

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

ГОУ ВПО Кыргызско-Российский Славянский университет



Общие методы консервативного лечения в урологии

рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой **Урологии**

Учебный план о310868_17_12УРОЛ.plx
Специальность 31.08.68 Урология

Квалификация **врач-уролог**

Форма обучения **очная**

Общая трудоемкость **2 ЗЕТ**

Часов по учебному плану 72

в том числе:

аудиторные занятия 48

самостоятельная работа 24

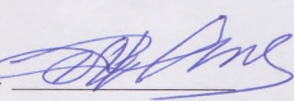

Виды контроля в семестрах:
зачеты с оценкой 3

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семес- тр на курсе>)	3 (2.1)		Итого	
	Неделя 22			
Вид занятий	уп	рпд	уп	рпд
Лекции	6	6	6	6
Практически	42	42	42	42
Итого ауд.	48	48	48	48
Контактная	48	48	48	48
Сам. работа	24	24	24	24
Итого	72	72	72	72

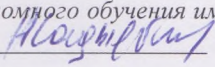
Программу составил(и):

д.м.н., профессор, заведующая кафедрой, Чернецова Г.С.; к.м.н, доцент, Алимов Ч.Б.

 2 

Рецензент(ы):

Д.м.н., доцент кафедры урологии и андрологии до и постдипломного обучения им. Тыналиева М.Т. Кыргызской Государственной медицинской академии., Садырбеков Н.Ж.



Рабочая программа дисциплины

Урология

разработана в соответствии с ФГОС 3+:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.08.68 УРОЛОГИЯ (уровень подготовки кадров высшей квалификации). (приказ Минобрнауки России от 26.08.2014г. №1111)

составлена на основании учебного плана:

Специальность 31.08.68 Урология

утвержденного учёным советом вуза от 29.09.2015 протокол № 2.

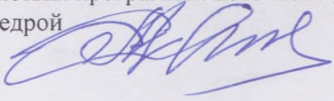
Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Урологии


Протокол от 17.05 2015 г. № 10

Срок действия программы: 2015-2020 уч.г.


Зав. кафедрой




Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
16.11 2016 г. 


Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2016-2017 учебном году на заседании кафедры
Урологии

Протокол от 06.09 2016 г. № 2
Зав. кафедрой д.м.н., профессор Чернецова Г.С. 


Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
24.05 2017 г. 


Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2017-2018 учебном году на заседании кафедры
Урологии

Протокол от 19.05 2017 г. № 13
Зав. кафедрой д.м.н., профессор Чернецова Г.С. 


Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
23.05 2018 г. 


Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2018-2019 учебном году на заседании кафедры
Урологии

Протокол от 17.05 2018 г. № 12
Зав. кафедрой д.м.н., профессор Чернецова Г.С. 

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

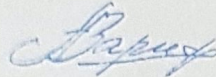
Председатель УМС
21.05 2019 г. 

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2019-2020 учебном году на заседании кафедры
Урологии

Протокол от 18.05 2019 г. № 9
Зав. кафедрой д.м.н., профессор Чернецова Г.С. 

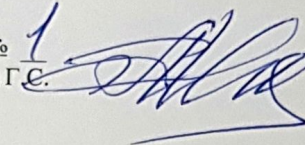
Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
13 09 2020 г.



Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2020-2021 учебном году на заседании кафедры Урологии

Протокол от 18 08 2020 г. № 1
Зав. кафедрой д.м.н., проф. Чернецова Г.С.



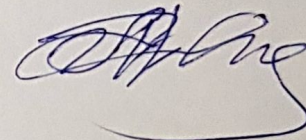
Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
15 09 2021 г.



Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2021-2022 учебном году на заседании кафедры Урологии

Протокол от 01 09 2021 г. № 1
Зав. кафедрой д.м.н., проф. Чернецова Г.С.



Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
_____ 2022 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2022-2023 учебном году на заседании кафедры Урологии

Протокол от _____ 2022 г. № ____
Зав. кафедрой д.м.н., проф. Чернецова Г.С.

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
_____ 2023 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2023-2024 учебном году на заседании кафедры Урологии

Протокол от _____ 2023 г. № ____
Зав. кафедрой д.м.н., проф. Чернецова Г.С.

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

1.1	1.1. Подготовка квалифицированного врача-уролога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности в условиях первичной медико-санитарной помощи; специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи; скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи; паллиативной медицинской помощи.
1.2	
1.3	1.2. Задачами освоения дисциплины являются:
1.4	1.3. формирование базовых, фундаментальных медицинских знаний по специальности 31.08. 68 Урология;
1.5	1.4. Подготовка врача-уролога, обладающего клиническим мышлением, хорошо ориентирующегося в сложной патологии, имеющего углубленные знания смежных дисциплин;
1.6	1.5. Формирование умений в освоении новейших технологий и методик в сфере своих профессиональных интересов;
1.7	1.6. Обучение современным методам консервативного, физиотерапевтического, эндоскопического и оперативного лечения урологических больных;
1.8	1.7. Обучение основным навыкам использования и интерпретации результатов современных методов обследования, используемых в урологии;
1.9	1.8. Обучение тактике лечения основных неотложных состояний в урологии;

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП

Цикл (раздел) ООП:		Б1.В.ДВ.02
2.1	Требования к предварительной подготовке обучающегося:	
2.1.1	К обучению в ординатуре по специальности 31.08. 68 «Урология» допускаются лица, имеющие высшее медицинское профессиональное образование по специальности «лечебное дело» (уровень специалитета) или «педиатрия»(уровень специалитета).	
2.2	Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:	
2.2.1	Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена Производственная (клиническая) практика: Выездная (поликлиника)	
2.2.2	Производственная (клиническая) практика: Выездная (поликлиника) 2	

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)**ПК-6: готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании урологической медицинской помощи****Знать:**

Уровень 1	современные методы лечения урологических заболеваний; основы клинической фармакологии; фармакодинамику и фармакокинетику основных групп лекарственных препаратов, применяемых в урологии
Уровень 2	современные методы лечения урологических заболеваний; основы клинической фармакологии; фармакодинамику и фармакокинетику основных групп лекарственных препаратов, применяемых в урологии; особенности лечения урологических заболеваний у женщин, лиц молодого и пожилого возраста;
Уровень 3	современные методы лечения урологических заболеваний; основы клинической фармакологии; фармакодинамику и фармакокинетику основных групп лекарственных препаратов, применяемых в урологии; особенности лечения урологических заболеваний у женщин, лиц молодого и пожилого возраста;основные принципы лечения неотложных состояний в урологии; общую соматическую терапию и частные виды лечения распространенных урологических заболеваний; основные принципы урологических вмешательств при урологических заболеваниях

Уметь:

Уровень 1	современные методы лечения урологических заболеваний; основы клинической фармакологии; фармакодинамику и фармакокинетику основных групп лекарственных препаратов, применяемых в урологии; особенности лечения урологических заболеваний у женщин, лиц молодого и пожилого возраста;основные принципы лечения неотложных состояний в урологии; общую соматическую терапию и частные виды лечения распространенных урологических заболеваний; основные принципы урологических вмешательств при урологических заболеваниях
-----------	---

Уровень 2	<p>разработать обоснованную схему современной этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии;</p> <p>обосновать тактику при лечении урологического больного с сопутствующим поражением сердечнососудистой системы, дыхательной системы;</p> <p>обосновать показания к назначению больному лекарственных средств; разработать схему обоснованного восстановительного, поддерживающего и противорецидивного лечения урологическому больному;</p> <p>организовать и провести, с учетом современных данных, лечение урологических больных женщин, лиц молодого и пожилого возраста; реализовывать этические и деонтологические аспекты врачебной деятельности в общении с коллегами и пациентами;</p> <p>определить показания и осуществить при необходимости неотложную помощь при острых состояниях в урологии;</p> <p>провести комплексное лечение больного урологического профиля с учетом психопатологического и соматического состояния пациента, включающее режим, диету, медикаментозные средства, методы неотложной терапии и реанимации, заместительной и поддерживающей терапии, лечебную физкультуру, физиотерапию, реабилитационные мероприятия;</p> <p>проводить обучающие занятия с больными, направленные на выработку мотивации к лечению, формированию у пациентов навыков улучшения способности к разрешению проблем;</p>
Уровень 3	<p>азработать обоснованную схему современной этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии;</p> <p>обосновать тактику при лечении урологического больного с сопутствующим поражением сердечнососудистой системы, дыхательной системы;</p> <p>обосновать показания к назначению больному лекарственных средств; разработать схему обоснованного восстановительного, поддерживающего и противорецидивного лечения урологическому больному;</p> <p>организовать и провести, с учетом современных данных, лечение урологических больных женщин, лиц молодого и пожилого возраста; реализовывать этические и деонтологические аспекты врачебной деятельности в общении с коллегами и пациентами;</p> <p>определить показания и осуществить при необходимости неотложную помощь при острых состояниях в урологии;</p> <p>провести комплексное лечение больного урологического профиля с учетом психопатологического и соматического состояния пациента, включающее режим, диету, медикаментозные средства, методы неотложной терапии и реанимации, заместительной и поддерживающей терапии, лечебную физкультуру, физиотерапию, реабилитационные мероприятия;</p> <p>проводить обучающие занятия с больными, направленные на выработку мотивации к лечению, формированию у пациентов навыков улучшения способности к разрешению проблем;</p> <p>оценить эффективность лечения, разработать и осуществить мероприятия по предупреждению рецидивов заболевания</p>
Владеть:	
Уровень 1	<p>навыками оказания первой медицинской помощи на догоспитальном этапе; участие в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства; планирования и организации лечебного процесса.</p>
Уровень 2	<p>навыками оказания первой медицинской помощи на догоспитальном этапе; участие в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства; планирования и организации лечебного процесса.</p> <p>разработки обоснованной схемы современной этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии урологических заболеваний.</p>
Уровень 3	<p>навыками оказания первой медицинской помощи на догоспитальном этапе; участие в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства; планирования и организации лечебного процесса;</p> <p>разработки обоснованной схемы современной этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии урологических заболеваний;</p> <p>выделения в состоянии больного группы урологических симптомов, требующих медикаментозного воздействия;</p> <p>учета фармакокинетики и фармакодинамики применяемых средств и возможности возникновения осложнений при их взаимодействии; обеспечения режима дозирования и частоты введения лекарственного средства;</p> <p>обеспечения эффективного и безопасного применения лекарств; выбора базовых лекарственных средств при лечении урологического больного;</p> <p>обеспечения урологическому больному поддерживающего и противорецидивного лечения;</p> <p>транспортировки пациента в специализированную медицинскую организацию.</p>

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	Знать:
3.1.1	основные деонтологические аспекты взаимоотношений врач-пациент-родственники, особенности взаимоотношений с коллегами, медицинскими сестрами и санитарками
3.1.2	нормальную анатомию и нормальную физиологию органов мочевой системы;

3.1.3	клинические симптомы и синдромы основных урологических заболеваний (мочекаменная болезнь, острый и хронический пиелонефрит, острый и хронический паранефрит, острый и хронический цистит, опухоли почек, мочеточника, мочевого пузыря, предстательной железы, доброкачественная гиперплазия простаты, травмы почек, мочеточников и мочевого пузыря)
3.1.4	принципы написания академической истории болезни урологического больного с учетом проведенного обследования;
3.1.5	взаимосвязь клинической картины заболевания с патоморфологическими и патофизиологическими изменениями в мочевой системе;
3.1.6	патогенетически обоснованные методы диагностики и лечения основных урологических заболеваний (мочекаменная болезнь, неспецифические воспалительные заболевания органов мочевой системы, ДГПЖ, РПЖ, 3.1.8 ПКР, опухоли мочевого пузыря, опухоли яичка, травма почек, мочеточников, мочевого пузыря)
3.1.7	показания и противопоказания для реабилитационной терапии урологических больных, а также основные принципы профилактических мероприятий основных урологических заболеваний, как у взрослого, так и у подросткового контингента пациентов;
3.1.8	классификацию мочекаменной болезни, острых и хронических неспецифических заболеваний почек, мочевого пузыря, классификацию опухолей почек, мочеточников, мочевого пузыря, предстательной железы, ДГПЖ, травм почек, мочеточников, мочевого пузыря. Принципы консервативной терапии пациентов с урологической патологией
3.2	Уметь:
3.2.1	равильно собрать и интерпретировать жалобы и анамнез заболевания у пациента с урологическими заболеваниями;
3.2.2	пальпировать почки, проверять симптом поколачивания, пальпировать проекцию нижнего отдела мочеточников, мочевого пузыря с определением основных пальпаторных признаков урологических заболеваний;
3.2.3	пальпировать предстательную железу с определением основных пальпаторных признаков заболеваний предстательной железы;
3.2.4	проводить патофизиологический анализ клинических симптомов основных урологических заболеваний;
3.2.5	обосновать патогенетически оправданные клинико-лабораторные, рентгенологические, и ультразвуковые методы диагностики основных урологических заболеваний и составить план обследования данной категории больных;
3.2.6	обосновать патогенетически оправданные методы лечения основных урологических заболеваний и составить план лечения данной категории пациентов;
3.2.7	разработать систему профилактических мероприятий, направленную на коррекцию патофизиологических нарушений, способствующую снижению рецидивов урологических заболеваний в различных возрастных группах больных;
3.2.8	организовать сбор мочи, крови для проведения клинических, биохимических и иммунологических исследований
3.3	Владеть:
3.3.1	Практическими навыками работы с компьютером, работы с медицинскими информационными ресурсами и поиска профессиональной информации в сети Интернет;
3.3.2	Составления различных отчетов, подготовки организационно-распорядительных документов;
3.3.3	Оформления официальных медицинских документов, ведения первичной медицинской документации;

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетенции	Литература	Инте ракт.	Примечание
	Раздел 1. консервативные методы лечения забования почек						
1.1	консервативные методы лечения забования почек /Лек/	3	2	ПК-6	Л1.2 Л1.1 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3	0	
1.2	консервативные методы лечения забования почек /Пр/	3	10	ПК-6	Л1.2 Л1.1 Л1.3 Л2.2 Л2.1 Л3.1 Э1 Э2 Э3	0	
1.3	консервативные методы лечения забования почек /Ср/	3	4	ПК-6	Л1.2 Л1.1 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3	0	
	Раздел 2. консервативные методы лечения забований нижних мочевых путей						

2.1	консервативные методы лечения забований нижних мочевых путей /Лек/	3	2	ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3	0	
2.2	консервативные методы лечения воспалительных забований нижних мочевых путей /Пр/	3	8	ПК-6	Л1.2 Л1.1 Л1.3 Э1 Э2 Э3	0	
2.3	консервативные методы лечения воспалительных забований нижних мочевых путей /Ср/	3	4	ПК-6	Л1.2 Л1.1 Л1.3 Э1 Э2 Э3	0	
2.4	консервативные методы лечения забований муских половых органов /Лек/	3	2	ПК-6	Л1.2 Л1.1 Л1.3 Э1 Э2 Э3	0	
2.5	консервативные методы лечения забований простаты /Пр/	3	8	ПК-6	Л1.2 Л1.1 Л1.3 Э1 Э2 Э3	0	
2.6	консервативные методы лечения забований простаты /Ср/	3	6	ПК-6	Л1.2 Л1.1 Л1.3 Э1 Э2 Э3	0	
2.7	консервативные методы лечения забований органов мошонки /Пр/	3	8	ПК-6	Л1.2 Л1.1 Л1.3 Э1 Э2 Э3	0	
2.8	консервативные методы лечения забований органов мошонки /Ср/	3	5,7	ПК-6	Л1.2 Л1.1 Л1.3 Л3.2 Э1 Э2 Э3	0	
2.9	консервативные методы лечения забований МПО при наличии сопутствующих патологий /Пр/	3	8	ПК-6	Л1.2 Л1.1 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3	0	
2.10	консервативные методы лечения забований МПО при наличии сопутствующих патологий /Ср/	3	4	ПК-6	Л1.2 Л1.1 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Э1 Э2 Э3	0	
2.11	/КрТО/	3	0,3	ПК-6	Л1.1 Л2.1 Э1	0	

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

5.1. Контрольные вопросы и задания

Контрольные вопросы

1. Неспецифические воспалительные заболевания мочеполовых органов
2. Острый пиелонефрит этиопатогенез, клиника, диагностика. Лечение.
3. Хронический пиелонефрит этиопатогенез, клиника, диагностика. Лечение.
4. Бактериемический (эндотоксический) шок этиопатогенез, клиника, диагностика. Лечение.
5. Пиелонефрит беременных этиопатогенез, клиника, диагностика. Лечение.
6. Цистит этиопатогенез, клиника, диагностика. Лечение.
7. Уретриты этиопатогенез, клиника, диагностика. Лечение.
8. Простатит этиопатогенез, клиника, диагностика. Лечение.
9. Орхит, эпидидимит этиопатогенез, клиника, диагностика. Лечение.
10. Классификацию туберкулеза почек.
11. Особенности клинической симптоматиологии туберкулеза органов мочеполовой системы.
12. Принципы лабораторной диагностики мочеполового туберкулеза.
13. Последовательность рентгенологического обследования и рентгенологические признаки мочеполового туберкулеза.
14. Показания к консервативному и оперативному лечению мочеполового туберкулеза.
15. Принципы диспансерного наблюдения больных туберкулезом органов мочеполовой системы.
16. Факторы, способствующие камнеобразованию в почках и классификация мочевых камней.
17. Клинические признаки мочекаменной болезни.
18. Методы диагностики мочекаменной болезни.
19. Осложнения мочекаменной болезни.
20. Методы купирования почечной колики.
21. Показания к консервативному лечению и его методы (диетотерапия, медикаментозное лечение, инструментальное, литолиз).
22. Особенности клиники, диагностики и лечения камней мочевого пузыря.
23. Пороки развития мочеполовой системы

24.	Аномалии почек
25.	Аномалии мочеточников
26.	Аномалии мочевого пузыря
27.	Аномалии мужских половых органов
28.	Осложнения аномалий почек и мочеточников.
29.	Клинические проявления аденомы и рака предстательной железы.
30.	Идентификацию стадий аденомы.
31.	Осложнения аденомы и рака предстательной железы.
32.	Диагностику аденомы.
33.	Лечение аденомы в зависимости от стадии заболевания.
34.	Оказание помощи при острой задержке мочи.
35.	Эректильная дисфункция, классификация
36.	Нарушение сперматогенеза
37.	Мужское бесплодие, причины.
38.	Гипогонадизм у мужчин.
39.	Недержание мочи у женщин, классификация.
40.	Методы диагностики недержания мочи у женщин.
41.	Урологические заболевания и беременность
42.	Медикаментозная и немедикаментозная терапия урологических заболеваний.
43.	Особенности фармакотерапии урологических заболеваний при беременности.
44.	Особенности фармакотерапии у пожилых людей.
45.	Нейрогенный мочевой пузырь у женщин, определение, клиника.
46.	Нейрогенный мочевой пузырь у женщин, диагностика.
47.	Нейрогенный мочевой пузырь у женщин, методы лечения.
48.	Цель лечения нейрогенного мочевого пузыря у женщин.
49.	Санаторно-курортное лечение в метофилактике МКБ.
50.	Методы физиотерапии при воспалительных заболеваниях МПС.
51.	Электростимуляция при консервативной терапии МКБ.
52.	Методы физиотерапии при эректильной дисфункции.
53.	Методы физиотерапии при цисталгиях и циститах.
54.	Санаторно-курортное лечение при простатитах.
55.	Санаторно-курортное лечение в реабилитации урологических больных на позднем послеоперационном периоде.
56.	Гиперактивный мочевой пузырь, клиника, классификация, методы лечения.
57.	Расстройства мочеиспускания неврологических больных
5.2. Темы курсовых работ (проектов)	
Учебным планом не предусмотрено написание курсовой работы по дисциплине	
5.3. Фонд оценочных средств	
УСТНЫЙ (фронтальный) ОПРОС. Перечень вопросов согласно тематике раздела. РЕШЕНИЕ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ. 1.Тест: Приложение 1 2.Ситуационные задачи: Приложение 2	
5.4. Перечень видов оценочных средств	
1.Тест 2.Ситуационная задача	

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

6.1. Рекомендуемая литература

6.1.1. Основная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л1.1	Чернецова Г.С., Пугачев А.Г., Усупбаев А.Ч., Чернецов О.Н.	Урология: Учебное пособие	Бишкек: Изд-во КPCY 2009
Л1.2	Усупбаев А.Ч.	Урология: Учебник	Бишкек:КГМА 2015
Л1.3	Н.А. Лопаткин, А.Г. Пугачев, О.И. Аполихин и др.	Урология: Учебник	Москва .: ГЭОТАР-МЕД 2002

6.1.2. Дополнительная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л2.1	Чернецова Г.С., Колесниченко И.В., Чернецов О.Н.	основные вопросы хирургической коррекции гидронефроза в различных возрастных группах: монография	Изд-во КPCY, 2014

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л2.2	Колесниченко И.В., Чернецова Г.С., Алимов Ч.Б и др.	Способы дренирования верхних мочевыводящих путей при обструктивных уропатиях: Учебно-методическое пособие	Бишкек: КPCY 2018
6.1.3. Методические разработки			
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л3.1	Чернецова Г.С., Колесниченко И.В.	Опухоли почек: Методические рекомендации для врачей урологов, онкологов, аспирантов, клинических ординаторов и студентов медицинских вузов	Бишкек: Изд-во КPCY 2016
Л3.2	Чернецова Г.С., Колесниченко И.В., Чернецов О.Н., Кирилов А.Н.	Новокаиновые блокады в урологии: Методические рекомендации для урологов, хирургов, гинекологов и врачей общей практики	Бишкек: Изд-во КPCY 2014
6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"			
Э1	Электронная библиотека КPCY www.lib.krsu.kg .		
Э2	Электронно-библиотечная система «ZNANIUM.COM»		
Э3	Консультант врача (электронная библиотека): http://www.rosmedlib.ru/		
6.3. Перечень информационных и образовательных технологий			
6.3.1 Компетентностно-ориентированные образовательные технологии			
6.3.1.1	Традиционные образовательные технологии – лекции, семинары, ориентированные прежде всего на сообщение знаний и способов действий, передаваемых студентам в готовом виде и предназначенных для воспроизводящего усвоения и разбора конкретных образцов. Практические занятия чаще всего проводятся непосредственно на базе Республиканского научного центра урологии с обязательным посещением и разбором больных и их курацией. Работа в перевязочных и операционных совместно с преподавателем. Совместные конференции со специалистами хирургического профиля (общие хирурги, ангиохирургии, ангиографисты, эндоскописты, анестезиологи и реаниматологи) с мультимедийными докладами, презентациями, демонстрацией больных.		
6.3.1.2			
6.3.1.3	Инновационные образовательные технологии - занятия, которые формируют системное мышление и способность генерировать идеи при решении различных творческих задач. К ним относятся занятия в муляжном симуляционном центре. Также практические занятия, при проведении которых используется методика мозгового штурма, дискуссия.		
6.3.1.4			
6.3.1.5	Информационно образовательные технологии – самостоятельное использование студентом компьютерной техники и интернет-ресурсов для выполнения практических знаний и самостоятельной работы, а также для ознакомления с интернет-источниками, фото-видео материалами по соответствующему разделу. Подготовка преподавателями лекций – презентаций. Работа с обучающими и тестирующими программами. Компьютерное оборудование во всех учебных комнатах с пополняемым набором обучающих и контролирующих программ (включая MS Office: Word, Excel, PowerPoint и др.).		
6.3.2 Перечень информационных справочных систем и программного обеспечения			
6.3.2.1	Электронная библиотека КPCY www.lib.krsu.kg .		
6.3.2.2	Электронно-библиотечная система «ZNANIUM.COM»		
6.3.2.3	Консультант студента. Электронная библиотека медицинского вуза - www.studmedlib.ru		
6.3.2.4	электронно-библиотечная система IPRBOOKS - www.iprbookshop.ru		
6.3.2.5	Консультант врача (электронная библиотека): http://www.rosmedlib.ru/		
6.3.2.6	Научная электронная библиотека: http://elibrary.ru/		

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

7.1	Теоретическая подготовка изучения программы по урологии проводится на базе НГ МЗ КР в Республиканском научном центре урологии(РНЦУ), а также в лекционном зале клиники им. Ахунбаева.
7.2	Симуляционный центр (корпус «Аламедин»), оборудованный роботизированными макетами – имитаторами, современным оборудованием, электронными фантомами оборудования, тренажерами, интерактивным и медицинским оборудованием, инструментарием и расходными материалами.
7.3	РНЦУ– приемное отделение, УЗИ кабинет, лаборатория, рентген-кабинет
7.4	РНЦУ – отделение общей урологии
7.5	РНЦУ – отделение андрологии
7.6	РНЦУ – отделение мочекаменной болезни
7.7	РНЦУ – отделение эндовидеохирургии

7.8	РНЦУ – операционный и реанимационный блоки
7.9	РНЦУ - отделение ДЛТ
7.10	Центр оснащен специальной инструментальной базой(перевязочные и смотровые кабинеты, цистоскопический кабинет, негатоскопы, трансуретральный резектоскоп, лапароскопическая стойка, стойка для уретерореноскопии, урологический инструментарий, комплекты уретральных бужей, набор операционных
7.11	Презентация лекций по всем разделам дисциплины (PowerPoint)
7.12	Учебные фильмы, подготовленные на кафедре д.м.н., профессором Чернецовой Г.С.
7.13	Компьютерные классы (корпус Л. Толстого. Ауд. 4/12, 4/15) с выходом в сеть Интернет для выполнения самостоятельной работы, ознакомления с интернет-источником, видео-материалами.

8. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

технологическая карта дисциплины в ПРИЛОЖЕНИИ 1

МОДУЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ ПО ДИСЦИПЛИНЕ ВКЛЮЧАЕТ: 1. Текущий контроль: усвоение учебного материала на аудиторных занятиях (лекциях, практических, в том числе учитывается посещение и активность) и выполнение обязательных заданий для самостоятельной работы. 2. Рубежный контроль: проверка полноты знаний и умений по материалу модуля в целом. Выполнение модульных контрольных заданий проводится в письменном виде и является обязательной компонентой модульного контроля. 3. Промежуточный контроль - завершенная задокументированная часть учебной дисциплины (1,2,3 семестры - дифференцированный зачет, 4 семестр - экзамен) – совокупность тесно связанных между собой зачетных модулей.

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРОМЕЖУТОЧНОМУ КОНТРОЛЮ При явке на экзамены и зачёты обучающийся обязан иметь при себе дневник ординатора, который он предъявляет экзаменатору в начале экзамена или преподавателю на зачете. Преподавателю предоставляется право поставить зачёт без опроса, тем ординаторам, которые набрали более 60 баллов за текущий и рубежный контроли. На промежуточном контроле ординатор должен верно ответить на теоретические вопросы билета - (знать) и правильно выполнить ситуационную задачу или ситуационное задание(уметь, владеть). Во время проведения промежуточного контроля преподаватель подводит итоги по курации большого ординатором в течении семестра. Оценка промежуточного контроля: - min 20 баллов - Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ (в случае, если при ответах на заданные вопросы ординатор правильно формулирует основные понятия) - 20-25 баллов – Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае, если ординатор правильно формулирует сущность заданной в билете проблемы и дает рекомендации по ее решению) - 25-30 баллов - Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае полного выполнения контрольного задания).

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ ДОКЛАДА С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ Мультимедийные презентации - это вид самостоятельной работы ординаторов по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint. Этот вид работы требует координации навыков ординатора по сбору, систематизации, переработке информации, оформления её в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. То есть создание материалов- презентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у ординаторов навыки работы на компьютере. Материалы-презентации готовятся ординатором в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint. Требование к ординатору по подготовке презентации и ее защите на занятиях в виде доклада. 1. Тема презентации выбирается ординатором из предложенного списка ФОС и должна быть согласованна с преподавателем и соответствовать теме занятия. 2. Этапы подготовки презентации: Составление плана презентации (постановка задачи; цели данной работы) Продумывание каждого слайда (на первых порах это можно делать вручную на бумаге), при этом важно ответить на вопросы: - как идея этого слайда раскрывает основную идею всей презентации? - что будет на слайде? - что будет говориться? - как будет сделан переход к следующему слайду? 3. Изготовление презентации с помощью MS PowerPoint: - Имеет смысл быть аккуратным. Неряшливо сделанные слайды (разной в шрифтах и отступах, опечатки, типографические ошибки в формулах) вызывают подозрение, что и к содержательным вопросам ординатор - докладчик подошёл спустя рукава. - Титульная страница необходима, чтобы представить аудитории Вас и тему Вашего доклада. - Количество слайдов не более 30. - Оптимальное число строк на слайде — от 6 до 11. - Распространённая ошибка — читать слайд дословно. Лучше всего, если на слайде будет написана подробная информация (определения, формулы), а словами будет рассказываться их содержательный смысл. Информация на слайде может быть более формальной и строго изложенной, чем в речи. - Оптимальная скорость переключения — один слайд за 1–2 минуты. - Приветствуется в презентации использовать больше рисунков, картинок, формул, графиков, таблиц. Можно использовать эффекты анимации. - При объяснении таблиц необходимо говорить, чему соответствуют строки, а чему — столбцы. - Вводите только те обозначения и понятия, без которых понимание основных идей доклада невозможно. - В коротком выступлении нельзя повторять одну и ту же мысль, пусть даже другими словами — время дорого. - Любая фраза должна говориться за чем-то. Тогда выступление будет цельным и оставит хорошее впечатление. - Последний слайд с выводами в коротких презентациях проговаривать не надо. - Если на слайде много формул, рекомендуется набирать его полностью в MS Word (иначе формулы приходится размещать и выравнивать на слайде вручную). Для этого удобно сделать заготовку — пустой слайд с одним большим Word-объектом «Вставка / Объект / Документ Microsoft Word», подобрать один раз его размеры и размножить на нужное число слайдов. Основной шрифт в тексте и формулах рекомендуется изменить на Arial или ему подобный; шрифт Times плохо смотрится издали. Обязательно установите в MathType основной размер шрифта равным основному размеру шрифта в тексте. Никогда не выравнивайте размер формулы вручную, вытягивая ее за уголок. 4. Ординатор обязан подготовить и выступить с докладом в строго отведенное время преподавателем, и в срок. 5. Инструкция докладчикам. - сообщать новую

информацию; - использовать технические средства; - знать и хорошо ориентироваться в теме всей презентации; - уметь дискутировать и быстро отвечать на вопросы; - четко выполнять установленный регламент: докладчик - 10 мин.; дискуссия - 5 мин.; Необходимо помнить, что выступление состоит из трех частей: вступление, основная часть и заключение. Вступление помогает обеспечить успех выступления по любой тематике. Вступление должно содержать: - название презентации; - сообщение основной идеи; - современную оценку предмета изложения; - краткое перечисление рассматриваемых вопросов; - живую интересную форму изложения; Основная часть, в которой выступающий должен глубоко раскрыть суть затронутой темы, обычно строится по принципу отчета. Задача основной части - представить достаточно данных для того, чтобы слушатели и заинтересовались темой и захотели ознакомиться с материалами. При этом логическая структура теоретического блока не должны даваться без наглядных пособий, аудио - визуальных и визуальных материалов. Заключение - это ясное четкое обобщение и краткие выводы, которых всегда ждут слушатели.

ТЕСТЫ

1. При нефропексии используется мышца глубокого отдела поясничной области

- 1. квадратная мышца поясницы
- 2. мышца, выпрямляющая позвоночник
- +3. большая поясничная мышца
- 4. поперечная мышца живота
- 5. правильно 2. и 4.

2. Правильный порядок элементов почечной ножки спереди назад справа

- +1. вена, артерия, мочеточник
- 2. артерия, вена, мочеточник
- 3. вена, мочеточник, артерия
- 4. мочеточник, вена, артерия
- 5. артерия, мочеточник, вена

3. Верхний полюс левой почки находится на уровне следующего позвонка

- 1. T11
- +2. T12
- 3. L1
- 4. L2
- 5. L3

4. Питание мочеточника в его верхнем отделе осуществляет

- 1. почечная артерия
- 2. яичковая артерия
- 3. ветви брюшной аорты
- 4. верхняя брыжеечная артерия
- +5. правильно 1. и 2.

5. К левой почке спереди и снаружи примыкают

- 1. селезенка
- 2. нисходящая ободочная кишка
- 3. петли тонкого кишечника
- 4. поджелудочная железа
- +5. правильно 1. и 2.

6. Распространение гноя на бедро, во влагалище прямых мышц живота и в брюшную полость происходит из следующего клетчаточного пространства таза

- 1. позадипрямокишечного
- +2. предпузырного
- 3. боковых клетчаточных пространств таза
- 4. всех вышеперечисленных
- 5. правильно 1. и 2.

7. Дренажное предпузырного клетчаточного пространства по Буяльскому - Мак - Уортеру осуществляется

- 1. из мочеполовой диафрагмы
- 2. из глубокой поперечной мышцы промежности
- +3. через внутреннюю и наружную запирающие мышцы и запирающую запирающей мембрану
- 4. из передней части тазовой и мочеполовой диафрагмы
- 5. правильно 1. и 2.

8. Наружный сфинктер мочевого пузыря расположен

- +1. в мочеполовой диафрагме
- 2. в основании мочевого пузыря
- 3. в сухожильном центре промежности
- 4. в мышце, поднимающей задний проход прямой кишки
- 5. правильно 2. и 4.

9. Пузырные артерии отходят

- 1. от нижней прямокишечной артерии
- 2. от наружной подвздошной артерии
- +3. от внутренней подвздошной артерии
- 4. от артерии яичка
- 5. от запирающей артерии

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

- 1. спиралеобразно
- 2. впереди от артерии яичка
- 3. над артерией
- 4. под артерией
- +5. сзади от яичковой артерии

11. Правый мочеточник у пограничной линии таза перекрещивается

- 1. с общей подвздошной артерией
- +2. с наружной подвздошной артерией
- 3. с внутренней подвздошной артерией
- 4. с подчревной артерией
- 5. с запирающей артерией

12. Левый мочеточник у пограничной линии таза перекрещивается

- +1. с общей подвздошной артерией
- 2. с наружной подвздошной артерией
- 3. с внутренней подвздошной артерией
- 4. с подчревной артерией
- 5. с запирающей артерией

13. Кровоснабжение предстательной железы осуществляют

- 1. ниже-пузырные артерии
- 2. средне-прямокишечные артерии
- 3. запирающие артерии
- 4. ниже-ягодичные артерии
- +5. правильно 1. и 2.

14. К основанию предстательной железы прилежит

- 1. дно мочевого пузыря
- 2. семенные пузырьки
- 3. ампулы семявыносящих протоков
- +4. все перечисленное
- 5. правильно 1. и 2.

15. Мочеиспускательный канал прободает мочеполовую диафрагму

- 1. простатической частью
- +2. перепончатой частью
- 3. пещеристой частью
- 4. ни одной из вышеназванных
- 5. простатической и перепончатой частями

16. Кровоснабжение полового члена осуществляется

- 1. наружными половыми артериями
- 2. внутренними половыми артериями
- +3. внутренними и наружными половыми артериями
- 4. запирательными артериями
- 5. нижнепрямкишечными артериями

17. Сужение мужской уретры является наиболее коротким и наиболее узким

- 1. у места перехода мочевого пузыря в мочеиспускательный канал
- 2. в области наружного отверстия уретры
- +3. в области перепончатой части мочеиспускательного канала
- 4. во всех указанных местах сужения уретры
- 5. правильно 1. и 2.

18. При патологических условиях серозная жидкость (гидроцеле) может скапливаться между

- 1. наружной и внутренней семенной фасцией
- 2. внутренней семенной фасцией и собственной влагищной оболочкой яичка
- 3. наружной семенной фасцией и мясистой оболочкой
- 4. белочной оболочкой яичка и висцеральным листком собственной влагищной оболочки яичка
- +5. париетальным и висцеральным листками собственной влагищной оболочки яичка

19. Яичко покрывают

- 1. четыре оболочки
- 2. пять оболочек
- 3. шесть оболочек
- +4. семь оболочек
- 5. восемь оболочек

20. Брюшиннопромежностный апоневроз расположен между

- 1. мочевым пузырем и ампулой прямой кишки
- 2. мочевым пузырем и анальной частью прямой кишки
- 3. семенными пузырьками и анальной частью прямой кишки
- 4. предстательной железой и анальной частью прямой кишки
- +5. семенными пузырьками, ампулами семявыносящих протоков, предстательной железой и анальной частью прямой кишки

21. Быстрое метастазирование клеток опухоли яичка возможно

- 1. в поверхностные и глубокие паховые лимфатические узлы
- 2. во внутренние подвздошные лимфатические узлы
- +3. в забрюшинные поясничные лимфатические узлы
- 4. в общие подвздошные лимфатические узлы
- 5. в запирающие лимфатические узлы

22. Уровень калия в сыворотке крови в норме составляет

- 1. 2.25 ммоль/л
- +2. 2.5 ммоль/л
- 3. 3.35 ммоль/л
- 4. 4.5 ммоль/л
- 5. 7.6 ммоль/л

23. Концентрация калия в сыворотке крови

- 1. увеличивается при алкалозе
- 2. уменьшается при ацидозе
- +3. увеличивается при ацидозе и уменьшается при алкалозе
- 4. уменьшается при ацидозе и увеличивается при алкалозе
- 5. не меняется

24. Азотистый баланс у здорового человека

- 1. положительный
- +2. нейтральный
- 3. отрицательный
- 4. верно 1. и 2.
- 5. верно 2. и 3.

25. Азотистый баланс в организме - это

- 1. суточная потеря азота с мочой
- 2. суточное поступление азота в организм с пищей
- +3. соотношение поступления азота и его потери за сутки
- 4. содержание общего белка в крови
- 5. содержание мочевины в крови

26. Суммарный кровоток в почках составляет

- 1. 10% минутного объема сердца
- +2. 20% минутного объема сердца
- 3. 30% минутного объема сердца
- 4. 40% минутного объема сердца
- 5. 50% минутного объема сердца

27. Ауторегуляция почечного кровотока прекращается при снижении систолического артериального давления

- 1. до 100 мм рт. ст.
- 2. до 80-90 мм рт. ст.
- +3. до 60-70 мм рт. ст.
- 4. до 40-50 мм рт. ст.
- 5. до 30-20 мм рт. ст.

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

- 1. 1600 мл/мин
- +2. 1100 мл/мин
- 3. 800 мл/мин
- 4. 600 мл/мин
- 5. 400 мл/мин

29. Скорость клубочковой фильтрации у взрослого человека составляет в среднем

- 1. 60 мл/мин
- +2. 120 мл/мин
- 3. 180 мл/мин
- 4. 240 мл/мин
- 5. 300 мл/мин

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

- 1. 60 г/л
- +2. 80 г/л
- 3. 100 г/л
- 4. 120 г/л
- 5. 140 г/л

31. Образование мочевой кислоты из пуринов катализируется

- 1. аденил-кислой дезаминазой
- 2. аллантаминазой
- 3. уреазой
- 4. уриказой
- +5. ксантаоксидазой

32. Основной источник азота мочевины в моче

- 1. аммиак, образующийся при распаде пуринов
- 2. аммиак, образующийся при распаде пиримидинов
- 3. орнитин
- 4. цитруллин
- +5. аммиак, образующийся при дезаминировании и трансаминировании аминокислот

33. Наибольшее количество щавелевой кислоты (оксалато-3. экскретируется с мочой. Количество ее возрастает в моче за счет образования из

- 1. пищевых оксалатов
- 2. аскорбиновой кислоты
- 3. избыточных углеводов
- 4. дезоксирибидоксинов
- +5. всего перечисленного

34. Теоретически протеинурия может возникать в результате

- 1. прохождения плазмы через поврежденную мембрану
- 2. недостаточной канальцевой реабсорбции белка
- 3. чрезмерной концентрации нормального белка в плазме
- 4. наличия нормального протеина в плазме
- +5. все ответы правильные

35. При камне интрамурального отдела мочеточника, нарушающего уродинамику, боли носят характер

- 1. ноющих
- 2. тупых
- 3. острых
- +4. приступообразных острых
- 5. постоянных ноющих

36. При камне интрамурального отдела мочеточника, нарушающего уродинамику, локализация и иррадиация болей

- 1. поясничная область без иррадиации
- 2. подреберье с иррадиацией под лопатку
- 3. боковые отделы живота с иррадиацией в поясничную область
- 4. паховая область с иррадиацией в бедро
- +5. поясничная область с иррадиацией в паховую область, внутреннюю поверхность бедра и половые органы

37. При остром паренхиматозном простатите боли

- 1. постоянные ноющие
- 2. приступообразные
- +3. интенсивные, вплоть до пульсирующих
- 4. тупые
- 5. острые

38. При остром паренхиматозном простатите боли локализуются

- 1. над лоном
- 2. в поясничной области
- 3. в пояснично-крестцовом отделе позвоночника
- +4. в промежности и крестце
- 5. в промежности

39. Дизурия - это

- 1. частое мочеиспускание
- 2. частое, болезненное мочеиспускание
- 3. затрудненное мочеиспускание
- 4. болезненное мочеиспускание
- +5. правильно 2. и 3.

40. Дизурия встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме

- 1. туберкулеза
- 2. аденомы предстательной железы
- +3. опухоли почки
- 4. цистита

41. Странгурия - это

- 1. затрудненное мочеиспускание по каплям
- 2. мочеиспускание, сопровождающееся болью
- 3. частое мочеиспускание
- +4. сочетание 1. и 2.
- 5. сочетание 2. и 3.

42. Странгурия встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме

- 1. инородных тел уретры
- 2. камня мочевого пузыря
- +3. камня мочеточника
- 4. острого простатита
- 5. аденомы предстательной железы

43. Ноктурия - это

- 1. увеличение количества мочи, выделяемой в ночной период времени
- +2. учащение ночного мочеиспускания
- 3. перемещение основного диуреза с дневных часов на ночные
- 4. дневная олигурия
- 5. правильно 1. и 4.

44. Поллакиурия - это

- 1. увеличение диуреза
- 2. учащение мочеиспускания дневного и ночного
- 3. учащение ночного мочеиспускания
- +4. учащение дневного мочеиспускания
- 5. увеличение ночного диуреза

45. Поллакиурия обычно не встречается

- 1. при цистоцеле
- +2. при камне верхней трети мочеточника
- 3. при неврастении
- 4. при истерии

46. Поллакиурия встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме

- 1. туберкулеза мочевого пузыря
- 2. цисталгии
- 3. камня мочевого пузыря
- +4. опухоли почки

47. Олигурия встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме

- 1. микседемы
- 2. гломерулонефрита
- 3. сердечной недостаточности
- +4. опухоли почки
- 5. обильной рвоты

48. Секреторная анурия - это

- 1. отсутствие мочи в мочевом пузыре
- +2. отсутствие выделения мочи почками
- 3. отсутствие самостоятельного мочеиспускания
- 4. правильно 1. и 2.
- 5. невозможность самостоятельного опорожнения мочевого пузыря

49. Преренальная анурия встречается

- 1. при сердечной недостаточности

- 2. при отравлении ядами и лекарственными препаратами
- 3. при обильных кровопотерях
- 4. правильно 1. и 2.
- +5. правильно 1. и 3.

50. Ренальная анурия встречается

- 1. при хроническом пиелонефрите
- 2. при хроническом гломерулонефрите
- 3. при тромбозе или эмболии почечных сосудов
- +4. правильно 1. и 2.
- 5. правильно 2. и 3.

51. Субренальная анурия встречается

- 1. при обтурации обоих мочеточников
- 2. при случайной перевязке мочеточников
- 3. при аденоме предстательной железы
- 4. правильно 1. и 3.
- +5. правильно 1. и 2.

52. Полиурия встречается

- 1. в III стадии острой почечной недостаточности
- 2. при хронической почечной недостаточности
- 3. при сахарном диабете
- 4. при канальцевых нефропатиях
- +5. при всем перечисленном

53. Полиурия встречается при всем перечисленном, кроме

- 1. после аллотрансплантации почки
- +2. при туберкулезе почки
- 3. после ликвидации препятствия в мочевых путях
- 4. поражения межпочечной доли гипофиза

54. Острая задержка мочеиспускания - это

- 1. отсутствие выделения мочи почками
- +2. невозможность самостоятельного опорожнения мочевого пузыря
- 3. отсутствие мочи в мочевом пузыре при его катетеризации
- 4. отсутствие самостоятельного мочеиспускания в горизонтальном положении
- 5. парадоксальная ишурия

55. Задержка мочеиспускания встречается при всем перечисленном, кроме

- 1. атрезии наружного отверстия уретры
- 2. нейрогенной дисфункции мочевого пузыря
- +3. обтурации мочеточников
- 4. доброкачественной гиперплазии предстательной железы

56. Парадоксальная ишурия - это

- 1. невозможность самостоятельного мочеиспускания
- 2. хроническая задержка мочеиспускания
- +3. сочетание ХЗМ с недержанием мочи
- 4. недержание мочи

-5. сочетание задержки мочеиспускания с неудержанием мочи

57. Императивное недержание мочи (неудержание) - это

- 1. непроизвольное выделение мочи без позыва
- 2. императивные позывы к мочеиспусканию
- +3. непроизвольное выделение мочи в результате императивного позыва
- 4. непроизвольное выделение мочи
- 5. непроизвольное выделение мочи в вертикальном положении

58. Относительная плотность мочи зависит

- 1. от функции почечных канальцев
- 2. от функции почечных клубочков
- 3. от относительной молекулярной массы растворенных в ней веществ
- +4. правильно 1. и 3.
- 5. правильно 2. и 3.

59. О протеинурии следует говорить при количестве белка в моче

- 1. следов
- 2. менее 0.03 г/л
- +3. более 0.03 г/л
- 4. более 0.06 г/л
- 5. более 0.09 г/л

60. Истинная (почечная) протеинурия не встречается

- 1. при гломерулонефрите
- 2. при опухоли почки
- 3. при нефрозе
- 4. при мочекаменной болезни
- +5. правильно 2. и 4.

61. Истинная (почечная) протеинурия встречается

- 1. при нефропатии беременных
- 2. при амилоидозе почек
- 3. у новорожденных
- 4. у подростков
- +5. во всех перечисленных случаях

62. Ложная протеинурия не характерна

- 1. для туберкулеза почки
- 2. для пиелонефрита
- 3. для опухоли почки
- +4. для гломерулонефрита
- 5. правильно 2. и 4.

63. Гематурия - это

- 1. наличие в моче кровяного пигмента гемоглобина
- 2. выделение крови из мочеиспускательного канала
- +3. выделение крови с мочой
- 4. наличие в моче порфирина
- 5. наличие в моче миоглобина

64. Терминальная гематурия встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме

- 1. камней или опухолей шейки мочевого пузыря
- 2. варикозного расширения вен в области шейки мочевого пузыря
- +3. хронического гломерулонефрита
- 4. колликулита
- 5. острого цистита

65. Уретроррагия наблюдается при всех перечисленных заболеваниях, кроме

- 1. хронического уретрита
- +2. аденомы простаты и камня мочевого пузыря
- 3. опухоли уретры
- 4. травмы уретры

66. О лейкоцитурии принято говорить при содержании лейкоцитов в поле зрения микроскопа

- 1. более 2
- 2. более 4
- +3. более 6
- 4. более 8
- 5. более 10

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

- 1. более 500
- 2. более 1000
- +3. более 2000
- 4. более 4000
- 5. более 6000

68. Пневматурия встречается при следующих состояниях, кроме

- 1. почечно-кишечных свищах
- +2. пузырно-влагалищных свищах
- 3. пузырно-кишечных свищах
- 4. воспалительном процессе, вызванном газообразующей флорой

69. Противопоказания к катетеризации мочевого пузыря

- 1. острый уретрит, простатит и эпидидимит
- 2. хронический простатит
- 3. внутрибрюшной разрыв мочевого пузыря
- 4. свежее повреждение уретры
- +5. правильно 1. и 4.

70. Показаниями к катетеризации мочеточников являются все перечисленные, кроме

- 1. раздельного получения мочи из каждой почки
- 2. проведения ретроградной пиелографии и уретерографии
- 3. обтурационной анурии
- 4. диф. диагностики секреторной и обтурационной анурии
- +5. секреторной анурии

71. Осложнениями катетеризации мочеточников являются

- 1. перфорация мочеточника

- 2. перфорация лоханки
- 3. обострение мочевого инфекции
- 4. правильно 1. и 3.
- +5. все перечисленное

72. Осложнениями бужирования уретры являются все перечисленные, исключая

- 1. уретральную лихорадку
- 2. острый простатит и эпидидимит
- 3. уретроррагию
- +4. форникальное кровотечение

73. Для проведения цистоскопии необходимы

- 1. проходимость уретры
- 2. емкость мочевого пузыря более 75 мл
- 3. прозрачная среда в полости мочевого пузыря
- 4. правильно 1. и 2.
- +5. все перечисленное

74. Показаниями к уретроскопии являются

- 1. хронические воспалительные заболевания уретры
- 2. опухоли уретры
- 3. колликулит
- 4. правильно 1. и 2.
- +5. все перечисленное

75. Уретроскопия применяется для осмотра

- 1. передней части уретры
- 2. задней части уретры
- 3. семенного бугорка
- 4. правильно 1. и 2.
- +5. правильно все

76. Противопоказаниями к хромоцистоскопии являются

- 1. острый цистит, уретрит
- 2. коллапс
- 3. шок
- 4. острый простатит
- +5. все перечисленное

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

- 1. 15-20 мин
- 2. 8-10 мин
- +3. 3-5 мин
- 4. 1-2 мин
- 5. 10-12 мин

78. Положительный симптом диафаноскопии характерен

- 1. для опухоли яичка
- 2. для острого орхоэпидидимита
- +3. для гидроцеле

- 4. для пахово-мошоночной грыжи
- 5. для хронического эпидидимита

79. Показаниями к урофлоуметрии являются все перечисленные, кроме

- 1. стриктуры уретры, клапана уретры
- 2. аденомы предстательной железы
- 3. рака предстательной железы
- +4. острого простатита
- 5. нейрогенной дисфункции мочевого пузыря

80. На характер урофлоурограммы влияют

- 1. функциональное состояние детрузора
- 2. нарушение проходимости уретры
- 3. нарушение проходимости пузырно-уретрального сегмента
- 4. правильно 1. и 3.
- +5. все перечисленное

81. Урофлоуметрия не показана при:

- 1. экстропии мочевого пузыря
- 2. пузырно-влагалищном свище, пузырно-ректальном свище
- 3. наличии цистостомы
- +4. все перечисленное
- 5. только 1. и 2.

82. Средняя объемная скорость мочеиспускания в норме равна

- 1. 4-5 мл/сек
- 2. 6-8 мл/сек
- 3. 9-10 мл/сек
- +4. 15-45 мл/сек
- 5. 60-70 мл/сек

83. Показаниями к сфинктерометрии являются

- 1. недержание мочи
- 2. недержание мочи
- 3. нейрогенная дисфункция мочевого пузыря
- 4. только 1. и 2.
- +5. все перечисленное

84. Внутрипузырное давление в норме при наполнении мочевого пузыря 300-400 мл жидкости равно

- 1. до 5 см вод. ст.
- 2. до 10 см вод. ст.
- 3. до 15-20 см вод. ст.
- 4. до 20-25 см вод. ст.
- +5. до 30-40 см вод. ст.

85. В секрете предстательной железы в норме содержатся

- 1. лейкоциты (не более 10), единичные эритроциты
- 2. макрофаги и амилоидные тельца
- 3. лецитиновые зерна

- 4. эпителиальные и гигантские клетки
- +5. правильно 1. и 3.

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

- 1. головной боли и головокружения
- 2. ощущения жара
- 3. металлического вкуса во рту
- +4. макрогематурии
- 5. падения АД, шока

87. Первая помощь при аллергических реакциях на рентгеноконтрастные вещества, кроме

- 1. глюкокортикоиды
- 2. тиосульфат натрия
- 3. супрастин
- 4. 10% раствор глюконата кальция
- +5. лазикс

88. Первый метод диагностики, который показан при подозрении на рак мочевого пузыря:

- 1. нисходящая цистография
- 2. осадочная пневмоцистография
- 3. полицистография
- +4. УЗИ
- 5. цистоскопия

89. При клинике внебрюшинного разрыва мочевого пузыря необходимо произвести

- +1. ретроградную цистографию в прямой, боковой проекциях и после мочеиспускания
- 2. ретроградную цистографию в прямой проекции
- 3. ретроградную цистографию в боковой проекции

90. Показаниями к ретроградной пиелоуретрографии являются

- 1. уратный камень почки или мочеточника
- 2. папиллярная опухоль лоханки
- 3. туберкулез почки
- +4. все перечисленное
- 5. только 1. и 2.

91. Осложнениями ретроградной пиелоуретрографии являются

- 1. перфорация почки и мочеточника
- 2. острый пиелонефрит, острый простатит
- 3. острая почечная недостаточность
- 4. забрюшинная флегмона
- +5. все перечисленное

93. При проведении ренографии наиболее удобным положением больного является

- +1. сидя, с расположением датчиков (детекторов) со стороны спины
- 2. сидя, с расположением датчиков со стороны живота
- 3. лежа, с расположением датчиков со стороны спины
- 4. лежа, с расположением датчиков со стороны живота
- 5. лежа, с расположением датчиков на область мочевого пузыря

94. Противопоказаниями для проведения ренографии являются

- 1. индивидуальная непереносимость йодсодержащих контрастных веществ
- +2. практически нет противопоказаний
- 3. почечная недостаточность
- 4. печеночная недостаточность
- 5. гипертиреозидизм

95. Ошибки при ренографии в основном связаны

- +1. с неправильной установкой детектора (датчика)
- 2. с положением больного при исследовании
- 3. с недостаточной подготовкой пациента для обследования
- 4. правильно 1. и 2.
- 5. правильно 1. и 3.

96. На показатели ренограмм могут влиять все перечисленные экстраренальные факторы, кроме

- 1. сухоедения
- 2. высокой лабильности нервной системы
- 3. подкожного введения радиофармпрепарата
- +4. заболевания толстого кишечника, гипертиреозидизма
- 5. неправильного положения датчиков

97. Ультразвуковые признаки простой кисты почки

- 1. объемное образование округлой формы
- 2. объемное образование округлой формы гипозоногенной структуры
- 3. солидное (тканевое) образование округлой формы
- 4. солидное образование округлой формы с ровными контурами
- +5. объемное образование округлой формы, гипозоногенной структуры с феноменом дистального усиления эхосигнала

98. Ультразвуковые признаки рака почки

- 1. объемное образование округлой формы
- 2. объемное образование овоидной формы
- 3. тонкостенное объемное образование гипозоногенной структуры
- +4. объемное образование округлой формы солидной эхоструктуры
- 5. гипозоногенное объемное образование с капсулой 2-3 мм

99. Визуализация мочеточников при ультразвуковом сканировании возможна

- 1. во всех случаях
- 2. никогда
- 3. если они расширены
- +4. если они содержат мочу
- 5. правильно 3. и 4.

100. Изображение чашечно-лоханочного комплекса при ультразвуковом сканировании имеет вид

- 1. треугольной формы
- 2. зоны повышенной эхогенности в центре почки
- 3. правильно 1. и 2.

- 4. овоидной формы
- +5. правильно 2. и 4.

101. Толщина почечной паренхимы при ультразвуковом сканировании равна

- 1. 0.8-1.0 см
- 2. 1.0-1.2 см
- 3. 1.0-1.6 см
- +4. 1.5-1.9 см
- 5. >2 см.

102. Надпочечники при ультразвуковом сканировании определяются в виде

- 1. эконегативных образований
- 2. эхопозитивных образований
- 3. треугольной формы
- 4. правильно 1. и 3.
- +5. правильно 2. и 3.

103. Предстательная железа при ультразвуковом сканировании определяется в виде

- 1. эконегативного образования
- +2. эхопозитивного образования
- 3. не определяется
- 4. правильно 1. и 3.
- 5. правильно 1. и 2.

104. Разрешающая способность ультразвуковых сканограмм позволяет выявлять апостемы на почке

- 1. в 10-20% случаев
- 2. в 20-30% случаев
- 3. в 30-50% случаев
- 4. в 100% случаев
- +5. не позволяет

105. Ультразвуковое сканирование позволяет выявлять уратные камни чашечек диаметром 1.0 см

- 1. не позволяет
- 2. в 10-20% случаев
- 3. в 20-50% случаев
- 4. в 50-90% случаев
- +5. в 100% случаев

106. Визуализация при ультразвуковом сканировании "немой" почки

- 1. невозможна
- +2. возможна в 100% случаев
- 3. возможна в 70% случаев
- 4. возможна в 50% случаев
- 5. возможна в 20-40% случаев

107. При применении декстранов возможны

- 1. перегрузка кровообращения
- 2. опасность кровотечения
- 3. почечная недостаточность

- +4. все правильно
- 5. верно только -2. и -3.

108. При лечении массивной кровопотери, составляющей более 30% объема циркулирующей крови, следует отдать предпочтение

- +1. эритроцитарной массе
- 2. тромбоцитарной массе
- 3. лейкоцитарной массе
- 4. цельной крови
- 5. прямому переливанию крови

109. Показаниями к применению замороженной плазмы являются

- 1. массивная кровопотеря
- 2. ДВС-синдром, геморрагическая стадия
- 3. коагулопатии (гемофилия-А, дефицит фибриноген-1.
- +4. все ответы правильные
- 5. правильно 1. и 2.

110. К обязательным пробам, проводимым перед переливанием крови, относятся

- 1. групповая и индивидуальная совместимость
- 2. биологическая проба
- 3. определение резус-совместимости
- 4. определение группы крови и резус-фактора
- +5. все перечисленное

111. Лечение острой кровопотери начинают всегда с переливания

- 1. эритромаcсы
- 2. консервированной донорской крови
- +3. кристаллоидных и коллоидных растворов
- 4. значения не имеет

112. Лечение кровопотери до 1 л (20% ОЦК) производится

- 1. донорской кровью и эритромаcсой
- 2. реинфузией
- 3. коллоидами и кристаллоидами
- 4. прямой трансфузией свежемороженой плазмы или тромбоцитарной массы
- +5. правильно 2. и 3.

113. Лечение кровопотери более 2.5 л (свыше 50% ОЦК) производится

- 1. донорской кровью и эритромаcсой
- 2. реинфузией
- 3. коллоидами и кристаллоидами
- 4. прямой трансфузией, свежемороженой плазмой и тромбомассой
- +5. всем перечисленным

114. Наиболее действующим эффектом замещения при кровопотере обладают плазмозаменяющие растворы

- 1. декстраны
- 2. растворы желатина
- 3. плазма

- 4. рингер-лактат
- +5. только 1 и 2

115. Антидотом гепарина является

- 1. хлористый кальций
- 2. дицинон
- 3. криопреципитат
- +4. протамина-сульфат
- 5. тромбин

116. Бактерицидными свойствами обладают

- 1. тетрациклины
- 2. пенициллины
- 3. аминогликозиды
- 4. цефалоспорины
- +5. правильно 2, 3, 4.

117. Оптимальный курс лечения антибактериальным препаратом при лёгком течении острого пиелонефрита составляет

- 1. 2 дня
- 2. 5-6 дней
- +3. 7-10 дней
- 4. 15-20 дней
- 5. более 20 дней

118. После пиелолитотомии, нефролитотомии или нефростомии по поводу коралловидного камня показана антибактериальная терапия

- 1. гентамицином внутримышечно непрерывно 15 дней
- +2. антибактериальным препаратом с учётом чувствительности выделенной микрофлоры до стойкой нормализации ОАМ
- 3. антибиотиками внутривенно
- 4. антибиотиками (эритромицин, тетрациклин и др.) в таблетках
- 5. капельное орошение лоханки раствором антибиотиков

119. Больному произведена нефропексия. В послеоперационном периоде ему рекомендуется

- 1. разрешить ходить на 2-е сутки
- +2. постельный режим в течение 7-10 дней в кровати на щите
- 3. постельный режим в течение 12 дней в кровати с панцирной сеткой
- 4. постельный режим в течение 21 дня
- 5. поясничный бандаж с 3-го дня после операции

120. При цисталгии показаны

- 1. антибактериальные препараты перорально, в/м или в/в;
- 2. инстилляции в мочевой пузырь 0.25% раствора азотно-кислого серебра
- 3. и то, и другое
- +4. ни то, ни другое

121. При неосложненном нефроптозе I стадии больному следует рекомендовать

- +1. ЛФК в положении лежа
- 2. ритмическую гимнастику (аэробику)

- 3. бег, ходьбу
- 4. атлетическую гимнастику
- 5. физкультура противопоказана

122. При неосложненном нефроптозе I стадии больному следует рекомендовать все перечисленное, кроме

- 1. ношения бандажа
- 2. прибавки в весе
- 3. грязелечения на курорте
- +4. запрещения тяжелого физического труда
- 5. лечебной гимнастики в положении лежа

123. Лечебная физкультура целесообразна при

- 1. остром пиелонефрите, остром простатите
- 2. поликистозе, мультикистозной почке
- 3. коралловидном камне, множественных камнях в почке
- +4. нефроптозе, хроническом простатите
- 5. хроническом эпидидимите

124. У больной самостоятельно отходят оксалатные камни, сохраняется оксалатурия. Ей следует рекомендовать

- 1. ограничение продуктов, содержащих щавелевую кислоту (лиственная зелень, шоколад и др.)
- 2. цитратные смеси, цитрусовые
- 3. увеличить потребление продуктов, богатых кальцием
- 4. терапия препаратами магния, витамин B6
- +5. все перечисленное

125. К аномалиям положения почек относятся

- 1. дистопия гомолатеральная (торакальная, поясничная, подвздошная, тазовая)
- 2. нефроптоз
- 3. дистопия гетеролатеральная (перекрестная)
- 4. только 1. и 2.
- +5. только -1. и -3.

126. Дистопированную почку необходимо дифференцировать

- 1. с нефроптозом
- 2. с опухолью кишечника
- 3. с опухолью женских половых органов
- +4. со всем перечисленным
- 5. только -1. и -3.

127. Характерными рентгенологическими признаками тазовой и поясничной дистопии почки являются

- 1. ротация почки
- 2. извитой, недостаточной длины мочеточник
- 3. низко отходящая, короткая сосудистая ножка
- 4. только 1. и 2.
- +5. только -1. и -3.

128. Диагноз дистопии почки основывается на данных

- 1. экскреторной урографии стоя и лежа
- 2. ангиографии
- 3. ультразвукового исследования
- 4. правильно 1. и 2.
- +5. правильно все перечисленное

129. К симметричным формам сращения порчек относят

- 1. S-образную почку
- +2. подковообразную и галетообразную почку
- 3. L-образную почку
- 4. Y-образную почку

130. Среди осложнений подковообразной почки первое место занимает

- 1. мочекаменная болезнь
- 2. гидронефроз
- +3. пиелонефрит
- 4. артериальная гипертензия
- 5. гематурия

131. На экскреторных урограммах подковообразная почка характеризуется

- 1. ротацией чашечно-лоханочных систем
- 2. изменением угла, составленного продольными осями сросшихся почек
- 3. наличием симптома "рыболовного крючка"
- +4. правильно 1. и 2.
- 5. все перечисленное

132. Патогенез солитарной кисты связан

- 1. с канальцевой окклюзией (врожденной или приобретенной)
- 2. с ретенцией мочи
- 3. с ишемией почечной ткани
- 4. правильно 1. и 2.
- +5. все перечисленное

133. Пункция кисты и кистография предусматривают определенную последовательность этапов: 1) пункция кисты 2) введение рентгеноконтрастных веществ в полость кисты 3) аспирация содержимого кисты 4) введение в полость кисты склерозирующих растворов 5) направление мочи на цитологическое и бактериологическое исследование 6) эвакуация рентгеноконтрастных веществ из кисты

- 1. правильно 1, 2, 5, 6, 3 и 4
- +2. правильно 1, 3, 5, 2, 6 и 4
- 3. правильно 1, 2, 3, 6, 4 и 5
- 4. правильно 1, 3, 2, 6, 5 и 4
- 5. правильно 1, 2, 3, 5, 6 и 4

134. Показаниями к операции по поводу солитарной кисты почки являются

- 1. постоянные боли
- 2. гематурия, кровоизлияние в кисту
- 3. малигнизация стенки кисты
- 4. сочетание кисты и рака почки
- 5. нагноение кисты

- 6. нарушение пассажа мочи и хроническая инфекция в почке и верхних мочевых путях
- 7. нефрогенная артериальная гипертензия
- +8. все перечисленное

135. Поликистоз почек - это заболевание

- 1. врожденное
- 2. приобретенное
- 3. одностороннее
- 4. двустороннее
- +5. правильно 1. и 4.

136. Ангиограммы при поликистозных почках характеризуются

- 1. бессосудистыми зонами
- 2. истонченными и удлинненными магистральными сосудами
- 3. значительным количеством мелких артерий
- 4. правильно 1. и 3.
- +5. правильно 1. и 2.

137. Показаниями к оперативному лечению при поликистозе почек являются

- 1. длительная микрогематурия
- 2. нагноение кист
- 3. хронический пиелонефрит
- 4. рак почки
- 5. правильно 1. и 2.
- +6. правильно 2. и 4.

138. Мультикистоз почки - это заболевание

- 1. одностороннее
- 2. двустороннее
- 3. врожденное
- 4. приобретенное
- +5. правильно 1. и 3.

139. Этиология мультикистоза почки может быть связана

- 1. с отсутствием закладки экскреторного аппарата
- 2. с отсутствием соединения зачатков секреторного и экскреторного отделов почки в процессе эмбриогенеза
- 3. с неправильной закладкой секреторного аппарата почки
- +4. правильно 1. и 2.
- 5. правильно 2. и 3.

140. Возможны следующие варианты мультикистоза почек

- 1. мочеточник не изменен
- 2. мочеточник атрофичен и слепо заканчивается не доходя до мочевого пузыря
- 3. мочеточник соединяется с мочевым пузырем, но слепо заканчивается в верхнем отделе
- 4. мочеточник атрофичен
- +5. правильно 2. и 3.

141. Мультилокулярная киста почки - это

- 1. однокамерная киста

- 2. многокамерная киста
- 3. не сообщающаяся с лоханкой киста
- 4. правильно 1. и 3.
- +5. правильно 2. и 3.

142. Лечение мультилокулярной кисты

- 1. консервативное
- 2. чрезкожная пункция кисты
- +3. нефрэктомия или резекция почки
- 4. вылушение всей кисты или иссечение наружных стенок с коагуляцией ее внутрипаренхиматозных стенок и тампонадой их полостей паранефральной клетчаткой
- 5. пункция кисты и введение в нее склерозирующих растворов

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

- +1. мультикистоз и поликистоз почки
- 2. мультикистоз мозгового вещества
- 3. медуллярная губчатая почка
- 4. кистозное расширение почечных пирамид
- 5. врожденная кистозная дилатация собирательных канальцев почки

144. Губчатая почка характеризуется наличием большого числа мелких кист

- 1. в корковом веществе почки
- 2. в корковом и мозговом веществе почки
- +3. в почечных пирамидах
- 4. в воротах почки
- 5. в одном из полюсов почки

145. Для губчатой почки характерно наличие мелких конкрементов

- 1. в чашечках
- 2. в лоханке
- +3. в полостях кист
- 4. в мочеточнике
- 5. правильно 1. и 2.

146. Диагноз "губчатая почка" устанавливают с помощью

- +1. ультразвукового исследования
- 2. почечной ангиографии
- +3. обзорной и экскреторной урографии
- 4. динамической нефросцинтиграфии
- 5. ретроградной уретеропиелогграфии

147. Лечение больных с губчатой почкой

- 1. специального лечения не требуется
- 2. оперативное
- 3. оперативное лечение только в случае осложнений, не поддающихся медикаментозному лечению
- 4. консервативное
- +5. правильно 1. и 3.

148. Мегакаликоз является результатом

- 1. очагового отсутствия слияния зачатков мезонефрогенной и метанефрогенной бластемы
- +2. медуллярной дисплазии
- 3. отсутствия закладки экскреторного аппарата
- 4. расщепления мочеточникового зачатка до его вхождения в метанефротическую бластему
- 5. недоразвития мочеточникового зачатка

149. Основным методом диагностики мегакаликоза является

- +1. экскреторная урография
- 2. ультразвуковое исследование
- 3. ретроградная пиелография
- 4. динамическая сцинтиграфия
- 5. ангиография

150. Лечение неосложненного мегакаликоза

- 1. консервативное
- +2. специального лечения не требуется
- 3. нефрэктомия
- 4. резекция полюса почки
- 5. пластические операции

151. Удвоение почки - это наличие

- 1. двух лоханок
- 2. двух мочеточников
- +3. разделение почки на два сегмента, каждый из которых имеет отдельное кровоснабжение
- 4. расщепление мочеточника
- 5. правильно 1. и 2.

152. Удвоение верхних мочевых путей - это

- 1. разделение почки на два сегмента, имеющих отдельное кровоснабжение
- 2. удвоение лоханки
- 3. расщепление мочеточника
- 4. удвоение мочеточника
- +5. сочетание -2. и -4.

153. Парапельвикальные кисты характеризуются тем, что

- 1. не сообщаются с лоханкой и чашечками
- 2. связаны с лоханкой или чашечками
- 3. локализуются в области почечного синуса
- 4. не локализуются в области почечного синуса
- +5. правильно 1. и 3.

154. Закон Вейгерта - Мейера заключается

- 1. в перекрещивании мочеточников
- 2. в расположении устья мочеточника, отходящего от верхней лоханки дистальнее устья мочеточника, отходящего от нижней лоханки
- 3. в дистальном расположении устья мочеточника, отходящего от нижней лоханки
- +4. правильно 1. и 2.
- 5. правильно 1. и 3.

155. Закон Вейгерта - Мейера действует

- 1. при удвоении лоханки
- 2. при удвоении почки
- 3. при расщеплении мочеточника
- 4. при неполном удвоении почки
- +5. при удвоении мочеточника

156. Наиболее частыми осложнениями при удвоении мочеточников являются

- 1. пузырно-мочеточниковый рефлюкс
- 2. недержание мочи вследствие эктопии устья мочеточника
- 3. гидроуретеронефроз
- 4. правильно 1. и 2.
- +5. все перечисленное

157. Ретрокавальное расположение мочеточника является результатом

- 1. неправильного эмбрионального развития почки
- 2. неправильного эмбрионального развития аорты
- 3. неправильного эмбрионального развития задней правой кардиальной вены
- +4. неправильного эмбрионального развития нижней поллой вены
- 5. правильно 3. и 4.

158. Диагностика ретрокавального мочеточника основывается на данных

- 1. экскреторной урографии
- 2. аортографии
- 3. венокавографии
- 4. ретроградной уретерографии
- +5. правильно 1. , 3. и 4.

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

- 1. динамическая нефросцинтиграфия
- 2. аортография
- 3. венокавография
- 4. цистография
- +5. урокинематография

160. Операция при нейромышечной дисплазии мочеточника должна отвечать следующим требованиям

- 1. быть антирефлюксной
- 2. устранять инфравезикальную обструкцию
- 3. сокращать длину и диаметр мочеточника без нарушения целостности его нейромышечного аппарата
- 4. правильно 1. и 2.
- +5. правильно 1. и 3.

161. Характерным клиническим симптомом эктопии устья мочеточника является

- 1. недержание мочи
- 2. недержание мочи
- +3. сочетание нормального акта мочеиспускания с недержанием мочи
- 4. задержка мочи
- 5. сочетание нормального акта мочеиспускания с недержанием мочи

162. При эктопии устья мочеточника выполняются все перечисленные типы операций, кроме
- 1. уретероцистонеостомии
 - 2. пиелоуретероанастомоза
 - +3. интестинальной пластики
 - 4. геминефрэктомии
 - 5. уретероуретероанастомоза
163. Причинами уретероцеле являются
- 1. узость устья мочеточника
 - 2. врожденная нейромышечная слабость подслизистого слоя мочеточника
 - 3. сужение интрамурального отдела мочеточника
 - 4. нейромышечная дисплазия нижнего цистоида
 - +5. правильно 1. и 2.
164. Диагноз уретероцеле ставят на основании данных
- 1. ультразвукового исследования
 - 2. экскреторной урографии
 - 3. нисходящей цистографии
 - 4. восходящей цистографии
 - 5. цистоскопии
 - +6. правильно 1. , 3. и 5.
165. При гидронефрозе наиболее часто встречается осложнение
- 1. артериальная гипертензия
 - 2. венозная гипертензия
 - +3. пиелонефрит
 - 4. почечно-каменная болезнь
 - 5. гематурия
166. Причинами врожденного гидронефроза является все перечисленное, кроме
- 1. периуретерита
 - 2. высокого отхождения мочеточника и клапана мочеточника
 - 3. рубцовой стриктуры мочеточника и нефроптоза
 - 4. нижнеполярного добавочного сосуда
 - +5. правильно 1. и 3.
167. Основными рентгенологическими методами диагностики гидронефротической трансформации являются все перечисленные, кроме
- 1. экскреторной урографии
 - +2. цистографии
 - 3. почечной ангиографии
 - 4. ретроградной пиелографии
 - 5. УЗИ
168. При гидронефротической трансформации, обусловленной добавочным нижнеполярным сосудом, осложненной острым серозным пиелонефритом, на первом этапе целесообразно
- 1. операция по Culp de Weerd
 - 2. резекция лоханочно-мочеточникового сегмента с пиелоуретероанастомозом

- +3. чрезкожная пункционная нефростомия
- 4. операция по Фолею
- 5. антевазальный пиелуретероанастомоз

169. При II и III стадии нефроптоза имеют место следующие изменения в сосудах почки

- 1. растяжение сосудов
- 2. перекрут сосудистой ножки
- 3. уменьшение просвета сосудов
- 4. только 1. и 2.
- +5. все перечисленное

170. Показаниями к оперативному лечению нефроптоза является все перечисленное, за исключением

- 1. вазоренальной гипертензии
- 2. гидронефротической трансформации
- +3. I стадии нефроптоза
- 4. болей в области почки, лишающих больного трудоспособности

171. При экстрофии мочевого пузыря наиболее частым осложнением бывает

- 1. микро- и макрогематурия
- 2. мочевые (солевые) диатезы
- +3. пиелонефрит и камни почек
- 4. артериальная гипертензия
- 5. хилурия

172. Экстрофия мочевого пузыря сопровождается

- 1. расхождением лонного сочленения
- 2. гипоспадией
- 3. тотальной эписпадией
- 4. правильно 1. и 2.
- +5. правильно 1. и 3.

173. При экстрофии мочевого пузыря оптимальным является

- 1. создание изолированного мочевого пузыря
- 2. пересадка изолированных мочеточников в сигмовидную кишку
- 3. реконструктивно-пластические операции, направленные на пластику передней стенки мочевого пузыря и брюшной стенки
- 4. пересадка мочеточников вместе с мочепузырным треугольником в сигмовидную кишку с антирефлюксной защитой
- +5. правильно 2. и 4.

174. Для дивертикула мочевого пузыря наиболее распространенными и характерными симптомами являются

- 1. задержка мочи, мочеиспускание в два приема
- 2. боль в поясничной области
- 3. повышение температуры и артериального давления
- 4. чувство тяжести внизу живота
- +5. правильно 1. и 4.

175. Приобретенные дивертикулы отличаются от врожденного наличием

- 1. всех слоев стенки мочевого пузыря
- 2. множественностью
- 3. узкого входа в дивертикул
- 4. наличием инфравезикальной обструкции
- 5. широкого входа в дивертикул
- +6. правильно 2. и 4.

176. Для гипорефлекторной формы нейрогенного мочевого пузыря характерно все перечисленное, кроме

- 1. отсутствия или слабой выраженности позыва к мочеиспусканию
- 2. задержки мочи
- +3. недержания мочи
- 4. продолжительного мочеиспускания или мочеиспускания в несколько приемов

177. Для гипорефлекторной формы нейрогенного мочевого пузыря характерны

- 1. парадоксальная ишурия
- 2. наличие большого количества остаточной мочи
- 3. наличие пузырно - мочеточникового рефлюкса
- 4. хроническая почечная недостаточность
- +5. все перечисленное

178. Наиболее частыми осложнениями нейрогенного мочевого пузыря являются

- 1. хронический пиелонефрит
- 2. гидронефротическая трансформация
- 3. хроническая почечная недостаточность
- 4. пузырно - мочеточниковый везикоренальный рефлюкс
- +5. все перечисленное

179. Различают все перечисленные формы эписпадии, кроме

- 1. тотальной
- 2. эписпадии головки
- 3. стволовой
- +4. субсимфизарной

180. Различают все следующие формы гипоспадии, кроме

- 1. головчатой
- 2. стволовой
- +3. тотальной
- 4. мошоночной

181. К осложнениям крипторхизма относятся

- 1. атрофия герминативного эпителия
- 2. злокачественные опухоли
- 3. ущемление неопустившегося яичка
- 4. правильно 2. и 3.
- +5. правильно все перечисленное

182. Оптимальным возрастом для начала лечения крипторхизма является

- 1. 8-10 месяцев
- +2. 1 год

- 3. 2 года
- 4. 3-4 года
- 5. 6 лет

183. Показанием к удалению яичка при абдоминальной форме крипторхизма является

- 1. невозможность его низведения
- 2. гипоплазия яичка
- 3. подозрение на опухоль яичка
- 4. правильно 1. и 3.
- +5. правильно все перечисленное

184. Прогноз при крипторхизме зависит

- 1. от формы
- 2. от сроков выполнения операции
- 3. от степени морфологических нарушений стромы яичка
- 4. от нарушения кровоснабжения
- +5. от всего перечисленного

185. Причиной наиболее частого возникновения левостороннего варикоцеле является

- 1. врожденное отсутствие клапанов в яичковой вене
- 2. аорто-мезентериальный пинцет
- +3. почечная венная гипертензия
- 4. наличие артерио-венозной фистулы
- 5. правильно 1. и 2.

186. Возможными осложнениями операции Иванисевича являются

- 1. водянка оболочек яичка
- 2. рецидив варикоцеле
- 3. тромбоз тестикулоафенного анастомоза
- 4. кровотечение из раны вследствие несостоятельности венозного анастомоза
- +5. правильно 1. и 2.

187. Формы острого гнойного пиелонефрита

- 1. межуточный гнойный
- 2. апостематозный
- 3. абсцесс
- 4. карбункул
- +5. все перечисленное

188. Наиболее часто вызывает пиелонефрит

- +1. кишечная палочка
- 2. протей
- 3. палочка сине-зеленого гноя
- 4. стафилококк
- 5. энтерококк

189. Острый пиелонефрит в неизмененных почках могут вызывать

- 1. протей
- 2. кишечная палочка
- 3. палочка сине-зеленого гноя

- 4. энтерококк
- +5. стафилококк

190. С убежденностью позволяет высказаться о наличии бактериурии количество бактерий в 1 мл мочи, равное

- 1. 1000
- 2. 5000
- 3. более 10000
- 4. более 50000
- +5. более 100000

191. При хроническом пиелонефрите прежде всего поражаются

- 1. сосудистые петли клубочка почки
- 2. капсула Шумлянского - Боумена
- +3. канальцы почки
- 4. нисходящее колено петли Генле
- 5. восходящее колено петли Генле

192. Для хронического пиелонефрита наиболее характерны

- +1. нарушение функции канальцев
- 2. нарушение функции клубочков
- 3. нарушение функции чашечек
- 4. нарушение фильтрационной функции почки
- 5. нарушение функции почечной лоханки

193. Показатель рено-кортикального индекса, указывающий на наличие хронического пиелонефрита

- 1. меньше 20%
- 2. меньше 40%
- +3. меньше 60%
- 4. больше 60%
- 5. больше 80%

194. Наиболее частой причиной развития пиелонефрита у беременных является

- 1. сдавление увеличенной маткой мочеточников
- 2. дилатация мочеточников за счет гормональных изменений
- 3. понижение реактивности организма
- +4. только 1. и 2.
- 5. все перечисленные изменения

195. Для острого паранефрита в начале заболевания характерна

- 1. септическая лихорадка
- +2. постоянного типа лихорадка
- 3. интермиттирующая лихорадка
- 4. субфебрильная температура

196. Боли в пояснице при остром паранефрите

- 1. отсутствуют
- 2. появляются в первый день заболевания
- +3. появляются спустя 1-3 дня после появления первых симптомов

- 4. появляются спустя 5 дней после появления первых симптомов
- 5. появляются спустя 7 дней после появления первых симптомов

197. Боли при остром паранефрите

- +1. локализируются в поясничной области
- 2. иррадируют в область лопатки
- 3. иррадируют кпереди и книзу в область бедра
- 4. иррадируют в спину
- 5. иррадируют в область пупка

198. Признаки псоас-симптома при остром паранефрите

- 1. боли в пояснице при движении
- 2. боли в пояснице в положении больного на противоположном боку
- 3. боли при выпрямлении ноги
- +4. нога на стороне поражения согнута в колене, в тазобедренном суставе и слегка приведена к животу
- 5. сгибание ноги в колене при поколачивании по поясничной области на стороне поражения

199. На обзорной урограмме при остром паранефрите наблюдаются

- 1. сколиоз позвоночника
- 2. лордоз позвоночника
- 3. ротация позвоночника
- 4. отсутствие контуров поясничной мышцы
- +5. правильно 1. и 4.

200. Наиболее эффективным методом диагностики паранефрального абсцесса является

- 1. обзорная рентгенография мочевых путей
- 2. экскреторная урография
- 3. изотопная ренография
- +4. ультразвуковое исследование
- 5. паранефральная пункция

201. Цистит наблюдается чаще всего в возрасте

- 1. 11-20 лет
- +2. 21-40 лет
- 3. 41-50 лет
- 4. 51-60 лет
- 5. старше 60 лет

202. Основное значение в возникновении цистита придается

- 1. местным расстройствам кровообращения
- 2. физическим факторам
- +3. инфекции
- 4. химическим факторам
- 5. общим факторам

203. Наиболее частым путем проникновения инфекции в мочевой пузырь является

- +1. уретральный
- 2. нисходящий
- 3. лимфогенный

- 4. гематогенный
- 5. контактный

204. Основными симптомами острого цистита являются все перечисленные, кроме

- 1. поллакиурии
- +2. полиурии
- 3. терминальной гематурии
- 4. болей при мочеиспускании
- 5. пиурии

205. Диагностика цистита основана на анализе всего перечисленного, кроме

- 1. анамнестических данных и клинических проявлений
- 2. данных микроскопии осадка мочи
- 3. данных посева мочи
- +4. данных экскреторной урографии и уретроцистографии
- 5. данных двухстаканной пробы мочи

206. При циститах не следует применять

- 1. диетотерапию
- 2. фитотерапию
- 3. местное лечение
- +4. гормонотерапию
- 5. медикаментозное лечение

207. Причиной возникновения лейкоплакии мочевого пузыря является

- 1. воздействие химических агентов
- 2. лучевые поражения пузыря
- 3. туберкулез мочевого пузыря
- +4. хронический цистит
- 5. амёбные циститы

208. Для лейкоплакии мочевого пузыря характерна следующая цистоскопическая картина

- 1. язвенные изменения слизистой оболочки пузыря
- 2. псевдополипоз слизистой оболочки пузыря
- 3. инкрустация слизистой оболочки пузыря солями
- +4. наличие плоской белесой пластинки неправильной формы на слизистой оболочке пузыря
- 5. буллезный отек слизистой оболочки

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

- 1. противовоспалительную терапию (антибиотики и химиопрепараты)
- 2. лучевую терапию
- 3. электростимуляцию мочевого пузыря
- 4. электрорезекцию, кюретаж измененных участков слизистой оболочки
- +5. правильно 1. и 4.

210. Для интерстициального цистита характерна следующая цистоскопическая картина

- +1. язвы мочевого пузыря
- 2. псевдополипоз слизистой оболочки мочевого пузыря
- 3. наличие бляшек белесого и желтого цвета на слизистой оболочке
- 4. язва округлой формы на фоне неизменной слизистой оболочки мочевого пузыря

-5. буллезный отек отдельных участков слизистой оболочки мочевого пузыря

211. При простой язве мочевого пузыря целесообразны

- 1. медикаментозная терапия
- 2. субмукозная инфильтрация стенки мочевого пузыря вокруг язвы кортикостероидами с новокаином
- 3. лучевая терапия
- 4. оперативное лечение
- +5. правильно 1. и 2.

212. При остром цистите выделяют следующие формы

- 1. катаральный
- 2. геморрагический
- 3. грануляционный
- 4. фибринозный и язвенный
- +5. правильно 1. , 2. и 4.

213. При хроническом цистите выделяют следующие формы

- 1. катаральный
- 2. полипозный, кистозный
- 3. язвенный, инкрустирующий, некротический
- 4. правильно 1. и 3.
- +5. правильно 1. , 2. и 3.

214. Характерными симптомами острого парацистита является все перечисленное, кроме

- 1. высокой температуры тела
- 2. дизурии
- 3. болей внизу живота
- +4. болей в поясничной области
- 5. болезненной припухлости над лобком

215. Различают следующие формы уретрита, кроме

- 1. инфекционного венерического
- 2. инфекционного невенерического
- +3. неинфекционного венерического
- 4. неинфекционного

216. Венерический уретрит - это

- 1. обменный
- 2. хламидийный
- 3. гонорейный
- 4. трихомонадный
- +5. правильно 2. , 3. и 4.

217. Диагностика уретрита основывается на всем перечисленном, кроме

- 1. данных анамнеза и клиники
- 2. результатов исследования осадка первой порции мочи
- +3. данных клинического анализа крови и исследования секрета предстательной железы
- 4. посева и микроскопии гнойного отделяемого уретры

218. Уретроскопия показана

- 1. при остром течении уретрита
- 2. при торпидном течении уретрита
- 3. при латентном течении уретрита
- +4. при хроническом уретрите
- 5. правильно 1. и 4.

219. Уретрография показана

- 1. при эпидидимите
- 2. при простатите
- +3. при подозрении на кондиломатозный уретрит
- 4. правильно 1. и 2.
- 5. все перечисленное

220. Рентгеновское исследование мочеиспускательного канала показано

- 1. при остром уретрите
- 2. при простатите и везикулите
- +3. при подозрении на стриктуру уретры
- 4. при торпидном течении уретрита
- 5. правильно 1. и 2.

221. Дифференциальную диагностику острого уретрита следует проводить

- 1. с баланопоститом
- 2. с циститом
- 3. с простатитом
- 4. со всем перечисленным
- +5. только 2. и 3.

222. Наиболее частыми осложнениями хронического уретрита являются

- 1. колликулит
- 2. геморрой
- 3. простатит
- 4. везикулит
- +5. правильно 1. , 3. и 4.

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

- 1. простатита
- 2. эпидидимита
- 3. поражения уретральных желез
- +4. парапроктита
- 5. орхита

224. Наиболее вероятными метастатическими осложнениями хламидийного уретрита являются

- 1. колит
- +2. артрит
- 3. миокардит
- 4. тиреоидит
- 5. правильно 1. и 3.

225. При уретральной (резорбтивной) лихорадке показана

- +1. интенсивная антибактериальная и инфузионная терапия
- 2. интенсивная антибактериальная терапия и инстилляции в уретру жировых эмульсий и растительных масел
- 3. только инфузионная терапия, направленная на уменьшение общей интоксикации
- 4. цистостомия с последующей интенсивной антибактериальной терапией
- 5. правильно 2. и 4.

226. Баланопостит - это воспаление

- 1. крайней плоти полового члена
- 2. головки полового члена
- 3. парауретральных желез
- +4. крайней плоти и головки полового члена
- 5. правильно 1. и 3.

227. Предрасполагающими факторами к возникновению баланопостита являются

- 1. сужение крайней плоти (фимоз)
- 2. искривление полового члена
- 3. сахарный диабет
- 4. правильно 1. и 2.
- +5. правильно 1. и 3.

228. Осложнениями баланопостита является все перечисленное, кроме

- 1. лимфангоита
- 2. пахового лимфаденита
- +3. контрактуры шейки мочевого пузыря
- 4. гангрены полового члена

229. При баланопостите показано

- +1. промывание крайней плоти и теплые ванночки дезинфицирующими растворами
- 2. иссечение крайней плоти
- 3. медикаментозная терапия
- 4. правильно 1. и 3.
- 5. правильно 1. и 2.

230. Кавернит - это

- +1. воспаление кавернозных тел полового члена
- 2. фибропластическая индурация полового члена
- 3. флеботромбоз кожи полового члена
- 4. правильно 1. и 2.
- 5. правильно 1. и 3.

231. Парафимоз - это

- 1. сужение отверстия крайней плоти полового члена
- +2. ущемление головки полового члена суженной крайней плотью
- 3. воспаление кавернозного тела уретры и головки полового члена
- 4. воспаление вен полового члена
- 5. правильно 3. и 4.

232. Лечение парафимоза заключается

- 1. в попытке вправления головки полового члена

- 2. в иссечении крайней плоти
- 3. в наложении губчато-пещеристого анастомоза
- 4. в рассечении ущемляющего кольца
- +5. правильно 1. и 4.

233. При фибропластической индукции полового члена наблюдаются

- 1. боли и искривление полового члена при эрекции
- 2. бляшки хрящевой консистенции в белочной оболочке и кавернозных телах полового члена
- 3. абсцедирование кавернозных тел
- +4. правильно 1. и 2.
- 5. бляшки хрящевой консистенции в спонгиозном теле уретры

234. При стабилизации фибропластической индукции полового члена наиболее эффективно

- 1. применение стероидов, витамина Е, ультразвука
- +2. пластические операции
- 3. наложение губчато-кавернозного анастомоза
- 4. применение дистанционной литотрипсии
- 5. правильно все перечисленное

235. Приапизм - это длительная эрекция полового члена за счет

- +1. венозного стаза в кавернозных телах полового члена
- 2. напряжения кавернозного тела уретры
- 3. сокращения наружного сфинктера мочевого пузыря
- 4. правильно 1. и 2.
- 5. правильно 2. и 3.

236. Приапизм возникает вследствие

- 1. неадекватного оттока и/или повышения притока крови в кавернозные тела полового члена
- 2. лимфостаза
- 3. нарушений химического состава крови и ее вязкости
- 4. всего перечисленного
- +5. только -1. и -3.

237. Дифференциальный диагноз приапизма следует проводить

- 1. с "переломом" полового члена
- 2. с кавернитом
- 3. с гангреной Фурнье
- +4. правильно 1. и 2.
- 5. все перечисленное

238. При остром эпидидимите придаток яичка

- 1. резко напряжен и болезненен
- 2. увеличен
- 3. атрофичен
- +4. правильно 1. и 2.
- 5. правильно 1. и 3.

239. Острый инфекционный эпидидимит следует дифференцировать

- 1. с перекрутом и некрозом гидатид
- 2. с перекрутом семенного канатика

- 3. с кавернитом
- +4. правильно 1. и 2.
- 5. правильно 1. и 3.

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

- 1. туберкулеза яичка и придатка
- 2. новообразования яичка и придатка
- 3. фуникулита и деферентита
- 4. сперматоцеле
- +5. варикоцеле

241. Лечение острого неспецифического эпидидимита и орхита следует начинать

- 1. с назначения антибактериальных препаратов
- 2. с новокаиновой блокады семенного канатика
- 3. с оперативного лечения
- +4. правильно 1. и 2.
- 5. правильно 2. и 3.

242. Инфицирование предстательной железы может возникать

- 1. гематогенным путем
- 2. лимфогенным путем
- 3. уриногенным путем
- +4. всеми перечисленными путями
- 5. только 1. и 2.

243. Для острого простатита характерно

- 1. равномерное увеличение предстательной железы
- 2. каменистая консистенция предстательной железы
- 3. резкая болезненность предстательной железы при пальпации
- 4. атрофия предстательной железы
- +5. правильно 1. и 3.

244. Современная классификация простатита включает, кроме

- 1. острый бактериальный простатит, категория I
- 2. хронический бактериальный простатит, категория II
- 3. синдром хронической тазовой боли, категории IIIA и IIIB
- 4. асимптоматический воспалительный простатит категория IV
- +5. конгестивный простатит

245. Осложнениями острого простатита могут быть

- 1. острый холецистит
- 2. сепсис
- 3. артрит
- 4. абсцесс предстательной железы
- +5. правильно 2. и 4.

246. Признаками абсцесса предстательной железы являются

- 1. резкая болезненность предстательной железы при пальпации
- 2. уменьшение размеров предстательной железы

- 3. наличие очагов размягчения и флюктуации в простате
- 4. симптомы раздражения брюшины
- +5. правильно 1. и 3.

247. При абсцессе предстательной железы показано все перечисленное, кроме

- 1. интенсивной антибактериальной терапии
- +2. установления постоянного катетера
- 3. цистостомии при задержке мочи
- 4. дренировании полости абсцесса трансуретральным или промежностным доступом
- 5. дезинтоксикационной терапии

248. Основной признак синдрома хронической тазовой боли

- 1. при наличии в анамнезе достоверных признаков острого простатита
- 2. при лейкоцитурии
- 3. при наличии эректильной дисфункции
- +4. болевой синдром в промежности, яичках, крестце в течение 3 месяцев
- 5. правильно 1. и 3.

249. Ультразвуковое сканирование при хроническом простатите выявляет

- 1. увеличение размеров предстательной железы
- 2. диффузные изменения структуры предстательной железы
- 3. признаки кистозного перерождения
- 4. уменьшение предстательной железы в размерах
- +5. правильно 1. , 2. и 4.

250. При везикулите

- 1. семенные пузырьки не прощупываются при пальцевом ректальном исследовании
- 2. возникают полипозные изменения слизистой оболочки прямой кишки
- 3. наблюдается атония сфинктера прямой кишки
- +4. семенные пузырьки при пальцевом ректальном исследовании определяются в виде веретенообразных болезненных образований
- 5. правильно 3. и 4.

251. Наиболее информативным для диагностики везикулита является

- 1. анализ спермы
- 2. анализ секрета предстательной железы
- 3. везикулография
- +4. ультразвуковое исследование семенных пузырьков
- 5. уретроцистография

252. К этиологическим факторам мочекаменной болезни относятся

- 1. нарушение фосфорно-кальциевого обмена
- 2. нарушение обмена щавелевой кислоты
- 3. нарушение пуринового обмена
- 4. мочевиная инфекция (пиелонефрит)
- +5. все перечисленное

253. При щелочной реакции мочи могут образоваться

- 1. мочекишечные (уратные) камни
- 2. цистиновые камни

- +3. фосфатные камни
- 4. оксалатные камни
- 5. щелочная реакция мочи не влияет на характер камней

254. Развитию оксалатурии способствует все, кроме

- 1. дефицита в организме витамина В6 и магния
- +2. обильное употребление жидкости
- 3. пищи, содержащей большое количество кальция
- 4. хронических колитов
- 5. цитратных препаратов (блемарен, уралит-У и др.)

255. Гиперкальцемиа и гиперкальциурия способствуют образованию

- 1. цистиновых камней
- 2. мочекислых (уратных) камней
- 3. оксалатных камней
- 4. фосфатных камней
- +5. правильно 3. и 4.

256. Образованию почечных камней способствуют следующие анатомоморфологические изменения в почках

- 1. хронический гломерулонефрит
- +2. внутрипочечная лоханка и нарушение лимфооттока из почки
- 3. венозное полнокровие
- 4. внепочечная лоханка
- 5. ренальная артериальная гипертензия

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

- +1. высокая концентрация натрия, мочевины и креатинина в крови
- 2. уростаз
- 3. высокая вязкость мочи
- 4. отсутствие или низкий уровень защитных коллоидов в моче
- 5. высокая концентрация щавелевой, мочево́й кислоты, кальция в моче

258. К рентгеноконтрастным типам камней относятся все перечисленные, кроме

- 1. оксалатов
- 2. фосфатов
- 3. смешанных
- +4. камни из мочево́й кислоты

259. Анализ мочи по Нечипоренко целесообразен

- 1. при хроническом калькулезном пиелонефрите в активной фазе
- 2. при коралловидных камнях почек и пиурии
- 3. при остром гнойном пиелонефрите
- 4. во всех случаях
- +5. ни в одном случае

260. Посев мочи на микрофлору целесообразен

- 1. при остром гнойном пиелонефрите и камне мочеточника
- 2. при остром серозном пиелонефрите и камне почки
- 3. при хроническом пиелонефрите в стадии активного воспаления

- +4. во всех случаях
- 5. ни в одном случае

261. На дому у больного диагностирована почечная колика, температура 38.3° С в течение двух дней, ознобы. Ваши действия

- 1. лечить на дому антибиотиками
- 2. госпитализировать в терапевтическое отделение
- 3. срочно госпитализировать в урологический стационар
- 4. измерить артериальное давление
- +5. правильно 3. и 4.

262. При уратном (рентгенонегативном) камне 25 x 25 мм лоханки почки без нарушения уродинамики наиболее целесообразно лечение начинать

- 1. с пункционной чрезкожной нефролитотомии
- 2. с дистанционной ударно-волновой литотрипсии
- 3. с пиелолитотомии
- +4. с перорального литолиза
- 5. вмешательство не показано

263. При оксалатном камне лоханки почки 20 x 25 мм без нарушения уродинамики рациональнее всего показано

- +1. дистанционная ударно-волновая литотрипсия с установкой стента
- 2. литолиз
- 3. пиелолитотомия
- 4. пункционная нефролитотомия
- 5. вмешательство не показано

264. При фосфатном камне лоханки почки 25|20 мм без нарушения уродинамики, хроническом латентном пиелонефрите наиболее целесообразным методом лечения является

- 1. пиелолитотомия
- 2. вмешательство не показано
- +3. посев мочи, антибактериальные препараты, ударно-волновая литотрипсия, стент
- 4. литолиз
- 5. нефролитотомия

265. При уратном камне мочевого пузыря 30|25 мм и ДГП 30 см³ следует рекомендовать

- 1. литолиз
- 2. цистолитотомию и цистостомию
- 3. ударно-волновую литотрипсию
- +4. цистолитотрипсия, ТУР ДГП и цистостомию
- 5. вмешательство не показано

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

- 1. антибиотики, консервативное лечение
- 2. пункционная нефролитотомия
- +3. пиелолитотомия, ревизия почки (нефростомия или пиелостомия)
- 4. ударно-волновая литотрипсия
- 5. катетеризация мочеточника

267. 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

- 1. вмешательство не производить
- 2. нефролитотомию
- 3. пиелолитотомию
- +4. резекцию нижнего полюса почки
- 5. нефрэктомию

268. Во время пиелолитотомии и нефролитотомии было значительное кровотечение. В этом случае следует выполнить

- 1. введение в лоханку и чашечки гемостатической губки
- 2. пиелостомию
- +3. нефростомию
- 4. нефрэктомию
- 5. зашить лоханку наглухо

269. При стойкой фосфатурии после пиелолитотомии или ДЛТ 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, рыб-1. , жиры, масла 6) назначить мочегонные растительные средства 7) назначить цитратные препараты (магурлит, блемарен и др.)

- 1. правильно все перечисленное
- +2. правильно все, кроме 1, 2, 7
- 3. правильно все, кроме 5 и 7
- 4. правильно все, кроме 1, 2, 3
- 5. правильно все, кроме 2, 5, 7

270. При стойкой оксалатурии после трехкратного отхождения оксалатных камней следует рекомендовать: 1) пищу, богатую листовенной зеленью, бобовые, цитрусовые 2) пищу, богатую кальцием (молочные продукты, картофель, яйца и др.) 3) пищу, содержащую витамины группы В, А, магний 4) цитратные смеси 5) окись магния, тиосульфат магния 6) витамины В6, А 7) пшеничные отруби 8) увеличить диурез до 2 л

- 1. правильно все перечисленное
- 2. правильно все, кроме 2 и 5
- +3. правильно все, кроме 1
- 4. правильно все, кроме 3, 5, 6, 7 и 8
- 5. правильно все, кроме 1 и 5

27. 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 6) цитратные смеси 7) блокаторы пуринового обмена (Аллопуринол и др.)

- 1. правильно все перечисленное
- 2. правильно все, кроме 1, 3, 5
- 3. правильно все, кроме 1, 2, 3 и 4
- 4. правильно все, кроме 1, 3, 4 и 6
- +5. правильно все, кроме 3 и 5

272. При постренальной анурии (камни мочеточнико-3. показана экстренная помощь

- 1. внутривенно большие дозы лазикса, инфузионная терапия

- +2. катетеризация мочеточников
- 3. двусторонняя нефростомия одновременно
- 4. ударно-волновая литотрипсия
- 5. равноценно 3. и 4.

273. Туберкулезная диссеминация почек происходит, как правило

- 1. одновременно обеих почек
- 2. одной почки
- 3. первичное поражение почек
- 4. вторичное, из других органов, поражение почек
- +5. правильно 1. и 4.

274. Туберкулиновая проба чаще всего вызывает следующие изменения в анализах

- 1. увеличение лейкоцитов
- 2. повышение мочевины крови
- +3. нарастающую лейкоцитурию, эритроцитурию
- 4. увеличение глобулинов
- 5. появление в моче микобактерий туберкулеза

275. При туберкулезе почки проводится дифференциальная диагностика, кроме

- 1. хронический пиелонефрит
- 2. губчатая почка
- 3. чашечные камни почки
- +4. простая киста почки
- 5. некротический папиллит

276. Туберкулезные микобактерии попадают в почку чаще всего

- +1. гематогенным путем
- 2. контактным путем с соседних органов
- 3. восходящим путем
- 4. лимфогенным путем
- 5. по стенкам мочеточников

277. При остром (миллиарном) туберкулезе почек поражаются

- 1. только почки
- 2. только лимфатические узлы
- 3. только легкие
- 4. только костная система
- +5. многие органы

278. При туберкулезе почки прежде всего возникают

- 1. поражение почечного сосочка (специфический папиллит)
- 2. изъязвление слизистой оболочки чашечек и лоханки
- +3. туберкулезные бугорки в паренхиме
- 4. специфический воспалительный инфильтрат
- 5. туберкулезная каверна

269. Органосохраняющие операции на почке при туберкулезе почки проводятся во всех перечисленных случаях, исключая

- 1. клинико-рентгенологические признаки сегментарного выключения туберкулезной почки

- 2. солитарную каверну в одном из сегментов почки
- 3. неэффективность комбинированной антибактериальной терапии, проводимой не менее 1 года у больных с солитарной каверной почки
- 4. наличие стриктуры мочеточника специфической этиологии
- +5. открытый туберкулезный пионефроз

270. Органосохраняющие операции при деструктивном туберкулезе почки производят после безрезультатной специфической терапии

- 1. в течение 1-го месяца
- 2. в течение 3-х месяцев
- 3. в течение 4-6-х месяцев
- +4. в течение 8-12-ти месяцев
- 5. в течение 2-х лет

271. У больных, перенесших нефрэктомия по поводу туберкулеза, среди заболеваний оставшейся почки наиболее часто наблюдаются

- 1. туберкулез
- 2. пиелонефрит
- 3. нефролитиаз
- 4. опухоль
- +5. правильно 2. и 3.

272. Критериями излеченности при туберкулезе почки считается

- 1. отсутствие в моче туберкулезных микобактерий, лейкоцитов и эритроцитов в течение 1-го года после прекращения лечения
- 2. отсутствие в моче туберкулезных микобактерий, лейкоцитов и эритроцитов в течение 3-х лет после прекращения лечения
- 3. отсутствие в моче туберкулезных микобактерий, лейкоцитов и эритроцитов в течение 5-ти лет после лечения, а отриц. результатах провокационных туберкулиновых тестов
- 4. стабилизация при рентген - исследовании и обратное развитие очагов деструкции
- +5. правильно 3. и 4.

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

- 1. 2-х месяцев
- 2. 3-х месяцев
- 3. 4-8-ми месяцев
- +4. 9-12-ти месяцев
- 5. 1.5-2-х лет

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

- 1. туберкулезные бугорки
- 2. язвы
- 3. рубцовые изменения слизистой, расположенные преимущественно в области устья мочеточника пораженной почки
- +4. все перечисленное
- 5. только -1. и -3.

275. К наиболее характерным симптомам туберкулеза мочевого пузыря относятся

- 1. дизурия
- 2. терминальная гематурия
- 3. повышение температуры, ознобы
- +4. правильно 1. и 2.
- 5. правильно 2. и 3.

276. К осложнениям туберкулеза мочевого пузыря относятся

- 1. пузырно-мочеточниковый рефлюкс
- 2. сморщивание мочевого пузыря
- 3. пиелонефрит
- +4. все перечисленное
- 5. только 2. и 3.

277. При туберкулезном цистите применяют инстилляци

- 1. колларгола 2%
- 2. ляписа (серебра азотнокислого) 1:1000
- +3. дибунола
- 4. правильно 1. и 2.
- 5. правильно 1. , 2. и 3.

278. Наиболее частым осложнением после травмы почки бывает

- 1. пиелонефрит и гидронефроз
- 2. пиелонефрит и нефролитиаз
- +3. закономерность не установлена
- 4. пиелонефрит и артериальная гипертензия
- 5. пиелонефрит и венозная гипертензия

279. Срочное оперативное лечение при закрытой травме почки показано

- 1. при небольшой стабильной параренальной гематоме
- 2. при высокой температуре
- 3. при макрогематурии
- +4. при анемии, нестабильной гемодинамике, нарастающей гематоме
- 5. при шоке

280. Нехарактерным симптомом изолированной закрытой травмы почки в первые сутки является

- 1. боль
- 2. припухлость почечной области
- 3. макрогематурия
- +4. ускоренное СОЭ
- 5. микрогематурия

281. Повреждение мочеточника чаще наблюдается

- 1. в верхней трети
- 2. в средней трети
- +3. в нижней трети
- 4. в интрамуральной части
- 5. в лоханочно-мочеточниковом сегменте

281. Диагностике урогематомы в забрюшинном пространстве помогает

- 1. пальпация плотного образования в поясничной области

- 2. отсутствие контуров наружного края поясничной мышцы на обзорном снимке почек и мочевых путей и УЗИ признаки объемного образования в забрюшинном пространстве
- 3. напряжение мышц передней брюшной стенки и поясничной области на стороне пораженной почки
- +4. все перечисленные признаки
- 5. ни один из перечисленных признаков

282. Ведущими симптомами при отрыве почки являются все перечисленные, исключая

- +1. макрогематурию со сгустками
- 2. шок
- 3. анурию
- 4. сильные боли
- 5. анемию

283. Экскреторная урография при травме почки имеет целью все перечисленное, кроме

- 1. выявить состояние контралатеральной почки
- 2. исключить наличие сопутствующих заболеваний почек
- 3. установить эктравазацию контраста
- 4. выявить признаки гематомы
- +5. определить подвижность поврежденной почки

284. Из перечисленных методов исследования наиболее информативна при повреждении почки

- 1. УЗИ
- 2. обзорная рентгенография почек и мочевых путей
- 3. экскреторная урография
- 4. ретроградная уретеропиелография
- +5. Компьютерная томография

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

- 1. на 15-й день с момента травмы
- +2. не ранее 8-го дня с момента травмы при двукратном нормальном анализе мочи с суточным промежутком
- 3. на 5-й день после травмы
- 4. с 1-го дня после травмы

286. Нефрэктомия при травме почки показана

- 1. у лиц молодого возраста с нормальной функцией контралатеральной почки
- +2. при отрыве почки от почечной ножки и её размозжении
- 3. у лиц, перенесших тяжелую форму шока
- 4. при большой забрюшинной гематоме

287. При разрыве почки с повреждением чашечно-лоханочной системы органосохраняющую операцию необходимо закончить

- +1. нефростомией
- 2. пиелостомией
- 3. без дренирования лоханки
- 4. интубацией мочеточника
- 5. кольцевым дренированием лоханки

288. У больного после открытой травмы почки возник мочевиный свищ, что связано с ранением

- 1. околопочечной клетчатки
- 2. коркового слоя почки
- +3. мозгового слоя почки и лоханки
- 4. сосудов почки
- 5. фиброзной капсулы почки

289. При комбинированных ранениях почки лечение необходимо начинать с операции

- +1. лапаротомии
- 2. люмботомии
- 3. нефрэктомии
- 4. нефростомии
- 5. ушивания разрыва почки

290. Для экспресс-диагностики закрытой травмы почки следует применить

- 1. обзорную рентгенографию почек и мочевых путей
- +2. экскреторную урографию и ультразвуковое исследование
- 3. радиоизотопную ренографию и брюшную аортографию
- 4. хромоцистоскопию
- 5. правильно 2. и 4.

291. Повреждение мочеточника встречается во всех перечисленных случаях, кроме

- +1. тупой травмы поясничной области
- 2. инструментальных исследований
- 3. попытки извлечения камня петлей
- 4. гинекологических операций

292. Если случайно наложенная лигатура снята с мочеточника через несколько часов после операции, то с целью профилактики рубцового стеноза необходимо произвести

- 1. нефростомию
- 2. пиелостомию
- +3. стентирование мочеточника
- 4. ничего не предпринимать

293. При подозрении на травму почки больного необходимо

- 1. наблюдать амбулаторно ежедневно
- 2. наблюдать амбулаторно через день
- +3. немедленно госпитализировать во всех случаях
- 4. госпитализировать в случае нестабильного артериального давления
- 5. госпитализировать в случае шока

294. Симптомами внутрибрюшной травмы мочевого пузыря являются

- 1. отсутствие в течение длительного времени мочеиспускания и позывов к нему
- 2. определение жидкости в боковых отделах живота
- 3. пальпируемый над лоном переполненный мочевой пузырь
- 4. напряжение мышц передней брюшной стенки, отечность тканей передней брюшной стенки
- +5. правильно 1. и 2.

295. При внебрюшной травме мочевого пузыря обязательными рентгенографическими исследованиями являются

- +1. ретроградная уретроцистография

- 2. уретрография
- 3. цистоскопия
- 4. пневмоцистография
- 5. обзорная урография

296. Симптомами внебрюшинного разрыва мочевого пузыря являются

- 1. наличие рентгеноконтрастной жидкости в брюшной полости при цистографии
- 2. симптом "Ваньки-встаньки"
- +3. пастозность тканей над предстательной железой при пальцевом ректальном исследовании и притупление перкуторного звука в надлобковой области без четких границ
- 4. одномоментное выделение большого количества жидкости (до 2 л и больше) при катетеризации мочевого пузыря

297. При внутрибрюшной травме мочевого пузыря следует применять

- 1. лед на живот
- 2. антибактериальные средства
- 3. постоянный катетер
- 4. дренирование малого таза через запирающее отверстие
- +5. эпицистостомию и лапаротомию

298. Консервативное лечение больных с травмой мочевого пузыря можно осуществлять лишь тогда, когда имеется

- 1. паравезикальная гематома и неполный разрыв мочевого пузыря
- 2. флегмона паравезикальной клетчатки и неполный разрыв мочевого пузыря
- +3. разрыв слизистой оболочки мочевого пузыря
- 4. разрыв внебрюшинной части мочевого пузыря на протяжении 1-2 см
- 5. разрыв внутрибрюшной части мочевого пузыря на протяжении 1-2 см

299. К особенностям перитонита при внутрибрюшной травме мочевого пузыря относится

- 1. резкая выраженность симптомов раздражения брюшины
- 2. тошнота, рвота
- 3. выраженный метеоризм
- 4. высокая температура тела
- +5. длительное отсутствие симптомов раздражения брюшины

300. Предпочтительным видом дренирования мочевого пузыря при его травме является

- 1. самостоятельное мочеиспускание
- 2. постоянный катетер
- 3. катетеризация мочевого пузыря 2-3 раза в сутки
- +4. цистостомия
- 5. установление кольцевого дренажа

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

- 1. в верхнемедиальной части
- +2. в нижнемедиальной части
- 3. в верхнелатеральной части
- 4. в нижнелатеральной части
- 5. в любой из приведенных выше

302. При повреждении (отрыве) сосудов почки не наблюдается

- 1. шок
- 2. анемия
- 3. падение артериального давления
- 4. ухудшение пульса
- +5. гематурия

303. Лечение изолированных инструментальных повреждений почки в основном

- 1. оперативное
- +2. консервативное
- 3. только медикаментозное
- 4. лечения не требует
- 5. требует наложения перкутанной нефростомы

304. Проникающий разрыв уретры - это

- 1. разрыв слизистой оболочки
- 2. разрыв слизистой оболочки и кавернозного тела
- 3. интерстициальный разрыв
- 4. разрыв фиброзной оболочки и кавернозного тела
- +5. разрыв всех слоев уретры на ограниченном участке или по всей окружности

305. Непроницающий разрыв уретры - это

- +1. разрыв слизистой оболочки
- 2. разрыв всех слоев уретры по всей ее окружности
- 3. разрыв всех слоев уретры на ограниченном участке
- 4. только -1. и -3.
- 5. ни один из перечисленных

306. Основными симптомами травм уретры являются

- 1. макрогематурия
- +2. уретроррагия
- 3. задержка мочеиспускания
- 4. гематома над лоном или промежностная гематома
- 5. частое, болезненное мочеиспускание

307. К симптомам, характерным для повреждения висячей и промежностных частей уретры, относятся все перечисленные, кроме

- 1. начальной гематурии
- 2. уретроррагии
- 3. отека и гематомы промежности, задержки мочи
- +4. гематомы таза
- 5. правильно 2. и 3.

308. Диагностическая катетеризация при травме уретры

- 1. целесообразна
- +2. нецелесообразна
- 3. обязательна
- 4. только металлическим катетером
- 5. только эластическим катетером

309. Основным методом диагностики травм уретры является

- 1. экскреторная урография
- 2. нисходящая цистоуретрография
- +3. восходящая уретроцистография
- 4. пневмоцистография
- 5. все перечисленное

310. Характерными признаками травмы уретры на уретрограмме являются

- 1. сдавление уретры без затеков контрастного вещества
- 2. затеки контрастного вещества
- 3. заполнение контрастным веществом только уретры без заполнения мочевого пузыря
- 4. уретро-венозные рефлюксы
- +5. заполнение контрастным веществом только уретры с затеком контрастного вещества

311. Первичный шов уретры показан

- 1. при обширных повреждениях уретры
- 2. при значительном расхождении концов уретры и обширной гематоме
- +3. при полном разрыве уретры, общем удовлетворительном состоянии и отсутствии урогематомы промежности
- 4. то же, что и 3. + множественные переломы костей таза, шок
- 5. при непроникающих разрывах уретры

312. Основным видом лечения при изолированном разрыве уретры является

- 1. цистостомия
- 2. установка постоянного катетера
- 3. цистостомия + дренирование малого таза
- 4. цистостомия + дренирование через промежность урогематомы
- +5. цистостомия + дренирование через промежность урогематомы и проведение по уретре постоянного катетера

313. Основным видом лечения при разрыве уретры и переломах костей таза являются

- 1. первичный шов уретры
- 2. цистостома + дренирование урогематомы таза
- 3. первичный шов уретры + дренирование урогематомы таза
- +4. цистостомия
- 5. постоянный катетер + дренирование урогематомы

314. К ранним осложнениям травмы уретры относятся

- 1. мочевые затеки таза и промежности
- 2. стриктура уретры, мочевые свищи
- 3. флебиты таза и промежности, уросепсис
- 4. кровотечение
- +5. правильно 1. и 4.

315. Основные причины стриктуры уретры

- 1. флебиты таза
- 2. большая кровопотеря
- +3. расхождение концов поврежденной уретры и обширные урогематомы
- 4. позднее выполнение операции
- 5. правильно 2. и 4.

316. Восстановительные операции на уретре при стриктурах целесообразно выполнять после травмы через
- 1. 2 месяца
 - 2. 3 месяца
 - 3. 4 месяца
 - 4. 5 месяцев
 - +5. 6 месяцев
317. К закрытым повреждениям полового члена относятся все перечисленные, исключая
- +1. ампутацию члена
 - 2. ушиб
 - 3. разрыв и ущемление
 - 4. вывих и перелом
318. Характерным признаком ушиба полового члена является
- 1. разрыв белочной оболочки
 - +2. гематома в подкожной клетчатке
 - 3. повреждение кавернозных тел
 - 4. боль при отсутствии гематомы
 - 5. отек крайней плоти
319. Наиболее тяжелым повреждением полового члена является
- 1. вывих
 - 2. отрыв головки
 - 3. перелом
 - 4. правильно 1. и 2.
 - +5. правильно 2. и 3.
320. Характерным признаком повреждения уретры при травме полового члена являются
- 1. рези при мочеиспускании
 - 2. задержка мочи
 - +3. уретроррагия
 - 4. вялая струя мочи
 - 5. характерных признаков нет
321. Диагноз "перелома" полового члена устанавливается на основании
- 1. выяснения обстоятельств травмы
 - 2. ультразвукового исследования
 - 3. уретрографии
 - 4. осмотре полового члена
 - +5. правильно 1. и 4.
322. Лечение "перелома" полового члена предусматривает
- 1. операцию ушивания разрыва белочной оболочки
 - 2. консервативное лечение (холод, гемостатические средства, бромиды)
 - 3. эпицистостомию
 - 4. ушивание дефекта уретры
 - +5. правильно 1. и 2.

323. Показанием к ампутации полового члена при травме его является

- 1. глубокое пересечение кавернозных тел и уретры
- 2. глубокие колото-резаные раны кавернозных тел
- 3. гангрена полового члена
- 4. полное разможнение
- +5. правильно 3. и 4.

324. После ушиба яичка возможно возникновение

- 1. атрофии яичка
- 2. инфаркта яичка
- 3. невралгии
- 4. злокачественного перерождения
- +5. всего перечисленного

325. Правильное название злокачественной опухоли почечной паренхимы эпителиального происхождения

- 1. аденома почки
- 2. гипернефрома
- 3. гипернефроидный рак
- +4. почечно-клеточный рак
- 5. мелкоклеточный рак

326. У больных раком почки наибольшая 5-летняя выживаемость после нефрэктомии наблюдается, если первым клиническим проявлением опухоли было

- 1. температура
- 2. гематурия
- 3. пальпируемая опухоль
- 4. нефункционирующая почка
- +5. случайно выявлена на УЗИ

327. Наиболее распространенной классификацией опухолей почечной паренхимы является классификация

- 1. С.П.Федорова (1923)
- 2. Н.А.Лопаткина и сотр. (1972)
- +3. TNM Международного противоракового союза
- 4. С.Петковича (1956)
- 5. Флокса и Кадецкого (1959)

328. Лимфогенные метастазы рака почки чаще всего встречаются

- 1. в средостении
- +2. в парааортальных и паракавадных лимфоузлах
- 3. в подвздошных лимфоузлах
- 4. в шейных лимфоузлах
- 5. в надключичных лимфоузлах

329. Опухолевые тромбы при раке почки чаще всего наблюдаются

- 1. в почечной артерии
- +2. в почечной и нижней полой вене
- 3. в яичковой вене
- 4. в паравертебральных венах

-5. в тазовых венах

330. Чаще всего первым проявлением опухоли паренхимы почки является

- 1. боль в пояснице
- 2. прощупываемая увеличенная почка
- +3. гематурия
- 4. анемия
- 5. субфебрильная температура

331. При опухолях почки гематурия чаще наблюдается

- 1. инициальная (начальная)
- +2. тотальная
- 3. терминальная (конечная)
- 4. микрогематурия
- 5. гемоглобинурия

332. По современной классификации опухолей почек к стадии T3a относятся

- 1. большая опухоль, деформирующая почку
- 2. опухоль в центральном сегменте почки размером 2|2 см
- +3. опухоль, инфильтрирующая околопочечную клетчатку и/или надпочечник
- 4. большая опухоль, деформирующая чашечки и лоханку
- 5. небольшая опухоль с поражением регионарных лимфоузлов

333. При локализации злокачественной опухоли в одном из полюсов единственной почки следует предпринять

- 1. нефрэктомия
- +2. резекцию почки
- 3. наблюдение за больным
- 4. иссечение опухоли
- 5. эмболизацию сегментарной артерии

334. Наиболее частой опухолью почек у детей в возрасте от 6 месяцев до 5 лет является

- 1. светлоклеточный рак
- 2. тератома
- +3. опухоль Вильмса
- 4. плоскоклеточный рак
- 5. саркома

335. Гистологически опухоль Вильмса состоит из

- 1. эпителиальных клеток
- 2. соединительнотканых клеток
- +3. недифференцированной эмбриональной опухолевой ткани
- 4. хрящевой и мышечной ткани
- 5. из всех вышеперечисленных

336. Папиллярные опухоли мочеточника чаще всего встречаются

- 1. в верхней трети
- +2. в нижней трети
- 3. в средней трети
- 4. одинаково часто в любых отделах мочеточника

-5. в лоханочно-мочеточниковом сегменте

337. При опухоли почечной лоханки чаще всего наблюдается

- 1. боль
- 2. прощупываемая почка
- +3. гематурия
- 4. протеинурия
- 5. субфебрильная температура

338. Рак почечной лоханки позволяет диагностировать

- 1. обзорная рентгенография почек и мочевых путей
- 2. инфузионная урография
- 3. ретроградная уретеропиелография
- 4. сканирование почек
- +5. правильно 2. и 3.

339. К факторам, способствующим возникновению опухоли мочевого пузыря, относятся

- 1. курение
- 2. нарушение иммунной реакции организма
- 3. хронические воспалительные заболевания
- 4. анилиновые красители
- +5. все перечисленное

340. По классификации TNM Международного противоракового союза символ T2a при раке мочевого пузыря означает

- 1. имеется поверхностная инвазия эпителия
- +2. опухоль инфильтрирует поверхностный мышечный слой
- 3. опухоль инфильтрирует глубокий мышечный слой
- 4. опухоль инфильтрирует подэпителиальную соединительную ткань, не распространяясь на мышечную оболочку
- 5. опухоль инфильтрирует все слои пузырной стенки

341. Первый по частоте среди симптомов опухоли мочевого пузыря - это

- 1. гиперпирексия
- 2. дизурия
- 3. боли
- +4. гематурия
- 5. затрудненное мочеиспускание

342. Для уточнения источника гематурии необходимо начинать исследование

- +1. с цистоскопии
- 2. с экскреторной урографии
- 3. с ультразвукового исследования
- 4. с общего анализа мочи
- 5. с радиоизотопного сканирования

343. Трансуретральная электрорезекция показана при следующих стадиях рака мочевого пузыря

- +1. Tis, Ta, T1
- 2. T2
- 3. T3

-4. T4

-5. правильно T1 и T2

344. Курящие страдают раком мочевого пузыря чаще некурящих

-1. в 2 раза

-2. в 3 раза

-3. в 5 раз

-4. в 6 раз

+5. в 7 раз

345. Рак мочевого пузыря чаще локализуется

-1. на левой боковой стенке

-2. на правой боковой стенке

-3. на верхушке

-4. в области шейки

+5. в зоне треугольника Льюто

346. Для клиники опухоли пузыря характерны

-1. боли

-2. гематурия

-3. дизурия

-4. гиперпирексия

+5. правильно 2. и 3.

347. Оперативное лечение рака мочевого пузыря в стадии T3NoMo

-1. трансуретральная электрорезекция

-2. электрокоагуляция

-3. резекция мочевого пузыря

-4. демукузация

+5. цистэктомия

348. Из доброкачественных опухолей уретры у мужчин чаще встречаются

-1. фиброма

+2. остроконечная кондилома

-3. карбункулы

-4. полипы

-5. папилломы

349. У мужчин в возрасте старше 50 лет при профилактическом осмотре обнаруживают аденому предстательной железы в среднем

+1. в 10-15% случаев

-2. в 26-30% случаев

-3. в 31-40% случаев

-4. в 41-50% случаев

-5. более чем в 50% случаев

350. Развитию аденомы предстательной железы способствуют

-1. хронический воспалительный процесс в предстательной железе

+2. гормональные нарушения в организме

-3. наследственность

- 4. вирусная инфекция
- 5. половые излишества

351. Для функции почек и верхних мочевых путей неблагоприятен рост аденоматозных узлов

- 1. субвезикальный
- 2. интравезикальный
- 3. диффузный
- +4. субтригональный
- 5. смешанный

352. Острая задержка мочеиспускания при аденоме предстательной железы наблюдается

- 1. только в I стадии
- 2. только во II стадии
- 3. только в III стадии
- +4. в I и II стадиях
- 5. во всех стадиях

353. Для лечения ДГП в настоящее время чаще всего применяются

- +1. альфа - блокаторы
- 2. фитотерапия
- 3. флюцинон
- 4. блокаторы 5 альфа редуктазы
- 5. омонотерапия

354. Рак в предстательной железе возникает вследствие

- 1. вирусного заболевания
- +2. гормональных нарушений
- 3. хронического воспаления
- 4. аденомы
- 5. экзогенных канцерогенных веществ

355. Рак предстательной железы наблюдается в возрасте после

- 1. 10 лет
- 2. 20 лет
- 3. 30 лет
- 4. 40 лет
- +5. 50 лет

356. При пальцевом ректальном исследовании для рака предстательной железы характерны следующие изменения - предстательная железа

- 1. увеличена за счет одной доли, резко напряжена и болезненна
- 2. увеличена, поверхность ее гладкая, консистенция эластичная, междолевая бороздка сглажена, границы железы четкие, пальпация безболезненная
- +3. плотная, безболезненная, поверхность бугристая
- 4. плотно-эластической консистенции, в одной из ее долей, очаг размягчения
- 5. увеличена, междолевая бороздка сохранена, поверхность неровная, участки размягчения чередуются с участками относительно плотной ткани

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

- 1. осмотр и пальпация наружных половых органов
- 2. пальпация предстательной железы
- 3. цистоскопия
- +4. биопсия предстательной железы
- 5. биопсия костного мозга

358. Для определения распространенности рака предстательной железы необходимы следующие рентгенологические исследования

- 1. лакунарная цистография
- 2. осадочная цистография
- 3. УЗи и КТ органов брюшной и грудной полости
- 4. рентгенография костей таза и легких
- +5. правильно 3. и 4.

359. Самая высокая заболеваемость раком предстательной железы наблюдается

- +1. в США
- 2. во Франции
- 3. в Китае
- 4. в Англии
- 5. в Японии

360. Ранними клиническими признаками рака предстательной железы являются

- 1. задержка мочи
- 2. гематурия
- 3. боли в промежности
- 4. дизурия
- +5. ранние признаки не существуют

361. Основным методом ранней диагностики рака предстательной железы

- 1. исследование гормонального баланса
- 2. пальцевое ректальное исследование предстательной железы
- 3. ПСА
- 4. ультразвуковое исследование простаты с биопсией
- +5. правильно 2. 3. и 4.

362. Чаще всего метастазы при раке предстательной железы обнаруживаются

- 1. в печени
- 2. в легких
- 3. в брюшине
- +4. в костях
- 5. в яичках

363. Для лечения рака простаты из приведенных препаратов антиандрогенами являются

- 1. диэтилstilбестрол
- 2. андрокур
- 3. эстрадурин
- 4. флуцином
- +5. правильно 2. и 4.

364. Радикальная простатэктомия при раке предстательной железы показана в стадии

- 1. T1NoMo
- 2. T2NxMo
- 3. T3NoM1
- 4. T4N1M2
- +5. правильно 1. и 2.

365. К паллиативным операциям, применяемым в поздних стадиях рака предстательной железы, относятся

- 1. троакарная цистостомия
- 2. высокое сечение мочевого пузыря
- 3. трансуретральная электрорезекция
- 4. нефростомия
- +5. все перечисленные

366. Злокачественная раковая опухоль обычно локализуется

- 1. в краниальной части предстательной железы
- 2. в каудальной части предстательной железы
- 3. вблизи семенного бугорка
- +4. по периферии предстательной железы под капсулой
- 5. в центральной зоне, прилежащей к уретре

367. К факторам, способствующим возникновению опухолей яичка, относятся

- 1. половое воздержание или половые излишества, онанизм
- 2. травма органов мошонки
- 3. эпидидимит на почве вирусной инфекции
- 4. крипторхизм
- +5. правильно 2. и 4.

368. К герминогенным опухолям яичка относятся все перечисленные, кроме

- +1. железистого рака и аденокарциномы
- 2. семиномы
- 3. эмбрионального рака
- 4. тератобластомы

369. Для опухоли яичка характерны следующие симптомы

- +1. пальпируемая опухоль в мошонке
- 2. увеличенные паховые лимфоузлы
- 3. увеличенные забрюшинные лимфоузлы
- 4. гемоспермия
- 5. хронический приапизм

370. При несеминомной опухоли яичка применяют следующие операции

- 1. удаление паховых лимфоузлов, перевязку семенного канатика
- 2. удаление забрюшинных лимфоузлов
- 3. эмаскуляцию (удаление мошонки и яичек)
- 4. орхифуникулэпидидимэктомия
- +5. правильно 2. и 4.

371. К химио- и лучевой терапии наиболее чувствительны следующие гистологические формы опухолей яичек

- +1. семинома
- 2. хорионэпителиома
- 3. тератома
- 4. тератобластома
- 5. эмбриональная карцинома

372. У мальчика 5 месяцев диагностирован паховый односторонний крипторхизм. Ему рекомендуется

- 1. ревизия пахового канала
- 2. орхиэктомия
- 3. низведение яичка в мошонку
- 4. консервативное лечение
- +5. наблюдение без лечения

373. У мальчика 6 лет обнаружен односторонний паховый крипторхизм. Ему рекомендуется

- 1. хориогонадотропин, поливитамины
- 2. лечебная физкультура
- +3. низведение яичка или орхиэктомия
- 4. динамическое наблюдение
- 5. оперативное лечение в возрасте 14-16 лет

374. Возникновению рака полового члена способствуют следующие факторы

- 1. хронический уретрит, в том числе трихомонадной этиологии
- 2. применение противозачаточных средств
- 3. хронические воспаления (баланит, баланопостит), фимоз и др.
- 4. вирусная кондилома и лейкоплакия
- +5. правильно 3. и 4.

375. При раке полового члена поражаются метастазами регионарные лимфоузлы

- 1. забрюшинные
- +2. паховые
- 3. тазовые
- 4. медиастинальные
- 5. подмышечные

376. При раке полового члена в зависимости от стадии и локализации применяют

- 1. обрезание крайней плоти
- 2. ампутацию полового члена + операцию Дюкена (паховая лимфаденоэктомия)
- 3. эмаскуляцию (ампутацию мошонки и полового члена)
- 4. операцию Шевассю (забрюшинная лимфаденэктомия)
- +5. все правильно

377. К факторам, вызывающим изменение мочевого системы при беременности, относятся все перечисленные, кроме

- 1. эндокринных
- +2. температурных
- 3. механических
- 4. нейрогуморальных

378. Наиболее щадящим методом диагностики урологической патологии при беременности является

- 1. инструментальный
- 2. радиологический
- 3. рентгенологический
- +4. ультразвуковой
- 5. ядерно-магнитный

379. Показанием к срочному оперативному лечению пиелонефрита беременных является

- 1. олигурия
- 2. высокая лихорадка
- 3. уретерогидронефроз
- 4. хроническая почечная недостаточность
- +5. острый гнойный пиелонефрит

380. Тонус верхних мочевых путей и уродинамика после родов у женщин нормализуется через

- 1. одну неделю
- +2. 2-4 недели
- 3. 2 месяца
- 4. 4 месяца
- 5. 6 месяцев

381. Прерывание беременности показано

- 1. при одиночном камне лоханки почки
- 2. при оксалатурии
- 3. при камне чашечки почки
- 4. при одиночном камне мочеточника (размером 3|3 мм)
- +5. при двусторонних камнях почек и хронической почечной недостаточности

382. Возможны следующие виды повреждений мочеточников при гинекологических операциях

- 1. рассечение
- 2. перевязка
- 3. раздавливание
- 4. удаление терминального отдела
- +5. все перечисленное

383. Операцией выбора на 5-й день после перевязки мочеточника, осложнившегося острым пиелонефритом, является

- 1. снятие лигатуры
- 2. уретероцистоанастомоз
- 3. перкутанная нефростомия
- 4. пиелостомия
- +5. нефростомия открытая

384. При изолированном повреждении мочевого пузыря необходимы

- 1. ушивание дефекта
- 2. цистостомия
- 3. дренирование катетером Фолея
- +4. правильно 1. и 3.
- 5. правильно 1. и 2.

385. При обширном ранении уретры у женщин необходимы

- 1. раздельное ушивание уретры и вагины
- 2. катетер Фолея
- 3. цистостома
- +4. правильно 1. и 3.
- 5. правильно 1. и 2.

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

- +1. экскреторной урографии
- 2. цистографии
- 3. вагинографии
- 4. цистоскопии
- 5. осмотра влагалища в зеркалах

387. Основным симптомом пузырно-влагалищного свища является

- 1. дизурия
- 2. недержание мочи
- 3. недержание мочи
- +4. подтекание мочи во влагалище
- 5. менструация через мочевой пузырь

388. Основным симптомом пузырно-маточного свища является

- 1. дизурия
- 2. недержание мочи
- 3. недержание мочи
- 4. подтекание мочи во влагалище
- +5. менструация через мочевой пузырь

389. Основной метод диагностики уретро-влагалищного свища - это

- 1. экскреторная урография
- 2. цистоскопия
- 3. цистография
- 4. вагинография
- +5. осмотр влагалища в зеркалах

390. Клиническими проявлениями мочеточниково-влагалищного свища являются

- 1. постоянное выделение мочи из влагалища
- 2. недержание мочи
- 3. боли в области почки
- 4. правильно 1. и 2.
- +5. правильно 1. и 3.

391. Показаниями к уретроцистоанастомозу являются

- +1. свищ нижней трети мочеточника при удовлетворительной функции почки
- 2. свищ средней трети мочеточника
- 3. нефункционирующая почка
- 4. микроцистис

392. Операция Боари показана

- +1. при облитерации нижней трети мочеточника
- 2. при наружном свище средней трети мочеточника при удовлетворительной функции почки
- 3. при нефункционирующей почке
- 4. при малой емкости мочевого пузыря

393. Основной этиологический фактор недержания мочи при напряжении

- 1. цисталгия
- 2. цистит
- 3. уретрит
- +4. родовая травма
- 5. вульвовагинит

394. Недержание мочи при напряжении необходимо дифференцировать

- 1. с эктопией мочеточника
- 2. с гипоспадией, эписпадией
- 3. с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря
- +4. со всем перечисленным
- 5. только -1. и -3.

395. Лечебная физкультура при недержании мочи при напряжении направлена на укрепление

- 1. мышц тазового дна и промежности
- 2. сфинктеров мочевого пузыря и прямой кишки
- 3. мышц диафрагмы
- +4. правильно 1. и 2.
- 5. правильно 2. и 3.

396. Операция петлевой пластики при недержании мочи направлена

- 1. на удлинение уретры
- 2. на коррекцию заднего пузырно-уретрального угла
- 3. на уменьшение угла наклона уретры к лобковому симфизу при одновременном приподнимании шейки мочевого пузыря
- 4. на все перечисленное
- +5. только 2. и 3.

397. Подготовка к операции по поводу недержания мочи включает

- 1. комплексное урологическое, гинекологическое и неврологическое обследование
- 2. тщательную подготовку мочеполовых органов и санацию кожи промежности
- 3. подготовку кишечника
- +4. правильно 1. и 2.
- 5. правильно 1. и 3.

398. Монорхизм - это

- +1. односторонняя агенезия яичка
- 2. гонадная агенезия яичка
- 3. односторонний крипторхизм (другое яичко расположено в мошонке)
- 4. односторонний вывих яичка
- 5. гермафродитизм

399. Анорхизм - это

- 1. двустороннее неопущение яичек

- 2. гермафродитизм
- +3. гонадная агенезия
- 4. врожденная гипоплазия яичек
- 5. синдром феминизирующих яичек

400. Истинный гермафродитизм - это

- 1. наличие двойственного строения (по мужскому и женскому типу) наружных половых органов
- +2. развитие элементов яичниковой и яичковой ткани в половых железах с признаками бисексуальности
- 3. гонадная агенезия
- 4. правильно 1. и 3.

401. Ложный гермафродитизм - это

- 1. развитие наружных половых органов по женскому типу при гонадной геноезии
- +2. развитие наружных половых органов по женскому или интерсексуальному типу при наличии яичек
- 3. развитие наружных половых органов по женскому типу при синдроме феминизирующих яичек
- 4. дисгеноезия семенных канальцев (синдром Клайнфельтера)
- 5. правильно 2. и 3.

402. Бесплодие у мужчин может возникать

- 1. при врожденных и хромосомных аномалиях развития половых органов
- 2. при тяжелых инфекционно-токсических воздействиях
- 3. при экзогенных и привычных интоксикациях
- 4. правильно 1. и 2.
- +5. правильно все перечисленное

503. На сперматогенез оказывают влияние следующие факторы

- 1. алиментарный
- 2. магнитное поле земли
- 3. ионизирующее излучение
- 4. правильно 1. и 2.
- +5. правильно 1. и 3.

404. Нарушения сперматогенеза при варикоцеле возникают вследствие

- 1. местного повышения температуры
- 2. гипоксии
- 3. местного понижения температуры
- +4. правильно 1. и 2.
- 5. правильно 2. и 3.

405. Нарушение гемотестикулярного барьера и развитие аутоиммунного бесплодия возникают при

- 1. варикоцеле
- 2. монорхизме
- 3. травме яичка
- 4. правильно 1. и 2.
- +5. правильно 1. и 3.

406. Бесплодие у мужчин бывает

- 1. секреторным

- 2. экскреторным
- 3. инкреторным
- +4. правильно 1. и 2.
- 5. правильно 1. и 3.

407. Брак следует считать бесплодным, если беременность не наступает

- 1. в течение 6-ти месяцев
- +2. в течение 1-го года
- 3. в течение 2-х лет
- 4. в течение 3-х лет
- 5. свыше 3-х лет

408. При обследовании яичек обращают внимание

- 1. на степень их отвисания
- 2. на вес
- +3. на размеры
- 4. на форму
- 5. правильно 2. и 3.

409. Решающее значение для диагностики плодовитости мужчин имеет

- 1. исследование секрета простаты
- 2. определение уровня андрогенов
- +3. спермограмма
- 4. исследование содержимого семенных пузырьков
- 5. правильно 2. и 4.

410. Нижней границей нормы количества сперматозоидов в 1 мл является (по критерию ВОЗ)

- +1. 20 млн
- 2. 40 млн
- 3. 60 млн
- 4. 80 млн
- 5. 100 млн

411. Количество активно подвижных сперматозоидов в эякуляте в норме составляет

- 1. более 20%
- 2. более 30%
- 3. более 40%
- +4. более 50%
- 5. более 60%

412. Количество лейкоцитов в 1 мл эякулята составляет в норме

- +1. до 2 млн
- 2. до 4 млн
- 3. до 6 млн
- 4. до 8 млн
- 5. до 10 млн

413. Некроспермия - это

- 1. отсутствие элементов сперматогенеза в эякуляте
- 2. наличие в эякуляте только клеток сперматогенеза

- +3. наличие в эякуляте только мертвых спермий
- 4. наличие в эякуляте только малоподвижных спермий
- 5. отсутствие сперматозоидов в эякуляте

414. Асперматизм - это

- 1. отсутствие сперматозоидов в эякуляте
- 2. наличие в эякуляте только клеток сперматогенеза
- +3. отсутствие выделения эякулята при половом акте
- 4. правильно 1. и 2.
- 5. правильно 1. и 3.

415. Ретроградная эякуляция

- 1. отсутствие эякулята
- 2. задержка акта эякуляции до 20 минут
- 3. задержка акта эякуляции до 30 минут
- +4. забрасывание эякулята в мочевой пузырь
- 5. правильно 2. и 3.

416. Лечение возрастного андрогенодефицита у мужчин осуществляется

- 1. за счет устранения гиподинамии, повышения физических нагрузок, уменьшения избыточной массы тела
- 2. путем проведения ежегодно 2-3 курсов лечения небольшими дозами андрогенов
- 3. путем проведения нейроседативной и стимулирующей терапии
- 4. правильно 1. и 2.
- +5. все перечисленное

417. При обследовании больных с половыми расстройствами необходимо применение следующих лабораторных методов

- 1. определение гормонального уровня
- 2. исследование спермы
- 3. исследование секрета предстательной железы
- 4. люминесцентно-цитологическое исследование эпителия уретры
- +5. правильно 1. и 3.

418. При стриктуре лоханочно-мочеточникового сегмента и гидронефрозе II стадии при сохранении функции почки больному 40 лет показаны

- 1. нефрэктомия
- 2. пластика лоханочно-мочеточникового сегмента по Фолею
- +3. пластика лоханочно-мочеточникового сегмента по Андерсену - Хайнсу
- 4. нефростомия как первый этап операции
- 5. оперативное лечение не проводить

419. У больного аденома предстательной железы и острая задержка мочеиспускания.

Катетеризация невозможна. Температура тела 37.9° С. Ему целесообразно произвести

- 1. пункцию мочевого пузыря тонкой иглой
- +2. троакарную (пункционную) цистостомию
- 3. операционную цистостомию
- 4. аденомэктомию
- 5. перевести больного в больницу по месту жительства

420. Наиболее часто боли у урологических больных локализуются

- 1. в поясничной области
- 2. в наружном крае прямых мышц
- 3. в надлобковой области
- 4. в промежности
- +5. во всех перечисленных областях

421. Односторонняя макрогематурия у детей является патогномоничным симптомом

- 1. при болезни Верльгофа
- 2. при узелковом периартериите
- 3. при остром гломерулонефрите
- 4. при поликистозе почек
- +5. при опухоли почки

422. При макрогематурии у детей в экстренном порядке необходимо выполнить

- 1. ретроградную пиелографию
- 2. экскреторную урографию
- +3. цистоскопию
- 4. цистоуретерографию
- 5. радиоизотопные методы

423. Наиболее характерным симптомом для камня уретры является

- 1. болезненное мочеиспускание
- +2. острая задержка мочи
- 3. гематурия
- 4. пиурия
- 5. протеинурия

424. Осложнением крипторхизма является

- 1. бесплодие
- +2. малигнизация
- 3. перекрут яичка
- 4. аутоиммунные процессы с повреждением здорового яичка
- 5. все перечисленное

425. Фертильность больных с односторонним крипторхизмом составляет

- 1. 100% за счет здорового яичка
- +2. не превышает 60-65%
- 3. менее 20%
- 4. в большинстве случаев больные инфертильны
- 5. зависит от формы крипторхизма

426. Основным принципом орхиопексии является

- +1. низведение яичка без натяжения его элементов
- 2. надежная фиксация яичка к мясистой оболочке
- 3. пересечение мышцы, поднимающей яичко
- 4. создание условий для постоянной тракции и вытяжения
- 5. все перечисленное

427. Для паховой эктопии яичка характерно

- 1. яичко расположено под кожей и смещается по ходу пахового канала
- +2. яичко расположено под кожей и смещается к бедру
- 3. яичко не пальпируется
- 4. яичко определяется на промежности
- 5. яичко периодически самостоятельно опускается в мошонку

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача №1.

У больного наблюдаются сильные боли в правой поясничной области (иррадиирующие в правую подвздошно-паховую область и яичко) и мочеиспускание мочой красного цвета после физической нагрузки и длительной езды на автомашине.

Предположительный диагноз.

Дифференциальная диагностика (с опухолями почек)

Задача №2.

Мужчина, 26 лет, жалуется на боль в правой половине мошонки, жар. Кожа мошонки гиперемирована, складки сглажены. Придаток яичка резко увеличен, уплотнен, болезненный. Определяется флюктуация.

Диагноз. Лечение.

Задача №3.

Больной 45 лет обратился с жалобами на тупые боли в левой поясничной области, тотальную гематурию. На экскреторной урограмме выявлен дефект наполнения в лоханке левой почки.

Диагноз. Дифференциальный диагноз.

Задача №4.

Мальчик 4 лет, жалуется на болезненное и затрудненное, с натуживанием, мочеиспускание. На ретроградной уретерограмме патологии не выявлено. Детский цистоскоп под наркозом совершенно свободно проведен в мочевого пузыря. Выпущено 150 мл остаточной мочи из мочевого пузыря, но изменений в мочевом пузыре не выявлено. На цистоуретрограмме определили увеличение размеров мочевого пузыря, расширение задней части уретры. Головчатый буж легко проникает в мочевого пузыря, но при его выведении ощущается препятствие на уровне задней части уретры.

Почему инструменты свободно проходят в мочевого пузыря, и есть ли действительно инфравезикальная обструкция? Диагноз? Лечение.

Задача №5.

У молодой женщины через 7 дней после свадьбы и первого в жизни коитуса возникли боли в надлобковой области, учащенное болезненное мочеиспускание. Температура тела нормальная. Определяется болезненность над лоном. В анализе мочи – лейкоциты до 40 в поле зрения.

Диагноз? Показаны ли цистография и цистоскопия? Лечение?

Задача №6.

В клинику поступила женщина, 25-ти лет, в тяжелом состоянии. Трое суток назад ей произведен аборт во внебольничных условиях. После аборта поднялась температура тела до 38, был озноб, выделения из влагалища с неприятным запахом. У больной нет мочи в течение 1,5 суток. Состояние тяжелое. Кожные покровы и видимые слизистые бледной окраски. Язык сухой. АД- 95 мм. РТ. ст. Пульс – 101 в минуту, ритмичный, слабого наполнения. Мочевой пузырь не пальпируется. Введен катетер в мочевой пузырь – мочи не получено. Мочевина сыворотки крови – 26 ммоль, креатинин – 0,65 ммоль/л.

Диагноз? Лечение?

Задача №7.

После удара носком ботинка в область промежности у 18-летнего больного выделились несколько капель крови из уретры. Мочеиспускание затрудненное и болезненное. Обратился в урологический стационар через 1 час после травмы. Состояние удовлетворительное. Живот мягкий. Мочевой пузырь не пальпируется. Кожа промежности сине-черного цвета. АД – 120/80 мм.рт.ст. Анемии нет.

Предполагаемый диагноз. Назовите основной метод диагностики. Лечение. Каковы возможные отдаленные результаты осложнения?

Задача №8.

Мужчина, 23 года, получил удар ногой в область мошонки во время драки. Почувствовал резкую боль в животе, тошноту, наблюдалась рвота. Появились боли в правой половине мошонки. Поступил в больницу через 2 часа после травмы. Состояние удовлетворительное. АД – 110/70 мм. рт. ст. Живот мягкий, симптом Щеткина – Блюмберга отрицательный. В правой половине мошонки определяется опухолевидное образование 7х6х6 см,

тугоэластичной консистенции, болезненное, определяется флюктуация. Кожа мошонки обычной окраски.

Диагноз. Какую тактику лечения вы выберете? Ее обоснование.

Задача №9.

Мужчина 40 лет, получил удар ногой в живот. Поступил в клинику через 2 часа после травмы. Предъявляет жалобы на боли в низу живота, затрудненное мочеиспускание по каплям. Моча с примесью крови. Состояние удовлетворительное. В надлобковой области определяется болезненность, напряжение мышц, перкуторно определяется тупой звук. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

Предположительный диагноз. Какие методы исследования необходимы? Лечение.

Задача №10.

У больной 23 лет, имеются боли в левой подвздошной области. Анализ мочи без патологии. На обзорной урограмме, в проекции малого таза слева, имеется тень 4х6 см. Экскреторная урография не произведена из-за непереносимости контрастного вещества.

Каким образом можно подтвердить наличие камней мочеточника?

Задача №11.

Больной 42 лет жалуется на тупые боли в надлобковой области, терминальную гематурию. При цистоскопии на боковой стенке мочевого пузыря видна опухоль размером 3х3 см, на широком основании, грубо ворсинчатая. Вокруг опухоли отек слизистой.

Диагноз. Какие исследования необходимо провести для уточнения характера опухоли?

Задача №12.

Женщина 45 лет поступила в отделение через сутки от начала заболевания с жалобами на боли в правой поясничной области, озноб. Температура тела 38. Лейкоцитоз – 13000. На обзорной урограмме видна тень в проекции почечного отдела правого мочеточника 9х10 см.

Ваша дальнейшая диагностическая и лечебная тактика?

Задача №13.

Больная 33 лет доставлена в больницу после автомобильной аварии. Состояние тяжелое. Макрогематурия. АД – 100/70 мм.рт.ст. пальпируется припухлость в правой поясничной области. В анализе крови – эритроциты – $4,9 \times 10^9$ в 12/л., гемоглобин – 126 г/л., гематокрит - 32. Через 15 минут после поступления начата экстренная операция. Обнаружен линейный разрыв на передней поверхности почки длиной 2,5 см и околопочечная гематома. Произведена нефрэктомия. Через 24 часа после операции обнаружено, что состояние больной резко ухудшилось: установлена анурия.

Какие диагностические и лечебные ошибки были допущены? Почему возникла анурия?

Задача №14.

Молодой мужчина 6 месяцев назад прощупал у себя в правом яичке небольшой плотный узел. К врачу своевременно не обратился, так как болей не было. Яичко увеличилось в размере, появилась тяжесть в правой половине мошонки, увеличились молочные железы. Травму и воспалительные заболевания яичка, венерические заболевания отрицает. При осмотре выявлена гинекомастия, правое яичко увеличено (7,0x 6,5x5 см), плотное, бугристое, безболезненное. Инфильтрат распространяется на придаток яичка. Рентгеноскопия грудной клетки, экскреторная урография, лимфоаденография патологии не выявили. В моче обнаружено повышенное количество хорионического гонадотропина и α -фетопротеина.

Диагноз и его стадия. Предположительная гистологическая форма. Комплексное лечение.

Задача №15.

Больной 25 лет поступил в урологический стационар 2 дня назад. При поступлении были боли в левой поясничной области с иррадиацией в яичко, учащенное мочеиспускание. После инъекции наркотиков и спазмолитиков боли прошли. Сегодня во время мочеиспускания возникла резкая боль в уретре, струя мочи прервалась.

Предполагаемый диагноз. Лечение.

Задача №16.

У мужчины после переохлаждения появились боли в промежности, заднем проходе, повысилась температура до 38С. Мочеиспускание было болезненным, а затем прекратилось. Над лоном пальпируется увеличенный

мочевой пузырь. При ректальном пальцевом исследовании определяется увеличенная и резко болезненная предстательная железа. Очагов размягчения нет.

Диагноз. Лечение.

Задача №17.

У женщины 47 лет произведена операция – экстирпация прямой кишки по поводу рака. Через сутки больная жалуется на боли в пояснице с обеих сторон, мочеиспускание отсутствует, позывов к нему нет.

О чем следует думать? Необходимые диагностические и лечебные мероприятия.

Задача №18.

Больной предъявляет жалобы на примесь крови в моче. Болей нет. При проведении трехстаканной пробы кровь равномерно окрашивает все порции мочи. При бимануальной пальпации опухоли в малом тазу не определяется. Обнаружены атипичные клетки в моче. На цистограмме имеется дефект наполнения размером 2,5x3,5 см.

При цистоскопии на правой боковой стенке мочевого пузыря обнаружено грубоворсинчатое образование на широком основании, с участками некроза и кровоизлияний. Слизистая мочевого пузыря вокруг образования гиперемирована. При экскреторной урографии выявлена хорошая функция обеих почек с ненарушенным пассажем мочи до мочеточника. На рентгенограмме легких и при УЗИ печени патологии не выявлено.

Диагноз. Лечение. Объем оперативного вмешательства и техника операции.

Задача №19.

На прием к урологу поликлиники явился пожилой мужчина с жалобами на вялую струю мочи в течение 3-х лет, затруднение при мочеиспускании, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря. Днем мочится через 2-2,5 часа, ночные – 3-4 раза. При ректальном пальцевом исследовании обнаружено увеличение предстательной железы, шаровидная форма ее, эластичной консистенции.

Железа безболезненная, междолевая борозда сглажена. Больной при определении урофлоуметрического индекса выделил 180 мл мочи за акт мочеиспускания, длившийся 60 секунд. При УЗИ обнаружено 200 мл остаточной мочи в пузыре. По УЗИ объем железы – 55 см³.

Диагноз. Стадия. Имеются ли показания к операции, если да, то какой ее объем. Укажите методы консервативного лечения при данном заболевании в I стадии.

Задача №20.

Мужчина 23 года, направлен в урологическую клинику терапевтом. Жалуется на периодически возникающие головные боли, снижение остроты зрения. Четыре года назад, во время службы в армии, на медицинской комиссии впервые выявлено повышенное артериальное давление. Лечился в военном госпитале. Артериальное давление поднималось временами до 220/230 мм.рт.ст. Гипотензивные препараты эффекта не оказывали. Состояние удовлетворительное. АД – 200/100 мм.рт.ст. Выслушивается диастолический шум в эпигастральной области. Почки не пальпируются. Анализ мочи без патологии. При почечной ангиографии выявлено сужение в средней и дистальной третях правой почечной артерии в виде «нитки бус».

Диагноз. Патогенез. Лечение.

Задача №21.

Больная 56 лет поступила в урологическое отделение с жалобами на примесь крови в моче, сгустки червеобразной формы, общую слабость, повышение температуры тела, сильные боли в пояснице слева. Боли прошли после отхождения с мочой некротизированного кусочка почечной ткани, который при осмотре напоминает почечный сосочек. Лихорадка и гематурия сохраняются.

Диагноз. Необходимые исследования.

Задача №22.

Больной 75 лет поступил с жалобами на болезненность внизу живота, чувство переполнения в мочевом пузыре, жажду, сухость во рту, бессонницу. Последние 5 лет вынужден 1-2 раза вставать ночью из-за императивного позыва на мочеиспускание. Мочеиспускание с задержкой вначале, затем моча идет вялой тонкой струйкой. Последние 3-4 дня отметил ухудшение состояния, боли внизу живота, мочеиспускание прекратилось. Моча постоянно подтекает из уретры наружу каплями. Мочевина крови 16 ммоль/л.

Диагноз. Лечение.

Задача №23.

Больная 75 лет, поступила в урологическое отделение с жалобами на озноб, сухость во рту, жажду, боли в правой поясничной области. Состояние тяжелое. Температура тела 38,7 С, язык сухой. Пальпируется увеличенная и болезненная правая почка. Положительный симптом Пастернацкого справа. Сахар крови 12,7 ммоль/л. Лейкоцитоз-10000, нейтрофилов – 12%. В анализе мочи лейкоциты до 10 в поле зрения. По данным экскреторной урографии данных за уrolитиаз нет, функция правой почки снижена, левой-удовлетворительная. На ретроградной пиелограмме – ампутация нижней чашечки правой почки, мочеточник проходим на всем протяжении. По УЗИ – гнойно-некротический узел по наружному контуру нижнего полюса почки.

Диагноз. Лечение.

Задача №24.

Во время плановой операции грыжесечения после вскрытия грыжевого мешка выделилось около 50 мл прозрачной желтоватой жидкости а запа-хом мочи. При ревизии оказалось, что вскрыт просвет мочевого пузыря.

1. Почему это произошло?
2. Как закончить операцию?
3. Как избежать подоб-ных осложнений?

Задача №25.

У больного, 16 лет, во время операции левосторонней паховой грыжи оказалось, что левое яичко находится внутри грыжевого мешка.

- 1.К какому типу относится такая грыжа?
2. В чем заключается особенность оперативного вмешательства у данного больного?

Задача №26.

Больной, физически крепкий мужчина 50 лет, внезапно отметил колющие боли в паху справа. Вскоре боли ощущались по всей половине живота и поясничной области справа, приняли необычайно острый, невыносимый характер. Из-за сильных болей то принимал коленно-локтевое положение, то вскакивал, бегал по комнате, стонал, не находил себе места.

Жалуется на рези в мочеиспускательном канале, частые позывы. Покрыт потом, пульс 70 в минуту, температура нормальная. Моча мутная, при лабораторном исследовании – эритроциты до 10 в поле зрения, фосфаты +++++.

Что вызвало сильные боли? Какие исследования необходимы для постановки диагноза? Лечение.

Задача №27.

У двухлетнего мальчика отсутствует яичко в мошонке, правая половина мошонки недоразвита. В паховом канале пальпаторно яичко не обнаружено.

Где еще нужно вести поиски яичка и какие диагностические методы необходимо применить? Объясните разницу между анорхизмом, крипторхизмом и эктопией.

В каком возрасте необходимо выполнять операцию орхопексии и почему. Ее техника.

Задача №28.

Мужчина 32 лет, страдающий врожденным фимозом, обратился в урологическое отделение с жалобами на гнойные выделения из препуциального мешка. После рассечения крайней плоти обнаружено опухолевидное образование на головке полового члена размером 3х3х2,5 см с экзофитным ростом, с участками распада, прорастающее кавернозные тела полового члена. Пальпируются увеличенные и уплотненные паховые лимфоузлы с обеих сторон. Реакция Вассермана отрицательная. Осмотрен венерологом - сифилис исключен. В легких и печени патологии нет.

Диагноз, стадия. Лечение.

Задача №29.

Больной 10 лет поступил через трое суток от начала заболевания с жалобами на боли внизу живота и правой поясничной области. Тошноты и рвоты не было. Общее состояние удовлетворительное. Температура 37,8С, пульс 92'. Обращает внимание вынужденное положение больного на спине с согнутыми в тазобедренном суставе и приведенными к животу правым бедром. Движения в суставах в полном объеме, хромоты нет. При попытке разогнуть бедро возникают сильные боли в поясничной области. Живот мягкий, болезненный в правой подвздошной области при глубокой пальпации, симптом Щеткина – Блюмберга отрицательный. Резко положительный симптом Пастернацкого справа. Симптомы Ровсинга и

Ситковского отрицательные. Дизурических явлений нет, моча не изменена. Лейкоцитов крови $14,3 \times 10^3$. При экскреторной экскурсионной урографии функция почек удовлетворительная, но обнаружена полная неподвижность правой почки на вдохе и выдохе.

Диагноз. Лечение.

ОТВЕТЫ:

Задача №1.

Камень правого мочеточника, осложненный почечной коликой. Дифференциальная диагностика с опухолями почек: УЗИ, КТ, обзорная и экскреторная урография.

Задача №2.

Острый эпидидимит. Показана операция: эпидидимэктомия, эвакуация реактивной водянки яичка с последующей интенсивной антибактериальной терапией.

Задача №3.

Необходимо провести дифференциальную диагностику между камнем почки и папиллярным раком лоханки следующими методами: ретроградная уретеропиелография (при камне – дефект наполнения в лоханке с ровными краями, при раке – ворсинчатое образование, исходящее из стенки лоханки), УЗИ (при камне – эхопозитивное образование с эхонегативной тенью позади камня), КТ с реконструкцией изображения.

Задача №4.

Больной имеет аномалию – клапан задней уретры, проявляющуюся инфравезикальной обструкцией. Ретроградно, при клапанах уретры, инструменты свободно проходят в мочевой пузырь, так как клапаны сдавливаются. Необходимо исследование специальным головчатым бужом: он легко проходит в мочевой пузырь, а при выведении обратно клапан расправляется и буж чувствует препятствие в задней уретре. Показана операция: трансуретральное иссечение клапана или «открытое» трансвезикальное его иссечение.

Задача №5.

Острый дефлорационный цистит. Цистография и цистоскопия противопоказаны. Лечение амбулаторное: антибиотики, фитотерапия, диета, спазмолитики.

Задача №6.

Криминальный септический аборт, острая почечная недостаточность. Лечение в реанимационном отделении: гемодиализ, инфузионная и дезинтоксикационная терапия, лазикс, плазмаферез, антибактериальная терапия и др.

Задача №7.

Разрыв мочеиспускательного канала. Ретроградная уретрография. Экстренная операция – первичный шов уретры (уретро-уретроанастомоз). В отдаленном периоде возможно развитие стриктуры уретры.

Задача №8.

Разрыв правого яичка, гематоцеле. Экстренная операция: ушивание разрыва яичка, эвакуация и дренирование гематомы. При невыполнении операции – консервативной тактике – произойдет рубцовая деформация и склероз яичка с потерей его функции.

Задача №9.

Внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря. Ретроградная цистография с тугим наполнением мочевого пузыря (250-300 мл урографина) в 2-ух проекциях (основной метод), УЗИ, лапароскопия, экстренная операция – нижнее-срединная лапаротомия, ушивание разрыва мочевого пузыря, цистостомия, ревизия, санация и дренирование брюшной полости.

Задача №10.

Рентгенограмма малого таза в прямой и боковой проекции с введенным в мочеточник (при цистоскопии) мочеточниковым катетером. На обоих снимках тень камня должна наложиться на тень катетера.

Задача №11.

Рак мочевого пузыря, предположительно T2-T3. показаны исследования: ретроградная цистография, УЗИ, трансвезикальная биопсия опухоли, исследование атипичных клеток в моче, экскреторная урография для исключения прорастания опухоли и блокады мочеточников.

Задача №12.

У больной камень правого мочеточника, острый обструктивный пиелонефрит. Показана срочная уретеролитотомия с ревизией почки, с последующей интенсивной антибактериальной, инфузионной и дезинтоксикационной терапией.

Задача №13.

Анурия возникла вследствие ошибочного удаления единственной почки. До операции не выполнена инфузионная (или экскреторная) урография, которая позволила бы определить отсутствие единственной почки. Нефрэктомия не была показана при данном виде повреждения – показана органосохраняющая операция: ушивание разрыва почки, нефростомия.

Задача №14.

Злокачественная опухоль яичка в стадии T3N0M0. В связи с повышенным уровнем хорионического гонадотропина следует предполагать, что это хорионэпителиома яичка. Показано комплексное лечение: орхифуникулэктомия справа, операция Шевассю (забрюшинная лимфаденэктомия), лучевая и полихимиотерапия.

Задача №15.

У больного был приступ левосторонней почечной колики, обусловленной камнем левого мочеточника. Камень за 2 дня переместился в мочевой пузырь, а в настоящий момент, во время мочеиспускания застрял в уретре. Необходимо введение бужа или металлического катетера большого диаметра, в результате чего камень сместится в мочевой пузырь. Далее произвести контактную литотрипсию.

Задача №16.

Острый простатит. Лечение консервативное в урологическом стационаре – антибиотики, противовоспалительные средства, физиотерапия. Если однократная катетеризация мочевого пузыря не ликвидирует острую задержку мочеиспускания, выполняется троакарная цистостомия. Цистостома удаляется перед выпиской больного.

Задача №17.

Перевязка обоих мочеточников как техническая ошибка операции, анурия. Диагностика: катетеризация мочевого пузыря, двусторонняя катетеризация мочеточников с двухсторонней уретеропиелографией. Экстренная операция:

перкутанная или открытая двусторонняя нефростомия, через 4-6 месяцев – двусторонняя пластическая операция – уретероцистоанастомоз.

Задача №18.

Рак мочевого пузыря в стадии T3N0M0. показано комплексное лечение: «открытая» резекция мочевого пузыря с опухолью, лучевая и химиотерапия.

Задача №19.

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы 2 стадии. Урофлоуметрический индекс (средняя ОСМ) равен 3 мл/сек. (180:60). Показана операция: трансуретральная резекция простаты. В 1 стадии показано: альфа-адреноблокатор (омник), препарат 2-й линии ингибитор альфа-редуктазы (аводарт).

Задача №20.

Нефрогенная гипертензия, обусловленная фибромускулярным стенозом правой почечной артерии. Этиопатогенез гипертонии: в ответ на ишемию участка почечной паренхимы, клетки ЮГА (юктагломерулярного аппарата) вырабатывают ренин, запускающий каскад реакций, приводящий к повышению АД. Лечение оперативное – пластическая операция на почечных сосудах, в данном случае – резекция стенозированного участка артерии с анастомозом «конец в конец».

Задача №21.

Некротический папиллит (редкая форма острого пиелонефрита). Для подтверждения диагноза показана ретроградная пиелография. Необходимо консервативное лечение острого пиелонефрита в стационарных условиях.

Задача №22.

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы, III стадия. Парадоксальная ишурия. Хроническая почечная недостаточность. Выполнение операции эпицистостомии, лечение ХПН. Радикальная операция вторым этапом через 1 месяц при достижении компенсированной стадии ХПН со снижением уровня мочевины крови.

Задача №23.

Острый гнойный пиелонефрит справа на фоне сахарного диабета, карбункул почки. Срочная операция: люмботомия справа, декапсуляция правой почки,

крестообразное рассечение или конусовидное иссечение карбункула, нефростомия, дренирование забрюшинное пространства.

Задача №24.

Хирургом совершена грубая техническая при скользящей грыжи мочевого пузыря, не диагностированной до операции. Необходимо выполнить надлобковый срединный разрез мочевого пузыря со стороны срединной операционной раны, дренировать мочевой пузырь цистостомой, малый таз – через запирающее отверстие по Буяльскому, произвести пластику пахового канала. Профилактика повреждений мочевого пузыря при герниопластике – опорожнение мочевого пузыря непосредственно перед операцией, своевременная диагностика скользящей грыжи мочевого пузыря (УЗИ, цистография у больного с дизурией при наличии паховой грыжи).

Задача №25.

Врожденная паховая грыжа. Нужно мобилизовать яичко и семенной канатик, не повредив их, сместить яичко в мошонку, выполнить пластику пахового канала.

Задача №26.

Почечная колика, вызванная прохождением по мочеточнику камня. Показаны обзорная урография, УЗИ почек и мочевых путей. Необходимо купирование почечной колики наркотическими и ненаркотическими анальгетиками, спазмолитиками, при необходимости – катетеризация мочеточника.

Задача №27.

Физикально поиски эктопированного яичка ведут на бедре, в надлобковой области. Если его там не обнаруживают, то ведут поиски яичка в забрюшинном пространстве и малом тазу с помощью лапароскопии, УЗИ КТ и радиоизотопной сцинтиграфии с технецием.

Анорхизм – врожденное отсутствие обоих яичек, крипторхизм – задержка яичка в забрюшинном пространстве или паховом канале, эктопия – расположение яичка в тазу, подкожной клетчатке, надлобковой области, паха, бедра. Орхипексия выполняется в возрасте 1,5 – 2 лет, ибо после 2 лет в неопущенном яичке наступают необратимые фиброзно – деструктивные изменения.

Задача №28.

Рак полового члена в стадии T3N0M0. Лечение комплексное: ампутация полового члена, операция Дюкена (удаление паховых и подвздошных регионарных лимфатических узлов), лучевая и химиотерапия.

Задача №29.

Острый гнойный паранефрит. Срочная операция: люмботомия, вскрытие и дренирование абсцесса.

ПРИМЕР ЗАПОЛНЕНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

1. Ф.И.О. Эшмат кызы Айпери
2. Число, месяц, год рождения 10.02.1993
3. Национальность – кыргызка
4. Семейное положение - незамужем
5. Место работы : частный предприниматель
6. Домашний адрес: г. Бишкек, ул. Шакирова 37,23
7. Кем направлен больной: самонаправление
8. Дата поступления 11.03.2018г., 19:00
9. Дата выписки 16.03.2018г., 10:00
10. Проведено койко-дней : 7 к/д

Жалобы. Поступила с жалобами на боли в поясничной области справа, приступообразного характера, тошноту, рвоту, частое мочеиспускание.

История настоящего заболевания.

Больной себя считает в течении 6 часов, когда после физической активности появилась боль в поясничной области справа. Не лечилась. В связи с ухудшением состояния обратилась к дежурному врачу приемного отделения урологии Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики. Дежурный врач госпитализировал в отделение урологии №4 (эндовидеохирургия) для оперативного лечения.

История жизни.

Социально-бытовые условия удовлетворительные. Профессиональных вредностей нет. Работает. Вредных привычек нет. Перенесла ОРВИ и грипп. Инфекционные заболевания отрицает. Аллергический анамнез: Популяция «А».

Месячные с 13 лет, регулярные.

Беременностей не было. Молочные железы без особенностей.

Объективное состояние в настоящее время.

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное, положение активное. Больная удовлетворительного питания.

Кожа и видимые слизистые розовые, чистые, умеренно влажные.

Лимфатические узлы: мягкие, однородной консистенции, при пальпации безболезненные, нормальной величины, между собой и окружающими тканями не спаяны.

Мышечная система развита в соответствии с полом и возрастом.

Костно-суставная система без особенностей. Со стороны эндокринной системы изменений нет.

ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ: Дыхание носом. Грудная клетка нормостенична, симметрична, равномерно участвует в акте дыхания. Деформация грудной клетки отсутствует. Окружность 92 см, тип дыхания смешанный. Дыхание 16 в минуту, нормальной глубины. При пальпации грудная клетка

безболезненна, эластична, голосовое дрожание в норме

Перкуссия:

Высота стояния верхушек:

Верхушка правого легкого: 3 см

Верхушка левого легкого: 4 см

Ширина полей Кренига: 6 см

Нижние границы легких в пределах нормы. Подвижность легочного края по срединно-ключичной линии - 2 см, по средней подмышечной - 5 см, по лопаточной линии - 3 см. При сравнительной перкуссии над всей поверхностью легких выслушивается ясный легочный звук.

При аускультации над всей поверхностью легких выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет.

СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА: При осмотре области сердца видимых изменений не выявлено. Сердечный толчок не определяется.

Верхушечный толчок не пальпируется.

При перкуссии:

Правая граница относительной тупости сердца - 1 см снаружи от правого края грудины,

Левая граница относительной тупости сердца 1 см внутри от срединноключичной линии в пятом межреберье слева,

Верхняя граница - верхний край третьего ребра.

Границы сосудистого пучка в пределах нормы.

При аускультации во всех пяти точках выслушиваются два быстро следующих один за другим тона и две паузы. Тоны сердца ясные, ритмичные. При аускультации артерий и вен никаких изменений не выявлено.

Пульс ритмичный, хорошего наполнения и напряжения, одинаковый на обеих руках. Частота пульса -- 68 ударов в минуту, Дефицита пульса нет.

АД - 110 / 70 мм. рт. ст.

ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ: Слизистая без особенностей. Зев чистый, язык влажный, розовый, налета не отмечается.

Живот мягкий безболезненный по всем топографическим областям.

Край печени не пальпируется. Край селезенки не определяется.

Размеры печени по Курлову:

Между 1 и 2 точками - 9 см

Между 3 и 4 точками - 7 см

Между 4 и 5 точками - 8 см.

Нервная система и органы чувств без особенностей.

Статус локалис.

ОРГАНЫ МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ: Поясничная область симметричная. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный слева, резко положительный справа. Пальпация в области мочевого пузыря безболезненна. НПО развиты по женскому типу, патологических выделений нет, трещин, язвочек не выявлено. Мочеиспускание самостоятельное, учащенное, струя удовлетворительная, Суточный диурез 1000 мл.

План обследования:

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. ЭКГ
4. Рентгенография органов грудной клетки.
5. Протромбированный индекс
6. Сахар крови
7. Кровь на RW
8. Почечные тесты
9. УЗИ почек и органов малого таза.
10. Обзорная и экскреторная урография.

Врач подпись

РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

1. Общий анализ крови:

НЬ – 120 г/л,

ЦП - 0,9,

Эритроциты – $4,2 \times 10^{12}$ /л,

Лейкоциты $5,4 \times 10^9$ /л;

Нейтрофилы:

-палочкоядерные – 5%,

-сегментоядерные – 47%,

-эозинофилы – 8%,

-базофилы – 3%,

-лимфоциты – 30%,

-моноциты - 7%.

Тромбоциты – 300×10^9 /л,

СОЭ – 6 мм/ч,

Гематокрит – 48%

2. Анализ крови на RW - отрицательный

3. Общий анализ мочи:

Количество мочи: - 100 мл

Удельный вес: - 1021

Цвет: соломенно-желтый

Прозрачность: полная

Реакция: слабокислая

Белок: – нет,

Сахар: - нет

Эритроциты: - 10-12-14

Лейкоциты: - 1 - 2 в поле зрения

Цилиндры: - отсутствуют

Слизь отсутствует

4. Протромбиновый индекс - 85%

5. ЭКГ Заключение: ритм синусовый. ЧСС - 68 в мин. Положение изоэлектрической оси сердца в норме. Зубцы без патологических изменений.
6. Глюкоза крови – 5,5ммоль/л
7. Рентгенография органов грудной клетки – органы грудной клетки без особенностей.
8. Почечные тесты: мочевины – 5,7 ммоль /л, остаточный азот – 10,8ммоль/л, креатинин – 92 мкмоль/л.
9. УЗИ почек и органов малого таза. Заключение: уретерогидронефроз справа.
10. Обзорная и экскреторная урография на 10, 45 мин. После мочеиспускания. Функция левой почки удовлетворительная, правой почки замедлена. В н/3 правого мочеточника определяется тень конкремента размером 0,8 на 1,0 см. уретерогидронефроз справа 2 стадии. Хронический калькулезный пиелонефрит.

13.03.2018г. Обоснование клинического диагноза

Больная поступила с жалобами на боли в поясничной области справа, приступообразного характера, тошноту, рвоту, частое мочеиспускание. История настоящего заболевания.

Больной себя считает в течении 6 часов, когда после физической активности появилась боль в поясничной области справа. Не лечилась. В связи с ухудшением состояния обратилась к дежурному врачу приемного отделения урологии Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики. Дежурный врач госпитализировал в отделение урологии №4 (эндовидеохирургия) для оперативного лечения.

Общий анализ мочи:

Количество мочи: - 100 мл

Удельный вес: - 1021

Цвет: соломенно-желтый

Прозрачность: полная

Реакция: слабокислая

Белок: – нет,

Сахар: - нет

Эритроциты: - 10-12-14

Лейкоциты: - 1 - 2 в поле зрения

Цилиндры: - отсутствуют

Слизь отсутствует

УЗИ почек и органов малого таза. Заключение: уретерогидронефроз справа. Обзорная и экскреторная урография на 10, 45 мин. После мочеиспускания. Функция левой почки удовлетворительная, правой почки замедлена. В н/3 правого мочеточника определяется тень конкремента размером 0,8 на 1,0 см. уретерогидронефроз справа 2 стадии.

На основании вышеизложенного выставлен клинический диагноз: МКБ.
Камень н/3 правого мочеточника. Уретерогидронефроз справа 2 стадии.
Хронический калькулезный пиелонефрит.

Планируется операция Уретерореноскопия с контактной литотрипсией н/3
справа со стентированием правой почки.

Анестезия – в/в.

Врач подпись

Показания к операции.

1. Болевой синдром.
2. Наличие конкремента в н/3 правого мочеточника.
3. Уретерогидронефроз справа 2 стадии.
4. Профилактика

Согласие больной получено.

Врач подпись

14.03.2018г. Операция – Уретерореноскопия с контактной литотрипсией н/3
справа со стентированием правой почки.

Начало – 9:00 конец – 10:20

Под в/в анестезией после обработки операционного поля тубус
уретерореноскопа введен в мочевого пузырь, далее после ревизии млечевого
пузыря введен в устье правого мочеточника, при этом на 3см определяется
конкремент темно-коричневого цвета, неправильной формы. Проведена
контактная литотрипсия, конкремент дезинтегрирован до мелких фрагментов
до 3 мм, которые взяты корзиной Дормия и эвакуированы в полость мочевого
пузыря. Далее проведена уретерореноскопия до полости правой почки, при
этом других конкрементов не выявлено. В полость правой почки установлен
стент катетер № 5 по Шарьеру. Тубус удален. В полость мочевого пузыря
установлен уретральный катетер Фоллея № 14, 2-х канальный, шарик надут
8,0 мл раствором фурацилина.

п/о диагноз: тот же

Оперировал: Врач

Операционная мед. сестра

Послеоперационные назначения

С целью снятия болевого синдрома назначены:

- Раствор Промедола 2%- 1,0 в/м при выраженных болях
- Долак 2,0 в/м при болях

С целью антибактериальной терапии:

- Цефтриаксон 1,0 х 1 раза в день в/м, после пробы, учитывая длительность
операции и наличие уретрального катетера.

14.03.2018г. Дежурный врач

Состояние больной удовлетворительное.

Жалобы на умеренные боли в поясничной области справа .

Температура тела - 36,70С.

А/Д 120/80 мм. рт. ст. Пульс - 78 ударов в мин..

Врач

15.03.2018г. Дневник

Состояние больной удовлетворительное.

Жалобы на умеренные боли в поясничной области справа .

Температура тела - 36,70С.

А/Д 120/80 мм. рт. ст. Пульс - 78 ударов в мин.

Удален уретральный катетер, после чего мочеиспускание самостоятельное.

Врач

Выписной эпикриз.

Больная Эшмат кызы Айпери 1993г.р. находилась в отделении урологии №4 Национального госпиталя с 11.03.2018г. по 16.03.2018г. с клиническим диагнозом: МКБ. Камень н/3 правого мочеточника.

Уретерогидронефроз справа 2 стадии. Хронический калькулезный пиелонефрит.

Больная поступила с жалобами на боли в поясничной области справа, приступообразного характера, тошноту, рвоту, частое мочеиспускание.

История настоящего заболевания.

Больной себя считает в течении 6 часов, когда после физической активности появилась боль в поясничной области справа. Не лечилась. В связи с ухудшением состояния обратилась к дежурному врачу приемного отделения урологии Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики. Дежурный врач госпитализировал в отделение урологии №4 (эндовидеохирургия) для оперативного лечения.

Статус локалис.

ОРГАНЫ МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ: Поясничная область симметричная. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный слева, резко положительный справа. Пальпация в области мочевого пузыря безболезненна. НПО развиты по женскому типу, патологических выделений нет, трещин, язвочек не выявлено. Мочеиспускание самостоятельное, учащенное, струя удовлетворительная, Суточный диурез 1000 мл.

Статус локалис: При положении больной на левом боку в перианальной области, на 5-ти часах определяется болезненный инфильтрат, размерами 8 x 9 см, кожа над инфильтратом гиперемирована, в центре инфильтрата – флюктуация. Пальцевое исследование прямой кишки резко болезненное.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

1. Общий анализ крови:

Нв – 120 г/л,

ЦП - 0,9,

Эритроциты – 4,2 x 10¹²/л,

Лейкоциты 5,4 x 10⁹/л;

Нейтрофилы:

- палочкоядерные – 5%,
- сегментоядерные – 47%,
- эозинофилы – 8%,
- базофилы – 3%,
- лимфоциты – 30%,
- моноциты - 7%.

Тромбоциты – 300 х 10⁹/л,

СОЭ – 6 мм/ч,

Гематокрит – 48%

2. Анализ крови на RW - отрицательный

3. Общий анализ мочи:

Количество мочи: - 100 мл

Удельный вес: - 1021

Цвет: соломенно-желтый

Прозрачность: полная

Реакция: слабокислая

Белок: – нет,

Сахар: - нет

Эритроциты: - 10-12-14

Лейкоциты: - 1 - 2 в поле зрения

Цилиндры: - отсутствуют

Слизь отсутствует

4. Протромбиновый индекс - 85%

5. ЭКГ Заключение: ритм синусовый. ЧСС - 68 в мин. Положение изоэлектрической оси сердца в норме. Зубцы без патологических изменений.

6. Глюкоза крови – 5,5ммоль/л

7. Рентгенография органов грудной клетки – органы грудной клетки без особенностей.

8. Почечные тесты: мочевины – 5,7 ммоль /л, остаточный азот – 10,8ммоль/л, креатинин – 92 мкмоль/л.

9. УЗИ почек и органов малого таза. Заключение: уретерогидронефроз справа.

10. Обзорная и экскреторная урография на 10, 45 мин. После мочеиспускания. Функция левой почки удовлетворительная, правой почки замедлена. В н/3 правого мочеточника определяется тень конкремента размером 0,8 на 1,0 см. уретерогидронефроз справа 2 стадии. Хронический калькулезный пиелонефрит. Общий анализ крови:

Лечение:

14.03.2018г. Операция – Уретерореноскопия с контактной литотрипсией н/3 справа со стентированием правой почки под в/в анестезией.

Послеоперационное течение гладкое. Уретральный катетер удален на первые сутки после операции.

Больная в удовлетворительном состоянии выписана домой.

Получила лечение:

- Раствор Промедола 2% - 1,0 в/м №1
- Долак 2,0 в/м №6
- Цефтриаксон 1,0 x 1 раза в день в/м №3

Рекомендовано:

1. Наблюдение уролога по месту жительства.
2. Избегать переохлаждения.
3. Продолжить цефтриаксон 1,0 в/м 1 раз в день еще 4 дня.
4. Явиться через 1 месяц на удаление стента и контрольное обследование.

Врач:

Заведующий отделением: подпись

ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ КУРАЦИИ И ВЕДЕНИЯ БОЛЬНОГО.

1. Теоретическая подготовка к курации больного (ознакомление с тематикой урологического заболевания, страдающего больного).
2. Соблюдение режима и выполнение правил, установленных Национальным Госпиталем при МЗ КР для нахождения ординаторов в стационаре клиники.
3. Распределение пациентов среди ординаторов: один ординатор на двух- трех больных.
4. Установление доверительного контакта с пациентом.
5. Сбор жалоб и анамнеза болезни и жизни больного.
6. Терапевтический осмотр и обследование больного по системам внутренних органов.
7. Осмотр и описание урологического статуса.
8. Постановка предварительного диагноза.
9. Сбор лабораторных данных исследования больного.
10. Проведение дифференциального диагноза урологического заболевания.
11. Постановка клинического диагноза.
12. Определение тактики предполагаемого лечения.
13. Написание дневников, этапного или выписного эпикриза в истории больного.
14. Краткое резюме по этиологии, патогенезу, клинике и лечению урологического заболевания по современным данным литературных источников.
15. Обсуждение истории болезни в группе среди ординаторов и с научно-педагогическим работником кафедры.