и технологии диспансерного наблюдения отдельных групп населения и больных, виды специальных диспансеров, их структура, формы, методы их работы.
  43. Специальные диспансеры-кабинеты (противотуберкулезные, кожно-венерологические, онкологические, наркологические др.). Показатели качества и эффективности диспансеризации.
  44. Правовые, организационные и экономические основы деятельности здравоохранения России. Органы здравоохранения и медицинского страхования, их место в общей системе государственных и общественных органов управления страны.
  45. Формы собственности в здравоохранении и их взаимодействие. Структура, функции, порядок подчинения и сотрудничества в системе здравоохранения.
  46. Номенклатура учреждений здравоохранения. Лицензирование и аккредитация учреждений здравоохранения. Стандартизация в системе здравоохранения.
  47. Теоретические и организационные основы управления в условиях становления рыночных отношений и конкуренции.
  48. Функции руководителя медицинского учреждения и организация его труда, финансовый менеджмент. Управленческий цикл.
  49. Организация работы органов управления здравоохранением на различных уровнях.
  50. Развитие региональных систем здравоохранения. Роль комитетов здравоохранения представительных органов управления страны, субъектов Федерации и местного самоуправления.
  51. Правовое, административное и экономическое регулирование труда медицинского и фармацевтического персонала.
  52. Экономические методы управления учреждениями здравоохранения.
  53. Вклад здравоохранения в повышение уровня жизни и обеспечение устойчивости социально-экономического развития страны.
  54. Медико-социальное страхование здоровья.
  55. Деятельность фонда обязательного медицинского страхования граждан России как важнейшего источника финансирования и экономического стимулирования в здравоохранении.
  56. Система научного обеспечения развития здравоохранения России.
  57. Рост материально-технической базы здравоохранения, подготовка медицинских кадров — основа повышения качества медицинской помощи населению.
  58. Система управления и менеджмента в здравоохранении.
  59. Система управления (обеспечения) качеством медицинской помощи.
  60. Стандартизация в здравоохранении. Протоколы ведения больных. Задачи по развитию

- и оптимизации деятельности в стране больнично-поликлинической помощи.
61. Внутри- и вневедомственный контроль качества медицинской помощи.
  62. Понятия «трудоспособность», «временная нетрудоспособность», «стойкая нетрудоспособность», «частичная нетрудоспособность». Временная нетрудоспособность. Врачебная экспертиза временной нетрудоспособности.
  63. Задачи врачебной экспертизы трудоспособности по обеспечению права на труд и материальное обеспечение трудящихся.
  64. Листок нетрудоспособности как основной документ медицинского, юридического и финансового характера. Порядок выдачи больничных листов при различных видах временной нетрудоспособности. Контроль за правильной выдачей листов и сроками восстановления трудоспособности.
  65. Бюро медико-социальной экспертизы (БМСЭ); его структура, функции и методы работы по определению инвалидности.
  66. Определение экономики здравоохранения. Разделы экономики здравоохранения и основные направления научных исследований в этой области.
  67. Медицинское страхование в развитии бюджетно-страховой системы здравоохранения. Организация медицинского страхования.
  68. Понятие об экономической эффективности здравоохранения. Ценообразование в здравоохранении.
  69. Ресурсы здравоохранения и их рациональное использование. Маркетинг в здравоохранении.
  70. Предпринимательство в здравоохранении. Платная медицинская помощь. Экономические основы обеспечения взаимной заинтересованности в оптимизации деятельности и использования ресурсов здравоохранения.
  71. Определение планирования. Задачи, теоретические основы и принципы планирования. Основные методы планирования. Основные нормативы медицинской помощи (амбулаторно-поликлинической, стационарной и др.). Основные показатели плана здравоохранения, их измерители.
  72. Стратегическое планирование, бизнес-планирование. Текущие и перспективные планы развития здравоохранения. Территориально-отраслевые планы.
  73. Планирование амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи (уровень, потребность, сеть учреждений, их мощность, объем деятельности, кадры). Особенности планирования лечебно-профилактической помощи сельскому населению.
  74. Понятие о нормировании труда, основные методические подходы для разработки штатных нормативов медицинского персонала учреждений здравоохранения. Штатное расписание учреждений здравоохранения.
  75. Источники финансирования здравоохранения. Финансирование программ здравоохранения. Принципы одноканального финансирования в здравоохранении.
  76. Планирование расходов на здравоохранение. Смета медицинского учреждения, основное содержание статей расходов. Режим экономии и использование внутренних резервов. Системы оплаты и материальное стимулирование труда работников здравоохранения.
  77. Основы и методы медицинской статистики. Предмет и определение медицинской статистики, ее методологические основы; статистика здоровья населения и статистика здравоохранения. Организация государственной статистики в России.
  78. Статистическая совокупность; ее определение, групповые свойства статистической совокупности. Понятие генеральной и выборочной совокупности. Репрезентативность выборки.
  79. Организация статистического исследования и его этапы. Объект и единица наблюдения. Программа сбора и анализа материала. Характеристика разнообразия изучаемого признака.

80. Статистические таблицы. Использование абсолютных величин. Относительные величины, их особенности, методы расчета. Виды средних величин, методы расчета.
81. Оценка достоверности результатов исследования. Доверительные границы средних и относительных величин. Оценка достоверности разности между средними величинами. Применение критерия соответствия  $\chi^2$  (хи-квадрат). Особенности статистической обработки данных на достоверность при малой выборке.
82. Регрессионный анализ. Вычисление коэффициента регрессии, решение уравнения регрессии, расчет сигмы регрессии. Составление и использование шкалы регрессии.
83. Дисперсионный анализ. Непараметрические критерии. Динамические ряды, способы их выравнивания и анализа. Метод стандартизации, его значение и применение.
84. Корреляционный анализ. Методы расчета коэффициентов корреляции и их оценок. Графические изображения в статистическом исследовании. Виды диаграмм, правила их построения и применения.
85. Использование компьютерных технологий в обработке статистического материала. Пути и возможности применения в медицине системы Интернет. Основы и принципы доказательной медицины.
86. Применение математических методов и вычислительных средств в системе управления и в деятельности учреждений здравоохранения страны. Автоматизированные системы сбора и обработки медицинской информации. Технические средства управления.
87. Применение современных экономико-математических методов, вычислительной техники в планировании здравоохранения.
88. Медицинская учетная документация, используемая в стационарах и поликлиниках; учетная форма, формат, вид и тип документа; условия сбора статистических сведений, сроки хранения документации.
89. Формирование и свод из учетных форм различных отчетных документов. Отчет лечебно-профилактического учреждения. Годовой отчет о сети, деятельности и кадрах учреждений системы Министерства здравоохранения России.
90. Информационное обеспечение управления здравоохранением. Требования к нему, современные принципы построения.
91. Статистическая оценка деятельности учреждений здравоохранения; показатели способы их расчета; показатели эффективности деятельности и качества медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях.
92. Основные принципы правовой система охраны здоровья населения Российской Федерации.
93. Действующие Федеральные законы, регулирующие медицинскую деятельность в России.
94. Правовые основы обеспечения качества медицинской помощи. Каким образом производится возмещение вреда, причиненного здоровью граждан при оказании медицинских услуг.
95. Основы трудового законодательства в здравоохранении.
96. Основные требования, предъявляемые законодательством для занятия медицинской и фармацевтической деятельностью.
97. Современные проблемы медицинской этики и деонтологии. Биоэтика.
98. Виды юридической ответственности медицинских работников. В каких случаях и каким образом наступают различные виды ответственности медицинских работников за нарушения, связанные с профессиональной деятельностью.
99. Социальные и профессиональные права, предоставляемые законодательством для занятия медицинской и фармацевтической деятельностью.
100. Основные права пациента при обращении за медицинской помощью.

### **ПРИМЕРЫ ЗАДАНИЙ В ТЕСТОВОЙ ФОРМЕ ПО ДИСЦИПЛИНЕ Б.1.Б.3**

## «Педагогика»

1. Компонентами педагогического процесса являются...
  1. цели, содержание, формы и методы воспитания и обучения
  2. семья, школа, общество
  3. знания, умения и навыки учащихся
  4. педагоги, учащиеся, родители
  
2. Укажите ведущую деятельность младшего школьного возраста:
  1. предметно-манипулятивная деятельность
  2. учебная деятельность
  3. сюжетно-ролевая игра
  4. непосредственное эмоциональное общение
  
3. Отбор содержания образования определяется уровнем...
  1. подготовки педагогов
  2. развития технологий обучения
  3. требований родителей
  4. социальных и научных достижений
  
4. Единство и взаимодействие компонентов, составляющих педагогический процесс, определяют его...
  1. целенаправленность
  2. индивидуальность
  3. управляемость
  4. целостность
  
5. Ошибочную основу воспитания детей в семье составляет...
  1. строгость в сочетании с эмоциональной холодностью в отношениях с ребенком
  2. помощь ребенку в преодолении проблем
  3. забота о ребенке в сочетании с требовательностью
  4. бескорыстная любовь к ребенку
  
6. Авторитарная система отношений «врач-больной» - это модель...
  1. модель контракта
  2. партнерства
  3. руководства-партнерства
  4. руководства
  
7. Основными категориями педагогики являются...
  1. знания, умения, навыки
  2. среда, наследственность, воспитание
  3. воспитание, обучение, образование
  4. созревание, система, социализация
  
8. В древней Греции педагогами называли...
  1. преподавателей ораторского искусства
  2. рабов, сопровождающих детей своего господина в школу
  3. старейшин, возглавлявших школу в Афинах
  4. учителей Спарты
  
9. Сопоставьте педагогическую категорию с ее определением

1. Процесс и результат количественных и качественных изменений в организме человека
  2. Процесс взаимодействия учителя и учащихся, в результате которого обеспечивается развитие человека
  3. Активная целенаправленная деятельность человека, направленная на самообразование, совершенствование положительных и преодоление отрицательных личностных качеств
  4. Процесс становления человека как социального существа под воздействием всех без исключения факторов: экономических, социальных, идеологических, психологических и др.
    - а. формирование
    - б. обучение
    - в. самовоспитание
    - г. развитие
10. Волевое и личностное развитие человека в онтогенезе...
1. генетически ограничены
  2. определяются только влиянием наследственности
  - 3.предопределены анатомо-физиологическими особенностями нервной системы
  4. не имеют предела
11. Предметом педагогики как науки является...
- 1.целенаправленно организуемый педагогический процесс
  2. профессиональная педагогическая деятельность
  3. развитие личности
  - 4.образовательные системы
12. В структуру педагогических наук не входит...
1. андрогогика
  2. анатомия
  3. педагогика высшей школы
  4. история педагогики
- 13.В содержание психологической структуры педагогического процесса входят:
- 1.Познавательные процессы, мотивация, темперамент
  - 2.Познавательные процессы, мотивация, активность
  - 3.Когитивные процессы, эмоции
14. Укажите ведущую деятельность детей дошкольного возраста:
- 1.сюжетно-ролевая игра
  - 2.непосредственное эмоциональное общение
  - 3.предметно-манипулятивная деятельность
  - 4.учебная деятельность
15. Манипулятивное общение – это .....
- 16.Укажите возможные типы манипуляторов:
- 1.активный, пассивный, ригидный
  2. активный, пассивный, безразличный
  - 3.пассивный, ригидный, безразличный
17. Цели обучения определяются...
- 1.средствами обучения

2. потребностями и возможностями общества
3. мастерством педагога
4. индивидуальными особенностями учащегося

18. Умение педагога доступно излагать учебный материал, пользоваться различными источниками учебной информации относится к \_\_\_\_\_ умениям.

1. рефлексивным
2. информационно-дидактическим
3. организационным
4. коммуникативным

19. В процессе лечебного взаимодействия не проявляется \_\_\_\_\_ психологическая установка.

1. адекватная
2. катотимная
3. неадекватная
4. позитивная

20. При каком типе отношения к болезни для пациента характерно желание скрыть от других людей информацию о своей болезни:

1. анозогнозический
2. тревожный
3. сенситивный

21. Перечислите основные принципы, характерные для гуманистического общения.....

22. Ситуация, когда человек не знает, почему он поступает так или иначе, а иногда даже заблуждается в побуждениях относительно своего поведения, возможна при доминировании \_\_\_\_\_ мотивов.

1. смыслообразующих
2. реально действующих
3. неосознаваемых
4. понимаемых

23. Механизмом познания и понимания личностного своеобразия воспитанника является...

1. обмен знаниями
2. конфликт
3. теоретический анализ
4. эмпатия

24. Стиль педагогического общения, при котором педагог единолично определяет цели взаимодействия и субъективно оценивает результаты деятельности ученика, называется...

1. демократическим
2. игнорирующим
3. авторитарным
4. попустительским

25. Следующие методы подготовки специалиста-медика: анализ конкретных ситуаций, анализ последовательных ситуаций (например, этапы диагностики, лечения, реабилитации и т.д.) называются....

1. словесными

2. неимитационными
3. наглядными
4. имитационными

26. К эмпирическим (практическим) методам педагогического исследования относится...

1. эксперимент, моделирование, рейтинг, тестирование
2. наблюдение, беседа, анкетирование, эксперимент
3. наблюдение, анализ, эксперимент, интервьюирование
4. беседа, классификация, синтез, шкалирование

27. Установите соответствие *между* функциональными компонентами педагогической деятельности и их характеристиками.

1. Диагностирующая функция
2. Презентативная функция
3. Корректирующая функция

- а. ориентирована на изложение учебного материала
- б. связана с исправлением результатов деятельности учащихся
- в. обеспечивает обратную связь

28. Расставьте в правильном порядке этапы учебного познания

1. активное воспроизведение информации
2. восприятие объекта
3. процесс запоминания
4. осмысление

29. Субъектами педагогической деятельности врача являются ... (укажите все возможные варианты ответа)

1. пациенты с установленными диагнозами
2. здоровые люди
3. родственники пациентов
4. пациенты, проходящие диагностическое обследование

30. Эмпатия – это

1. способность отойти от своей позиции и взглянуть на взаимоотношения глазами стороннего наблюдателя
2. устойчивое позитивное чувство к другому человеку
3. вчувствование в переживания другого человека

31. Основными целями педагогической деятельности врача являются ... (укажите все возможные варианты ответа)

1. популяризация здорового образа жизни
2. формирование мотивации пациентов на повышение материальных затрат на медицинские услуги
3. формирование мотивации самосохранительного и здоровьесберегающего поведения
4. выявление моделей и методов эффективного взаимодействия с пациентами и их родственниками

32. Эффект привлекательности как эффект восприятия – это

1. стремление произвести наилучшее впечатление на собеседника
2. тенденция к привлечению внимания к себе
3. тенденция к переоценке качеств внешне привлекательного человека

33. Установите соответствие *между* стилями педагогического общения и их характеристиками

1.диалог между педагогом и учащимися происходит с позиции «на равных», активно используются обсуждение, понимание, убеждение

2.педагог самоустраняется от руководства группой либо идет на поводу желаний учащихся

3.педагог стремится как можно меньше вмешиваться в жизнедеятельность учащихся, ограничиваясь формальным выполнением обязанностей передачи учебной и административной информации

А.попустительский

Б.игнорирующий

В.демократический

34.К барьерам коммуникации относят:

1.незнание языка

2.эмоциональное состояние

3.некорректная обратная связь

4.все вышеперечисленное

35. Сознательное или неосознанное неаргументированное воздействие на другого человека или группу людей с целью изменения их состояния, отношения и предрасположенности к определенным действиям - это

1.внушение

2.заражение

3.убеждение

### ОТВЕТЫ:

1. 1      19. 2

2. 2      20. 3

3. 4      21.

4. 4      22. 3

5. 1      23. 4

6.4      24. 3

7. 3      25. 4

8. 2      26. 2

9. 1г,    27. 1в,2а,3б

2б, 3в,    28. 2,4,3,1

4а      29. 1,2,3,4

10. 4     30. 3

11. 1     31. 1,3,4

12. 2     32. 3

13. 2     33. 1в, 2а, 3б

14. 1     34. 4

15.      35. 1

16. 2

17. 2

### ПРИМЕРЫ ВОПРОСОВ К ЗАЧЕТУ ПО ДИСЦИПЛИНЕ Б.1.Б.3 «Педагогика»

1. Педагогика как наука.
2. Задачи педагогики.
3. Основные категории педагогики.
4. Образование как система, как процесс и как результат.
5. Обучение как педагогический процесс.
6. Структура педагогического процесса.
7. Средства обучения.
8. Воспитание и самовоспитание, закономерности и принципы.
9. Методы и формы воспитания.
10. Педагогическая деятельность и педагогическое взаимодействие в профессиональной деятельности врача.
11. Цели и задачи педагогической деятельности врача.
12. Субъекты педагогической деятельности врача.
13. Научно-педагогическая деятельность врача (цели, задачи, методы, приемы).
14. Когнитивные процессы и их значение в достижении педагогических задач.
15. Эмоции пациента и их роль и значение в педагогической деятельности врача.
16. Возрастно-половые и индивидуально-типические свойства индивида и их роль и значение в педагогической деятельности врача.
17. Особенности педагогического процесса в разных возрастных группах (младенческий возраст, раннее детство, дошкольный возраст, младший школьный возраст, подростковый возраст, молодость, зрелый возраст, старость).
18. Особенности педагогической деятельности врача с пациентами дошкольного возраста.
19. Особенности педагогической деятельности врача с пациентами школьного возраста.
20. Особенности педагогической деятельности врача с пациентами старших возрастных групп.
21. Мотивация и здоровье. Мотивация и болезнь.
22. Психологический смысл.
23. Влияние когнитивных процессов, эмоциональных особенностей и особенностей личности, половозрастных, социальных и профессиональных особенностей на восприятие собственного тела, восприятие болезни и здоровья
24. Типы отношения к болезни.
25. Биопсихосоциальная природа человека.
26. Педагогическая психология как наука.
27. Основные методы психолого-педагогического обследования: наблюдение, эксперимент, опрос, анализ результатов деятельности.
28. Психология образовательной деятельности. Самообразование медицинского работника.
29. Психология учебной деятельности.
30. Учебная мотивация, факторы ее формирования.
31. Психология усвоения знаний. Формирование и развитие навыков в процессе усвоения.
32. Стиль педагогической деятельности.
33. Общения, его функции, цели, задачи.
34. Виды и уровни общения.
35. Принципы гуманистического общения.
36. Структура общения (коммуникативная, интерактивная, перцептивная стороны).
37. Характеристики коммуникативной стороны общения. Основные каналы коммуникации и их функции, понятие обратной связи. Барьеры коммуникации.
38. Феномен межличностного влияния и противостояния влиянию. Виды влияния и противостояния влиянию

39. Интерактивная сторона общения. Основные стратегии взаимодействия (соперничество, сотрудничество, компромисс, приспособление, избегание).
40. Перцептивная сторона общения, ее механизмы. Эффекты восприятия.
41. Основные правила позитивного общения.
42. Конфликты, способы их профилактики и разрешения.
43. Педагогическое общение, его специфика, основные функции.
44. Стили педагогического общения.
45. Личность педагога, ее влияние на результат педагогического процесса.
46. Специальные и личностные нравственно-волевые качества личности.
47. Особенности потребностно-мотивационной сферы врача и их влияние на успешность профессиональной деятельности.
48. Направленность, самоопределение, рефлексия и их роль в профессиональной деятельности врача.
49. Самовоспитание и самоактуализация как движущие силы профессионального и личностного развития.
50. Этические принципы в деятельности врача.
51. Профессиональная, психологическая и педагогическая компетентность как фактор успешности профессиональной деятельности.
52. Эмпатия как фактор успешности профессиональной и педагогической деятельности врача.
53. Культура речи, дидактические и прогностические способности как факторы успешности профессиональной и педагогической деятельности врача.
54. Организаторские и коммуникативные умения и их важность в деятельности врача.
55. Особенности педагогической деятельности врача в условиях стационара и в условиях амбулаторного лечения/ наблюдения.
56. Особенности педагогической деятельности врача в соматической и психиатрической практике.
57. Педагогические аспекты деятельности врача при индивидуальной и групповой формах работы со здоровыми лицами, пациентами и их родственниками.
58. Индивидуальные подходы при решении педагогических задач при разных типах отношения к болезни, видах мотивации, целей лечения.
59. Специфика педагогической деятельности при наличии рентных установок на болезнь.
60. Специфика педагогической деятельности при психосоматической природе заболевания.
61. Специфика педагогической деятельности при работе с детьми и их родителями.
62. Проблема комплаэнса в медицине. Использование педагогических и психологических приемов и методов с целью достижения оптимального комплаэнса.
63. Школы для пациентов и их родственников как одна из форм педагогической деятельности врача.
64. Педагогическая деятельность врача, направленная на обучение среднего и младшего медицинского персонала, формирование коллектива.
65. Понятие педагогики высшей школы.
66. Исторические аспекты развития высшей школы.
67. Методология и методы педагогических исследований в высшей школе.
68. Высшее учебное заведение как педагогическая система. Цели и содержание обучения в высшей школе.
69. Принципы обучения и специфика их реализации в высшей школе.
70. Процесс и стиль педагогического взаимодействия в высшей школе.
71. Формы обучения в высшей школе.
72. Средства обучения. Выбор методов и средств обучения. Технологии обучения в высшей школе.
73. Государственный образовательный стандарт и образовательные программы. Понятие и сущность содержания образования.
74. Образовательные учреждения высшего профессионального образования.

75. Профессиональное становление преподавателя высшей школы.  
76. Профессионализм и саморазвитие личности педагога.  
77. Научно-исследовательская деятельность преподавателя.  
78. Педагогическая культура преподавателя.  
79. Воспитательный процесс в высшей школе. Методы, средства и формы воспитания в современной педагогике.

**ПРИМЕРЫ ЗАДАНИЙ В ТЕСТОВОЙ ФОРМЕ  
ПО ДИСЦИПЛИНЕ Б.1.Б.4 «Патологическая анатомия»**

1. Дистрофия – это нарушения структуры
- а) органов
  - б) тканей
  - в) клеток
  - г) органелл
  - д) организма
2. По локализации различают дистрофии
- а) паренхиматозные
  - б) минеральные
  - в) белковые
  - г) врожденные
  - д) углеводные
3. Распад ультраструктур – это
- а) трансформация
  - б) декомпозиция
  - в) инфильтрация
  - г) извращенный синтез
  - д) колликвация
4. Образование не свойственных организму веществ - это
- а) извращенный синтез
  - б) декомпозиция
  - в) коагуляция
  - г) трансформация
  - д) колликвация
5. Гемосидероз печени не характерен для:
- а) гемолитической анемии
  - б) механической желтухи
  - в) отравлений бертолетовой солью
  - г) малярии
  - д) гемобластозов
6. Распространенный меланоз характерен для:
- а) альбинизма
  - б) аддисоновой болезни
  - в) меланомы
  - г) невуса
  - д) витилиго
7. Если гистолог видит «массы фибриноида», то имеет место:
- а) затихание болезни
  - б) легкие, не опасные болезни
  - в) болезни в фазе обострения
  - г) аутоиммунные болезни
  - д) инфекции

8. Если кровоподтек зеленовато-буро-коричневатый, то он существует:

- а) около 1 часа
- б) около 3х-5ти дней
- в) больше месяца
- г) около суток
- д) около недели

9. Буро-коричневый цвет периферической зоны кровоподтека существующего около недели вызван

- а) меланином
- б) гемосидерином
- в) билирубином
- г) гемоглобином
- д) гематином

10. Если в почках возникают желтоватые мягкие камни с гладкой поверхностью, то по составу они

- а) оксалаты
- б) фосфаты
- в) ураты
- г) кристаллоидные
- д) коллоидные

11. Если трупные пятна имеют темно-фиолетовый цвет и при надавливании светлеют, то:

- а) это трупный аутолиз
- б) это трупная имбибиция
- в) смерть очевидно наступила 3-6 часов назад
- г) смерть очевидно наступила более суток назад
- д) это татуировки

12. У больного с периодическими болевыми приступами, обнаружены узловатые утолщения у мелких суставов. Они состоят из – кристаллических масс, вокруг - воспаление. Эти изменения говорят о:

- а) мочекаменной болезни
- б) подагре
- в) нарушении обмена углеводов
- г) нарушении обмена жиров
- д) наркомании

13. Рахитические «четки» это отложения:

- а) меди
- б) кальция и фосфора
- в) железа
- г) калия
- д) магния

14. Для органов с магистральным типом ветвления сосудов (селезенка, почка, головной мозг) характерны инфаркты

- а) красные
- б) белые
- в) белые с красным венчиком
- г) смешанные
- д) синие

15. В гнойной полости обнаружен свободно лежащий фрагмент гомогенной кости, это:

- а) сухой некроз
- б) секвестр
- в) инородное тело
- г) тяжелая дистрофия

- д) местная смерть
16. Творожистый некроз характерен для:
- а) лимфогранулематоза
  - б) инфаркта
  - в) ревматизма
  - г) брюшного тифа
  - д) туберкулеза
17. Типовая локализация секвестров:
- а) мышцы
  - б) печень
  - в) кости
  - г) яичник
  - д) почка
18. Причиной инфаркта является
- а) артериальная гиперемия
  - б) диапедез эритроцитов
  - в) тромбоз сосудов
  - г) разрыв стенки сосуда
  - д) атеросклероз
19. Атеросклероз в основном поражает:
- а) артерии эластического типа
  - б) артерии мышечного типа
  - в) артериолы
  - г) венулы
  - д) капилляры
20. Изменения почек при гипертонической болезни называются
- а) вторично-сморщенные
  - б) первично-сморщенные
  - в) синдром Киммельстила-Уилсона
  - г) пиелонефритические сморщенные
  - д) поликистоз взрослого типа
21. Атероматоз это, когда преобладают:
- а) пятна и полосы
  - б) фиброзные бляшки
  - в) бляшки с детритом
  - г) участки кальциноза
  - д) участки тромбоза
22. Для «лёгочного» сердца характерна гипертрофия :
- а) левого желудочка
  - б) всех камер сердца
  - в) правого желудочка
  - г) левого предсердия
  - д) правого предсердия
23. Для ревматизма характерны:
- а) Эпителиоидно клеточные гранулемы
  - б) гранулемы Ашофф-Талалаева
  - в) гуммы
  - г) кондиломы
  - д) папилломы
24. «Бородавки» при ревматическом эндокардите это:
- а) мелкие тромбы
  - б) папилломки

- в) микро грыжи створок
  - г) гранулемы
  - д) петрификаты
25. Воспалительное поражение всех оболочек сердца носит название
- а) панкардит
  - б) ревмокардит
  - в) миокардит
  - г) перикардит
  - д) эндокардит
26. Карнификация лёгкого для крупозной пневмонией является
- а) осложнением
  - б) проявлением
  - в) стадией
  - г) вариантом
  - д) этапом
27. Экссудат при крупозной пневмонии не бывает
- а) гнилостным
  - б) фибринозно-геморрагическим
  - в) фибринозно-гнойным
  - г) фибринозным
  - д) серозным
28. К характерным морфологическим изменениям при узелковом периартериите относятся
- а) артериолосклероз
  - б) атеросклероз
  - в) деструктивно-пролиферативный васкулит
  - г) гиалиноз
  - д) амилоидоз
29. Феномен «проволочных петель» в почках развивается при
- а) ревматизме
  - б) системной красной волчанке
  - в) атеросклерозе
  - г) ревматоидном артрите
  - д) склеродермии
30. При пневмофиброзе и эмфиземе легких в сердце развивается
- а) атрофия миокарда
  - б) гипертрофия правого желудочка;
  - в) гипертрофия левого желудочка
  - г) ожирение
  - д) инфаркт миокарда
31. Характерным признаком острого аппендицита является
- а) склероз серозы
  - б) склероз слизистой
  - в) инфильтрация стенки лейкоцитами
  - г) лимфоплазмочитарная инфильтрация
  - д) все перечисленные
32. Острый гастрит проявляется в форме
- а) трофического
  - б) гипертрофического
  - в) поверхностного
  - г) гнойного
  - д) с перестройкой эпителия
33. Для обострения язвы желудка характерны

- а) гиалиноз дна язвы
  - б) очаги фибриноида в дне язвы
  - в) регенерация
  - г) лимфоплазматитарные инфильтраты
- д) кишечная метаплазия
33. Основными гистологическими признаками активности хронического гепатита являются:
- а) распространенные некрозы
  - б) тельца Маллори
  - в) тельца Каунсильмена
  - г) жировая дистрофия
  - д) белковая дистрофия
34. При сахарном диабете в островках поджелудочной железы происходит:
- а) атрофия и склероз
  - б) гипертрофия и гиперплазия
  - в) гнойное воспаление
  - г) некроз
  - д) микрокистоз
35. Наиболее частой причиной смерти при циррозе печени является
- а) сепсис
  - б) перитонит
  - в) печёночная недостаточность
  - г) легочное кровотечение
  - д) кровотечение из вен пищевода
36. Морфологическим проявлением диабетической макроангиопатии является:
- а) плазморрагия
  - б) «нисходящий» атеросклероз
  - в) васкулит
  - г) кальциноз
  - д) некроз
37. Развитию трубной беременности способствует:
- а) гипоплазия маточных труб
  - б) внутриматочная спираль
  - в) все перечисленное
  - г) сальпингофорит
  - д) ничего из перечисленного
38. Причинами развития эндемического зоба является
- а) недостаток йода
  - б) избыток йода
  - в) избыток калия
  - г) всё перечисленное
  - д) ничего из перечисленного
39. Признаки вторичного сифилиса-сифилиды, это все, кроме:
- а) розеолы
  - б) папулы
  - в) гуммы
  - г) пустулы
  - д) изъязвления
40. К развитию аддисоновой болезни приводит какая патология надпочечников:
- а) феохромоцитомы
  - б) туберкулез
  - в) аденома
  - г) гиперплазия

д) все перечисленное

41. Ветряную оспу, опоясывающий лишай, пустулезный дерматоз вызывают:

- а) хламидии
- б) вирусы герпеса
- в) риккетсии
- г) бактерии
- д) грибы

42. Пейеровы бляшки в основном изменяются при:

- а) холере
- б) дизентерии
- в) брюшном тифе
- г) вирусном гепатите
- д) панкреанекрозе

43. Возбудителем чумы является:

- а) вибрион Эль-тор
- б) иерсиния пестис
- в) риккетсия Провачека
- г) стрептококк
- д) палочка Фридлендера

44. К гематогенному туберкулёзу относится:

- а) милиарный
- б) острый кавернозный
- в) цирротический
- г) казеозная пневмония
- д) фиброзно-кавернозный

45. При полиомиелите наиболее часто поражаются:

- а) оболочки спинного мозга
- б) кора лобной доли головного мозга
- в) кора затылочной доли головного мозга
- г) мозжечок
- д) передние рога спинного мозга

46. Бактериальный эндокардит чаще развивается на клапане

- а) митральном
- б) трикуспидальном
- в) аортальном
- г) легочной артерии
- д) клапанах вен

47. Первичная злокачественная опухоль пищевода чаще всего является:

- а) аденокарциномой
- б) саркомой
- в) меланомой
- г) недифференцированным раком
- д) плоскоклеточным раком

48. Для септической селезёнки не характерно:

- а) увеличение
- б) плотная консистенция
- в) гиперплазия пульпы
- г) обильный соскоб пульпы
- д) дряблая консистенция

49. Проявлением молниеносной менингококцемии является:

- а) гнойный лептоменингит
- б) назофарингит

- в) синдром Уотерхауса-Фридериксена
  - г) гидроцефалия
  - д) гнойные артриты
50. Морфогенез это:
- а) динамика структурных изменений зародыша
  - б) развитие формы органов
  - в) последовательность развития структурных изменений по ходу болезней
  - г) возникновение тканевых структур
  - д) учение о тканях
51. Для туберкулезной гранулемы характерны:
- а) клетки Ашоффа
  - б) клетки Ходжкина
  - в) клетки Пирогова-Лангханса
  - г) клетки Вирхова
  - д) клетки Рид-Штернберга
52. В сердце при дифтерии обычно развивается:
- а) фибринозный перикардит
  - б) гнойный миокардит
  - в) токсический миокардит
  - г) порок сердца
  - д) возвратно-бородавчатый эндокардит
53. Для осложненного гриппа характерно
- а) большое пестрое легкое
  - б) бронхоэктазы
  - в) гайморит
  - г) эмфизема
  - д) все верно
54. При брюшном тифе чаще поражается:
- а) подвздошная кишка
  - б) двенадцатиперстная кишка
  - в) слепая кишка
  - г) сигмовидная кишка
  - д) прямая кишка
55. При развитии эндемического зоба у детей развивается
- а) кретинизм
  - б) гигантизм
  - в) акромегалия
  - г) склеродермия
  - д) карликовость
56. Какое из следствий гонореи характерно только для маленьких детей:
- а) уретрит
  - б) фарингит
  - в) конъюнктивит
  - г) альпингит
  - д) простатит
57. Характерные морфологические признаки уремии
- а) жировой гепатоз
  - б) гнойный плеврит
  - в) фибринозный перикардит
  - г) крупозная пневмония
  - д) ожирение
58. Развитию инфаркта миокарда при сахарном диабете способствует прежде всего

- а) микроангиопатия
  - б) макроангиопатия
  - в) ретинопатия
  - г) инфекционные осложнения
59. Для острого пиелонефрита характерны:
- а) инфильтрация клубочков
  - б) инфильтрация стромы лейкоцитами
  - в) рубцы в сосочках
  - г) всё перечисленное
  - д) ничего из перечисленного
60. «Полулуния» в клубочках почек характерны для нефритов:
- а) острых
  - б) подострых
  - в) хронических
  - г) пиелонефритов
  - д) все неверно
61. К признакам первой стадии токсической дистрофии печени относится:
- а) ярко-желтый цвет ткани
  - б) уменьшение органа в размерах
  - в) уплотнение, склероз органа
  - г) диффузные кровоизлияния в ткани печени
  - д) все перечисленное
62. К гломерулопатиям относится:
- а) хронический пиелонефрит
  - б) гломерулонефрит
  - в) некротический нефроз
  - г) острый пиелонефрит
  - д) амилоидоз
63. Разрастание соединительной ткани с деформацией почки называется:
- а) гипоплазия
  - б) нефросклероз
  - в) гипертрофия
  - г) аплазия
  - д) гиперплазия
64. Для хронического атрофического гастрита характерны
- а) изъязвления
  - б) кровоизлияния
  - в) снижение высоты слизистой
  - г) дисплазия
  - д) фибринозное воспаление
65. В зависимости от механизма развития различают бронхоэктазы
- а) деструктивные
  - б) мешотчатые
  - в) цилиндрические
  - г) веретеновидные
  - д) кубовидные
66. Наиболее часто к силикозу присоединяется:
- а) брюшной тиф
  - б) грипп
  - в) туберкулез
  - г) склерома

- д) актиномикоз
67. Преобладающими возбудителями внутрибольничных пневмоний являются
- а) вирусы
  - б) грибы
  - в) представители условно-патогенной флоры
  - г) прионы
  - д) хламидии
68. Образным названием сердца при ревматическом перикардите является
- а) лёгочное сердце
  - б) волосатое сердце
  - в) тигровое сердце
  - г) бычье сердце
  - д) шаровидное сердце
69. Возможным исходом гематомы головного мозга может быть:
- а) бурая киста
  - б) рубцевание
  - в) восстановление ткани
  - г) аневризма
  - д) менингит
70. В группу ревматических болезней входит
- а) атеросклероз
  - б) системная красная волчанка
  - в) болезнь Бадда-Киари
  - г) сахарный диабет
  - д) микоплазмоз
71. Кардиомиопатии это поражения:
- а) воспалительные нарушения сократимости
  - б) ишемические нарушения ритма
  - в) невоспалительные нарушения сократимости
  - г) ложно-гипертрофические изменения
  - д) атрофия
72. Острым считается инфаркт миокарда
- а) первые 8 недель любого очередного
  - б) первые 4 недели первого инфаркта
  - в) рецидивирующий
  - г) имеющий тяжелую клинику
  - д) первую неделю любого инфаркта
73. Изменения по типу «пятен и полосок» соответствуют какой стадии атеросклероза:
- а) Долипидной
  - б) липоидоза
  - в) липосклероза
  - г) атероматоза
  - д) атерокальциноза
74. Для гипертонических кризов в артериолах характерен:
- а) гиалиноз
  - б) амилоидоз
  - в) фибриноидный некроз
  - г) атероматоз
  - д) атеросклероз
75. Признаком острого лейкоза является
- а) инфильтраты состоящие из миелоцитов
  - б) «лейкемический провал»

- в) увеличение селезенки
  - г) геморрагический диатез
  - д) сепсис
76. Лимфомы это
- а) вариант острых лейкозов
  - б) опухоли лимфузлов
  - в) метастазы опухолей в лимфузлы
  - г) кровоизлияния в лимфузлы
  - д) вариант лимфаденита
77. Пернициозная анемия относится к группе
- а) постгеморрагических
  - б) дефицитных
  - в) гемолитических
  - г) компенсаторных
  - д) доброкачественных
78. Анемия это:
- а) уменьшение ОЦК
  - б) уменьшение количества гемоглобина и эритроцитов
  - в) снижение количества лейкоцитов
  - г) повышенное кроверазрушение
  - д) повышенное кровеобразование
79. Бластный криз это признак:
- а) острых лейкозов
  - б) лимфом
  - в) обострения хронических лейкозов
  - г) миеломной болезни
  - д) эритролейкоза
80. Злокачественной меланоцитарной опухолью является
- а) меланома
  - б) меланоз Дюбрейля
  - в) невус
  - г) голубой невус
  - д) сложный невус
81. Какой из признаков злокачественной опухоли лучше всего коррелирует с прогнозом
- а) размеры опухоли
  - б) некрозы и кровоизлияния в опухоли
  - в) метастазы в жизненно важные органы
  - г) степень дифференцировки опухоли
  - д) локализация опухоли
82. Опухоль Крукенберга представляет собой
- а) тератобластому яичников
  - б) саркому яичника
  - в) метастаз рака желудка в яичники
  - г) всё перечисленное
  - д) ничего из перечисленного
83. Невозможность определения на глаз истинных границ опухоли связана с ростом
- а) экспансивным
  - б) de novo
  - в) инфильтрирующим
  - г) экзофитным
  - д) солидным
84. Механизм гиперплазии:

- а) увеличение количества клеток
  - б) разрастание соединительной ткани
  - в) разрастание жировой ткани
  - г) уменьшение размеров органа
  - д) декомпозиция
85. Патология ведущая к увеличению размеров кистей, стоп, нижней челюсти ("лошадиное" лицо) соответствует:
- а) физиологической гипертрофии
  - б) акромегалии
  - в) компенсаторной гипертрофии
  - г) дисплазии
  - д) рабочей гипертрофии
86. Механизм рабочей гипертрофии
- а) увеличение количества клеток
  - б) увеличение функционирующих элементов ткани
  - в) разрастание соединительной ткани
  - г) разрастание жировой ткани
  - д) компенсация
87. Примером физиологической рабочей гипертрофии является
- а) сердце спортсмена
  - б) «пивное пузо»
  - в) гинекомастия
  - г) сердце ревматика
  - д) почка при гидронефрозе
88. «Полная» регенерация это:
- а) метаплазия
  - б) гипертрофия
  - в) реституция
  - г) субституция
  - д) склероз
89. Адаптация осуществляется с использованием:
- а) регенерации
  - б) гипертрофии
  - в) организации
  - г) метаплазии
  - д) всего перечисленного
90. Инкапсуляция - это
- а) воспаление
  - б) отграничение
  - в) обызвествление
  - г) окостенение
  - д) петрифицирование
91. Видом гипертрофии является
- а) церебральная
  - б) ожирение
  - в) викарная
  - г) алиментарная
  - д) исхудание
92. Примером компенсаторной гипертрофии является
- а) гипертрофия сердца при пороках клапанов
  - б) гипертрофия беременной матки
  - в) гипертрофия молочных желёз при лактации

- г) гинекомастия
  - д) гиперплазия эндометрия
93. Если уменьшается только масса паренхимы, а масса стромы даже увеличиваются, то имеет место:
- а) физиологическая атрофия
  - б) ложная гипертрофия
  - в) дисфункциональная атрофия
  - г) атрофия от действия физических факторов
  - д) атрофия от сдавления
94. Обтурирующий камень в мочеточнике привел к превращению почки в тонкостенный мешок, это можно определить как
- а) физиологическую атрофию
  - б) атрофию вызванную сдавлением
  - в) гидроцефалию
  - г) общую атрофию
  - д) истощение
95. Если на месте погибшей ткани восстанавливается ей идентичная, то такой способ регенерации называется
- а) регенерационная гипертрофия
  - б) реституция
  - в) субституция
  - г) конституция
  - д) организация
96. Морфогенез амилоидоза основан на:
- а) декомпозиции
  - б) извращенном синтезе
  - в) инфильтрации
  - г) трансформации
  - д) трансдукции
97. Конго красный выявляет в тканях
- а) гликоген
  - б) липофусцин
  - в) амилоид
  - г) жир
  - д) меланин
98. Если в регионарном лимфоузле расширяются светлых центры фолликулов растет количество плазматических клеток, то это иммунный ответ по:
- а) гуморальный
  - б) клеточный
  - в) смешанному типу
  - г) аутоиммунному
  - д) иммунодефицитному
99. Сальный блеск паренхиматозных органов, порокрашивание в синий цвет тканей при нанесении раствора йода характерны для:
- а) фибриноидного набухания
  - б) гиалиноза
  - в) вторичного амилоидоза
  - г) первичного амилоидоза
  - д) мукоидного набухания
100. Тимус—это
- а) нижний отросток головного мозга
  - б) центральный орган иммунопоза орган гемопоза

- в) придаток яичка
- г) верхний отросток головного мозга
- д) складка перикарда

**ПРИМЕРЫ ВОПРОСОВ К ЗАЧЕТУ  
ПО ДИСЦИПЛИНЕ Б.1.Б.4 «Патологическая анатомия»**

1. Современные методы исследования в детской патологии.
2. Дополнительные методы исследования при производстве детских аутопсий.
3. Основные рутинные и дополнительные гистологические окраски  
Иммуногистохимические методы Принцип метода Области применения Интерпретация результатов
4. Молекулярно-биологические методы. Проточная цитометрия, составление диагностической панели при различных заболеваниях. Гибридизация *in situ*. Метод FISH в онкоморфологии. ПЦР
5. Виды биопсий Эндоскопические биопсии. Срочные биопсии. Макроскопическое описание Вырезка биопсийного материала. Обработка биопсийного материала.
6. Диагностика заболеваний почек на биопсийном и операционном материале Исследование пункционной и краевой биопсий почки Дифференциальный диагноз приобретённых и наследственных гломерулопатий и тубулопатий.
7. Биопсии эндометрия Функциональная морфология эндометрия Дифференциальный диагноз трофобластических болезней и триплоидии Дифференциальные диагностические гистологические критерии гиперпластических, метапластических процессов и рака эндометрия
8. Биопсии шейки матки диагностические гистологические критерии Цитопатическое действие папилломавируса Значение в онкогенезе Дисплазия шейки матки: причины развития
9. Задачи детской патологоанатомической службы.
10. Основные документы, регламентирующие работу детской патологоанатомической службы. Общие положения конструкции патологоанатомического диагноза. Понятие комбинированного основного заболевания.
11. Формулировка диагноза при наличии процессов, связанных с медицинским вмешательством.
12. Ятрогения: понятие, место в структуре патологоанатомического диагноза.
13. Определение категорий расхождения диагнозов.
14. Задачи и принципы работы ЛКК, КИЛИ, КАК.
15. Основная рабочая документация в детских и перинатальных патологоанатомических отделениях.
16. Особенности детских аутопсий.
17. Особенности аутопсий плодов и новорождённых.
18. Структура детской смертности.
19. Структура перинатальной смертности.
20. Особенности построения диагноза в перинатальной практике.
21. Общие положения конструкции патологоанатомического диагноза. Понятие комбинированного основного заболевания. Формулировка диагноза при наличии процессов, связанных с медицинским вмешательством.
22. Этиология и патогенез опухолей. Механизмы канцерогенеза. Протоонкогены и антионкогены. Изменение наследственного аппарата клетки при опухолевой трансформации. Виды канцерогенов. Механизмы и проявления опухолевой прогрессии.
23. Опухоли детского возраста: частота, принципы классификации. Особенности опухолей у детей, исходы, значение. Понятие о дизонтогенетических опухолях
24. Опухоли из соединительной ткани и её специализированных видов жировая, костная,

- хрящевая): классификация, основные морфологические проявления, пути метастазирования, исходы, значение.
25. Опухоли из мышечной ткани. Классификация, проявления, пути метастазирования, исходы, значение.
  26. Опухоли из сосудов. Классификация, проявления, пути метастазирования, исходы, значение.
  27. Роль наследственности в развитии опухолей. Ретинобластома: этиопатогенез, морфологические особенности, исходы, значение. Осложнения противоопухолевой терапии. Причины развития вторых опухолей.
  28. Опухоли из нервной ткани: принципы классификации. Опухоли вегетативной и периферической нервной системы: основные морфологические проявления, исходы, значение.
  29. Опухоли ЦНС.
  30. Опухоль Вильмса.
  31. Герминогенные опухоли: виды, локализация, исходы, значение.
  32. Опухоли системы крови. Принципы классификации. Варианты течения. Понятие «лейкоз». Острый лимфобластный лейкоз: морфологические проявления, исходы, значение.
  33. Опухоли системы крови. Принципы классификации. Миелоидные опухоли: миелодиспластические синдромы, острые миелоидные лейкозы. Классификация, морфологические проявления, осложнения, исходы.
  34. Лимфоидные опухоли. Принципы классификации. Клинико-морфологические формы. Основные варианты В-клеточных опухолей.
  35. Лимфоидные опухоли. Принципы классификации. Клинико-морфологические формы. Основные варианты Т-клеточных опухолей. Гистиоцитарные опухоли.
  36. Лимфома Ходжкина: классификация, морфологические проявления, исходы, значение.
  37. Материнская летальность.
  38. Патологическая анатомия сепсиса. Особенности гинекологического и акушерского сепсиса.
  39. Неразвивающаяся беременность
  40. Плацента: особенности строения, функции. Пороки развития, опухоли. Плацентарная недостаточность: причины, виды, морфологические проявления.
  41. Плацентиты: этиология, пути инфицирования, основные морфологические проявления, исходы, значение. Инфекционные фетопатии: ВИЧ-инфекция, гепатиты, краснуха, герпес, хламидиоз, микоплазмоз. Пути инфицирования, основные морфологические проявления, осложнения, исходы, значение.
  42. Инфекционные фетопатии: листериоз, сифилис. Пути инфицирования, особенности морфо- и патогенеза, основные морфологические проявления, осложнения, исходы.
  43. Инфекционные фетопатии: цитомегалия, токсоплазмоз. Пути инфицирования, основные морфологические проявления, осложнения, исходы.
  44. Неинфекционные фетопатии: муковисцидоз, диабетическая фетопатия, алкогольная фетопатия. Этиология, патогенез, основные морфологические проявления, осложнения, исходы.
  45. Неинфекционные фетопатии: ГБН. Этиология, патогенез, основные морфологические проявления, осложнения, исходы.
  46. Понятие недоношенности и незрелости, переношенность. Причины, основные морфологические проявления, исходы, значение. Внутрижелудочковые кровоизлияния. Пневмопатии. Бронхолёгочная дисплазия.
  47. Асфиксия плода и новорожденного: классификация, этиология, патогенез, основные морфологические проявления, исходы, значение. Родовая травма: классификация, причины, основные морфологические проявления, исходы, значение.
  48. Врожденные пороки развития новорожденного
  49. Классификация врожденных пороков развития. Основные причины возникновения.

Общие закономерности морфогенеза. Врожденные пороки развития органов дыхания: основные морфологические проявления, осложнения, исходы.

Врожденные пороки сердца: классификация, морфологические проявления, особенности гемодинамики, осложнения, исходы.

### **ПРИМЕРЫ ЗАДАНИЙ В ТЕСТОВОЙ ФОРМЕ ПО ДИСЦИПЛИНЕ Б.1.Б.5 «Патологическая физиология»**

1. Что является основным звеном патогенеза артериальной гиперемии?
  1. Затруднение оттока
  2. Усиленный приток
  3. Повреждение сосудистой стенки
  4. Тромбообразование
  5. Изменение состава крови
  
2. Что является основным звеном патогенеза венозной гиперемии?
  1. Тромбообразование
  2. Затруднение оттока
  3. Уменьшенный приток
  4. Ускоренный отток
  5. Цитокины воспаления
  
3. Что является основным звеном патогенеза ишемии?
  1. Ускоренный отток
  2. Нейрогенный спазм
  3. Уменьшенный приток
  4. Цитокины воспаления
  5. Лейкотриены
  
4. Триада Вирхова определяет
  1. Стадии тромбообразования
  2. Этапы свертывания крови
  3. Условия эмболии
  4. Условия тромбообразования
  5. Условия поэтапной активации компонентов системы комплемента
  
5. Причина тромбообразования
  1. Затруднение оттока
  2. Замедление скорости кровотока
  3. Преобладание системы коагуляции над антикоагуляционными механизмами
  4. Повреждение сосудистой стенки
  5. Затруднение притока
  
6. Механизмы первичного гемостаза достаточны в
  1. Артериях
  2. Венах
  3. Резистивных сосудах
  4. Шунтирующих сосудах
  5. Сосудах, диаметром < 100 мкм
  
7. Эмболы из венозной системы большого круга попадают

1. В коронарные и церебральные сосуды
  2. В сосуды малого круга
  3. В печень
  4. В сосуды внутренних органов
  5. В сосуды конечностей
8. Эмболы из легочных вен, левого сердца и аорты заносятся
1. В артерии малого круга
  2. В сосуды большого круга
  3. В печень
  4. В легкие
  5. В портальную систему
9. Эмболы, порожденные в непарных органах брюшной полости, заносятся
1. В сосуды малого круга
  2. В артерии большого круга
  3. В коронарные артерии
  4. В церебральные артерии
  5. В портальную систему
10. Феномен краевого стояния полиморфонуклеаров начинается в стадию
1. Артериальной гиперемии
  2. Венозной гиперемии
  3. Стаза
  4. При переходе артериальной гиперемии в смешанную
  5. При переходе смешанной гиперемии в венозную
11. Феномен краевого стояния обусловлен
1. Замедлением кровотока
  2. Тромбообразованием
  3. Изменением состава крови
  4. Образованием молекул адгезии клеток
  5. Непосредственным влиянием цитокинов
12. В классической модели воспаления Ю. Конгейма флогогеном является
- Разрушение спинного мозга
  - Боковой разрез кожи
  - Разрез стенки брюшной полости
  - Стерильный мясopептонный бульон
  - Подсыхание препарата брыжейки
13. Пример аутоаллергии, опосредованный ГЗТ
- Базедова болезнь
  - Тиреоидит Хашимото
  - Болезнь Гревса
  - Миастения Гравис
  - Системная красная волчанка
14. Пример иммунокомплексного васкулита
- Системная красная волчанка
  - Крапивница
  - Вазомоторный ринит

Аутоиммунная гемолитическая анемия  
Эритробластоз плода

15. Пример иммунокомплексной Артюс-подобной реакции  
Аллергическая бронхиальная астма  
Аспергиллез  
Базедова болезнь  
Сывороточная болезнь  
Аутоиммунная гемолитическая анемия

16. Пример анафилаксии  
Аллергический васкулит  
Ревматоидный артрит  
Отеке Квинке  
Инфекционная бронхиальная астма  
Контактная экзема

17. Стресс – реакция, невозможна без  
Надпочечников  
Щитовидной железы  
Тимуса  
Гипофиза  
Гипоталамуса

18. Какие гормоны обеспечивают повышение антигипоксической резистентности при общем адаптационном синдроме?  
Тироксин и трийодтиронин  
Инсулин  
Соматотропин  
Холецистокинин - панкреазимин  
Катехоламины + глюкокортикоиды

19. Среди механизмов физиологического выхода из стресса решающую роль играют  
Катехоламины  
Меланоцитстимулирующий гормон  
Опиоидные пептиды (эндорфины)  
Серотонин  
Гипоталамические статины

20. Во второй период полного голодания с водой изменяется до 0.7  
Окислительный коэффициент мочи  
Карбонурический коэффициент  
Вакат кислорода  
Дыхательный коэффициент  
Калорический эквивалент кислорода

21. Длительность второго периода полного голодания с водой лимитируется  
Запасом гликогена  
Способностью организма образовывать достаточные уровни соматотропина  
Доступностью восстановительных эквивалентов  
Активностью гормонов щитовидной железы  
Состоянием и размером жировых депо

22. Основной механизм повреждения островковых В-клеток при сахарном диабете 1-го типа

Фактор некроза опухолей альфа

Иммуноглобулины против инсулина В-клеток

Т-лимфоциты киллеры

Иммуноглобулины против поверхностных антигенов В-клеток

Комплемент

23. В основе патогенеза диабетической комы лежит

Гипергликемия

Гипонатриемия

Гиперглюкагонемия

Гиперкетонемия

Метаболический алкалоз

24. В основе хронических осложнений инсулинзависимого сахарного диабета лежит

Атеросклероз

Хроническая почечная недостаточность

Микроангиопатия

Инсулинорезистентность

Макроангиопатия

25. К диабетогенам не относятся

Вирус Коксаки

Вирус краснухи

Альбумин коровьего молока

Глюкоза

Нитрозамины

26. В патогенезе системных отеков существенны

Изменение парциального давления кислорода

Повышение парциального давления углекислоты

Повышение уровней адреналина и глюкагона

Торможение образования активного трийодтиронина

Возрастание концентрации альдостерона

27. Пусковым моментом в формировании сердечного отека является

Гипернатриемия

Нарушение функционирования юкста-гломерулярного аппарата

Гиперсекреция натрийуретического фактора

Малый систолический выброс

Гипопротеинемия

28. При метаболическом ацидозе парциальное давление углекислоты

Возрастает

Снижается

Не изменяется

Резко снижается

29. Какая из перечисленных липопротеидемий не является атерогенной?

Гиперлипопротеидемия I  
 Гиперлипопротеидемия II  
 Гиперлипопротеидемия III  
 Гиперлипопротеидемия IV  
 Гиперлипопротеидемия V

30. Основной патогенетический фактор первичного ожирения

Переедание  
 Гиподинамия  
 Гиперинсулинизм  
 Лептиновая недостаточность  
 Катехоламиновая недостаточность

### ЭТАЛОН ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

1. (2)	4. (4)	7. (2)	10. (4)	13. (2)	16. (3)	19. (3)	22. (3)	25. (4)	28. (2)
2. (2)	5. (4)	8. (2)	11. (4)	14. (1)	17. (1)	20. (4)	23. (4)	26. (5)	29. (1)
3. (3)	6. (5)	9. (5)	12. (5)	15. (2)	18. (5)	21. (5)	24. (3)	27. (4)	30. (4)

### **ПРИМЕРЫ ВОПРОСОВ К ЗАЧЕТУ ПО ДИСЦИПЛИНЕ Б.1.Б.5 «Патологическая физиология»**

Предмет и методы патологической физиологии. Общие принципы и типы медико-биологических экспериментов. Моделирование болезней и патологических процессов. Примеры моделей. Значение патофизиологии для клиники.

Здоровье как общемедицинская категория. Определения понятия «здоровье», определение ВОЗ. Критерии здоровья. Здоровье и норма. Относительность нормы.

Патологическая реакция, патологический процесс, патологическое состояние. Типовые патологические процессы. Определение понятия болезни, определение ВОЗ. Болезнь как нозологическая форма, синдром.

Реакции повреждения и защиты в ходе развития болезни. Реакции защиты: приспособительные (срочные), адаптивные (долгосрочные), компенсаторные. Относительная целесообразность и потенциальная патогенность защитных реакций.

Принципы классификации болезней. Классификация ВОЗ. Стадии и исходы болезни. Выздоровление, полное и неполное. Ремиссии, рецидивы, осложнения.

Этиология, определение понятия. Причина и причинный фактор. Роль причинного фактора, условий и реактивности организма в развитии болезни. Этиотропный принцип лечения и профилактики болезней.

Понятие о патогенезе. Причинно-следственные отношения при патологических процессах. Проявления первичного и вторичного повреждения. Ведущее звено патогенеза, положительные и отрицательные обратные связи. Порочные круги в патогенезе.

Соотношение местных и общих изменений в патогенезе. Специфические и неспецифические компоненты патогенеза, их относительность. Временные аспекты протекания патологических процессов. Острые и хронические процессы. Критерии, возможность перехода одних в другие.

Внешние и внутренние причинные факторы болезней. Роль факторов внешней среды в возникновении и развитии болезней. Патогенное действие термического фактора. Гипертермия, гипотермия. Патогенез теплового и солнечного удара. Патогенез ожогов и отморожений.

Патогенез электротравмы. Механизм действия электрического тока. Условия,

способствующие развитию электротравмы. Причины смерти. Этиология и патогенез кинетозов. Механизмы укачивания. Патогенное действие невесомости.

Патогенное действие на организм повышенного и пониженного барометрического давления. Высотная болезнь. Кессонная болезнь. Их причины и механизм развития. Патофизиологические основы гипербарооксигенотерапии.

Патогенное действие ионизирующих излучений. Этиология и патогенез лучевой болезни. Мутагенное, канцерогенное и тератогенное действие ионизирующих излучений. Особенности патогенного действия радионуклидов при их инкорпорации. Антимутагенные защитные механизмы клеток и организма.

Определение понятия реактивности организма. Роль реактивности в возникновении, развитии и исходе болезней. Виды реактивности. Реактивность и резистентность. Виды резистентности. Факторы пассивной переносимости и активной устойчивости. Относительная адекватность механизмов реактивности.

Факторы, определяющие реактивность. Роль генотипа и факторов внешней среды в формировании реактивности. Роль комплементарных взаимодействий в формировании реактивности. Условия обитания и реактивность. Роль биологических ритмов в формировании реактивности.

Учение о конституции организма. Конституция как форма групповой реактивности. Конституциональные типы: их классификации, различия и механизмы формирования.

Конституция, генотип и фенотип. Значение конституции в патологии. Конституционализм, достижения конституционализма, вклад конституционализма в современную синтетическую концепцию общей этиологии.

Повреждение клетки: обратимое (паранекроз), необратимое (некробиоз), насильственная клеточная смерть (некроз). Общие закономерности развития повреждения клетки. Апоптоз, его роль в норме и при патологических процессах.

Роль свободно-радикальных процессов в защите, повреждении и гибели клетки. Механизмы свободно-радикального некробиоза. Примеры защитного и повреждающего действия активных радикалов. Антиоксидантные механизмы клеток. Свободно-радикальная теория старения.

Роль гипоксии в процессе повреждения и гибели клетки. Внутриклеточные изменения при гипоксии на начальных и глубоких стадиях. Механизмы и обратимость гипоксического некробиоза.

Значение наследственности в патологии. Методы изучения наследственности человека (цитогенетический, близнецовый, популяционный, генеалогический, биохимический). Понятие об антенатальной диагностике и экспресс-диагностике наследственных болезней.

Болезни наследственные и врожденные. Генокопии, фенокопии, моно- и полигенные наследственные болезни. Аддитивно-полигенное наследование с пороговым эффектом как основа наследственной предрасположенности к болезням.

Основные типы наследования дефектов генетического аппарата. Наследственные болезни, сцепленные с полом. Половой хроматин, значение его определения при патологии. Основы медико-генетического консультирования. Задачи медицинской генетики.

Общая этиология наследственных болезней. Мутации. Их виды, значение в патологии, последствия. Мутагены. Механизм их действия. Антимутационные защитные механизмы клеток и организма.

Повреждение клетки. Повреждение поверхностного аппарата клетки. Типовые последствия альтерации плазматической мембраны, механизмы набухания клеток. Активация арахидонового медиаторного каскада, ее роль при патологии. Повреждение цитоскелета.

Повреждение лизосом и пероксисом. Роль при патологических процессах. Повреждение митохондрий. Роль при патологии. Митохондриальные болезни. Патологические изменения при обратимых и необратимых стадиях повреждения клеток.

Информационные аспекты повреждения клетки. Нарушение рецепции. Примеры. Роль аутоантител в повреждении рецепторных свойств клетки на примере заболеваний



- в) концепция внешней политики;
- г) концепция подготовки граждан РФ к военной службе.

9. Обеспечение информационной безопасности страны направлено на:

- а) создание достаточной и эффективной армии нового образца, оснащённой современными видами оружия;
- б) повышение экономического и научно-технического потенциала страны;
- в) сохранение и укрепление нравственных ценностей общества, традиций патриотизма и гуманизма, культурного и научного потенциала страны.

10. Положения военной доктрины конкретизируются:

- а) в посланиях Президента РФ Федеральному собранию;
- б) в рамках военного планирования;
- в) в ходе принятия военного бюджета страны.

11. В военную организацию государства не входят:

- а) ВС РФ;
- б) другие войска, военные формирования и организации;
- в) военно-промышленный и научный комплексы;
- г) высшие учебные заведения федерального значения.

12. Что составляет ядро и основу военной безопасности?

- а) ВС РФ;
- б) другие войска, военные формирования и организации;
- в) военно-промышленный и научный комплексы;
- г) высшие учебные заведения федерального значения.

13. Какое направление развития военной организации (военной реформы) является наиболее трудоёмким и непопулярным?

- а) создание единой системы управления военной организацией и обеспечение её эффективного функционирования;
- б) развитие и совершенствование сил, обеспечивающих стратегическое сдерживание;
- в) приведение структуры, состава и численности компонентов военной организации в соответствие с задачами обеспечения военной безопасности с учётом экономических возможностей страны;
- г) совершенствование системы комплектования ВС на базе контрактно-призывного принципа;
- д) повышение эффективности функционирования систем подготовки кадров.

14. Национальные интересы страны в военной сфере заключаются в:

- а) создании политических, правовых, организационных и других условий для обеспечения надёжной охраны государственной границы;
- б) сохранении и укреплении нравственных ценностей общества, традиций патриотизма;
- в) защите её независимости, суверенитета, государственной и территориальной целостности.

15. Угрозы национальной безопасности и интересам РФ в пограничной сфере обусловлены:

- а) опасностью ослабления политического, экономического и военного влияния России в мире;

- б) экономической, демографической и культурно-религиозной экспансией сопредельных государств на российскую территорию;
- в) укреплении военно-политических блоков и союзов, прежде всего расширением

НАТО на восток;

г) возможностью появления в непосредственной близости от российских границ иностранных военных баз и крупных воинских контингентов.

16. Одним из основных принципов строительства и подготовки военной организации государства является:

а) единство обучения и воспитания;

б) совершенствование стратегического планирования на принципе единства применения ВС РФ и ВС РФ и других войск;

в) развитие международного военно-политического и военно-технического сотрудничества;

г) укрепление организованности, правопорядка и воинской дисциплины.

17. Изменение военно-политической стабильности в мире может привести, в первую очередь, к:

а) новому витку гонки вооружения;

б) корректировке военного планирования;

в) изменению военной доктрины;

г) увеличению военно-экономического потенциала страны.

18. Какой фактор неопределённости может существенно изменить мировую и региональную стабильность?

а) снижение роли СБ ООН;

б) возможность возвращения ЯО свойств реального военного инструмента;

в) возможность усиления процессов распространения ОМП, включая ядерные технологии и средства доставки;

г) перспективы и направленность развития ШОС;

д) возможные направления развития процесса расширения НАТО.

19. Значительную роль в исходе вооружённого конфликта играют:

а) развёрнутые группировки сил и средств;

б) наличие боевого резерва и его отмобилизование;

в) наличие сбалансированного состава сил и средств ВС.

20. К факторам неопределённости, влияющим на развитие военно-политической и военно-стратегической обстановки в мире относятся:

а) возможность достижения военно-политических целей непрямыми, неконтактными действиями;

б) перспективы и направленность развития ШОС;

в) нейтрализация внешних угроз, а также участие в нейтрализации внутренних и трансграничных угроз.

21. Современные войны характеризуются:

а) наличием ядерного оружия и возможностью его использования;

б) завоеванием информационного пространства;

в) созданием высокоэффективной обороноспособности страны.

22. Наиболее эффективным способом применения биологического оружия (БО) являются:

а) аэрозольный;

б) трансмиссивный,

в) диверсионный.

23. По способности развития эпидемического процесса биологические средства разделяют на:
- а) стойкие;
  - б) нестойкие;
  - в) медленнодействующие;
  - г) условно контагиозные.
24. К какой группе отравляющих веществ (ОВ) можно отнести адамсит?
- а) быстродействующие ОВ;
  - б) медленнодействующие ОВ.
25. При одновременном воздействии на человека различных поражающих факторов ядерного взрыва возникают:
- а) сочетанные поражения;
  - б) проникающие поражения;
  - в) комбинированные поражения.
26. Синдром взаимного отягощения возникает при:
- а) комбинированных поражениях;
  - б) сочетанных поражениях;
  - в) множественных поражениях;
  - г) изолированных поражениях.
27. При взрывах ядерных боеприпасов малой мощности преобладают:
- а) радиационные поражения;
  - б) травматические повреждения;
  - в) ожоги.
28. Организация медицинского обеспечения в очаге ядерного поражения не зависит от:
- а) массовых санитарных потерь;
  - б) выхода из строя медицинских подразделений;
  - в) радиоактивного заражения местности;
  - г) использования профилактических антидотов.
29. В каком законе даётся формулировка понятия «военное положение»?
- а) Конституция РФ;
  - б) Федеральный конституционный закон;
  - в) Федеральный закон;
  - д) Постановление Правительства РФ.
  - г) Указ Президента РФ;
30. Какой закон определяет, что в случае агрессии против Российской Федерации Президент РФ вводит на территории РФ военное положение?
- а) Конституция РФ;
  - б) Федеральный конституционный закон;
  - в) Федеральный закон;
  - д) Постановление Правительства РФ.
  - г) Указ Президента РФ;
31. Какой нормативно-правовой документ определяет основы и организацию обороны Российской Федерации?
- а) Конституция РФ;
  - б) Федеральный конституционный закон;
  - в) Федеральный закон;
  - д) Постановление Правительства РФ.
  - г) Указ Президента РФ;
32. Принципами мобилизационной подготовки и мобилизации не являются:
- а) централизованное руководство;
  - б) заблаговременность, плановость и контроль;

- в) своевременность и преемственность;
- г) комплексность и взаимосогласованность.

33. Особый правовой режим деятельности органов государственной власти, местного самоуправления, организаций определяется нормативно-правовым законом:
- а) Конституция РФ;
  - б) Федеральный конституционный закон;
  - в) Федеральный закон;
  - г) Указ Президента РФ;
  - д) Постановление Правительства РФ.
34. На основании какого нормативно-правового документа Правительство РФ организует бронирование граждан пребывающих в запасе ( ГПЗ) и работающих в органах государственной власти, органах местного самоуправления и организациях?
- а) Конституция РФ;
  - б) Федеральный конституционный закон;
  - в) Федеральный закон;
  - г) Указ Президента РФ;
  - д) Постановление Правительства РФ.
35. В каком документе определена концепция национальной безопасности?
- а) Конституция РФ;
  - б) Федеральный конституционный закон;
  - в) Федеральный закон;
  - г) Указ Президента РФ;
  - д) Постановление Правительства РФ.
36. В каком нормативно-правовом документе излагаются официальные взгляды, определяющие основы обеспечения военной безопасности РФ?
- а) Конституция РФ;
  - б) Федеральный конституционный закон;
  - в) Федеральный закон;
  - г) Указ Президента РФ;
  - д) Постановление Правительства РФ.
37. Какие специальные формирования здравоохранения являются неотъемлемой составной частью современной системы этапного лечения?
- а) органы управления специальными формированиями;
  - б) тыловые госпитали здравоохранения;
  - в) наблюдательные пункты.
38. Какие специальные формирования здравоохранения являются противоэпидемическими учреждениями военного времени?
- а) органы управления специальными формированиями;
  - б) тыловые госпитали здравоохранения;
  - в) наблюдательные пункты.
39. В системе медицинского обеспечения войск важным звеном являются:
- а) тыловые госпитали;
  - б) госпитальные базы;
  - в) больничные базы;
  - г) эвакуационные приемники;
  - д) наблюдательные пункты
40. Комплектование органов управления специальных формирований здравоохранения производится:
- а) в военное время;
  - б) в мирное время;
  - в) в период, предшествующий военному положению.

41. Органы управления специальными формированиями расформируются:
- после окончания боевых действий;
  - после объявления об окончании войны;
  - после завершения работы тыловых госпиталей и обсервационных пунктов;
  - после прекращения поступления потока раненых и больных в тыловые госпитали.
42. Планирование и организация мобилизационной подготовки СФЗ возлагается на:
- Министерство здравоохранения и социального развития РФ;
  - органы управления здравоохранения субъектов РФ;
  - Генеральный штаб ВС РФ
43. Общее руководство эвакуацией раненых и больных в ТГЗ осуществляется:
- военно-медицинским управлением фронта;
  - органами управления здравоохранения;
  - медицинской службой военного округа;
  - главным военно-медицинским управлением МО;
  - службой военных сообщений;
  - министерством по чрезвычайным ситуациям;
  - местными органами власти.
44. Какая задача является наиболее сложной и ответственной для госпитальной базы?
- отбор и подготовка раненых и больных к эвакуации за пределы фронта;
  - развёртывание прирельсовых эвакоприёмников;
  - погрузка раненых и больных в транспортные средства.
45. Эвакуации из госпитальной базы фронта в ТГЗ не подлежат раненые и больные:
- которые после лечения не могут быть возвращены в строй;
  - нуждающиеся в длительном лечении;
  - для оказания специализированной медицинской помощи.
46. Лечебная деятельность ТГЗ не осуществляется:
- по линии Министерства здравоохранения и социального развития;
  - по линии Министерства обороны;
  - по линии Министерства по чрезвычайным ситуациям.
47. Назначения и перемещения штатного состава из числа военнослужащих ТГЗ осуществляется:
- органами Министерства обороны;
  - органами Министерства здравоохранения и социального развития;
  - органами Министерства по чрезвычайным ситуациям.
48. Мобилизационная подготовка ТГЗ не предполагает:
- заблаговременного создания необходимой материальной базы на возможных театрах военных действий;
  - готовности всех звеньев медицинской службы к работе в глубине страны;
  - развёртыванию частей и учреждений медицинской службы в плановом порядке.
49. При размещении ТГЗ в первую очередь необходимо учитывать:
- их рассредоточенность;
  - наличие жилого фонда;
  - время доставки раненых и больных ;
  - обеспечение электроэнергией, водой, топливом;

д) организация контроля и помощи в лечебно-диагностической работе.

50. На деятельность госпитальных баз тыла страны будут оказывать негативное (увеличение объёма работы) влияние:

- а) возросшая тяжесть поражений и сложность их структуры;
- б) массовость санитарных потерь;
- в) увеличение санитарных потерь среди гражданского населения;
- г) недостаточная квалификация врачебного состава.;
- д) ухудшение экологической обстановки.

51. Вопросами мобилизационной подготовки врачебного состава по комплектованию ТГЗ медицинским персоналом и его усовершенствованию должны заниматься:

- а) Министерство здравоохранения и социального развития;
- б) Министерство обороны;
- в) местные органы здравоохранения.

52. Структура коечного фонда ТГЗ должна определяться:

- а) возможной структурой входящего потока раненых и больных из действующей армии и войск военного округа;
- б) наличием штатного состава сил и средств медицинской службы;
- в) наличием специалистов узкого профиля и их возможностью по оказанию специализированной медицинской помощи.

53. Какой из перечисленных ТГЗ является специализированным?

- а) базовый;
- б) нейрохирургический;
- в) терапевтический;
- г) травматологический;
- д) туберкулёзный.

54. Какой ТГЗ может выполнять в случае необходимости функции сортировочного?

- а) базовый;
- б) терапевтический;
- в) травматологический;
- г) туберкулёзный.

55. Какой принцип комплектования ТГЗ является наиболее приоритетным?

- а) специалистами из числа граждан, пребывающих в запасе и работающих в мирное время в организациях-исполнителях;
- б) гражданами, пребывающими в запасе и состоящими на общем воинском учёте;
- в) специалистами из числа граждан, не состоящих на воинском учёте и работающих в мирное время в организациях-исполнителях;
- г) гражданами, не состоящими на воинском учёте, путём их найма на работу в период мобилизации.

56. Объём и сроки медицинской эвакуации раненых и больных во внутренние районы страны не будут зависеть от:

- а) величины и структуры санитарных потерь;
- б) обстановки на фронтах;
- в) состояния в глубине страны дорожной сети;
- г) наличия и эвакуационной возможности транспортных средств;
- д) укомплектованности ТГЗ силами и средствами медицинской службы.

57. Эвакуация раненых и больных в ТГЗ в условиях современной войны предусматривает:
- а) отбор и подготовку раненых и больных к эвакуации;
  - б) погрузку их в транспортные средства;
  - в) оказание медицинской помощи;
  - г) уход за ранеными и больными в пути следования;
  - д) разгрузку транспортных средств в пунктах назначения;
  - е) доставку раненых и больных в соответствующие ТГЗ;
  - ж) оказание специализированной медицинской помощи.
58. В какой ТГЗ коллектора ГБТС будет направлен раненый психоневрологического профиля?
- а) базовый;
  - б) нейрохирургический;
  - в) терапевтический;
  - г) травматологический.
59. В ТГЗ по решению ВВК раненые и больные не могут быть:
- а) возвращены в строй;
  - б) эвакуированы в госпитали инвалидов войны;
  - в) уволены из ВС;
  - г) направлены на дополнительное санаторно-курортное лечение;
  - д) переведены в другие лечебные учреждения.
60. Какой принцип системы этапного лечения с эвакуацией по назначению основан на едином понимании военно-полевой медицинской доктрины?
- а) преемственность;
  - б) последовательность;
  - в) своевременность;
  - г) эвакуация по назначению.
61. Основные мероприятия, осуществляемые Российской службой медицины катастроф:
- 1) медицинская разведка, оказание медицинской помощи, эвакуация пораженных, подготовка и ввод в район (к району) катастроф, анализ оперативной информации, пополнение запасов медицинского имущества и средств защиты;
  - 2) проведение мероприятий по защите народного хозяйства, строительство защитных сооружений, рассредоточение и эвакуация населения, организация разведки, составление планов;
  - 3) все виды помощи;
  - 4) создание систем связи управления, организация наблюдения за внешней средой, использование защитных сооружений и подготовка загородной зоны, разработка планов Российской службы медицины катастроф;
  - 5) проведение неотложных мероприятий.
62. Режимы функционирования Российской службы медицины катастроф:
- 1) неотложный и экстренный режим;
  - 2) режим повседневной деятельности, режим повышенной готовности, режим чрезвычайной ситуации;
  - 3) режим повышенной готовности, режим угрозы возникновения ЧС, режим ликвидации медицинских последствий ЧС;
  - 4) режим защиты населения от факторов ЧС, режим ликвидации последствий ЧС, режим повышенной готовности;
  - 5) режимы отсутствуют.

63. Силы Российской службы медицины катастроф представлены:

- 1) медицинскими учреждениями;
- 2) врачами-хирургами;
- 3) органами управления, комиссиями по чрезвычайным ситуациям;
- 4) бригадами скорой медицинской помощи, врачебно-сестринскими бригадами, бригадами специализированной медицинской помощи, подвижными госпиталями (различного профиля), медицинскими отрядами;
- 5) многопрофильными научно-практическими территориальными центрами "медицины катастроф", лечебно-профилактическими учреждениями.

64. Основные формирования Российской службы медицины катастроф:

- 1) стационарные и поликлинические учреждения;
- 2) бригады экстренной медицинской помощи, медицинские отряды, бригада экстренной специализированной медицинской помощи; специализированные медицинские бригады постоянной готовности, оперативные и специализированные противозидемические бригады, автономные выездные медицинские госпитали;
- 3) головная и профильные больницы;
- 4) лечебно-сестринские бригады; бригады скорой медицинской помощи, спасательные отряды, медицинские учреждения;
- 5) медицинский отряд, центральная районная больница; центр экстренной медицинской помощи, территориальные бригады лечебной доврачебной помощи, головная больница, бригады скорой медицинской помощи, санэпидотряд.

65. Основной целью прогнозирования возможной обстановки при катастрофах является:

- 1) определение санитарных потерь, необходимых сил и средств;
- 2) описание места происшествия;
- 3) расчет температуры и влажности;
- 4) определение гибели населения;
- 5) получение экономических затрат.

66. Последовательность работы по принятию решений начальников службы медицины катастроф в ЧС:

- 1) уяснить задачу на основании данных разведки, рассчитать санитарные потери, определить потребность в силах и средствах службы, а также в транспортных средствах для эвакуации;
- 2) контроль действий и дисциплина выполнения приказов;
- 3) создать группировку сил, принять решение и довести его до исполнителей, организовать контроль за ходом исполнения;
- 4) принять решение и довести его до исполнителей;
- 5) планирование действий и строгое их выполнение.

67. Организация медицинских мероприятий и накопление запасов имущества базируется на:

- 1) данных прогноза возможных последствий катастроф;
- 2) сведениях о наличии сил и средств здравоохранения;
- 3) распространении поражающих факторов;
- 4) разумной достаточности;
- 5) методических рекомендациях.

68. Комплектование имущества проводится за счет:

- 1) лечебного учреждения;
- 2) Материально-технического обеспечения учреждения;
- 3) неснижаемого запаса;

- 4) анализа оперативной информации;
- 5) текущего обеспечения лечебного учреждения и специальных ассигнований на Российскую службу медицины катастроф.

69. Основные задачи службы медицины катастроф:

- 1) организация медико-санитарного противоэпидемического обеспечения населения;
- 2) сохранение здоровья населения;
- 3) лечебная и гигиеническая;
- 4) обеспечение готовности медицинских учреждений и формирований;
- 5) поиск пораженных, сбор, оказание первой помощи и вынос из опасной зоны.

70. Силы территориальной службы медицины катастроф:

- 1) бригады специализированной медицинской помощи;
- 2) бригады скорой помощи, врачебные и фельдшерские;
- 3) медицинские отряды;
- 4) врачебно-сестринские бригады;
- 5) бригады доврачебной помощи.

71. Постоянно действующие органы управления Всероссийской службы медицины катастроф имеются на следующих уровнях:

- 1) федеральном;
- 2) региональном;
- 3) территориальном;
- 4) местном.

72. В состав врачебно-сестринской бригады по штату входят:

- 1) врач, 2 медицинские сестры;
- 2) 2 врача, 3 средних медицинских работника;
- 3) 1 врач, 5 медицинских сестер, 1 водитель;
- 4) врач и медицинская сестра;
- 5) 2 фельдшера.

73. Виды медицинской помощи, предусмотренные на догоспитальном этапе при крупномасштабной катастрофе:

- 1) любая, которую можно использовать;
- 2) первая медицинская;
- 3) первая врачебная и квалифицированная;
- 4) первая медицинская и доврачебная;
- 5) госпитализация в лечебное учреждение.

74. Этап медицинской эвакуации определяется как:

1) силы и средства здравоохранения, развернутые на путях эвакуации пораженных для приема, проведения медицинской сортировки, оказания медицинской помощи в определенном объеме, лечения и, при необходимости, подготовки к дальнейшей эвакуации;

- 2) система организации оказания помощи;
- 3) догоспитальный, госпитальный,
- 4) место оказания помощи пострадавшим, их лечение и реабилитация,
- 5) особый вид помощи.

75. Медицинской сортировкой называется:

- 1) метод распределения пораженных на группы по признаку нуждаемости в однородных лечебно-профилактических и эвакуационных мероприятиях;
- 2) разделение потока пострадавших;
- 3) разделение пострадавших по очередности их эвакуации;
- 4) распределение пораженных на однородные группы по характеру поражения;
- 5) разделение потока на "ходячих" и "носилочных".

76. Основное назначение медицинской сортировки заключается:

- 1) в обеспечении пострадавших своевременной медицинской помощью и рациональной эвакуацией;
- 2) оказание медицинской помощи в максимальном объеме;
- 3) в определении очередности оказания медицинской помощи;
- 4) в регулировании движения автотранспорта;
- 5) определяет лечебное учреждение.

77. При медицинской сортировке лучевых пораженных необходимо решать следующие задачи:

- 1) разделить пострадавших по степени тяжести для решения вопроса об очередности эвакуации;
- 2) выделить группы пострадавших с наиболее легкими поражениями;
- 3) выявить группы лиц, требующих медицинской помощи в ближайшее время;
- 4) определить сроки, объем помощи;
- 5) установить время госпитализации.

78. Основное место хранения медицинского имущества нештатных формирований службы медицины катастроф:

- 1) сами формирования;
- 2) учреждения формирователи;
- 3) склады ГО;
- 4) аптеки лечебных учреждений;
- 5) склады "Медтехника" и "Росфармация".

79. Первоочередной эвакуации в инфекционный стационар подлежат:

- 1) тяжелые больные и больные с высококонтагиозными инфекциями, имеющие поражения органов дыхания;
- 2) больные средней тяжести и больные контагиозными инфекциями с признаками поражения органов пищеварения;
- 3) тяжелые больные с признаками поражения нервной системы.

80. Основные противоэпидемические требования к эвакуации инфекционных больных из зоны

чрезвычайной ситуации:

- 1) организация эпидемиологического наблюдения;
- 2) выявление в местах сбора эвакуируемого населения инфекционных больных и подозрительных на инфекционные заболевания;
- 3) проведение экстренной и специфической профилактики;
- 4) оборудование изоляторов на путях эвакуации;
- 5) контроль за организацией банно-прачечного обслуживания;
- 6) борьба с насекомыми и грызунами в местах размещения эвакуируемых;
- 7) контроль за проведением санитарной обработки населения.

81. Общая экстренная профилактика в эпидемиологических очагах проводится :

- 1) до установления возбудителя;
- 2) после установления вида организма;
- 3) установления клинического диагноза у инфекционных больных.

82. Основные задачи госсанэпидслужбы в ликвидации чрезвычайных ситуаций:

- 1) принятие решений, обязательных для исполнения органами исполнительной власти, учреждениями, должностными лицами;
- 2) контроль за проведением специфической и неспецифической профилактики инфекционных заболеваний;
- 3) обеспечение постоянной готовности системы управления, сил и средств ЧС;
- 4) обеспечение контроля за готовностью лабораторной базы;
- 5) прогнозирование и оценка медико-санитарных последствий.

83. Основные мероприятия проводимые службой Госсанэпиднадзора при чрезвычайных ситуациях (ЧС):

- 1) надзор за санитарно-эпидемической обстановкой в зоне ЧС;
- 2) подготовка формирований в зоне ЧС;
- 3) взаимодействие с ведомственными медико-санитарными службами;
- 4) организует работу сети наблюдения и лабораторного контроля;
- 5) участие в осуществлении государственной экспертизы в области защиты населения и территорий в условиях ЧС.

84. Гигиеническая диагностика при радиационных авариях включает:

- 1) обеспечение населения средствами индивидуальной защиты;
- 2) оценку для внешнего и внутреннего облучения населения и персонала;
- 3) определение уровней радиационного загрязнения территории;
- 4) проведение дезактивационных мероприятий.

85. В зоне землетрясения в первую очередь возникают следующие сан.гиг. последствия:

- 1) одномоментное разрушение водопроводов, коллекторов, появление большого числа погибших и пораженных;
- 2) массивное микробное загрязнение местности;
- 3) немедленное появление большого числа инфекционных больных;
- 4) наличие погибших животных и людей и несвоевременное их захоронение.

86. Мероприятия санэпиднадзора за полевым размещением спасателей включают:

- 1) дегазация и дезактивация территории;
- 2) санитарную оценку района размещения;
- 3) оценку возможностей ближайших мед. учреждений;
- 4) проверку готовности систем водообеспечения, удаления отходов, полевых жилищ.

87. Санитарно -эпидемиологический надзор в ЧС предусматривает :

- 1) надзор за размещением в ЧС спасателей;
- 2) надзор за состоянием здоровья населения;
- 3) надзор за оказанием лечебной помощи пострадавшим;
- 4) надзор за качеством и безопасностью пищевой воды и продовольствия.

88. Санитарно -эпидемиологический надзор за водоснабжением зоне ЧС предусматривает:

- 1) контроль за безопасностью подаваемой воды;
- 2) распределение питьевых запасов;
- 3) проверку санитарного состояния сооружений водопровода;

4) допуск персонала к эксплуатации объектов водоснабжения.

89. Для оценки медико-санитарных последствий ЧС учреждения санэпиднадзора организуют

и проводят следующие виды разведок:

- 1) биологическую;
- 2) медицинскую;
- 3) радиационную;
- 4) сан.эпидемическую;
- 5) химическую.

90. Санитарно-противоэпидемическое обеспечение при чрезвычайных ситуациях осуществляется:

- 1) в зоне бедствия;
- 2) в эпидемических очагах;
- 3) на путях эвакуации;
- 4) в местах размещения эвакуируемых.

91. В чрезвычайных ситуациях к особо опасным инфекциям относятся заболевания:

- 1) чума (легочная форма);
- 2) брюшной тиф;
- 3) холера;
- 4) сибирская язва;
- 5) бруцеллез;
- 6) мелиоидоз;
- 6) геморрагическая лихорадка.

92. Основные санитарно-гигиенические требования к эвакуации инфекционных больных из зоны чрезвычайной ситуации:

- 1) контроль за организацией питания, водоснабжения;
- 2) контроль за соблюдением санитарно-гигиенических правил снабжения питьевой водой, хранением пищевых продуктов;
- 3) контроль за санитарным состоянием мест пребывания эвакуируемых;
- 4) контроль за проведением санитарной обработки населения.

93. Очередность экстренной профилактики инфекционных заболеваний в зонах чрезвычайной ситуации:

- 1) формирования, участвующие в ликвидации вспышек инфекционных заболеваний;
- 2) в учреждениях, на предприятиях в очаге и продолжающих свою работу;
- 3) детские коллективы;
- 4) остальные категории населения.

94. Основными способами защиты населения являются:

- 1) оказание медицинской помощи;
- 2) вывод из очага катастрофы;
- 3) укрытие в защитных сооружениях;
- 4) прием медикаментов и эвакуация;
- 5) укрытие в защитных сооружениях, использование средств индивидуальной защиты, эвакуация и рассредоточение.

95. Частичная санитарная обработка проводится:

- 1) в очаге катастрофы не позднее 6-12 час. после воздействия;

- 2) эффективно специальными препаратами;
- 3) кожи, глаз, зева;
- 4) с помощью подручных средств;
- 5) хлорной известью.

96. Основные мероприятия, направленные на обеспечение радиационной безопасности населения на территории следа радиоактивного облака:

- 1) защита от внешнего гамма-облучения и радиоактивных веществ, дозиметрический контроль
- 2) укрытие в убежищах, полная санитарная обработка по выходе из них;
- 3) защита от внутреннего и внешнего облучения;
- 4) нахождение в зданиях;
- 5) укрытие в противорадиационных укрытиях.

97. Основные организационные мероприятия по ликвидации медико-санитарных последствий аварий на ядерном реакторе:

- 1) обеспечение средствами индивидуальной защиты, организация оказания первой медицинской помощи в очаге, эвакуация персонала и населения, организация лечения больных в ОЛБ;
- 2) проведение радиационной профилактики, ограничение поступления радионуклидов с пищей и водой, дезактивация (по показаниям), дозиметрический контроль, контроль за состоянием внешней среды, индивидуальная и коллективная защита персонала и населения, оказание медицинской помощи;
- 3) эвакуация персонала и населения, радиологический контроль, лечение пораженных, дезактивация;
- 4) дезактивация территории;
- 5) радиационная разведка.

98. Табельные медицинские средства индивидуальной защиты населения в ЧС:

- 1) ватно-марлевая повязка, изолирующий противогаз;
- 2) аптечка индивидуальная АИ-2, индивидуальный и противохимический пакеты ИПП-8, ИПП-10,
- 3) противогаз ГП-5, ГП-7, противохимический пакет ИПП-8, фильтрующая одежда;
- 4) противорадиационное укрытие, убежища, противогаз ГП-5;
- 5) средства защиты органов дыхания, средства защиты кожи.

99. Коллективные средства защиты включают:

- 1) больницы, станции переливания крови;
- 2) формирования ГО;
- 3) противогазы;
- 4) убежища, укрытия (противорадиационные, простейшие);
- 5) центры медицины катастроф.

100. Запас противогазов, йодистого калия больницей создается:

- 1) столько, сколько потребует МС ГО;
- 2) на весь персонал + 10% от численности коек;
- 3) выдается лишь при ЧС;
- 4) снабжается пораженное население;
- 5) снабжается работающая смена медицинского персонала.

**ПРИМЕР ЭКЗАМЕНАЦИОННОГО БИЛЕТА ДЛЯ ГИА ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ  
31.08.68 «Урология»**

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Кафедра Урологии  
Специальность 31.08.68 «Урология»**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 1**

1. Инвазивный рак мочевого пузыря. Диагностика, лечение.
2. Цистоуретроскопия.
3. Задача.

При профилактическом осмотре у пациентки 49 лет в общем анализе мочи выявлены неизмененные эритроциты в количестве 25-27 в п\зр, лейкоциты 1-2 в п\зр, эпителий переходный – незначительное количество. По данным УЗИ почек и мочевого пузыря почки обычных размеров, ЧЛС не расширена с обеих сторон, конкрементов не лоцируется. Стенки мочевого пузыря без патологических изменений. При анализе мочи по Нечипоренко эритроцитов более 4000 в 1 мл.

1. Предложите план диагностики.
2. В чем будет заключаться дифференциальная диагностика?
3. Назовите возможные способы хирургического лечения.

Зав. кафедрой \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_ расшифровка  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.