

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Мальцев Сергей Сергеевич
Должность: Ректор
Дата подписания: 29.08.2026 15:05:58
Уникальный программный ключ:
1bcb6e8dd25337659310c8c6c08f3bb1f12d77b7

**ЧАСТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ»
(ЧОУВО «СПбМСИ»)**

УТВЕРЖДАЮ

Ректор _____ С.Б. Мальцев

25 июня 2026 г.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

Специальность	<u>31.08.68 Урология</u>
Квалификация	<u>врач-уролог</u>
Форма обучения	<u>очная</u>
Срок освоения ОПОП	<u>2 года</u>
Кафедра	<u>хирургии и урологии им. профессора Б.И. Мирошникова</u>

**Санкт-Петербург
2026 г.**

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

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

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

ГИА обучающихся, освоивших программу ординатуры, осуществляет государственная экзаменационная комиссия.

2. РЕЗУЛЬТАТЫ ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ

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

Универсальные компетенции (УК):

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

Профессиональные компетенции (ПК):

профилактическая деятельность:

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

диагностическая деятельность:

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

лечебная деятельность:

- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании урологической медицинской помощи (ПК-6);

- готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

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

психолого-педагогическая деятельность:

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

организационно-управленческая деятельность:

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

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

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

3. ОПИСАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И КРИТЕРИЕВ ОЦЕНИВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ И ШКАЛ ОЦЕНИВАНИЯ

Таблица 1

Код контролируемой компетенции	Показатели оценивания	Наименование оценочного средства	Шкалы оценивания
УК-1 готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Знать: пациент–ориентированный подход в современной медицине; роль специалистов в сохранении и укреплении здоровья населения Уметь: проводить организацию самостоятельного умственного труда (мышления) и работы с информацией (синтез); применять возможности современных информационных технологий для решения профессиональных задач в области урологии, анализировать медицинскую информацию профессионального урологического содержания, опираясь на всеобъемлющие принципы доказательной	Аттестационные тесты Экзаменационные вопросы Ситуационные задачи	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

		медицины Владеть: нормативной и распорядительной документацией; современными образовательными технологиями		
УК-2 готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	к	Знать: взаимоотношения «врач-пациент», взаимоотношения в коллективе; морально-этические нормы, правила и принципы профессионального врачебного поведения, права пациента и врача, основы современного медицинского законодательства принципы ведения дискуссий в условиях плюрализма мнений и основные способы разрешения конфликтов; основные направления психологии, психологию личности и малых групп Уметь: обеспечивать рабочие отношения с другими членами коллектива; организовать работу младшего и среднего медицинского персонала в медицинских организациях; применять нормы законодательства в конкретных практических ситуациях соблюдать и защищать права врачей и пациентов Владеть: навыками изложения собственной точки зрения, анализа и логического мышления, морально-этической аргументации, ведения дискуссий и круглых столов, принципами	Аттестационные тесты Экзаменационные вопросы Ситуационные задачи	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания
УК-3 готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского	по	Знать: нормативно-правовую базу организации обучения по направлению здравоохранение, психологические основы	Аттестационные тесты Экзаменационные вопросы	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющем функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения	обучения, основные принципы дидактики Уметь: планировать проведение семинарских и практических занятий Владеть: навыками подготовки правильно построенных презентаций для использования в учебном процессе		
ПК-1 готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития	Знать: принципы организации работы отделений профилактики, центров здоровья, формы и методы профилактического консультирования по вопросам медицинской профилактики основных неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни; уровни и методы первичной профилактики, методы диагностики и профилактики инфекционных заболеваний; Уметь: применять нормативно-правовую базу в медицинской профилактике; предпринимать меры профилактики направленные на предупреждения возникновения или распространения, использовать знания по профилактике урологических заболеваний,	Аттестационные тесты Перечень практических навыков Экзаменационные вопросы Ситуационные задачи	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

	использовать различные формы мотивации, обучения, консультирования в области формирования здорового образа жизни и навыков медицинской профилактики Владеть: методами оценки природных и медико-социальных факторов среды в развитии болезней, их коррекции, давать рекомендации по здоровому питанию, мероприятия по формированию здорового образа жизни с учетом возрастно-половых групп и состояния здоровья, навыками проведения гигиенического воспитания в формировании здорового образа жизни населения, самостоятельной разработки программ и проектов популяционной и индивидуальной профилактики		
ПК-2 готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения	Знать: принципы ведения типовой учетно-отчетной медицинской документации, требования и правила получения информированного согласия на диагностические процедуры; правила составления диспансерных групп; основные принципы диспансеризации больных с урологическими заболеваниями Уметь: провести общеклиническое исследование по показаниям, выяснить жалобы пациента, собрать анамнез заболевания и	Аттестационные тесты Перечень практических навыков Экзаменационные вопросы Ситуационные задачи	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

	жизни, заполнить документацию; провести клиническое обследование пациента, сформировать диспансерные группы Владеть: навыками осуществления санитарно-просветительской работы со взрослым населением, направленной на пропаганду здоровья, предупреждение урологических заболеваний, навыками заполнения учетно-отчетной документации, навыками оформления информированного согласия, методами контроля за эффективностью диспансеризации		
ПК-3 готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	Знать: принципы организации противоэпидемических мероприятий в урологических отделениях в случае распространения особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях Уметь: использовать знания по проведению противоэпидемических мероприятий при работе в урологических отделениях. Владеть: методами, обеспечивающими защиту сотрудников и пациентов урологических отделений при распространении особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки и стихийных бедствиях	Аттестационные тесты Перечень практических навыков Экзаменационные вопросы Ситуационные задачи	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания
ПК-4 готовность к	Знать: порядок практического	Аттестационные тесты Перечень	Зачтено / не зачтено

применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	применения социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков с целью анализа рисков и заболеваемости; методы ведения медицинской учетно-отчетной документации в урологических отделениях Уметь: собирать, рассчитывать и анализировать основные показатели здоровья взрослых и подростков; работать с персональными данными пациентов и сведениями Владеть: навыками ведения типовой учетно-отчетной медицинской документации и сбора информации о заболеваемости населения; навыками расчета и анализа статистических показателей, характеризующих состояние здоровья взрослых и подростков при работе в урологических отделениях	практических навыков Экзаменационные вопросы Ситуационные задачи	Пятибалльная шкала оценивания
ПК-5 готовность к определению пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	Знать: современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных с инфекционными и неинфекционными заболеваниями, необходимые для постановки диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.	Аттестационные тесты Перечень практических навыков Экзаменационные вопросы Ситуационные задачи	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

	Уметь: выбирать и использовать в профессиональной деятельности возможности различных методов клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма для своевременной диагностики заболевания и патологических процессов; оформлять медицинскую документацию. Интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов исследования, поставить диагноз согласно Международной классификации болезней на основании данных основных и дополнительных методов исследования. Владеть: методами обследования (расспрос, сбор объективной и субъективной информации) с целью диагностики и дифференциальной диагностики основных клинических синдромов при кожных заболеваниях; алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза пациентам на основании Международной классификации болезней		
ПК-6 готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании урологической медицинской помощи	Знать: основные характеристики лекарственных препаратов, используемых в урологии, показания и противопоказания к их	Аттестационные тесты Перечень практических навыков	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала

	назначению, показания к применению методов лечения с учетом этиотропных и патогенетических факторов; методы лечения заболеваний, согласно установленным стандартам; Уметь: оказывать первую помощь, лечебные мероприятия при наиболее часто встречающихся заболеваниях и состояниях, осуществить выбор и обосновать необходимость применения лекарственных средств. Владеть: алгоритмом выполнения основных врачебных и диагностических и лечебных мероприятий при заболеваниях урологического профиля; оценки тяжести состояния больного: определения объема первой и неотложной помощи и оказания ее; выявления показания к срочной или плановой госпитализации; составления обоснованного плана лечения; выявления возможных осложнений лекарственной терапии; коррекции плана лечения при отсутствии эффекта или развитии осложнений; своевременно выявлять жизнеопасные нарушения	Экзаменационные вопросы Ситуационные задачи	оценивания
ПК-7 готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	Знать: особенности патологии у пострадавших в ЧС, алгоритмы оказания неотложной помощи и сердечно-легочной реанимации. Уметь: оказывать	Аттестационные тесты Перечень практических навыков Экзаменационные	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

	медицинскую помощь пострадавшим в ЧС, в том числе оказывать неотложную помощь и проводить сердечно-легочную реанимацию. Владеть: навыками в организации оказания медицинской помощи в ЧС, навыками оказания неотложной помощи и навыками проведения сердечно-легочной реанимации.	вопросы Ситуационные задачи	
ПК-8 готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации	Знать: основные подходы к рекомендациям и назначению оптимального режима питания, труда, отдыха в зависимости от морфофункционального статуса; определять показания и противопоказания к назначению физиотерапии, рефлексотерапии, фототерапии, гомеопатии и др. средств немедикаментозной терапии при урологических заболеваниях; механизм лечебно-реабилитационного воздействия физиотерапии, рефлексотерапии, фототерапии, гомеопатии и др. средств немедикаментозной терапии; использовать основные курортные факторы при лечении пациентов урологического профиля. Уметь: обосновать выбор физиотерапевтического воздействия, природных лечебных факторов, лекарственной,	Аттестационные тесты Перечень практических навыков Экзаменационные вопросы Ситуационные задачи	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

	немедикаментозной терапии; предпринимать меры профилактики осложнений при физиотерапевтическом лечении; лекарственной, немедикаментозной терапии; разработать оптимальную тактику лечения заболеваний с использованием физиотерапевтических методов, природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии. Владеть: навыками осуществлять реабилитационные мероприятия методами физиотерапии, лекарственной, немедикаментозной терапии использовать в профессиональной деятельности возможности различных методов немедикаментозной терапии с учетом современных подходов к назначению средств		
ПК-9 готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	Знать: основные принципы концепции здорового образа жизни; методики проведения среди населения санитарно-просветительской деятельности; задачи и роль врача-уролога в формировании мотивации у пациентов на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих. Уметь: проводить среди пациентов разъяснительную работу о роли здорового образа жизни в профилактике урологических	Аттестационные тесты Перечень практических навыков Экзаменационные вопросы Ситуационные задачи	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

	заболеваний. Владеть: навыками проведения мероприятий, направленных на формирования у населения принципов здорового образа жизни		
ПК-10 готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	Знать: основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в городских и районных урологических отделениях, и их структурных подразделениях; основы организации профилактики; основы организации медицинской деятельности; Уметь: принимать решения при работе со средним и младшим медицинским персоналом, и иными сотрудниками при работе в урологических отделениях. Владеть: навыками информирования пациентов и их родственников в соответствии с требованиями правил «информированного согласия»; общения с людьми; формирования приказов; формирования планов, принятия решений; владеть показателями, характеризующими состояние здоровья населения и результатами деятельности организаций и подразделений здравоохранения;	Аттестационные тесты Перечень практических навыков Экзаменационные вопросы Ситуационные задачи	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания
ПК-11 готовность к участию в	Знать: принципы сбора и медико-	Аттестационные тесты	Зачтено / не зачтено

оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и детей; основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях, в части, касающейся организации медицинской помощи в учреждениях здравоохранения амбулаторного звена; Уметь: применять методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья; применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях, в части, касающейся организации медицинской помощи в учреждениях здравоохранения амбулаторного звена; Владеть: навыками сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и детей; работы в прикладных программах, используемых для расчетов в лечебно-диагностической и организационно управленческой деятельности в учреждениях здравоохранения амбулаторного звена;	Перечень практических навыков Экзаменационные вопросы Ситуационные задачи	Пятибалльная шкала оценивания
---	---	--	-------------------------------

ПК-12 готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	Знать: принципы организации лечебно-эвакуационных мероприятий в ЧС, порядок организации развертывания и работы учреждений здравоохранения в условиях массового поступления пострадавших в ЧС. Уметь: проводить медицинскую сортировку пострадавших в ЧС, проводить мероприятия по перестройке работы учреждения здравоохранения для приема пострадавших в ЧС. Владеть: навыками проведения медицинской сортировки в ЧС	Аттестационные тесты Перечень практических навыков Экзаменационные вопросы Ситуационные задачи	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания
--	--	--	---

4. КОНТРОЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ

4.1. Практическая подготовка (перечень практических умений и навыков)

1. Базовая сердечно-легочная реанимация взрослых и поддержание проходимости дыхательных путей.

Информация (брифинг) для ординатора: Вы увидели, что человеку стало плохо. Необходимо оказать ему первую помощь в рамках своих умений. На станции есть автоматический наружный дефибриллятор (АНД), однако воспользоваться им Вы сможете только после соответствующей голосовой команды. Сразу после входа на станцию АНД Вам недоступен.

1 сценарий. Полное нарушение проходимости верхних дыхательных путей у пострадавшего, вызванное инородным телом с последующей остановкой дыхания и кровообращения (в оснащении имеется автоматический наружный дефибриллятор; ритм, подлежащий дефибрилляции);

2 сценарий. Остановка дыхания и кровообращения у пострадавшего с их восстановлением после реанимационных мероприятий, сопровождающимся отсутствием сознания (в оснащении имеется автоматический наружный дефибриллятор; ритм, подлежащий дефибрилляции).

1. Сценарий.

Оценочный чек-лист

№ п/п	Действия ординатора	Критерии оценки
1.	Убедился в отсутствии опасности и при необходимости обеспечил безопасные условия для оказания помощи	☐ да ☐ нет
	<i>Приступил к первой помощи пострадавшему с инородным телом верхних дыхательных путей</i>	☐ да ☐ нет
2.	Спросил пострадавшего: «Вы подавились?»	☐ да ☐ нет
3.	Наклонил пострадавшего вперед	☐ да ☐ нет
4.	Нанес 5 ударов основанием своей ладони между лопатками пострадавшего	☐ да ☐ нет
5.	Оценивал факт удаления инородного тела после каждого удара	☐ да ☐ нет
6.	Выполнил 5 надавливаний своим кулаком, накрытым ладонью второй руки, на верхнюю часть живота пострадавшего, обхватив его сзади	☐ да ☐ нет
7.	Оценивал факт удаления инородного тела после каждого надавливания	☐ да ☐ нет
	<i>Определил признаки жизни</i>	☐ да ☐ нет
8.	Осторожно встряхнул пострадавшего за плечи	☐ да ☐ нет
9.	Громко обратился к нему: «Вам нужна помощь?»	☐ да ☐ нет
10.	Освободил грудную клетку пострадавшего от одежды	☐ да ☐ нет
11.	Ладонь одной руки положил на лоб пострадавшего, двумя пальцами другой руки поднял подбородок пострадавшего и запрокинул голову, открывая дыхательные пути	☐ да ☐ нет
12.	Наклонился щекой и ухом ко рту и носу пострадавшего	☐ да ☐ нет
13.	Оценивал наличие нормального дыхания не менее 7 и не более 10 секунд	☐ да ☐ нет

	<i>Вызвал скорую медицинскую помощь по алгоритму:</i>	☐ да ☐ нет
14.	• факт вызова бригады	☐ да ☐ нет
15.	• место (адрес) происшествия	☐ да ☐ нет
16.	• количество пострадавших	☐ да ☐ нет
17.	• пол	☐ да ☐ нет
18.	• примерный возраст	☐ да ☐ нет
19.	• состояние пострадавшего	☐ да ☐ нет
20.	• объём оказываемой помощи	☐ да ☐ нет
	<i>Подготовился к надавливаниям на грудную клетку:</i>	☐ да ☐ нет
21.	Встал на колени сбоку от пострадавшего, лицом к нему	☐ да ☐ нет
22.	Основание ладони одной руки положил на центр грудной клетки пострадавшего	☐ да ☐ нет
23.	Вторую ладонь положил на первую руку, захватив ее в замок	☐ да ☐ нет
	<i>Осуществил надавливания на грудину пострадавшего:</i>	☐ да ☐ нет
24.	Совершал 30 надавливаний подряд	☐ да ☐ нет
25.	Держал руки перпендикулярно плоскости грудины	☐ да ☐ нет
26.	Не сгибал руки в локтях	☐ да ☐ нет
27.	Отсчитывал надавливания вслух	☐ да ☐ нет
	<i>Выполнил вдохи искусственного дыхания:</i>	☐ да ☐ нет
28.	Использовал собственную специальную лицевую маску или лицевую пленку	☐ да ☐ нет
29.	Ладонь одной руки положил на лоб пострадавшего	☐ да ☐ нет
30.	Поднял подбородок пострадавшего двумя пальцами другой руки	☐ да ☐ нет
31.	Запрокинул голову пострадавшего, освобождая дыхательные пути, и сделал свой нормальный вдох	☐ да ☐ нет
32.	Двумя пальцами руки, расположенной на лбу, зажал нос пострадавшего	☐ да ☐ нет
33.	Произвел выдох в дыхательные пути пострадавшего	☐ да ☐ нет
34.	Продолжая поддерживать проходимость дыхательных путей, разжал нос, убрал свои губы ото рта пострадавшего	☐ да ☐ нет
35.	Повторил выдох в дыхательные пути пострадавшего	☐ да ☐ нет
	<i>Применение АНД</i>	☐ да ☐ нет
36.	Включил АНД	☐ да ☐ нет
37.	Правильно наклеил электроды на грудную клетку пострадавшего	☐ да ☐ нет
38.	Не прикасался к пострадавшему во время анализа АНД сердечного ритма	☐ да ☐ нет
39.	Нажал на кнопку «Разряд» по команде АНД	☐ да ☐ нет

40.	Не прикасался к пострадавшему в момент нанесения разряда	☐ да ☐ нет
41.	По команде АНД приступил к надавливаниям на грудную клетку	☐ да ☐ нет
42.	Продолжил проводить СЛР в течение 2-х минут до следующей команды АНД	☐ да ☐ нет
	<i>Показатели тренажера:</i>	☐ да ☐ нет
43.	Адекватная глубина надавливаний (не менее 80%)	☐ да ☐ нет
44.	Адекватное положение рук при надавливании (не менее 80%)	☐ да ☐ нет
45.	Полное расправление грудной клетки после каждого надавливания (не менее 80%)	☐ да ☐ нет
46.	Адекватная частота надавливаний (не менее 80%)	☐ да ☐ нет
47.	Адекватный объём вдохов искусственного дыхания (не менее 80%)	☐ да ☐ нет
	<i>Нерегламентированные и небезопасные действия:</i>	☐ да ☐ нет
48.	Отсутствовали надавливания на грудную клетку	☐ да ☐ нет
49.	Проводилась оценка пульса на сонной артерии без оценки дыхания	☐ да ☐ нет
50.	Проводилась оценка пульса на лучевой и/или других периферических артериях	☐ да ☐ нет
51.	Проводилась оценка неврологического статуса (проверка реакции зрачков на свет)	☐ да ☐ нет
52.	Проводился поиск нерегламентированных приспособлений (платочков, бинтов, зеркала, перышка и т.п.)	☐ да ☐ нет
53.	Проводился сбор анамнеза, поиск медицинской документации	☐ да ☐ нет
54.	Было выбрано неправильное место для нанесения ударов	☐ да ☐ нет
55.	Было выбрано неправильное место для надавливаний на живот	☐ да ☐ нет

2. Сценарий.

Оценочный чек-лист

№п/п	Действия испытуемого	Критерии оценки
1.	Убедился в отсутствии опасности и при необходимости обеспечил безопасные условия для оказания помощи	☐ да ☐ нет
	<i>Определил признаки жизни</i>	☐ да ☐ нет
2.	Осторожно встряхнул пострадавшего за плечи	☐ да ☐ нет
3.	Громко обратился к нему: «Вам нужна помощь?»	☐ да ☐ нет
4.	Освободил грудную клетку пострадавшего от одежды	☐ да ☐ нет
5.	Ладонь одной руки положил на лоб пострадавшего, двумя пальцами другой руки поднял подбородок пострадавшего и запрокинул голову, открывая дыхательные пути	☐ да ☐ нет
6.	Наклонился щекой и ухом ко рту и носу пострадавшего	☐ да ☐ нет
7.	Оценивал наличие нормального дыхания не менее 7 и не более 10 секунд	☐ да ☐ нет
	<i>Вызвал скорую медицинскую помощь по алгоритму:</i>	☐ да ☐ нет
8.	• факт вызова бригады	☐ да ☐ нет
9.	• место (адрес) происшествия	☐ да ☐ нет
10.	• количество пострадавших	☐ да ☐ нет

11.	• пол	☐ да ☐ нет
12.	• примерный возраст	☐ да ☐ нет
13.	• состояние пострадавшего	☐ да ☐ нет
14.	• объём оказываемой помощи	☐ да ☐ нет
	<i>Подготовился к надавливаниям на грудную клетку:</i>	☐ да ☐ нет
15.	Встал на колени сбоку от пострадавшего, лицом к нему	☐ да ☐ нет
16.	Основание ладони одной руки положил на центр грудной клетки пострадавшего	☐ да ☐ нет
17.	Вторую ладонь положил на первую руку, захватив ее в замок	☐ да ☐ нет
	<i>Осуществил надавливания на грудину пострадавшего:</i>	☐ да ☐ нет
18.	Совершал 30 надавливаний подряд	☐ да ☐ нет
19.	Держал руки перпендикулярно плоскости грудины	☐ да ☐ нет
20.	Не сгибал руки в локтях	☐ да ☐ нет
21.	Отсчитывал надавливания вслух	☐ да ☐ нет
	<i>Выполнил вдохи искусственного дыхания:</i>	☐ да ☐ нет
22.	Использовал собственную специальную лицевую маску или лицевую пленку	☐ да ☐ нет
23.	Ладонь одной руки положил на лоб пострадавшего	☐ да ☐ нет
24.	Поднял подбородок пострадавшего двумя пальцами другой руки	☐ да ☐ нет
25.	Запрокинул голову пострадавшего, освобождая дыхательные пути, и сделал свой нормальный вдох	☐ да ☐ нет
26.	Двумя пальцами руки, расположенной на лбу, зажал нос пострадавшего	☐ да ☐ нет
27.	Произвел выдох в дыхательные пути пострадавшего	☐ да ☐ нет
28.	Продолжая поддерживать проходимость дыхательных путей, разжал нос, убрал свои губы ото рта пострадавшего	☐ да ☐ нет
29.	Повторил выдох в дыхательные пути пострадавшего	☐ да ☐ нет
	<i>Применение АНД</i>	☐ да ☐ нет
30.	Включил АНД	☐ да ☐ нет
31.	Правильно наклеил электроды на грудную клетку пострадавшего	☐ да ☐ нет
32.	Не прикасался к пострадавшему во время анализа АНД сердечного ритма	☐ да ☐ нет
33.	Нажал на кнопку «Разряд» по команде АНД	☐ да ☐ нет
34.	Не прикасался к пострадавшему в момент нанесения разряда	☐ да ☐ нет
35.	По команде АНД приступил к надавливаниям на грудную клетку	☐ да ☐ нет
36.	Продолжил проводить СЛР в течение 2-х минут до следующей команды АНД	☐ да ☐ нет
	<i>Показатели тренажера:</i>	☐ да ☐ нет
37.	Адекватная глубина надавливаний (не менее 80%)	☐ да ☐ нет
38.	Адекватное положение рук при надавливании (не менее 80%)	☐ да ☐ нет
39.	Полное расправление грудной клетки после каждого надавливания (не менее 80%)	☐ да ☐ нет
40.	Адекватная частота надавливаний (не менее 80%)	☐ да ☐ нет
41.	Адекватный объём вдохов искусственного дыхания (не менее 80%)	☐ да ☐ нет
	<i>Придание устойчивого бокового положения</i>	☐ да ☐ нет
42.	Осторожно встряхнул пострадавшего за плечи	☐ да ☐ нет
43.	Громко обратился к нему: «Вам нужна помощь?»	☐ да ☐ нет
44.	Ладонь одной руки положил на лоб пострадавшего	☐ да ☐ нет
45.	Поднял подбородок пострадавшего двумя пальцами другой руки	☐ да ☐ нет
46.	Запрокинул голову, открывая дыхательные пути	☐ да ☐ нет
47.	Наклонился щекой и ухом ко рту и носу пострадавшего	☐ да ☐ нет

48.	Оценил наличие нормального дыхания в течение не менее 7 и не более 10 секунд	☐ да ☐ нет
49.	Расположил ближнюю руку пострадавшего под прямым углом к его телу	☐ да ☐ нет
50.	Дальнюю руку пострадавшего приложил тыльной стороной ладони к противоположной щеке пострадавшего	☐ да ☐ нет
51.	Согнул дальнюю от себя ногу пострадавшего в колене поставил её с опорой на стопу	☐ да ☐ нет
52.	Повернул пострадавшего на себя, надавив на колено согнутой ноги	☐ да ☐ нет
53.	Подтянул ногу, лежащую сверху, ближе к животу	☐ да ☐ нет
54.	Слегка запрокинул голову пострадавшего для открытия дыхательных путей	☐ да ☐ нет
55.	Проверил признаки дыхания у пострадавшего	☐ да ☐ нет
	<i>Нерегламентированные и небезопасные действия:</i>	☐ да ☐ нет
56.	Отсутствовали надавливания на грудную клетку	☐ да ☐ нет
57.	Проводилась оценка пульса на сонной артерии без оценки дыхания	☐ да ☐ нет
58.	Проводилась оценка пульса на лучевой и/или других периферических артериях	☐ да ☐ нет
59.	Проводилась оценка неврологического статуса (проверка реакции зрачков на свет)	☐ да ☐ нет
60.	Проводился поиск нерегламентированных приспособлений (платочков, бинтов, зеркальца, пёрышка и т.п.)	☐ да ☐ нет
61.	Проводился сбор анамнеза, поиск медицинской документации	☐ да ☐ нет
62.	Повернул пострадавшего «от себя»	☐ да ☐ нет
63.	Нарушил последовательность придания устойчивого бокового положения	☐ да ☐ нет
64.	Отсутствовала проверка дыхания после придания устойчивого бокового положения	☐ да ☐ нет

2. Чрескожная пункция чашечно-лоханочной системы почки под ультразвуковым контролем

Информация (брифинг) для ординатора. Вы – врач урологического отделения многопрофильной больницы. К вам поступил пациент с острым обструктивным пиелонефритом, попытки установить катетер-стент были безуспешны, либо имеются противопоказания для установки катетера-стента. Вам необходимо подготовить необходимое оборудование и выполнить пункцию ЧЛС под контролем ультразвукового исследования. Все необходимое для выполнения манипуляции вы найдете внутри станции.

Сценарий. Проведение пункции ЧЛС под ультразвуковым контролем при острой или хронической обструкции верхних мочевых путей при противопоказании выполнить ретроградное дренирование верхних мочевых путей.

Оценочный Чек-лист.

№ п/п	Действия ординатора	Критерии оценки
1.	Сформулировал объем помощи	☐ да ☐ нет
2.	Надел медицинскую маску и шапочку	☐ да ☐ нет

3.	Проверил наличие контейнеров для отходов класса «А» и «Б»	☐ да ☐ нет
4.	Обработал руки хирургическим способом	☐ да ☐ нет
5.	Надел перчатки	☐ да ☐ нет
6.	Проверил все необходимое на стерильном столе	☐ да ☐ нет
7.	Обработал поясничную область растворами антисептиков	☐ да ☐ нет
8.	Воспользовался УЗ-аппаратом для определения места пункции и направления пункционной иглы, отсутствия дополнительных образований и органов в месте пункции	☐ да ☐ нет
9.	Выполнил местную анестезию на всем пути прокола до почки	☐ да ☐ нет
10.	Провел пункцию ЧЛС иглой под контролем УЗИ	☐ да ☐ нет
11.	Убедился, что игла в ЧЛС при помощи УЗИ	☐ да ☐ нет
12.	Убедился, что по игле выделяется жидкость	☐ да ☐ нет
13.	Удалил иглу из ЧЛС	☐ да ☐ нет
14.	Наложил повязку	☐ да ☐ нет
15.	. Утилизировал марлевые салфетки в закрепленный пакет для отходов класса «Б»	☐ да ☐ нет
16.	Утилизировал наконечник от иглы в закрепленный пакет для отходов класса «А»	☐ да ☐ нет
17.	Утилизировал иглу в непрокалываемый контейнер класса «Б»	☐ да ☐ нет
18.	Утилизировал шприц в закрепленный пакет для отходов класса «Б»	☐ да ☐ нет
19.	Утилизировал иглу в непрокалываемый контейнер для отходов класса «Б»	☐ да ☐ нет
20.	Снял перчатки, не касаясь голыми руками наружной поверхности перчаток	☐ да ☐ нет
21.	Утилизировал перчатки в закрепленный пакет для отходов класса «Б»	☐ да ☐ нет
22.	Обработал руки гигиеническим способом	☐ да ☐ нет

3. Наложение интракорпорального эндоскопического шва

Информация (брифинг) для ординатора: Вы – врач урологического отделения многопрофильной больницы. Во время экстренной лапароскопической операции, по поводу острого аппендицита, хирург заметил повреждение мочевого пузыря. Вы вызваны в операционную для ушивания дефекта стенки мочевого пузыря. Вам нужно подготовить необходимое оборудование и провести устранение дефекта. Все необходимое для выполнения манипуляции вы найдете внутри станции.

Сценарий: Повреждение мочевого пузыря. Ушивание дефекта мочевого пузыря простым узловым швом.

Оценочный Чек-лист.

№ п/п	Действия ординатора	Критерии оценки
1.	Надел перчатки	☐ да ☐ нет
2.	Верно сформулировал диагноз, объем помощи и вид накладываемого шва (двухрядный шов)	☐ да ☐ нет
3.	Выбрал два эндохирургических иглодержателя	☐ да ☐ нет
4.	Выбрал ножницы эндохирургические Метценбаум (1 шт.)	☐ да ☐ нет
5.	Подготовил ножницы Купера	☐ да ☐ нет
6.	Выбрал плетёную рассасывающуюся нить 75 см / 2-0 на атравматической колющей игле 26 мм, 1/2	☐ да ☐ нет
7.	Укоротил нить до длины 15-20 см при помощи ножниц Купера	☐ да ☐ нет
8.	Захватил шовный материал субдоминантным иглодержателем за нить	☐ да ☐ нет
9.	Ввел оба иглодержателя в эндобокс, контролируя их появление на мониторе	☐ да ☐ нет
10.	Осуществил захват иглы между её средней и проксимальной третями; между средней и дистальной третями бранш иглодержателя	☐ да ☐ нет
11.	Фиксировал ткани субдоминантным иглодержателем при прошивании	☐ да ☐ нет
12.	Вкол и выкол совершил по меткам (отклонение не более 1 мм)	☐ да ☐ нет
13.	Выполнил прошивание вращательным движением	☐ да ☐ нет
14.	Фиксировал ткани субдоминантным иглодержателем при протягивании нити	☐ да ☐ нет
15.	Верно сформировал первую петлю (двойная)	☐ да ☐ нет
16.	Осуществил затягивание первой петли – длинный конец нити оттянут в направлении порта, короткий конец нити фиксирован субдоминантным иглодержателем	☐ да ☐ нет
17.	Верно сформировал вторую петлю (одинарная)	☐ да ☐ нет
18.	Осуществил затягивание второй петли – длинный конец нити оттянут в направлении порта, короткий конец нити фиксирован субдоминантным иглодержателем	☐ да ☐ нет
19.	Верно сформировал третью петлю (одинарная)	☐ да ☐ нет
20.	Осуществил затягивание третьей петли – длинный конец нити оттянут в направлении порта, короткий конец нити фиксирован субдоминантным иглодержателем	☐ да ☐ нет
21.	Все петли разнонаправленные	☐ да ☐ нет
22.	Срезал длинный конец нити, визуализируя оба лезвия, оставив конец 0,5 см	☐ да ☐ нет
23.	Утилизировал нити с иглой в непрокалываемый контейнер для отходов класса «Б»	☐ да ☐ нет
24.	Срезал короткий конец нити, визуализируя оба лезвия, оставив конец 0,5 см.	☐ да ☐ нет
25.	Утилизировал нити в закрепленный пакет для отходов класса «Б»	☐ да ☐ нет

26.	Вытащил инструменты из эндобокса и положил на стол	☐ да ☐ нет
27.	Снял перчатки, не касаясь голыми руками наружной поверхности перчаток	☐ да ☐ нет
28.	Утилизировал перчатки в закрепленный пакет для отходов класса «Б»	☐ да ☐ нет
29.	Края раны сопоставлены	☐ да ☐ нет
30.	Нити прорезались	☐ да ☐ нет
31.	Оторвал дренаж от подставки	☐ да ☐ нет
32.	Все узлы затянуты, количество полуузлов в узловом шве – не менее трех	☐ да ☐ нет

4.2. Аттестационные тесты.

1. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОСЛЕ ПЛАСТИКИ ЛУКОВИЧНОГО ОТДЕЛА УРЕТРЫ В ОТДАЛЕННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ЯВЛЯЕТСЯ
 - эректильная дисфункция
 - стрессовое недержание мочи
 - уросепсис
 - *постмикционный дриблинг

2. ПРИ ПРОТЯЖЕННЫХ СТРИКТУРАХ УРЕТРЫ СЛЕДУЕТ ИЗБЕГАТЬ _____ УРЕТРОПЛАСТИКИ
 - двухэтапной
 - *анастомотической
 - вентральной буккальной
 - дорсальной буккальной

3. ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ УРЕТРОПЛАСТИКА НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАНА ПРИ _____ УРЕТРЫ
 - коротких стриктурах мембранозного отдела
 - коротких стриктурах луковичного отдела
 - *протяженных и рецидивных стриктурах передней
 - коротких стриктурах простатического отдела

4. ПРИ ЦИСТИТАХ НЕ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНЯТЬ фитотерапию
 - *лучевую терапию
 - местное лечение
 - медикаментозное лечение

5. «ПЕНИСТЫЕ КЛЕТКИ» ВЫЯВЛЯЮТ ГИСТОЛОГИЧЕСКИ ПРИ _____ ПИЕЛОНЕФРИТЕ
 - вторичном
 - *ксантогранулематозном
 - эмфизематозном
 - первичном

6. ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА С ПОТЯСАЮЩИМ ОЗНОБОМ У БОЛЬНОГО С КАМНЕМ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ПРАВОГО МОЧЕТОЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ
 - *острого пиелонефрита
 - острого простатита
 - разрыва мочеточника
 - перитонита

7. ПРИ ОСТРОМ НЕОСЛОЖНЕННОМ ЦИСТИТЕ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН ВОЗБУДИТЕЛЕМ В ОСНОВНОМ ЯВЛЯЕТСЯ *Pseudomonas aeruginosa*

фекальный стрептококк
*кишечная палочка
вульгарный протей

8. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ОСТРОГО ЦИСТИТА ХАРАКТЕРНА

дизурия с лихорадкой
*лейкоцитурия и гематурия
ночная поллакиурия
боль в поясничной области

9. ПРИ ПАРАНЕФРАЛЬНОМ АБСЦЕССЕ ОПРАВДААННОЙ ТАКТИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ СЧИТАЮТ

эндоуретеральное дренирование почки в сочетании с антибактериальной терапией
перкутанную нефростомию на фоне антибактериальной терапии
только антибактериальную терапию внутривенно
*ретроперитонеальное дренирование абсцесса с антибактериальной терапией

10. ОСЛОЖНЕНИЕМ ОСТРОГО ЦИСТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

*необструктивный пиелонефрит
вторичный пиелонефрит
почечная недостаточность
задержка мочи

11. В ОСНОВЕ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ ЛЕЖИТ

нарушение фильтрационной способности почки
нарушение выделительной функции почек
*острое нарушение оттока мочи из верхних мочевых путей
хронический пиелонефрит

12. ТЯЖЕСТЬ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧКИ ЗАВИСИТ ОТ

возраста больного
состояния почки в момент травмы
веса больного
*ударной силы ранящего предмета

13. ХАРАКТЕРИСТИКОЙ ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКИ МОЧЕИСПУСКАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

отсутствие мочи в мочевом пузыре при его катетеризации
*невозможность самостоятельного опорожнения мочевого пузыря *
отсутствие выделения мочи почками
отсутствие самостоятельного мочеиспускания в горизонтальном положении

14. ДЛЯ КОНТАКТНОЙ УРЕТЕРОЛИТОТРИПСИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

лапароскоп
цистоскоп
*уретерореноскоп
резектоскоп

15. ПРИ КАМНЕ ЛОХАНКИ ПОЧКИ 11×15 ММ БЕЗ НАРУШЕНИЯ УРОДИНАМИКИ РАЦИОНАЛЬНЕЕ ВСЕГО НАЗНАЧИТЬ

- цитратную терапию
- перкутанную нефролитолапаксию
- *дистанционную ударно-волновую литотрипсию
- Пиелолитотомию

16. ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ ЧАЩЕ ВСЕГО ИНФИЦИРОВАТЬ ОРГАНИЗМ МОЖЕТ

- Klebsiella oxytoca
- Pseudomonas aeruginosa
- *Staphylococcus epidermidis
- Proteus mirabilis

17. ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ ГИПЕРКАЛЬЦИУРИИ НЕОБХОДИМО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- оксид магния
- *тиазидные диуретики
- фосфат целлюлозы
- аллопуринол

18. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ СПЕЦИАЛЬНОЙ МЕТАФИЛАКТИКИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- камень, образованный в связи с погрешностью в диете
- *частое рецидивирование камней
- впервые возникший камень почки
- одиночный камень почки

19. БОЛЬ В ПОЛОВОМ ЧЛЕНЕ ВНЕ ЭРЕКЦИИ СВЯЗАНА С

- *воспалением в мочевом пузыре или уретре
- гидроцеле
- приапизмом
- камнем в нижней трети мочеочника

20. ЛОСКУТ МАККАНИЧА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ _____ ЛОСКУТОМ

- лучевым кожнофасциальным
- буккальным миофасциальным
- пеноскротальным циркулярным кожнофасциальным
- *пенильным циркулярным кожнофасциальным

21. ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ПРОТЯЖЕННОЙ СТРИКТУРЫ УРЕТРЫ, НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- уретроскопия
- уретрография
- *антеградная пиелоуретерография
- ультразвуковое исследование уретры

22. УРОДИНАМИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКОЙ ГИПЕРАКТИВНОСТИ ДЕТРУЗОРА ЯВЛЯЕТСЯ

повышение давления детрузора после мочеиспускания
*повышение давления детрузора при наполнении
императивное недержание мочи
стабильное давление детрузора

23. ГЛАВНЫМ СИМПТОМОМ ГИПЕРАКТИВНОСТИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ СЧИТАЮТ

*императивный позыв к мочеиспусканию
задержка «старта» мочеиспускания
ночная полиурия
затрудненное мочеиспускание

24. ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА В6 В ПИЩЕ СПОСОБСТВУЕТ ОБРАЗОВАНИЮ

цистиновых камней
*оксалатов
уратов
фосфатов

25. ПРИ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКЕ БОЛЬНОЙ

неподвижно лежит на спине
находится в вертикальном положении
лежит на боку
*беспрерывно меняет положение тела

26. К ИНФЕКЦИОННОМУ ТИПУ КАМНЕЙ ОТНОСЯТ

ксантин, цистин
*карбонатапатит
мочевой кислоты дигидрат
вевеллит, ведделлит

27. К ЗАБОЛЕВАНИЯМ, СВЯЗАННЫМ С РАЗВИТИЕМ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ОТНОСЯТ

синдром тубулярной эктазии
цистинурию (типы А, В, АВ)
*саркоидоз
почечный канальцевый ацидоз 1 типа

28. ПРИЧИНОЙ КИШЕЧНОЙ ГИПЕРОКСАЛУРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

нарушение реабсорбции кальция и фосфора
*образование комплексов кальций + жирные кислоты у больных с гастроинтестинальными нарушениями
повышенное всасывание кальция и фосфора из желудочно-кишечного тракта
нарушение метаболизма кости под действием паратгормона

29. К ЭКЗОГЕННЫМ ФАКТОРАМ НЕФРОЛИТИАЗА НЕ ОТНОСЯТ

*хронические заболевания желудочно-кишечного тракта
особенности питания
изменения состава питьевой воды

климатические условия

30. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ ЗОНА

- переходная
- центральная
- фибромускулярная
- *периферическая

31. КРИТЕРИЕМ БИОХИМИЧЕСКОГО РЕЦИДИВА ПОСЛЕ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ РАКА ПРОСТАТЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- ПСА более 4 нг/мл
- ПСА более 1 нг/мл в 2 последовательных анализах
- *повышение ПСА более 2 нг/мл относительно надира
- нарастание ПСА более чем на 0,2 нг/мл за 3 месяца

32. РАК ПРОСТАТЫ, ВЫЯВЛЕННЫЙ В 9 БИОПТАТАХ ИЗ 12, С ОТСУТСТВИЕМ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ НА УЗИ И МРТ ОТНОСИТСЯ К _____ СТАДИИ

- T2b
- T1b
- T2a
- *T1c

33. ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ПОЧЕК И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА ЯВЛЯЕТСЯ

- *клаустрофобия
- электронный имплантат среднего уха
- кардиостимулятор
- металлическая клипса на сосуде

34. В ПЕРЕЧЕНЬ ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ПРИ РАКЕ ПРОСТАТЫ НЕ ВХОДИТ

- анализ крови на ПСА
- пальцевое ректальное исследование
- УЗИ
- *МРТ малого таза

35. БОЛЬНОМУ С ПИОНЕФРОЗОМ СПРАВА И КОРАЛЛОВИДНЫМ КАМНЕМ СЛЕВА РЕКОМЕНДОВАНО ПРОВЕДЕНИЕ

- консервативной терапии
- *нефрэктомии справа
- ударно-волновой литотрипсии слева
- пиелолитотомии и нефростомии слева одномоментно

36. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПРИЧИНАМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СТРИКТУР МОЧЕТОЧНИКА У МУЖЧИНЫ ОТНОСЯТ

- воспалительные заболевания

врожденные заболевания
онкологические заболевания
*эндоскопические вмешательства

37. ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ РАНЕНИИ ПОЧКИ ЛЕЧЕНИЕ НЕОБХОДИМО НАЧИНАТЬ С

*лапаротомии
нефрэктомии
нефростомии
люмботомии

38. ПОСТРЕНАЛЬНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПОЧЕЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

острый гломерулонефрит
миокардит
сепсис
*мочекаменная болезнь

39. ОРГАНОСОХРАНЯЮЩАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ ТРАВМЕ ПОЧКИ НЕ ПОКАЗАНА ПРИ _____ ПОЧКИ

повреждении нижнего сегмента
повреждении верхнего сегмента
субкапсулярном разрыве
*размозжении

40. ПРИ КОМБИНИРОВАННЫХ РАНЕНИЯХ ПОЧКИ ЛЕЧЕНИЕ НЕОБХОДИМО НАЧАТЬ С

люмботомии
*лапаротомии
нефростомии
нефрэктомии

41. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АНОМАЛИЙ МОЧЕТОЧНИКА ЗАВИСЯТ ОТ

*степени нарушения уродинамики
роста пациента
пола пациента
возраста пациента

42. К АНОМАЛИЯМ ПОЧЕЧНЫХ СОСУДОВ ОТНОСИТСЯ

аневризма аорты
отсутствие почечной артерии
*добавочная почечная артерия
отсутствие почечной вены

43. ЗАКОН ВЕЙГЕРТА – МЕЙЕРА ДЕЙСТВУЕТ ПРИ

расщеплении мочеточника
удвоении лоханки

неполном удвоении почки
*полном удвоении мочеточника

44. К АНОМАЛИИ ПОЛОЖЕНИЯ МОЧЕТОЧНИКА ОТНОСИТСЯ

мегауретер
*ретрокавальный мочеточник
уретроцеле
кольцевидный мочеточник

45. ПРИ АНОМАЛИЯХ РАЗВИТИЯ ПОЧЕК И МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ОСЛОЖНЕНИЕ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ СВЯЗАНО В ОСНОВНОМ С

изменением pH мочи
повышением венозного давления в почках
*развитием уростаза и нарушением уродинамики
изменением химического состава мочи

46. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРОЭРЕКТОГЕННОГО ДЕЙСТВИЯ УДЕНАФИЛА 100 МГ СОСТАВЛЯЕТ (В ЧАСАХ)

12
36
6
*24

47. К СЕЛЕКТИВНЫМ ИНГИБИТОРАМ ОБРАТНОГО ЗАХВАТА СЕРОТОНИНА, ПРЕДНАЗНАЧЕННЫМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО СЕМЯИЗВЕРЖЕНИЯ, ОТНОСЯТ

флуоксетин
пароксетин
сертралин
*дапоксетин

48. ПРИ РАЗВИТИИ ГАНГРЕНЫ ГОЛОВКИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА НЕОБХОДИМО ПРИБЕГНУТЬ К

применению антиагрегантов
выполнению тугого бинтования полового члена
*ампутации головки полового члена
КВЧ-терапии головки полового члена

49. ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРОСТАТЫ ЯВЛЯЕТСЯ

размер гиперплазированной простаты
уровень простатического специфического антигена
возраст пациента
*степень нарушения мочеиспускания

50. ПРИ РАКЕ ПРОСТАТЫ ПОСЛЕ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВОЗНИКАЮЩИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

кровотечение из крупных сосудов
*формирование свищей
лимфоцеле
обострение хронического простатита

51. БОЛЬНОМУ ПРИ РАКЕ ПАРЕНХИМЫ ПОЧКИ T2-3NXM0 РЕКОМЕНДУЮТ
нефростомию
предоперационную лучевую терапию
предоперационную полихимиотерапию
*нефрэктомия

52. ПРИ ВЫСОКОМ РИСКЕ РЕЦИДИВА РАКА ПОЧКИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ НЕФРЭКТОМИИ ДЛЯ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТАМИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

*КТ грудной клетки + КТ брюшной полости
КТ грудной клетки + УЗИ брюшной полости
рентген грудной клетки + КТ брюшной полости
рентген грудной клетки + УЗИ брюшной полости

53. ОПТИМАЛЬНАЯ ТАКТИКА ПРИ РЕКТОРРАГИИ ПОСЛЕ БИОПСИИ ПРОСТАТЫ ВКЛЮЧАЕТ

наблюдение, оценку цвета мочи
*установку тампона в ампулу прямой кишки
установку трехходового катетера
холод на низ живота

54. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ КОНТРОЛЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДИК ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ _____ - КОНТРОЛЬ

МР
*УЗ
КТ
Rg

55. ОДНИМ ИЗ КРИТЕРИЕВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ РАЗМЕР ВЫПЛАТ ПО ЛИСТКУ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ

возраст работника
уровень образования
наличие наград у работника
*страховой стаж

56. РАЗМЕР ВЫПЛАТ ПО ЛИСТКУ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ СТРАХОВОМ СТАЖЕ РАБОТНИКА БОЛЕЕ 8 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ _____ % СРЕДНЕЙ ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ РАБОТНИКА

60
*100
40

57. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ИМЕЕТ ПРАВО ФОРМИРОВАТЬ

- судебно-медицинский эксперт
- врач скорой помощи
- врач приёмного покоя больницы
- *лечащий врач

58. ВЕДУЩИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН ЯВЛЯЕТСЯ

- консервативная терапия
- введение объемообразующих гелей
- *установка синтетических петель
- пластика местными тканями

59. ДОРСАЛЬНАЯ ЛЮМБОТОМИЯ ДЛЯ ДОСТУПА К ПОЧКЕ ТРЕБУЕТ РАССЕЧЕНИЯ

- m. latissimus dorsi
- *заднего и переднего листков f. Lumbodorsalis
- m. quadratus lumborum
- f. lumbodorsalis вертикально без рассечения мышц

60. ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПЛАСТИКЕ ГИДРОНЕФРОЗА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО УСТАНАВЛИВАТЬ

- *внутренний стент
- пиелостому
- наружный стент
- нефростому

61. ПРОТЯЖЕННАЯ СТРИКТУРА МОЧЕТОЧНИКА ТРАНСПЛАНТАТА ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ

- нефростомии и цистостомии
- трансплантатэктомии
- эндоскопического бужирования мочеточника трансплантата
- *формирования неоуретероцистоанастомоза, включая варианты Boari и psoas hitch

62. АНАСТОМОТИЧЕСКАЯ УРЕТРОПЛАСТИКА (ОПЕРАЦИЯ ХОЛЬЦОВА-МАРИОНА) НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНА ПРИ

- протяженных стриктурах луковичного отдела уретры
- стриктурах пенильного отдела уретры любой протяженности
- любых стриктурах мочеиспускательного канала
- *коротких стриктурах луковичного отдела уретры

63. ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ СТРИКТУРЫ УРЕТРЫ ЯВЛЯЕТСЯ _____ ТИП УРОФЛОУМЕТРИИ

- *обструктивный
- необструктивный
- стремительный

неоднозначный

64. НАДУВНОЙ БАЛЛОНЧИК ДЛЯ ФИКСАЦИИ В МОЧЕВОМ ПУЗЫРЕ ИМЕЕТ КАТЕТЕР

Пещера
Малеко
*Фоли
Нелатона

65. НАИБОЛЕЕ УЗКИЙ ПРОСВЕТ МОЧЕТОЧНИКА (ДО 2 ММ) ОТМЕЧАЕТСЯ В
предпузырном отделе

на уровне перекреста с подвздошными сосудами
в области лоханочно-мочеточникового сегмента
*интрамуральном отделе

66. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ПРИ ВВЕДЕНИИ РЕНТГЕНОКОНТРАСТНЫХ ВЕЩЕСТВ НЕ ОТНОСЯТ

анафилактический шок
*отслоение сетчатки глаза
острую почечную недостаточность
ангионевротический отек

67. ДИАГНОСТИРОВАТЬ КРИПТОРХИЗМ ПОЗВОЛЯЕТ

урофлоуметрия
исследование эякулята
реофаллография
*УЗИ

68. ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ МОЧИ ЗАВИСИТ

от функции почечных клубочков
только от функции почечных канальцев
*от функции почечных канальцев и относительной молекулярной массы
растворенных в моче веществ
только от относительной молекулярной массы растворенных в моче веществ

69. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО НЕОСЛОЖНЕННОГО ЦИСТИТА ПРИМЕНЯЮТ

*фосфомицина трометамол или нитрофураны
ципрофлоксацин
амоксциллин
азитромицин

70. КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМАЯ БАКТЕРИУРИЯ ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У МУЖЧИН СОСТАВЛЯЕТ _____ КОЕ/мл

*> 10⁴
> 10⁵
> 10³
> 10⁶

71. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ЦИСТИТА У БЕРЕМЕННОЙ В III ТРИМЕСТРЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- цефотаксим
- канефрон
- джозамицин
- *фосфомицин

72. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ЦИСТИТА БЕРЕМЕННЫХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- отсутствием протеинурии в суточном анализе мочи
- *нормализацией анализов мочи
- нормализацией маточно-плацентарного кровотока
- отсутствием лейкоцитурии в клиническом анализе крови

73. ИНФОРМАЦИЮ, СОСТАВЛЯЮЩУЮ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ, БЕЗ СОГЛАСИЯ ГРАЖДАНИНА ПРЕДОСТАВЛЯЮТ ПО

- решению врачебной комиссии
- *запросу органов дознания, следствия и суда
- заявлению работодателя пациента
- письменному адвокатскому запросу

74. ЗАБОЛЕВАНИЕ, КОТОРОЕ ВЫЗЫВАЕТ ПЕРВООЧЕРЕДНУЮ НЕОБХОДИМОСТЬ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СВЯЗИ С НАИБОЛЬШЕЙ УГРОЗОЙ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЮ, ЛИБО СТАНОВИТСЯ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ, ЯВЛЯЕТСЯ _____ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

- прогрессирующим
- рецидивирующим
- сопутствующим
- *основным

75. К ОДНОЙ ИЗ ЦЕЛЕЙ ПРИМЕНЕНИЯ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ 10 ПЕРЕСМОТРА (МКБ-10) ОТНОСЯТ

- организацию и планирование деятельности медицинских организаций
- *систематизированный анализ данных о заболеваемости и смертности населения
- материально-техническое обеспечение медицинских организаций
- контроль качества оказания медицинской помощи населению

76. СНИЖЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ФРУКТОЗЫ В СПЕРМЕ ВЕДЕТ К _____ СПЕРМАТОЗОИДОВ

- увеличению молодых форм
- *снижению подвижности
- увеличению патологических форм
- уменьшению количества

77. ПРИЧИНОЙ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМЫ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- нарушение оттока артериальной крови от яичка

- *повреждение гематотестикулярного барьера
- нарушение лимфооттока от яичка
- выпадение яичка

78. ВНУТРЕННЕЕ ОТВЕРСТИЕ ПАХОВОГО КАНАЛА СО СТОРОНЫ ВНУТРЕННЕЙ ПОВЕРХНОСТИ БРЮШИНЫ СООТВЕТСТВУЕТ

- медиальной паховой ямке
- пупочному кольцу
- *латеральной паховой ямке
- надпузырной ямке

79. ДИАФАНОСКОПИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ГИДРОЦЕЛЕ С

- *пахово-мошоночной грыжей
- почечной коликой
- сперматоцеле
- приапизмом

80. ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПОЛОВЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПОКАЗАНЫ ПРИ

- подозрении на дизэнцефальную импотенцию
- *подозрении на нейрорецепторную этиологию расстройств
- импотенции вследствие механических препятствий к совершению полового акта
- подозрении на спинальную импотенцию

81. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ ЗОНА

- переходная
- центральная
- фибромускулярная
- *периферическая

82. КРИТЕРИЕМ БИОХИМИЧЕСКОГО РЕЦИДИВА ПОСЛЕ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ РАКА ПРОСТАТЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- ПСА более 4 нг/мл
- ПСА более 1 нг/мл в 2 последовательных анализах
- *повышение ПСА более 2 нг/мл относительно надира
- нарастание ПСА более чем на 0,2 нг/мл за 3 месяца

83. РАК ПРОСТАТЫ, ВЫЯВЛЕННЫЙ В 9 БИОПТАТАХ ИЗ 12, С ОТСУТСТВИЕМ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ НА УЗИ И МРТ ОТНОСИТСЯ К _____ СТАДИИ

- T2b
- T1b
- T2a
- *T1c

84. ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ

ТОМОГРАФИИ ПОЧЕК И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА ЯВЛЯЕТСЯ

- *клаустрофобия
- электронный имплантант среднего уха
- кардиостимулятор
- металлическая клипса на сосуде

85. В ПЕРЕЧЕНЬ ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ПРИ РАКЕ ПРОСТАТЫ НЕ ВХОДИТ

- анализ крови на ПСА
- пальцевое ректальное исследование
- УЗИ
- *МРТ малого таза

86. БОЛЬНОМУ С ПИОНЕФРОЗОМ СПРАВА И КОРАЛЛОВИДНЫМ КАМНЕМ СЛЕВА РЕКОМЕНДОВАНО ПРОВЕДЕНИЕ

- консервативной терапии
- *нефрэктомии справа
- ударно-волновой литотрипсии слева
- пиелолитотомии и нефростомии слева одномоментно

87. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПРИЧИНАМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СТРИКТУР МОЧЕТОЧНИКА У МУЖЧИНЫ ОТНОСЯТ

- воспалительные заболевания
- врожденные заболевания
- онкологические заболевания
- *эндоскопические вмешательства

88. ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ РАНЕНИИ ПОЧКИ ЛЕЧЕНИЕ НЕОБХОДИМО НАЧИНАТЬ С

- *лапаротомии
- нефрэктомии
- нефростомии
- люмботомии

89. ПОСТРЕНАЛЬНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПОЧЕЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- острый гломерулонефрит
- миокардит
- сепсис
- *мочекаменная болезнь

90. ОРГАНОСОХРАНЯЮЩАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ ТРАВМЕ ПОЧКИ НЕ ПОКАЗАНА ПРИ _____ ПОЧКИ

- повреждении нижнего сегмента
- повреждении верхнего сегмента
- субкапсулярном разрыве
- *размозжении

91. ПРИ КОМБИНИРОВАННЫХ РАНЕНИЯХ ПОЧКИ ЛЕЧЕНИЕ НЕОБХОДИМО НАЧАТЬ С

- люмботомии
- *лапаротомии
- нефростомии
- нефрэктомии

92. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АНОМАЛИЙ МОЧЕТОЧНИКА ЗАВИСЯТ ОТ

- *степени нарушения уродинамики
- роста пациента
- пола пациента
- возраста пациента

93. К АНОМАЛИЯМ ПОЧЕЧНЫХ СОСУДОВ ОТНОСИТСЯ

- аневризма аорты
- отсутствие почечной артерии
- *добавочная почечная артерия
- отсутствие почечной вены

94. ЗАКОН ВЕЙГЕРТА – МЕЙЕРА ДЕЙСТВУЕТ ПРИ

- расщеплении мочеточника
- удвоении лоханки
- неполном удвоении почки
- *полном удвоении мочеточника

95. К АНОМАЛИИ ПОЛОЖЕНИЯ МОЧЕТОЧНИКА ОТНОСИТСЯ

- мегауретер
- *ретрокавальный мочеточник
- уретероцеле
- кольцевидный мочеточник

96. ПРИ АНОМАЛИЯХ РАЗВИТИЯ ПОЧЕК И МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ОСЛОЖНЕНИЕ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ СВЯЗАНО В ОСНОВНОМ С

- изменением pH мочи
- повышением венозного давления в почках
- *развитием уростаза и нарушением уродинамики
- изменением химического состава мочи

97. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРОЭРЕКТОГЕННОГО ДЕЙСТВИЯ УДЕНАФИЛА 100 МГ СОСТАВЛЯЕТ (В ЧАСАХ)

- 12
- 36
- 6
- *24

98. К СЕЛЕКТИВНЫМ ИНГИБИТОРАМ ОБРАТНОГО ЗАХВАТА СЕРОТОНИНА,

ПРЕДНАЗНАЧЕННЫМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО СЕМЯИЗВЕРЖЕНИЯ, ОТНОСЯТ

флуоксетин
пароксетин
сертралин
*дапоксетин

99. ПРИ РАЗВИТИИ ГАНГРЕНЫ ГОЛОВКИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА НЕОБХОДИМО ПРИБЕГНУТЬ К

применению антиагрегантов
выполнению тугого бинтования полового члена
*ампутации головки полового члена
КВЧ-терапии головки полового члена

100. ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРОСТАТЫ ЯВЛЯЕТСЯ

размер гиперплазированной простаты
уровень простатического специфического антигена
возраст пациента
*степень нарушения мочеиспускания

101. ПРИ РАКЕ ПРОСТАТЫ ПОСЛЕ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВОЗНИКАЮЩИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

кровотечение из крупных сосудов
*формирование свищей
лимфоцеле
обострение хронического простатита

102. ПИСЬМЕННОЕ ОБРАЩЕНИЕ ГРАЖДАНИНА, ПОСТУПИВШЕЕ В ГОСУДАРСТВЕННЫЕ ОРГАНЫ, ОРГАНЫ МЕСТНОГО САМОУПРАВЛЕНИЯ, ДОЛЖНО БЫТЬ РАССМОТРЕНО В ТЕЧЕНИЕ ____ ДНЕЙ СО ДНЯ ____ ПИСЬМЕННОГО ОБРАЩЕНИЯ

48; отправления
22; поступления
*30; регистрации
32; написания

103. ПОСТУПЛЕНИЕ ЖАЛОБ ГРАЖДАН ПО ВОПРОСАМ КАЧЕСТВА И ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ

*проведения целевой (внеплановой) проверки внутреннего контроля качества
проведения общего собрания
увольнения заведующего отделением, на которое поступают жалобы
приобретения нового оборудования

104. КАЖДЫЙ ГРАЖДАНИН ИМЕЕТ ПРАВО ВЫБОРА ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА, ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ, ВРАЧА-ПЕДИАТРА В ВЫБРАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ____ В ГОД

- 2 раза
- 4 раза
- *1 раз
- 3 раза

105. СРЕДНИЙ СРОК ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ КАТЕТЕРА-СТЕНТА ДО ЗАМЕНЫ СОСТАВЛЯЕТ (В МЕСЯЦАХ)

- 1
- 36
- 12
- *3

106. ПРАВАЯ ПОЧЕЧНАЯ АРТЕРИЯ РАСПОЛАГАЕТСЯ

- позади брюшной аорты
- *позади нижней полой вены
- впереди брюшной аорты
- впереди нижней полой вены

107. НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ УГРОЗОЙ ДЛЯ ЖИЗНИ ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ТРЕБУЮЩЕЙ НЕМЕДЛЕННОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА, ЯВЛЯЕТСЯ

- *гиперкалиемия
- повышение содержания креатинина в крови
- гиперфосфатемия
- повышение содержания мочевины в крови

108. УРОВЕНЬ ПСА ПОСЛЕ ПРОСТАТЭКТОМИИ КОНТРОЛИРУЮТ КАЖДЫЕ/КАЖДЫЙ

- полгода
- месяц
- *3 месяца
- Год

109. ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ ФОКАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ СЧИТАЕТСЯ

- уменьшение длительности пребывания в стационаре
- симптоматическое лечение
- уменьшение стоимости лечения
- *уменьшение количества осложнений

110. ОСЛОЖНЕНИЕМ ОСТРОГО ЦИСТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- *необструктивный пиелонефрит
- вторичный пиелонефрит
- почечная недостаточность
- задержка мочи

111. В ОСНОВЕ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ ЛЕЖИТ

- нарушение фильтрационной способности почки

нарушение выделительной функции почек
*острое нарушение оттока мочи из верхних мочевых путей
хронический пиелонефрит

112. ТЯЖЕСТЬ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧКИ ЗАВИСИТ ОТ

возраста больного
состояния почки в момент травмы
веса больного
*ударной силы ранящего предмета

113. ХАРАКТЕРИСТИКОЙ ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКИ МОЧЕИСПУСКАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

отсутствие мочи в мочевом пузыре при его катетеризации
*невозможность самостоятельного опорожнения мочевого пузыря *
отсутствие выделения мочи почками
отсутствие самостоятельного мочеиспускания в горизонтальном положении

114. ДЛЯ КОНТАКТНОЙ УРЕТЕРОЛИТОТРИПСИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

лапароскоп
цистоскоп
*уретерореноскоп
Резектоскоп

115. ПРИ КАМНЕ ЛОХАНКИ ПОЧКИ 11×15 ММ БЕЗ НАРУШЕНИЯ УРОДИНАМИКИ РАЦИОНАЛЬНЕЕ ВСЕГО НАЗНАЧИТЬ

цитратную терапию
перкутанную нефролитолапаксию
*дистанционную ударно-волновую литотрипсию
пиелолитотомию

116. ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ ЧАЩЕ ВСЕГО ИНФИЦИРОВАТЬ ОРГАНИЗМ МОЖЕТ

Klebsiella oxytoca
Pseudomonas aeruginosa
*Staphylococcus epidermidis
Proteus mirabilis

117. ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ ГИПЕРКАЛЬЦИУРИИ НЕОБХОДИМО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

оксид магния
*тиазидные диуретики
фосфат целлюлозы
аллопуринол

118. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ СПЕЦИАЛЬНОЙ МЕТАФИЛАКТИКИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

камень, образованный в связи с погрешностью в диете
*частое рецидивирование камней
первые возникший камень почки

одиноким камень почки

119. БОЛЬ В ПОЛОВОМ ЧЛЕНЕ ВНЕ ЭРЕКЦИИ СВЯЗАНА С

*воспалением в мочевом пузыре или уретре

гидроцеле

приапизмом

камнем в нижней трети мочеоточника

120. ЛОСКУТ МАККАНИЧА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ _____ ЛОСКУТОМ

лучевым кожнофасциальным

буккальным миофасциальным

пеноскротальным циркулярным кожнофасциальным

*пенильным циркулярным кожнофасциальным

121. ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ПРОТЯЖЕННОЙ СТРИКТУРЫ УРЕТРЫ, НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ

уретроскопия

уретрография

*антеградная пиелоуретерография

ультразвуковое исследование уретры

122. УРОДИНАМИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКОЙ ГИПЕРАКТИВНОСТИ ДЕКТРУЗОРА ЯВЛЯЕТСЯ

повышение давления детрузора после мочеиспускания

*повышение давления детрузора при наполнении

императивное недержание мочи

стабильное давление детрузора

123. ГЛАВНЫМ СИМПТОМОМ ГИПЕРАКТИВНОСТИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ СЧИТАЮТ

*императивный позыв к мочеиспусканию

задержка «старта» мочеиспускания

ночная полиурия

затрудненное мочеиспускание

124. ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА В6 В ПИЩЕ СПОСОБСТВУЕТ ОБРАЗОВАНИЮ

цистиновых камней

*оксалатов

уратов

фосфатов

125. ПРИ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКЕ БОЛЬНОЙ

неподвижно лежит на спине

находится в вертикальном положении

лежит на боку

*беспрерывно меняет положение тела

126. К ИНФЕКЦИОННОМУ ТИПУ КАМНЕЙ ОТНОСЯТ

ксантин, цистин

*карбонатапатит
мочевой кислоты дигидрат
вевеллит, ведделлит

127. К ЗАБОЛЕВАНИЯМ, СВЯЗАННЫМ С РАЗВИТИЕМ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ОТНОСЯТ

синдром тубулярной эктазии
цистинурию (типы А, В, АВ)
*саркоидоз
почечный канальцевый ацидоз 1 типа

128. ПРИЧИНОЙ КИШЕЧНОЙ ГИПЕРОКСАЛУРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

нарушение реабсорбции кальция и фосфора
*образование комплексов кальций + жирные кислоты у больных с
гастроинтестинальными нарушениями
повышенное всасывание кальция и фосфора из желудочно-кишечного тракта
нарушение метаболизма кости под действием паратгормона

129. К ЭКЗОГЕННЫМ ФАКТОРАМ НЕФРОЛИТИАЗА НЕ ОТНОСЯТ

*хронические заболевания желудочно-кишечного тракта
особенности питания
изменения состава питьевой воды
климатические условия

130. ПРИ РАКЕ ПРОСТАТЫ ПОСЛЕ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВОЗНИКАЮЩИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

кровотечение из крупных сосудов
*формирование свищей
лимфоцеле
обострение хронического простатита

131. БОЛЬНОМУ ПРИ РАКЕ ПАРЕНХИМЫ ПОЧКИ T2-3NXM0 РЕКОМЕНДУЮТ

нефростомию
предоперационную лучевую терапию
предоперационную полихимиотерапию
*нефрэктомию

132. ПРИ ВЫСОКОМ РИСКЕ РЕЦИДИВА РАКА ПОЧКИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ НЕФРЭКТОМИИ ДЛЯ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТАМИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

*КТ грудной клетки + КТ брюшной полости
КТ грудной клетки + УЗИ брюшной полости
рентген грудной клетки + КТ брюшной полости
рентген грудной клетки + УЗИ брюшной полости

133. ОПТИМАЛЬНАЯ ТАКТИКА ПРИ РЕКТОРРАГИИ ПОСЛЕ БИОПСИИ ПРОСТАТЫ ВКЛЮЧАЕТ

наблюдение, оценку цвета мочи
*установку тампона в ампулу прямой кишки
установку трехходового катетера
холод на низ живота

134. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ КОНТРОЛЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДИК ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ _____ -
КОНТРОЛЬ

МР
*УЗ
КТ
Rg

135. ОДНИМ ИЗ КРИТЕРИЕВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ РАЗМЕР ВЫПЛАТ ПО ЛИСТКУ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ

возраст работника
уровень образования
наличие наград у работника
*страховой стаж

136. РАЗМЕР ВЫПЛАТ ПО ЛИСТКУ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ СТРАХОВОМ СТАЖЕ РАБОТНИКА БОЛЕЕ 8 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ _____ % СРЕДНЕЙ ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ РАБОТНИКА

60
*100
40
80

137. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ИМЕЕТ ПРАВО ФОРМИРОВАТЬ

судебно-медицинский эксперт
врач скорой помощи
врач приёмного покоя больницы
*лечащий врач

138. ВЕДУЩИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН ЯВЛЯЕТСЯ

консервативная терапия
введение объемообразующих гелей
*установка синтетических петель
пластика местными тканями

139. ДОРСАЛЬНАЯ ЛЮМБОТОМИЯ ДЛЯ ДОСТУПА К ПОЧКЕ ТРЕБУЕТ РАССЕЧЕНИЯ

m. latissimus dorsi
*заднего и переднего листков f. Lumbodorsalis
m. quadratus lumborum
f. lumbodorsalis вертикально без рассечения мышц

140. ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПЛАСТИКЕ ГИДРОНЕФРОЗА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО УСТАНОВЛИВАТЬ

- *внутренний стент
- пиелостому
- наружный стент
- нефростому

141. ПРОТЯЖЕННАЯ СТРИКТУРА МОЧЕТОЧНИКА ТРАНСПЛАНТАТА ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ

- нефростомии и цистостомии
- трансплантатэктомии
- эндоскопического бужирования мочеточника трансплантата
- *формирования неоуретероцистоанастомоза, включая варианты Boari и psoas hitch

142. АНАСТОМОТИЧЕСКАЯ УРЕТРОПЛАСТИКА (ОПЕРАЦИЯ ХОЛЬЦОВА-МАРИОНА) НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНА ПРИ

- протяженных стриктурах луковичного отдела уретры
- стриктурах пенильного отдела уретры любой протяженности
- любых стриктурах мочеиспускательного канала
- *коротких стриктурах луковичного отдела уретры

143. ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ СТРИКТУРЫ УРЕТРЫ ЯВЛЯЕТСЯ _____ ТИП УРОФЛОУМЕТРИИ

- *обструктивный
- необструктивный
- стремительный
- неоднозначный

144. НАДУВНОЙ БАЛЛОНЧИК ДЛЯ ФИКСАЦИИ В МОЧЕВОМ ПУЗЫРЕ ИМЕЕТ КАТЕТЕР

- Пеццера
- Малеко
- *Фолея
- Нелатона

145. НАИБОЛЕЕ УЗКИЙ ПРОСВЕТ МОЧЕТОЧНИКА (ДО 2 ММ) ОТМЕЧАЕТСЯ В

- предпузырном отделе
- на уровне перекреста с подвздошными сосудами
- в области лоханочно-мочеточникового сегмента
- *интрамуральном отделе

146. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ПРИ ВВЕДЕНИИ РЕНТГЕНОКОНТРАСТНЫХ ВЕЩЕСТВ НЕ ОТНОСЯТ

- анафилактический шок
- *отслоение сетчатки глаза
- острую почечную недостаточность
- ангионевротический отек

147. ДИАГНОСТИРОВАТЬ КРИПТОРХИЗМ ПОЗВОЛЯЕТ

- урофлоуметрия
- исследование эякулята
- реофаллография
- *УЗИ

148. ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ МОЧИ ЗАВИСИТ

- от функции почечных клубочков
- только от функции почечных канальцев
- *от функции почечных канальцев и относительной молекулярной массы растворенных в моче веществ
- только от относительной молекулярной массы растворенных в моче веществ

149. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО НЕОСЛОЖНЕННОГО ЦИСТИТА ПРИМЕНЯЮТ

- *фосфомицина триметамол или нитрофураны
- ципрофлоксацин
- амоксциллин
- азитромицин

150. КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМАЯ БАКТЕРИУРИЯ ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У МУЖЧИН СОСТАВЛЯЕТ _____ КОЕ/мл

- *> 104
- > 105
- > 103
- > 106

151. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ЦИСТИТА У БЕРЕМЕННОЙ В III ТРИМЕСТРЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- цефотаксим
- канефрон
- джозамицин
- *фосфомицин

152. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ЦИСТИТА БЕРЕМЕННЫХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- отсутствием протеинурии в суточном анализе мочи
- *нормализацией анализов мочи
- нормализацией маточно-плацентарного кровотока
- отсутствием лейкоцитурii в клиническом анализе крови

153. ИНФОРМАЦИЮ, СОСТАВЛЯЮЩУЮ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ, БЕЗ СОГЛАСИЯ ГРАЖДАНИНА ПРЕДОСТАВЛЯЮТ ПО

- решению врачебной комиссии
- *запросу органов дознания, следствия и суда
- заявлению работодателя пациента
- письменному адвокатскому запросу

154. ЗАБОЛЕВАНИЕ, КОТОРОЕ ВЫЗЫВАЕТ ПЕРВООЧЕРЕДНУЮ НЕОБХОДИМОСТЬ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СВЯЗИ С НАИБОЛЬШЕЙ УГРОЗОЙ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЮ, ЛИБО СТАНОВИТСЯ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ, ЯВЛЯЕТСЯ _____
ЗАБОЛЕВАНИЕМ

- прогрессирующим
- рецидивирующим
- сопутствующим
- *основным

155. К ОДНОЙ ИЗ ЦЕЛЕЙ ПРИМЕНЕНИЯ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ 10 ПЕРЕСМОТРА (МКБ-10) ОТНОСЯТ

- организацию и планирование деятельности медицинских организаций
- *систематизированный анализ данных о заболеваемости и смертности населения
- материально-техническое обеспечение медицинских организаций
- контроль качества оказания медицинской помощи населению

156. СНИЖЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ФРУКТОЗЫ В СПЕРМЕ ВЕДЕТ К _____
СПЕРМАТОЗОИДОВ

- увеличению молодых форм
- *снижению подвижности
- увеличению патологических форм
- уменьшению количества

157. ПРИЧИНОЙ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМЫ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- нарушение оттока артериальной крови от яичка
- *повреждение гематотестикулярного барьера
- нарушение лимфооттока от яичка
- выпадение яичка

158. ВНУТРЕННЕЕ ОТВЕРСТИЕ ПАХОВОГО КАНАЛА СО СТОРОНЫ ВНУТРЕННЕЙ ПОВЕРХНОСТИ БРЮШИНЫ СООТВЕТСТВУЕТ

- медиальной паховой ямке
- пупочному кольцу
- *латеральной паховой ямке
- надпузырной ямке

159. ДИАФАНОСКОПИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ГИДРОЦЕЛЕ С

- *пахово-мошоночной грыжей
- почечной коликой
- сперматоцеле
- приапизмом

160. ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПОЛОВЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПОКАЗАНЫ ПРИ

- подозрении на диэнцефальную импотенцию

*подозрении на нейрорецепторную этиологию расстройств
импотенции вследствие механических препятствий к совершению полового акта
подозрении на спинальную импотенцию

161. В СРЕДНЕМ ДЛЯ ОДНОЙ КРИОАБЛАЦИИ ПРОСТАТЫ НЕОБХОДИМЫ _____
КРИОЗОНДА/КРИОЗОНДОВ

- *4-8
- 15-20
- 1-2
- 10-12

162. ДЛЯ МОНОТЕРАПИИ АНТИАНДРОГЕНАМИ ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ ПРИМЕНЯЮТ _____ МГ 1 РАЗ В СУТКИ

- флутамид 250
- *бикалутамид 150
- бикалутамид 50
- ципротерон 10

163. ТАЗОВАЯ ЛИМФАДЕНЭКТОМИЯ НЕ МОЖЕТ ПРИВОДИТЬ К

- отеку мошонки
- формированию лимфоцеле
- *длительной лихорадке
- отеку крайней плоти

164. МЕТОДОМ ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ЛЕГКОЙ
СТЕПЕНИ У ПОЖИЛЫХ ЖЕНЩИН ЯВЛЯЕТСЯ

- *парауретральное введение объемообразующего геля
- кольпосуспензия
- слинговая уретропексия
- передняя и задняя кольпорафия

165. ДЛЯ УВЕЛИЧЕНИЯ ДЛИНЫ ОКРУЖНОСТИ УРЕТРЫ В ОБЛАСТИ УРЕТРО-
УРЕТРАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- *спатуляция
- формирование межкрурального промежутка
- нижняя пубэктомия
- рерутинг

166. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ОПОРОЖНЕНИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРИ
СПАЗМЕ ШЕЙКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ МОГУТ БЫТЬ КУПИРОВАНЫ

- агонистами бета3-адренорецепторов
- ингибиторами ацетилхолинэстеразы
- миорелаксантами
- *альфа-адреноблокаторами

167. В РАССЛАБЛЕНИИ ДЕТРУЗОРА В ФАЗУ НАПОЛНЕНИЯ «УЧАСТВУЮТ»
АДРЕНОРЕЦЕПТОРЫ

альфа-1
бета-1
*бета-3
бета-2

168. ДЛЯ НЕФРОНОФТИЗА ФАНКОНИ (ДИСПЛАЗИЯ, КИСТОЗ ПОЧЕК) ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ

*развитие тубулярной ХПН
васкулит почечных сосудов
наличие кисты в пирамидах
нефроптоз

169. УРЕТЕРОЦЕЛЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ТАКИМ ИЗМЕНЕНИЕМ МОЧЕТОЧНИКА, КАК

*кистовидное расширение внутрипузырного сегмента
резкое расширение на всем протяжении
наличие полого образования, соединяющегося с его просветом
уменьшение диаметра, облитерация

170. К АНОМАЛИИ ПОЛОЖЕНИЯ ПОЧЕК ОТНОСИТСЯ

агенезия
гипоплазия
*дистопия
аплазия

171. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АНОМАЛИЙ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

урофлоуметрия
*компьютерная томография с контрастированием
пункционная биопсия
гистосканирование

172. ДОСТОВЕРНЫМИ МЕТОДАМИ ДИАГНОСТИКИ УРЕТРОЦЕЛЕ ЯВЛЯЮТСЯ УЗИ И

урофлоуметрия
экскреторная урография
*цистоскопия
восходящая цистография

173. ПАЦИЕНТУ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ПОВЫШЕННЫМ УРОВНЕМ КРЕАТИНИНА КРОВИ ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

экскреторную урографию
уродинамическое исследование
*ультразвуковое исследование почек
обзорную урографию

174. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ИНТРАВАГИНАЛЬНОГО КОНТАКТА МЕНЕЕ _____ МИНУТЫ/МИНУТ ЯВЛЯЕТСЯ КРИТЕРИЕМ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА

«ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ЭЯКУЛЯЦИЯ»

0,5

3

*1

2

175. МЕТОДЫ, СНИЖАЮЩИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ГОЛОВКИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА, ПОКАЗАНЫ ПРИ _____ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ СЕМЯИЗВЕРЖЕНИИ В ФОРМЕ _____

*первичном; ejaculatio praecox

вторичном; ejaculatio ante portas

вторичном; ejaculatio praecox

первичном; ejaculatio ante portas

176. ПОД ДИАФАНОСКОПИЕЙ ПОНИМАЮТ

эндоскопический метод исследования семявыносящих протоков

*осмотр органов мошонки в проходящем свете

метод ультразвукового исследования яичковой вены, основанный на эффекте доплера

метод рентгеновского исследования органов мошонки

177. К ЗАБОЛЕВАНИЯМ, КОТОРЫЕ НЕ МОГУТ ОБУСЛОВИТЬ ЭРЕКТИЛЬНУЮ ДИСФУНКЦИЮ, ОТНОСЯТ

гипертоническую болезнь

*мочекаменную болезнь

хроническую болезнь почек

сахарный диабет

178. В ПОДАВЛЯЮЩЕМ БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ЧРЕСКОЖНАЯ НЕФРОЛИТОТРИПСИЯ ПРОВОДИТСЯ В ПОЛОЖЕНИИ

на спине

на боку

сидя

*на животе

179. ВЕДУЩИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН ЯВЛЯЕТСЯ

пластика местными тканями

введение объемообразующих гелей

*установка синтетических петель

консервативная терапия

180. ОСНОВНЫМ ПОДТИПОМ МУСКАРИНОВЫХ ХОЛИНОРЕЦЕПТОРОВ, УЧАСТВУЮЩИХ В СОКРАЩЕНИИ ДЕТРУЗОРА, ЯВЛЯЕТСЯ

M2

*M3

M4

M1

181. ЧАСТОТА МОЧЕИСПУСКАНИЙ В СУТКИ, ХАРАКТЕРНАЯ ДЛЯ ГИПЕРАКТИВНОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ, СОСТАВЛЯЕТ ____ РАЗ

менее 5

более 5

менее 8

*более 8

182. ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ УРОТЕЛИАЛЬНОГО РАКА ЯВЛЯЕТСЯ

*синдром Линча (наследственный неполипозный колоректальный рак)

чрезмерное потребление воды

менопаузальная заместительная терапия

систематическое использование комбинированных оральных контрацептивов

183. ПРИ КАЛЬЦИЙ-ОКСАЛАТНОМ НЕФРОЛИТИАЗЕ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

ограничение поступления белка

прием бифосфонатов

*ограничение приема кальция

прием тиазидных диуретиков

184. ПОКАЗАНИЕМ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТА С КАМНЕМ МОЧЕТОЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ

эритроцитурия

уретеропиелокаликоектазия

дизурия

*нарастающая азотемия

185. КАМНИ ДИВЕРТИКУЛОВ ЧАШЕЧНО-ЛОХАНОЧНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ БЕССИМПТОМНОМ ТЕЧЕНИИ ТРЕБУЮТ

*наблюдения

выполнения перкутанной нефролитотрипсии

дренирования верхних мочевых путей

проведения дистанционной нефролитотрипсии

186. ФОРМИРОВАНИЕ «КАМЕННОЙ ДОРОЖКИ» ПОСЛЕ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ЛИТОТРИПСИИ ЗАВИСИТ В ОСНОВНОМ ОТ

анатомического строения мочеточника и уродинамики

сумарного объема (массы) и микроструктуры камня

активности течения пиелонефрита

*наличия в её составе крупных фрагментов более 5 мм

187. ПРИ ОБРАЗОВАНИИ ПРОТЯЖЕННОЙ «КАМЕННОЙ ДОРОЖКИ» МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

дистанционная нефролитотрипсия

литокINETическая терапия

*контактная уретеролитотрипсия

дренирование ВМП катетером-стентом

188. ОДНИМ ИЗ ВИДОВ ДИСТОПИЙ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- *поясничный
- брызжеечный
- паралиенальный
- параэзофагальный

189. ТИПИЧНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОЛИКИСТОЗА ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ

- нагноение кист
- мочекаменная болезнь
- *гематурия
- травма почки

190. АНОМАЛИИ ПОЧЕК И ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ ФАКТОРОМ РИСКА

- остеопороза
- ожирения
- сахарного диабета
- *пиелонефрита

191. ЭКСТРОФИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

- *меатостенозом и острой задержкой мочи
- расхождением лонного сочленения, тотальной эписпадией
- склерозом шейки мочевого пузыря и частичным недержанием мочи
- расщеплением уретры и мошоночной гипоспадией

192. ПОРОКОМ СТРУКТУРЫ МОЧЕТОЧНИКА **НЕ** ЯВЛЯЕТСЯ

- гипоплазия мочеточника
- *эктопия устья мочеточника
- нейромышечная дисплазия
- уретероцеле

193. ИНВАЛИДОМ ПРИЗНАЕТСЯ ЛИЦО, ИМЕЮЩЕЕ _____ НАРУШЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ, ПРИВОДЯЩЕЕ К ОГРАНИЧЕНИЮ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ТРЕБУЮЩЕЕ _____.

- временное; выдачи ему листка нетрудоспособности
- обратимое; его санаторно-курортного лечения и реабилитации
- незначительное; его стационарного лечения
- *стойкое; его социальной защиты

194. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВКЛЮЧАЕТ

- *этапы оказания медицинской помощи, правила организации деятельности, стандарт оснащения, рекомендуемые шт
- усредненные показатели частоты предоставления медицинских услуг и кратности применения лекарственных препа
- информацию об этиологии, патогенезе, клинике, диагностике, лечении и профилактике конкретного заболевания

план диспансерного наблюдения пациента с указанием кратности осмотра врачами-специалистами, выполнения лаб

195. КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ХАРАКТЕРИСТИКОЙ КОНКРЕТНОЙ ИНФОРМАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- вариация
- модуль
- *показатель
- медиана

196. АНУРИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК СНИЖЕНИЕ СУТОЧНОГО КОЛИЧЕСТВА ОБРАЗУЮЩЕЙСЯ МОЧИ МЕНЕЕ (В МЛ)

- *50
- 30
- 80
- 100

197. ТЯЖЕСТЬ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧКИ ЗАВИСИТ ОТ

- веса больного
- *ударной силы ранящего предмета
- состояния почки в момент травмы
- возраста больного

198. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ РАЗРЫВА УРЕТРЫ У ДЕТЕЙ СЧИТАЮТ

- *восходящую уретроцистографию
- экскреторную урографию
- нисходящую цистоуретрографию
- пневмоцистографию

199. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА У МУЖЧИН С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ЦИСТИТ ПРОВОДИТСЯ С

- пищевым отравлением
- раком простаты
- острым уретритом
- *камнями мочевого пузыря

200. МОЖЕТ ПОРАЖАТЬ МОЧЕПОЛОВУЮ СИСТЕМУ

- *шистосомоз
- описторхоз
- амебиаз
- лямблиоз

201. НОРМАЛЬНЫЕ РАЗМЕРЫ ПОЧЕК СОСТАВЛЯЮТ (В СМ)

- *10-12×6-8×3-5
- 14-16×8-10×3-5
- 14-16×6-8×5-7
- 10-12×4-6×3-5

202. ДЛЯ СИНДРОМА РЕЙТЕРА ХАРАКТЕРНО СОЧЕТАНИЕ

пиелонефрит у беременных + гестоз

*хламидийный уретрит + экстрагенитальные проявления заболевания
(конъюнктивиты, артриты, поражения внутренних органов)

хламидийный уретрит + цистит

хламидийный уретрит + пиелонефрит + цистит

203. ПРИ ЦИСТОСКОПИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ РИСКОМ (ИМП В АНАМНЕЗЕ) В КАЧЕСТВЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ПРОФИЛ

макролиды

тетрациклины

*фосфомицин

фторхинолоны

204. ЭКСТРЕННАЯ ПОМОЩЬ ПРИ КАМНЕ ЕДИНСТВЕННОГО МОЧЕТОЧНИКА И АНУРИИ В ТЕЧЕНИЕ 12 ЧАСОВ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

чрескожной пункционной нефростомии

*катетеризации мочеточника

экстренной нефростомии оперативно

внутривенном введении фуросемида

205. ПОСТРЕНАЛЬНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПОЧЕЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

острый гломерулонефрит

миокардит

*мочекаменная болезнь

сепсис

206. ЧТО ПОКАЗАНО БОЛЬНОМУ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКОЙ МОЧИ и T - 37,9°C?

оперативная цистостомия

трансуретальная резекция простаты

аденомэктомия

* троакарная (пункционная) цистостомия

207. ПРИ НЕВОЗМОЖНОСТИ ВПРАВЛЕНИЯ ГОЛОВКИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ПРИ ПАРАФИМОЗЕ НЕОБХОДИМО

выполнить аппликацию йодопирона на головку полового члена

*рассечь крайнюю плоть

обложить половой член льдом

иссечь крайнюю плоть

208. ДОСТИЖЕНИЕ ЭРЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ЭФФЕКТИВНЫМ ПРИ МЕСТНОМ ВВЕДЕНИИ ПРЕПАРАТА

*альпростадил

анальгина

папаверина
кетонала

209. ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ ЛЕЧЕНИЯ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У МУЖЧИН ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ Я

*антидепрессанты группы обратного захвата серотонина
миорелаксанты
трициклические антидепрессанты
альфа-адреноблокаторы

210. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО СЕМЯИЗВЕРЖЕНИЯ, АССОЦИИРОВАННО

селективная денервация полового члена
традиционная (поперечно-продольная) френулопластика
циркумцизио
*z-образная френулопластика

211. УРГЕНТНЫЙ ПОЗЫВ К МОЧЕИСПУСКАНИЮ ЯВЛЯЕТСЯ

позывом, приводящим к недержанию мочи
*сильным трудно сдерживаемым позывом
недержанием мочи при кашле
позывом к мочеиспусканию при невозможности помочиться

212. ХАРАКТЕРИЗУЯ ПОНЯТИЕ ДЕТРУЗОРНО-СФИНКТЕРНОЙ ДИССИНЕРГИИ, ОТМЕЧАЮТ

спазм детрузора
*дискоординированную работу детрузорно-сфинктерного аппарата
повышенную чувствительность мочевого пузыря
рефлекторный спазм наружного сфинктера мочевого пузыря

213. ДЕТРУЗОРНАЯ ГИПЕРАКТИВНОСТЬ ВЫШЕ 40 СМ ВОДЯНОГО СТОЛБА ОПАСНА РАЗВИТИЕМ

*пузырно-мочеточникового рефлюкса
острого цистита
мочекаменной болезни
острой почечной недостаточности

214. В ПОЛОСТИ МАЛОГО ТАЗА РАЗЛИЧАЮТ ЭТАЖ/ЭТАЖА

один
четыре
два
*три

215. ФАСЦИЯ КОЛЛИСА ЯВЛЯЕТСЯ ПРОДОЛЖЕНИЕМ ФАСЦИИ

Денонвилье
*Скарпа
Бака

216. ОЦЕНКУ ЭФФЕКТИВНОСТИ БОТОКСА ПРОВОДЯТ ПОСЛЕ ПРОЦЕДУРЫ
на следующий день
*не ранее 2 недель
через 1 месяц
через 3 месяца

217. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПЕРФОРАЦИЮ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ТУР В
ОБЛАСТИ ДНА РЕКОМЕНДУЕТСЯ
динамическое наблюдение
троакарная цистостомия
ревизия брюшной полости, эпицистостомия
*завершение операции установкой уретрального катетера

218. ПРИ ВСКРЫТИИ ПЕРЕДНЕГО ПАРАВЕЗИКАЛЬНОГО АБСЦЕССА ИСПОЛЬЗУЮТ
ДОСТУП
трансвезикальный
*надлобковый
по Буяльскому – Мак-Уортеру
промежностный

219. У БОЛЬНОГО ПОСЛЕ ИЗОЛИРОВАННОЙ ТРАВМЫ ПОЧКИ НАБЛЮДАЕТСЯ
РЕЗКОЕ ПАДЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И АН
мозгового слоя почки и лоханки
сосудов почки
коркового слоя почки
околопочечной клетчатки

220. ПРИ ПОЛНОЙ ОБСТРУКЦИИ МОЧЕТОЧНИКА НЕОБРАТИМАЯ ПОТЕРЯ
ФУНКЦИЙ ПОЧКОЙ ПРОИСХОДИТ
*в период от 2 до 4 недель
через 3 месяца
в период от 6 до 8 недель
через 1 неделю

221. НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ УГРОЗОЙ ДЛЯ ЖИЗНИ ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ТРЕБУЮЩЕЙ НЕМЕДЛЕННОГО ВМ
*гиперкалиемия
повышение содержания мочевины в крови
повышение содержания креатинина в крови
гиперфосфатемия

222. ПРИБЛИЗИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕНТ СЛУЧАЕВ ВЫЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО
ПИЕЛОНЕФРИТА ПРИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ СОС
10
*80

223. К ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЭКСКРЕТОРНОЙ УРОГРАФИИ ОТНОСЯТ

- опухоль почки
- двусторонний нефролитиаз
- *непереносимость препаратов йода
- острый гнойный пиелонефрит

224. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ДЛЯ КАМНЯ УРЕТРЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- гематурия
- пиурия
- протеинурия
- *острая задержка мочеиспускания

225. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕМЫМ ТИПОМ КАМНЕОБРАЗОВАНИЯ В РФ ЯВЛЯЕТСЯ

- *кальций-оксалатный
- смешанный
- мочекислый
- фосфатный

226. СТРУВИТНЫЙ КАМЕНЬ ПО ЭТИОЛОГИЧЕСКОМУ ФАКТОРУ ЯВЛЯЕТСЯ

- связанным с приемом медикаментов при вирусе иммунодефицита человека
- ассоциированным с инфекцией мочевых путей
- *неассоциированным с инфекцией мочевых путей
- обусловленным наследственной предрасположенностью к мочекаменной болезни

227. В ДИАГНОСТИКЕ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У БЕРЕМЕННЫХ ВОЗМОЖНО ПРИМЕНЕНИЕ МРТ С/СО

- третьего триместра
- *второго триместра
- первых дней беременности
- первого триместра

228. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- прохождение обследования по направлению военных комиссариатов
- диспансеризация по поводу хронического заболевания
- *установление острого заболевания
- прохождение профилактического осмотра

229. РАЗМЕР ВЫПЛАТ ПО ЛИСТКУ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ СТРАХОВОМ СТАЖЕ РАБОТНИКА БОЛЕЕ 8 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ

- *100
- 80

40

60

230. МАКСИМАЛЬНЫЙ СРОК, НА КОТОРЫЙ МОЖЕТ ВЫДАТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ СЕМЕЙНЫЙ ВРАЧ, СОСТАВЛЯЕТ (В Д

*15

5

20

10

231. ПРИ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОМ РАКЕ T2NXM0 БОЛЬНОМУ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ

лучевой терапии + резекции опухоли + химиотерапии

резекции опухоли + гормонохимиотерапии

лучевой терапии + нефрэктомии

*радикальной нефрэктомии

232. КАВЕРНОЗНЫЕ СОСУДИСТО-НЕРВНЫЕ ПУЧКИ, УЧАСТВУЮЩИЕ В РАЗВИТИИ ЭРЕКЦИИ, РАСПОЛОЖЕНЫ

по передней поверхности

*по боковым поверхностям

в толще

по задней поверхности

233. ДЛЯ УНИЧТОЖЕНИЯ ОПУХОЛЕВЫХ КЛЕТОК ПРИ КРИОАБЛАЦИИ ПРОСТАТЫ НЕОБХОДИМО ДОСТИЖЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ НИЖ

-5

0

-15

*-40

234. ПРИ РАКЕ ПРОСТАТЫ ПОКАЗАНА ТАЗОВАЯ ЛИМФАДЕНЭКТОМИЯ

*начиная со среднего онкологического риска

всегда при выполнении радикальной простатэктомии

начиная с высокого онкологического риска

только при подозрении на поражение лимфоузлов

235. ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

терапия антиандрогенами

*хирургическая кастрация

максимальная андрогенная блокада

терапия таксанами

236. ВОСПАЛЕНИЕ КОЖИ ГОЛОВКИ И ВНУТРЕННЕГО ЛИСТКА КРАЙНЕЙ ПЛОТИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

эпидидимита

*баланопостита
кавернита
орхоэпидидимита

237. АСТЕНОЗООСПЕРМИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ В ЭЯКУЛЯТЕ

только мёртвых сперматозоидов
*более 30% малоподвижных и неподвижных сперматозоидов
только клеток сперматогенеза
мёртвых сперматозоидов и более 50% юных форм сперматозоидов

238. У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ 46, XX-МУЖЧИНА РЕШЕНИЕ ВОПРОСА О РЕПРОДУКЦИИ ВОЗМОЖНО С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ

*донорских сперматозоидов
собственных эпидидимальных сперматозоидов
собственных сперматозоидов из яичка
собственных сперматозоидов из эякулята

239. УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОГО ОРХОЭПИДИДИМИТА ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

*увеличением придатка и яичка со снижением эхогенности их ткани за счет множественных зон различной эхогенности
уменьшением размеров придатка и яичка с диффузным понижением эхогенности
увеличением размеров яичка с резким повышением эхогенности яичка и придатка за счет клеточной инфильтрации
уменьшением размеров придатка и яичка с повышением эхогенности и явлениями атрофии

240. ТЕРМИН EJACULATIO ANTE PORTAS ОЗНАЧАЕТ СЕМЯИЗВЕРЖЕНИЕ

после интродукции, но менее чем через 5 минут от начала полового акта
после интродукции, но менее чем через 2 минуты от начала полового акта
задержанное
*до интродукции

241. ОПТИМАЛЬНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ ОСТРОГО ЦИСТИТА У БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ ВО 2 ТРИМЕСТРЕ ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ

*фосфомицина трометамола 3 г однократно или цефиксима 400 мг внутрь 1 раз в сутки 7 дней
джозамицина 500 мг 3 раза в сутки 10 дней
ципрофлоксацина 500 мг внутрь 2 раза в сутки 7 дней
левофлоксацина 500 мг 1 раз в сутки 7 дней

242. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЯМ ИМВП У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ОТНОСЯТ

стафилококки
*E. Coli
синегнойную палочку
микобактерии туберкулеза

243. ТЕРАПИЯ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ПРИ ОСТРОМ НЕОСЛОЖНЕННОМ ЦИСТИТЕ У ЖЕНЩИН ДОЛЖНА ЗАКЛЮЧАТЬСЯ В ИСПОЛЬЗОВАНИ

цефтриаксона 1 г однократно

*фосфомицина триметамола 3 г однократно

ципрофлоксацина 250 мг 2 раза в день в течение 5 дней

левофлоксацина 500 мг 1 раз в день в течение 10 дней

244. ЛУКОВИЧНЫЕ АРТЕРИИ БУДУТ СОХРАНЕНЫ ПРИ

*анастомотической уретропластике без пересечения спонгиозного тела

операции Соловова и формировании межкрурального промежутка

операции Хольцова – Мариона с нижней пубэктомией

операции Вебстера с тотальной пубэктомией

245. ПРИ НАЛИЧИИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К М-ХОЛИНОБЛОКАТОРАМ ПРИ ГИПЕРАКТИВНОМ МОЧЕВОМ ПУЗЫРЕ ПРИМЕНЯЮТ

пиридостигмина бромид

альфа-адреноблокаторы

сакральную нейромодуляцию

*метод тиббиальной нейромодуляции

246. ИССЕЧЕНИЕ СУЖЕНОГО ФРАГМЕНТА ЛУКОВИЧНОГО ОТДЕЛА УРЕТРЫ С ПОСЛЕДУЮЩИМ АНАСТОМОЗОМ КОНЕЦ В КОНЕЦ НА

Вебстера

Бракка

Соловова

*Хольцова – Мариона

247. СЕЛЕКТИВНЫЕ АГОНИСТЫ БЕТА-3-АДРЕНорецепторов

*стимулируют расслабление детрузора

стимулируют сокращение детрузора

уменьшают интервал между мочеиспусканием

оказывают влияние на парасимпатическую стимуляцию детрузора

248. К ВТОРИЧНОМУ МОРФОЛОГИЧЕСКОМУ ЭЛЕМЕНТУ ОТНОСИТСЯ

папула

пятно

везикула

*язва

249. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ МРТ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА ЯВЛЯЕТСЯ

*наличие искусственных металлических имплантов

аллергия на йод

наличие у пациента агорафобии

аллергия на технеций

250. ЭКСКРЕТОРНАЯ УРОГРАФИЯ НЕЦЕЛЕСООБРАЗНА ПРИ

- выявлении состояния контралатеральной почки
- исключении наличия сопутствующих заболеваний почек
- *определении подвижности повреждённой почки
- установлении степени и характера повреждения почки

251. ОСНОВНОЙ ЖАЛОБОЙ ПАЦИЕНТА СО СТРИКТУРОЙ УРЕТРЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- учащенное мочеиспускание
- *затрудненное мочеиспускание вялой струей
- боль и резь при мочеиспускании
- мутная моча

252. ЧАСТОТА МОЧЕИСПУСКАНИЙ В СУТКИ, ХАРАКТЕРНАЯ ДЛЯ ГИПЕРАКТИВНОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ, СОСТАВЛЯЕТ РАЗ

- менее 5
- более 5
- менее 8
- *более 8

253. СПЕЦИФИЧНОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ БАКТЕРИУРИИ С ПОМОЩЬЮ ТЕСТА НА НИТРИТ НА ТЕСТ-ПОЛОСКЕ СОСТАВЛЯЕТ (В %)

- *>90
- 60
- 40
- 80

254. К ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ ГЕСТАЦИОННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ОТНОСЯТ

- *предшествующие инфекции мочевыводящих путей
- нарушение маточно-плацентарного кровотока II степени
- наличие тяжелой гестационной артериальной гипертензии
- нарушение маточно-плацентарного кровотока I б степени

255. НАЛИЧИЕ КЛЕТОК ШТЕРНГЕЙМЕРА – МАЛЬБИНА И АКТИВНЫХ ЛЕЙКОЦИТОВ В ОСАДКЕ МОЧИ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛ

- *острого пиелонефрита
- острого гломерулонефрита
- туберкулеза почки
- хронического пиелонефрита в стадии ремиссии

256. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ АГЕНТОМ ГАНГРЕНЫ ФУРНЬЕ СЧИТАЮТ

- *клостридии
- хламидии
- кишечную палочку
- ацинетобактерии

257. БОЛЬНОЙ 22 ЛЕТ С БЕРЕМЕННОСТЬЮ 24 НЕДЕЛИ, ТЕМПЕРАТУРОЙ ТЕЛА ДО 39°C, БОЛЯМИ В ПРАВОЙ ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ

- *острый пиелонефрит
- острый панкреатит
- отслоение нормально расположенной плаценты
- острый холецистит

258. ДЛЯ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНА

- эритремия
- макрогематурия
- *лейкоцитурия
- фосфатурия

259. БОЛЬНОМУ С ГНОЙНОЙ ПОЛОСТЬЮ И РАЗМЕРОМ ЯИЧКА 2×3 СМ НАЗНАЧАЮТ

- *орхиэктомия
- биопсию
- вскрытие и дренирование полости
- УВЧ, грязелечение

260. ПЕРВЫЙ ЭТАП ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ФИБРОПЛАСТИЧЕСКОЙ ИНДУРАЦИЕЙ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ВКЛЮЧАЕТ

- магнитолазерную терапию
- комбинированную терапию
- *консервативную терапию
- операцию – удаление бляшек

261. К ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО СЕМЯИЗВЕРЖЕНИЯ ОТНОСЯТ

- пенильную лигаментотомию
- корпоропластику
- *селективную денервацию полового члена
- циркумцизию

262. ПРИ ВЕНОГЕННОЙ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ К НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ОПЕРАЦИЯМ ОТНОСЯТ

- лигирование ножек полового члена
- удаление глубокой пенильной тыльной вены
- *фаллопротезирование
- резекцию поверхностной тыльной вены полового члена

263. АНАЛИЗ МОЧИ ПО ЗИМНИЦКОМУ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗЕН

- *для оценки концентрационной способности почек
- при камне лоханки почки без нарушения уродинамики
- при камне мочеточника, нарушающем уродинамику
- при камне чашечки почки

264. АНАЛИЗОМ, КОТОРЫЙ ПОЗВОЛИТ УСТАНОВИТЬ ИСТОЧНИК КРОВОТЕЧЕНИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ

- *трехстаканная проба
- двухстаканная проба
- проба по Зимницкому
- общий анализ мочи

265. МРТ ПРОСТАТЫ МОЖЕТ БЫТЬ ПОЛЕЗНА ДЛЯ ВИЗУАЛИЗАЦИИ

- семенных пузырьков
- дорсального венозного комплекса
- *уретры
- сосудисто-нервных пучков

266. ПРИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ КАТЕТЕР

- Малеко
- *Нелатона
- Гринберга
- Пеццера

267. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ МОЧИ ДАЕТ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ
О _____ ФУНКЦИИ ПОЧЕК

- *концентрационной
- фильтрационной
- секреторной
- выделительной

268. СИНТЕЗ РЕНИНА ПРОИСХОДИТ В

- надпочечниках
- *почках
- легких
- печени

269. ВЫВИХ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ВОЗМОЖЕН

- при ударе в паховую область
- *в состоянии эрекции
- при переломе костей таза
- вне состояния эрекции

270. ДРЕНИРОВАНИЕ ПРЕДПУЗЫРНОГО КЛЕТЧАТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА ПО
БУАЛЬСКОМУ – МАК-УОРТЕРУ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ И

- мочеполовой диафрагмы и глубокой поперечной мышцы промежности
- глубокой поперечной мышцы промежности и передней части тазовой диафрагмы
- передней части тазовой и мочеполовой диафрагмы
- *внутренней и наружной запирающих мышц, запирающей мембраны

271. ПОСТРЕНАЛЬНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПОЧЕЧНОГО
ПОВРЕЖДЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- *мочекаменная болезнь
- сепсис

острый гломерулонефрит
миокардит

272. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ **НЕ** ФОРМИРУЕТ (НЕ ВЫДАЕТ)

*врач скорой медицинской помощи
зубной врач
лечащий врач медико-санитарной части
лечащий врач поликлиники

273. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

*установление острого заболевания
прохождение профилактического осмотра
диспансеризация по поводу хронического заболевания
прохождение обследования по направлению военных комиссариатов

274. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА ВЗРОСЛЫМ БОЛЬНЫМ ЧЛЕНОМ СЕМЬИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УС

20
10
30
*7

275. АНОМАЛИИ ПОЧЕК И ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ ФАКТОРОМ РИСКА

остеопороза
*пиелонефрита
сахарного диабета
ожирения

276. К АНОМАЛИИ ФОРМЫ МОЧЕТОЧНИКА ОТНОСИТСЯ

*штопоробразный мочеточник
мегауретер
уретероцеле
ретрокавальный мочеточник

277. ДЛЯ СРАЩЕНИЯ ПОЧЕК ХАРАКТЕРНО СОЕДИНЕНИЕ

почки и мочевого пузыря
почки и брюшины
мочеточников обеих почек
*двух противоположных почек в один орган

278. ВРОЖДЕННАЯ АТОНИЯ МОЧЕТОЧНИКА ПРОЯВЛЯЕТСЯ

уменьшением диаметра, облитерацией
наличием полого образования, соединяющегося с его просветом
кистозидным расширением внутрипузырного сегмента
*резким расширением на всем протяжении

279. ПРИ АГЕНЕЗИИ ПОЧКИ ИПСИЛАТЕРАЛЬНЫЙ НАДПОЧЕЧНИК

- *расположен на обычном месте
- расположен на уровне 1-го поясничного позвонка
- расположен на уровне 8-го грудного позвонка
- отсутствует

280. МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ, ОКАЗЫВАЕМАЯ ПРИ ВНЕЗАПНЫХ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, СОСТОЯНИЯХ, ОБОСТРЕНИЯХ ХРОНИЧЕ

- реабилитационной
- плановой
- *экстренной
- неотложной

281. К ОДНОЙ ИЗ ЦЕЛЕЙ ПРИМЕНЕНИЯ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ 10 ПЕРЕСМОТРА (МКБ-10) ОТНОСЯТ

- материально-техническое обеспечение медицинских организаций
- организацию и планирование деятельности медицинских организаций
- контроль качества оказания медицинской помощи населению
- *систематизированный анализ данных о заболеваемости и смертности населения

282. ВНЕСЕНИЕ ДОЛЖНОСТНЫМ ЛИЦОМ ЗАВЕДОМО ЛОЖНЫХ СВЕДЕНИЙ В ОФИЦИАЛЬНЫЙ ДОКУМЕНТ ЯВЛЯЕТСЯ

- дисциплинарным проступком
- превышением должностных полномочий
- халатностью
- *служебным подлогом

283. ПРИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА КОНТРАСТ-ИНДУЦИРОВАННАЯ НЕФРОПАТИЯ РАЗВИВА

- *йодсодержащим контрастом
- гадолиний содержащим контрастом
- бариевой взвесью
- микропузырьками газа с галактозой

284. ИЗ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ КЛЕТОК БЕРЕТ СВОЕ НАЧАЛО _____
МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

- саркома
- *мелкоклеточная карцинома
- папиллома
- сквамозная карцинома

285. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ ОТЛИЧИЯ ПРОЯВЛЕНИЙ ОПУХОЛИ ПОЧКИ ОТ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗН

- гектической лихорадкой с ознобом
- терминальной макрогематурией
- *тотальной безболевым макрогематурией

макрогематурией вслед за почечной коликой

286. РАК ПОЧКИ СТАДИИ Т3В ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ ОПУХОЛИ

распространяющейся за пределы фасции Героты

*макроскопически распространяющейся в нижнюю полую вену ниже диафрагмы

распространяющейся на соседние органы

макроскопически распространяющейся в нижнюю полую вену выше диафрагмы

287. ПО КЛАССИФИКАЦИИ BOSNIAK КИСТЫ _____ КАТЕГОРИИ ЯВЛЯЮТСЯ
ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ МЕНЕЕ, ЧЕМ В 2% СЛУЧАЕВ

I*

IV

III

II

288. ПОКАЗАНИЕМ К УРЕТЕРОЦИСТОАНАСТОМОЗУ ВЫСТУПАЕТ

свищ средней трети мочеточника

нефункционирующая почка

микроцистис

*свищ нижней трети мочеточника при удовлетворительной функции почки

289. ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНОЙ
НЕФРОЛИТОТРИПСИИ МЕТОДОМ ОКОНЧАТЕЛЬНОГО ГЕМОСТАЗА ЯВЛЯЕТСЯ

постоянное промывание нефростомического дренажа и восстановление его
проходимости

постоянное пережатие нефростомического дренажа

удаление нефростомического дренажа

*селективная и суперселективная эмболизация почечных артерий

290. ДОРСАЛЬНАЯ ЛЮМБОТОМИЯ ДЛЯ ДОСТУПА К ПОЧКЕ ТРЕБУЕТ РАССЕЧЕНИЯ

m. latissimus dorsi

*заднего и переднего листков f. Lumbodorsalis

m. quadratus lumborum

f. lumbodorsalis вертикально без рассечения мышц

291. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
СТРИКТУРЫ УРЕТРЫ ЯВЛЯЕТСЯ

свищ уретры

*рецидив стриктуры уретры

эректильная дисфункция

послеоперационная гематома

292. ПРИ ПЕРВИЧНОЙ НЕПРОТЯЖЕННОЙ СТРИКТУРЕ БУЛЬБОЗНОГО ОТДЕЛА
МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА У МОЛОДОГО ПАЦ

реконструктивно-пластическую операцию

баллонную дилатацию

бужирование

*внутреннюю оптическую уретротомию

293. ДЛЯ КРИСТАЛЛИЗАЦИИ ОКСАЛАТНЫХ СОЛЕЙ НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНОЙ РН МОЧИ ЯВЛЯЕТСЯ

3,5

*5,5

7,5

6,9

294. К ВЫСОКОМУ РИСКУ РЕЦИДИВА КАМНЕОБРАЗОВАНИЯ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ

гипертиреоз

сахарный диабет

*гиперпаратиреоз

туберкулез

295. ЧАСТОЕ БОЛЕЗНЕННОЕ МОЧЕИСПУСКАНИЕ НЕБОЛЬШИМИ ПОРЦИЯМИ, ПРИМЕСЬ КРОВИ В МОЧЕ НА ФОНЕ БОЛИ В ПОЯСНИЧ

острого цистита

*камня интрамурального отдела мочеточника

острого простатита

парадоксальной ишурии

296. ПРИЗНАКОМ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

округлое эхонегативное образование в почке с тонкими стенками

солидное образование в почке

гипоэхогенное образование в собирательной системе почки

*дилатация чашечно-лоханочной системы и верхней трети мочеточника

297. КАМЕНЬ МОЧЕТОЧНИКА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ

опухоли мочеточника

*обструктивного пиелонефрита

острого цистита

хронического пиелонефрита

298. ПРИ НАРУШЕНИИ ПУРИНОВОГО ОБМЕНА ОБРАЗУЮТСЯ КАМНИ

кальций-фосфатные

струвитные

кальций-оксалатные

*мочекислые

299. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПЕРВОПРИЧИНОЙ ОБРАЗОВАНИЯ ДЕВЕРТИКУЛОВ УРЕТРЫ/ПАРАУРЕТРАЛЬНЫХ КИСТ У ЖЕНЩИН ЯВЛ

*воспаление периуретральных Сkeneвых желез

врожденное отсутствие слияния мочеиспускательного гребня

травма уретры в родах

воспаление кисты влагалища

300. ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВА ОСЛОЖНЁННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА ПРЕДПОЛАГАЕТ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ

фитотерапию

эмпирическую монотерапию монуралом

эмпирическую монотерапию аминопенициллинами (ампициллин, амоксициллин)

*восстановление уродинамики

301. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА В ТЕРАПИИ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ

*защищенные пенициллины

цефалоспорины 4 поколения

макролиды

аминогликозиды

302. СЛАБЫМИ БАКТЕРИЦИДНЫМИ СВОЙСТВАМИ ОБЛАДАЮТ АНТИБИОТИКИ ИЗ ГРУППЫ

макролидов

цефалоспоринов

*пенициллинов

фторхинолонов

303. ГЕМАТУРИЯ В ПЕРВОЙ ПОРЦИИ ТРЕХСТАКАННОЙ ПРОБЫ МОЧИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ПОРАЖЕНИИ

мочевого пузыря

почек

почечных вен

*уретры

304. К РАННИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ТРАВМЫ УРЕТРЫ ОТНОСЯТ

*мочевые затеки таза и промежности

уросепсис

стриктуру уретры

флебиты таза и промежности

305. ОСНОВНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПОВРЕЖДЕНИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ

пузырно-мочеточниковый рефлюкс

*затек контрастного вещества за пределы мочевого пузыря

«башенный» мочевой пузырь

деформация контуров мочевого пузыря

306. ГЛАВНЫМ СИМПТОМОМ ГИПЕРАКТИВНОСТИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ СЧИТАЮТ

ночная полиурия

затрудненное мочеиспускание

*императивный позыв к мочеиспусканию

задержка «старта» мочеиспускания

307. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО УХУДШЕНИЕ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ФУНКЦИИ МОЖЕТ БЫТЬ ОТМЕЧЕНО ПОСЛЕ

комбинированной (вентральной + дорсальной) буккальной уретропластики и отведения мочи по нефростоме

комбинированной (вентральной + дорсальной) буккальной уретропластики и отведения мочи по цистостоме

*анастомотической уретропластики по поводу посттравматической стриктуры мембранозного отдела уретры

оптической уретротомии и локализации стриктуры в головчатом отделе уретры

308. НА НАЛИЧИЕ ЦИСТИТА ПРИ НЕЯСНОМ ДИАГНОЗЕ УКАЗЫВАЕТ

*лейкоцитурия

гематурия

анемия

азотемия

309. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ СТРИКТУРЫ УРЕТРЫ ПОСЛЕ АДЕНОМЭКТОМИИ НАБЛЮДАЕТСЯ В ОТДЕЛЕ УРЕТРЫ

пенильном

бульбозном

мембранозном

*простатическом

310. ХАРАКТЕРИЗУЯ ЗАДЕРЖКУ МОЧЕИСПУСКАНИЯ ОТМЕЧАЮТ

отсутствие выделения мочи почками

*невозможность самостоятельного опорожнения мочевого пузыря

отсутствие мочи в мочевом пузыре при его катетеризации

отсутствие самостоятельного мочеиспускания в горизонтальном положении

311. ПРИ УВЕЛИЧЕНИИ ОБЪЕМА МОШОНКИ МЕТОДОМ ВЫБОРА ОБСЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

*ультразвуковое исследование

магнитно-резонансная томография

рентгенологическое исследование

компьютерная томография

312. ПРАВОСТОРОННЕЕ ВАРИКОЦЕЛЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

ожирении

нефроптозе

*опухоли забрюшинного пространства

опухоли печени

313. ПРИ _____ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ЭФФЕКТИВНА УСИЛЕННАЯ НАРУЖНАЯ КОНТРПУЛЬСАЦИЯ

нейрогенной

психогенной

эндокринной
*вазкулогенной

314. ПОД ФИМОЗОМ ПОНИМАЮТ

*сужение крайней плоти, при котором невозможно обнажение головки полового члена

расширение вен семенного канатика

неопущение одного из яичек

скопление серозной жидкости между париетальным и висцеральным листками собственной влагалищной оболочки

315. МЕТОДОМ ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ У ПОЖИЛЫХ ЖЕНЩИН ЯВЛЯЕТСЯ

слинговая уретропексия

*парауретральное введение объемообразующего геля

передняя и задняя кольпорафия

кольпосуспензия

316. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОСЛЕ ПЛАСТИКИ ЛУКОВИЧНОГО ОТДЕЛА УРЕТРЫ В ОТДАЛЕННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ, ЯВЛЯЕТСЯ

стрессовое недержание мочи

эректильная дисфункция

уросепсис

*постмикционный дриблинг

317. ЕСЛИ СТРИКТУРА УРЕТРЫ ВЫЗВАНА СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКИМ ЛИХЕНОМ (LICHEN SCLEROSUS), ТО ДЛЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ УРЕТРОПЛАСТИКИ НЕ ИСПОЛЬЗУЮТ

слизистую оболочку щеки

*крайнюю плоть и кожу полового члена

экстрагенитальную кожу

слизистую оболочку нижней губы

318. УРГЕНТНЫЙ ТИП НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ЛЕЧИТСЯ

упражнениями на мышцы тазового дна

периодической катетеризацией, принудительным ритмом мочеиспускания

приспособлениями удерживающими мочу, хирургически

*изменением диеты, поведенческой терапией, медикаментозно

319. КАКОВЫ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫЕ НАЧАЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ ГОЛЬМИЕГО ЛАЗЕРА ДЛЯ ЛИТОТРИПСИИ ПРИ КАМНЕ МОЧЕТОЧНИ

0,6 J, 10 Hz

1,0 J, 10 Hz.

1,2 J, 10 Hz

* 0,6 J, 6 Hz

320. СЕПСИС ПОСЛЕ ДИСТАНЦИОННОЙ ЛИТОТРИПСИИ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ В (В

ПРОЦЕНТАХ)

*3
18
10
5

321. К ТРАВМАТИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ДИСТАНЦИОННОЙ ЛИТОТРИПСИИ ОТНОСЯТ

*субкапсулярную или паранефральную гематому
острый пиелонефрит
анурию
почечную колику

322. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ДИСТАНЦИОННОЙ ЛИТОТРИПСИИ ЯВЛЯЕТСЯ

*стриктура мочеточника
нефроптоз
подковообразная почка
хронический пиелонефрит

323. ПРЕПАРАТОМ, ПОДКИСЛЯЮЩИМ МОЧУ, ЯВЛЯЕТСЯ

*L-метионин
натрия цитрат
гипохлортиазид
силденафила цитрат

324. ЕСЛИ ЧЕРЕЗ 10 ДНЕЙ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ У ПАЦИЕНТА ПО ДАННЫМ ТРУЗИ И ЦИСТОГРАФИИ ЕСТЬ ПРИЗНАКИ ВОСПАЛЕНИЯ

удалить уретральный катетер
выполнить ревизию зоны операции (повторное формирование анастомоза)
выполнить пункционную нефростомию с обеих сторон
*продолжить дренирование мочевого пузыря уретральным катетером

325. ТАКТИКА ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ПИН ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ В ПОЛОВИНЕ БИОПТАТОВ ПРОСТАТЫ ВКЛЮЧАЕТ

гормональную терапию
*контроль ПСА, лечение не требуется
радикальную простатэктомию
ТУР простаты

326. ОДНОМОМЕНТНОЕ ВЫПОЛНЕНИЕ ТУР ПРОСТАТЫ ВОЗМОЖНО ПРИ ПРОВЕДЕНИИ

радикальной простатэктомии
*HIFU-терапии
брахитерапии
криоабляции

327. ПАЛЛИАТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ

криоабляция

*эмболизация

энуклеорезекция

лапароскопическая энуклеация

328. НЕПРОИЗВОЛЬНОЕ СОКРАЩЕНИЕ МЫШЦ БЕДРА НА ОДНОИМЕННОЙ СТОРОНЕ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ТУР-БИОПСИИ МОЧЕВОГО СТИМУЛЯЦИЕЙ ПЕТЛЕЙ ИНСТРУМЕНТА НЕРВА

*запирательного

подвздошно-бедренного

срамного

седалищного

329. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПРИЧИНАМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СТРИКТУР МОЧЕТОЧНИКА У МУЖЧИНЫ ОТНОСЯТ

врожденные заболевания

*эндоскопические вмешательства

воспалительные заболевания

онкологические заболевания

330. ОСНОВНЫМ СПОСОБОМ ДЕРИВАЦИИ МОЧИ ПРИ ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКЕ ПОСЛЕ ТРАВМЫ УРЕТРЫ ЯВЛЯЕТСЯ

установка внутреннего стента

установка уретрального катетера

нефростомия

*цистостомия

331. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ВИДОМ ДРЕНИРОВАНИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ЕГО ТРАВМЕ ЯВЛЯЕТСЯ

постоянный катетер

катетеризация мочевого пузыря 2-3 раза в сутки

*цистостомия

установление кольцевого дренажа

332. ЧАСТОТА ВОВЛЕЧЕНИЯ МОЧЕТОЧНИКОВ ПРИ ГНОЙНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ПРИДАТКОВ МАТКИ СОСТАВЛЯЕТ (В %)

А.85

*Б.46

В.12

Г.37

333. ДЛЯ СОСТОЯНИЯ АСИМПТОМАТИЧЕСКОЙ БАКТЕРИУРИИ ХАРАКТЕРНО ВЫДЕЛЕНИЕ _____ БАКТЕРИЙ В 2 ОБРАЗЦАХ МОЧИ, ВЗЯТЫХ С ИНТЕРВАЛОМ >24 Ч, ПРИ КОЛИЧЕСТВЕ БАКТЕРИЙ > _____ КОЕ/мл

двух разных штаммов; 103

одного и того же штамма; 103

двух разных штаммов; 105

*одного и того же штамма; 105

334. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА У МУЖЧИН С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ЦИСТИТ ПРОВОДИТСЯ С

* камнями мочевого пузыря

острым уретритом

раком простаты

пищевым отравлением

335. К ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНЕ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ЦИСТИТА У МУЖЧИН МОЖНО ОТНЕСТИ

гиперплазию простаты

*катетеризацию нестерильным уретральным катетером

баланопостит

рак предстательной железы

336. БОЛЬНОЙ ПРИ ОТСУТСТВИИ ЖАЛОБ И УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В АНАМНЕЗЕ, ЕСЛИ В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ МОЧИ 25-30 ЛЕЙКОЦИТОВ В П/З, МОЖНО ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ

хронический уретрит

острый уретрит

хронический цистит

* хронический пиелонефрит

337. ОСНОВНЫМ МИКРОБНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ПИЕЛОНЕФРИТА У ЖЕНЩИН ЯВЛЯЕТСЯ

* E.coli

Proteus

Candida

Klebsiella

338. КАКОЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ НЕОБХОДИМ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ПОЧКИ?

лапароскопия

* ультразвуковое сканирование

селективная почечная венография

Пневморетроперитонеум

339. К РАННИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ТРАВМЫ УРЕТРЫ ОТНОСЯТ

флебиты таза и промежности

* мочевые затеки таза и промежности

уросепсис

стриктуру уретры

340. МЕТОДОМ ВЫБОРА В ДИАГНОСТИКЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА ЯВЛЯЕТСЯ

компьютерная томография органов таза

ретроградная уретерография
* ретроградная уретерография
Уретроскопия

341. ДЛЯ ЭМПИРИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО НЕОСЛОЖНЕННОГО ЦИСТИТА У ВЗРОСЛОЙ ПАЦИЕНТКИ НАЗНАЧАЮТ ФОСФОМИЦИН

3 грамма 1 раз в 10 дней внутрь – 10 раз

3 грамма два дня подряд внутрь на ночь

* 3 грамма однократно внутрь на ночь

2 грамма однократно внутрь на ночь

342. ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ, ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА И ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ИСКЛЮЧАЮТСЯ РАЗГРУЗОЧНЫЕ ДНИ

фруктовые

из бахчевых культур

овощные

* Творожные

343. В КАЧЕСТВЕ 1 ЛИНИИ ТЕРАПИИ ПИЕЛОНЕФРИТА, ЕСЛИ УРОВЕНЬ РЕЗИСТЕНТНОСТИ E.COLI<10%, РЕКОМЕНДОВАНЫ АНТИБИОТИКИ ГРУППЫ

цефалоспоринов

аминогликозидов

* фторхинолонов

Пенициллинов

344. ЭКТОПИЯ ЯИЧКА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ЕГО

паховую ретенцию

забрюшинную ретенцию

* отклонение от нормального пути миграции в мошонку

абдоминальную ретенцию

345. СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЯТЬ ПРИ

* протяженных стриктурах, обусловленных склероатрофическим лишаем

контрактурах шейки мочевого пузыря после трансуретральной резекции по поводу гиперплазии простаты

коротких стриктурах луковичного отдела уретры травматической этиологии

посттравматических стриктурах мембранозного отдела уретры

346. ЕСЛИ СТРИКТУРА УРЕТРЫ ВЫЗВАНА СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКИМ ЛИХЕНOM (LICHEN SCLEROSUS), ТО ДЛЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ УРЕТРОПЛАСТИКИ НЕЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЯТЬ

экстрагенитальную кожу

слизистую оболочку нижней губы

слизистую оболочку щеки

* крайнюю плоть и кожу полового члена

347. ЛУКОВИЧНЫЕ АРТЕРИИ БУДУТ СОХРАНЕНЫ ПРИ

операции Вебстера с тотальной пубэктомией

- * анастомотической уретропластике без пересечения спонгиозного тела
- операции Соловова и формировании межкрурального промежутка
- операции Хольцова – Мариона с нижней пубэктомией

348. СЕЛЕКТИВНЫЕ АГОНИСТЫ БЕТА-3-АДРЕНОРЕЦЕПТОРОВ

оказывают влияние на парасимпатическую стимуляцию детрузора

стимулируют сокращение детрузора

уменьшают интервал между мочеиспусканием

- * стимулируют расслабление детрузора

349. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ СТРИКТУРЫ УРЕТРЫ ПОСЛЕ
АДЕНОМЭКТОМИИ НАБЛЮДАЕТСЯ В _____ ОТДЕЛЕ УРЕТРЫ

бульбозном

мембранозном

- * простатическом

Пенильном

350. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО УХУДШЕНИЕ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ФУНКЦИИ МОЖЕТ БЫТЬ
ОТМЕЧЕНО ПОСЛЕ

оптической уретротомии и локализации стриктуры в головчатом отделе уретры

комбинированной (вентральной + дорсальной) буккальной уретропластики и отведения
мочи по цистостоме

- * анастомотической уретропластики по поводу посттравматической стриктуры
мембранозного отдела уретры

комбинированной (вентральной + дорсальной) буккальной уретропластики и отведения
мочи по нефростоме

351. В ПОЛОСТИ МАЛОГО ТАЗА РАЗЛИЧАЮТ _____ ЭТАЖ/ЭТАЖА

четыре

- * три

один

Два

352. ОСНОВНОЙ ЖАЛОБОЙ У БОЛЬНЫХ С ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫМ
РЕФЛЮКСОМ ЯВЛЯЕТСЯ

изменение цвета мочи

повышение температуры тела

Дизурия

- * боль в области почки после мочеиспускания

353. РЕДКИЕ МОЧЕИСПУСКАНИЯ БОЛЬШИМ ОБЪЁМОМ, ЧАСТИЧНОЕ
НЕУДЕРЖАНИЕ МОЧИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- * гипорефлекторного мочевого пузыря

гидронефроза

неосложнённого гиперактивного мочевого пузыря
инфекции мочевых путей

354. К ОСЛОЖНЕНИЯМ БУЖИРОВАНИЯ УРЕТРЫ НЕ ОТНОСЯТ

острый простатит и эпидидимит
уретроррагию
уретральную лихорадку
* форникальное кровотечение

355. БОЛЬНОМУ С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ И ХПН 1-2 СТАДИИ СЛЕДУЕТ
ИСКЛЮЧИТЬ ИЗ УПОТРЕБЛЕНИЯ

молочные продукты (творог, сметана и т.д.)
овощи, фрукты
* жареное мясо, ливерные продукты
жиры (сливочное, растительное масло)

356. К АГОНИСТАМ ЭРИТРОМИЦИНА ОТНОСЯТ

нитрофураны
канамицин
* бензилпенициллин, стрептомицин, ампициллин
полимиксин В, азитромицин

357. ПУНКЦИОННАЯ НЕФРОСТОМИЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОВОДИТСЯ

* под ультразвуковым и рентгенологическим контролем
как метод дренирования нижних мочевых путей
для лечения ренальной анурии
с помощью катетера-стента

358. ПОКАЗАНИЕМ К КАТЕТЕРИЗАЦИИ ЧАШЕЧНО-ЛОХАНОЧНОЙ СИСТЕМЫ НА
ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

макрогематурия
острая задержка мочеиспускания
парадоксальная ишурия
* некупирующаяся почечная колика

359. ДЛЯ ПУНКЦИОННОЙ НЕФРОСТОМИИ ЧАЩЕ ИСПОЛЬЗУЮТ
НЕФРОСТОМИЧЕСКИЕ ДРЕНАЖИ ДИАМЕТРОМ ДО _____ СМ

30

* 16

20

18

360. КАМНИ ИЗ СМЕШАННОЙ ФОСФОРНОКИСЛОЙ СОЛИ МАГНИЯ И АММОНИЯ
(СТРУВИТЫ) ОБРАЗУЮТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ВСЛЕДСТВИЕ

инфекции, вызванной E. Coli
* инфекции, вызванной Proteus
хронического алкоголизма

инфекции, вызванной S. Aureus

361. ВЕЛИЧИНА ЛУЧЕВОЙ НАГРУЗКИ ПАЦИЕНТА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЭКСКРЕТОРНОЙ УРОГРАФИИ СОСТАВЛЯЕТ _____ МЗВ

15

45

* 3,5

25

362. ВЕЛИЧИНА ЛУЧЕВОЙ НАГРУЗКИ ПАЦИЕНТА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЭКСКРЕТОРНОЙ УРОГРАФИИ СОСТАВЛЯЕТ _____ МЗВ

* 15

45

3,5

25

363. ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ГИПЕРПАРАТИРЕОИДИЗМА НЕОБХОДИМО ИССЛЕДОВАТЬ

щелочную фосфатазу

* паратгормон

альфа-фетопротеин (АФП)

простат-специфический антиген (PSA)

364. ПРИ КАМНЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ДИЗУРИЯ ОБЫЧНО ПОЯВЛЯЕТСЯ ИЛИ УСИЛИВАЕТСЯ

в покое в положении на спине

в покое в сидячем положении

* после физической нагрузки, ходьбы

ночью

365. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ КАМНЯ МОЧЕТОЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ полиурия

пиурия

* почечная колика

артериальная гипертензия

366. ОСНОВАНИЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИЛЕЖИТ К

мочеполовой диафрагме

апоневрозу Денонвилье

ампуле семявыносящих протоков

*мочевому пузырю

367. ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН СЕМЕННОГО КАНАТИКА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ сперматоцеле

фуникулоцеле

гидроцеле

* Варикоцеле

368. УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОГО ОРХОЭПИДИДИМИТА
ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

уменьшением размеров придатка и яичка с диффузным понижением эхогенности

уменьшением размеров придатка и яичка с повышением эхогенности и явлениями атрофии

* увеличением придатка и яичка со снижением эхогенности их ткани за счет множественных зон различной эхогенности

увеличением размеров яичка с резким повышением эхогенности яичка и придатка за счет клеточной инфильтрации

369. ОСТРЫЙ ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭПИДИДИМИТ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С
кавернитом

* перекрутом яичка

варикоцеле

водянкой оболочек яичка

370. ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ АДЕКВАТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ОРХОЭПИДИДИМИТА
ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНИТЬ

трехстаканную пробу

* мазок из уретры для ПЦР диагностики

пробу Реберга

пробу Зимницкого

371. БОЛЬНОМУ 55 ЛЕТ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ КАМНЯМИ ПОЧЕК, ХРОНИЧЕСКИМ
ПИЕЛОНЕФРИТОМ В АКТИВНОЙ ФАЗЕ, АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В
ТЕЧЕНИЕ 2 ЛЕТ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ

нефрэктомии

* дренирования почек с обеих сторон

пиелолитотомии

ударно-волновой литотрипсии

372. БОЛЬНОМУ 55 ЛЕТ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ КАМНЯМИ ПОЧЕК, ХРОНИЧЕСКИМ
ПИЕЛОНЕФРИТОМ В АКТИВНОЙ ФАЗЕ, АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В
ТЕЧЕНИЕ 2 ЛЕТ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ

* нефрэктомии

дренирования почек с обеих сторон

пиелолитотомии

ударно-волновой литотрипсии

373. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕТАФИЛАКТИКИ КАЛЬЦИЙ-ОКСАЛАТНОГО
НЕФРОЛИТИАЗА РЕКОМЕНДУЕТСЯ

увеличить потребление оксалата

запретить применение цитратных смесей

* уменьшить потребление белка

уменьшить потребление кальция

374. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕТАФИЛАКТИКИ КАЛЬЦИЙ-ОКСАЛАТНОГО

НЕФРОЛИТИАЗА РЕКОМЕНДУЕТСЯ

увеличить потребление оксалата

* запретить применение цитратных смесей

уменьшить потребление белка

уменьшить потребление кальция

375. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕТАФИЛАКТИКИ КАЛЬЦИЙ-ОКСАЛАТНОГО НЕФРОЛИТИАЗА РЕКОМЕНДУЕТСЯ

* увеличить потребление оксалата

запретить применение цитратных смесей

уменьшить потребление белка

уменьшить потребление кальция

376. ОРГАНОСОХРАНЯЮЩАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ ТРАВМЕ ПОЧКИ НЕ ПОКАЗАНА ПРИ _____ ПОЧКИ

повреждении нижнего сегмента

повреждении верхнего сегмента

субкапсулярном разрыве

*Размозжении

377. ПРИ РАЗРЫВЕ УРЕТРЫ ЗАПРЕЩЕНО ВЫПОЛНЯТЬ

цистоуретроскопию

восходящую уретрографию

* установку уретрального катетера

пункционную цистостомию

378. ПОД КОНСИЛИУМОМ ПОНИМАЮТ СОВЕЩАНИЕ

*нескольких врачей одной или нескольких специальностей, необходимое для установления состояния здоровья пациента

представителей администрации медицинской организации для решения вопроса об эвакуации пациента

представителей страховых компаний по решению спорных вопросов лечения пациентов
сотрудников клинической кафедры по профилю заболевания пациента

379. АНАЛИЗ МОЧИ ПО МЕТОДУ ЗИМНИЦКОГО ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ В КАЖДОЙ ИССЛЕДУЕМОЙ ПОРЦИИ

количества лейкоцитов

* плотности

рН

содержания белка

380. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ОЦЕНКИ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ

* радиоизотопное исследование

рентгеновское исследование

магнитно-резонансная томография

компьютерная томография

381. ДОСТОВЕРНОСТЬ РЕЗУЛЬТАТА АНАЛИЗА МОЧИ ДОЛЖНА БЫТЬ ПОДВЕРГНУТА СОМНЕНИЮ, ЕСЛИ В ЕЕ ОСАДКЕ СОДЕРЖИТСЯ БОЛЬШОЕ КОЛИЧЕСТВО

лейкоцитов

эритроцитов

* плоскоклеточных эпителиальных клеток

Цилиндров

382. ВЕНОКАВОГРАФИЯ ПОКАЗАНА ДЛЯ

диагностики рака мочевого пузыря и предстательной железы

* оценки состояния нижней полых и диагностики ретрокавального мочеточника
выяснения характера изменений в надпочечниках (опухоль, гиперплазия, метастазы)
диагностики аномалии сосудов почки и предстательной железы

383. ПОСЛЕ ОБУЧЕНИЯ ПО ПРОГРАММАМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ, ДЛЯ РАБОТЫ ПО ПОЛУЧЕННОЙ СПЕЦИАЛЬНОСТИ, МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ ДОЛЖНЫ ПРОЙТИ

аттестацию

* первичную специализированную аккредитацию

первичную аккредитацию

периодическую аккредитацию

384. ВРАЧЕБНАЯ КОМИССИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ СОЗДАЕТСЯ И РАБОТАЕТ НА ОСНОВАНИИ

* приказа руководителя медицинской организации
наличия лицензии по экспертизе профессиональной пригодности
распоряжения органа исполнительной власти субъекта Федерации
постановления органов местного самоуправления

385. ПОЛИС ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ДОКУМЕНТОМ, УДОСТОВЕРЯЮЩИМ ПРАВО ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА НА ОПЛАТУ ЛИСТКА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

оказание медицинской помощи на платной основе

получение страховой выплаты в результате стойкой утраты работоспособности

*бесплатное оказание медицинской помощи на всей территории РФ

386. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ФОРМИРУЕТСЯ (ВЫДАЕТСЯ) НА ОБЩИХ ОСНОВАНИЯХ В СЛУЧАЕ НАСТУПЛЕНИЯ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В ПЕРИОД ОТПУСКА

* ежегодного оплачиваемого

по беременности и родам

по уходу за ребенком до достижения им возраста 3 лет

без сохранения заработной платы

387. ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА БУМАЖНОМ НОСИТЕЛЕ ПАЦИЕНТ ДОЛЖЕН ПРЕДЪЯВИТЬ

документ о семейном положении

свидетельство государственного пенсионного страхования
справку с места работы

* документ, удостоверяющий личность

388. ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ МОЖЕТ ЕДИНОЛИЧНО ВЫДАВАТЬ (ФОРМИРОВАТЬ) ЛИСТОК
НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА СРОК ДО _____ ДНЕЙ ВКЛЮЧИТЕЛЬНО

21

* 15

20

25

389. ДОСТИЖЕНИЕ ЭРЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ЭФФЕКТИВНЫМ ПРИ МЕСТНОМ
ВВЕДЕНИИ ПРЕПАРАТА

папаверина

* альпростадил

анальгина

Кетонала

390. МАКСИМАЛЬНАЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ДОЗА АЛПРОСТАДИЛА ПРИ
ИНТРАКАВЕРНОЗНОМ ВВЕДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ (В МКГ)

30

10

* 40

20

391. УДАРНО-ВОЛНОВУЮ ЛИТОТРИПСИЮ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ ОПТИМАЛЬНОЙ
ПРИ РАЗМЕРАХ КАМНЕЙ ЛОХАНКИ (В ММ)

*до 10

до 19

более 19

более 15

392. К СЕЛЕКТИВНЫМ ИНГИБИТОРАМ ОБРАТНОГО ЗАХВАТА СЕРОТОНИНА,
ПРЕДНАЗНАЧЕННЫМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО СЕМЯИЗВЕРЖЕНИЯ,
ОТНОСЯТ

* дапоксетин

сертралин

пароксетин

Флуоксетин

393. ПЭТ-КТ НЕ ИНФОРМАТИВНА ДЛЯ ПОИСКА РЕЦИДИВА РАКА ПРОСТАТЫ В
СЛУЧАЕ

наличия метастазов в печени

поражения костей

* ПСА <1 нг/мл

наличия местного рецидива

394. ПРИ НАЛИЧИИ ИНВАЗИИ В КАПСУЛУ ПРОСТАТЫ РАК КЛАССИФИЦИРУЕТСЯ КАК

инвазивный

местнораспространенный

* локализованный

метастатический

395. ВЕРОЯТНОСТЬ ИНВАЗИИ В МЫШЕЧНУЮ СТЕНКУ ПРИ РЕЦИДИВЕ ОПУХОЛИ T1G3 В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВОГО ТРИМЕСТРА ПОСЛЕ ИНТРАПУЗЫРНОЙ БЦЖ-ТЕРАПИИ СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

30-50

* более 80

менее 10

около 70

396. ПОСЛЕ УРЕТЕРОЛИТОЭКСТРАКЦИИ ЧАЩЕ ВСЕГО ЦЕЛЕСООБРАЗНО

установить мочеточниковый катетер на 5-7 суток

произвести пункционную нефростомию

*установить временный мочеточниковый стент

установить мочеточниковый катетер на 2-3 суток

397. СРЕДИ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕДУЩУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ

окружающая среда

генетическая предрасположенность

несовершенство работы системы здравоохранения

* образ жизни

398. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ВЫСОКОДОЗНОЙ БРАХИТЕРАПИИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ РАДИОАКТИВНЫЕ ИСТОЧНИКИ: ИРИДИЙ И

технеций

* радий

нептуний

Плутоний

399. К РАДИКАЛЬНОМУ МЕТОДУ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРОСТАТЫ ОТНОСИТСЯ

криоабляция

HIFU-терапия

* брахитерапия

необратимая электропорация

400. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ РЕЗЕКЦИИ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ

острый обструктивный пиелонефрит

острая почечная недостаточность

тромбоэмболия легочной артерии

* формирование мочевого свища

401. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- * цистоскопия
- микционная ультразвуковая цистоуретроскопия
- цитологическое исследование мочи
- магнитно-резонансная томография

402. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ВЫЯВЛЕНИЯ ПОЛИПА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- компьютерная томография
- магнитно-резонансная томография
- * цистоскопия
- ультразвуковое исследование

403. КАНЦЕРОГЕНЕЗ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕН НАЛИЧИЕМ

- мочевины
- нитратов
- * анилиновых красителей
- холестерина

404. ПОД СТАДИЕЙ ТЗВ РАКА ПРОСТАТЫ ПОНИМАЮТ

- * поражение семенных пузырьков
- экстракапсулярную инвазию (в клетчатку)
- наличие рака в обеих долях простаты
- инвазию в шейку мочевого пузыря

405. ПРИ СИНДРОМЕ ШТАУФФЕРА ПРОИСХОДИТ ПОРАЖЕНИЕ

- легких
- сердца
- головного мозга
- * печени

406. ОРГАНОСОХРАНЯЮЩАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ ТРАВМЕ ПОЧКИ НЕ ПОКАЗАНА ПРИ _____ ПОЧКИ

- * размозжении
- субкапсулярном разрыве
- повреждении верхнего сегмента
- повреждении нижнего сегмента

407. ПРИ РАЗРЫВЕ ПОЧКИ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ЧАШЕЧНО-ЛОХАНОЧНОЙ СИСТЕМЫ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩУЮ ОПЕРАЦИЮ НЕОБХОДИМО ЗАКОНЧИТЬ

- пиелостомией
- * нефростомией
- интубацией мочеточника
- кольцевым дренированием лоханки

408. ПОСТРЕНАЛЬНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПОЧЕЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- сепсис
- острый гломерулонефрит
- миокардит
- * мочекаменная болезнь

409. ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ИНВАЛИДНОСТИ СО СТЕПЕНЬЮ ОГРАНИЧЕНИЯ СПОСОБНОСТИ К ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СРОК ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЗАВЕРШАЕТСЯ ДАТОЙ

- открытия листка нетрудоспособности
- регистрации документов в бюро медико-социальной экспертизы
- * непосредственно предшествующей дню регистрации документов в бюро медико-социальной экспертизы
- закрытия листка нетрудоспособности

410. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- * установление острого заболевания
- прохождение обследования по направлению военных комиссариатов
- диспансеризация по поводу хронического заболевания
- прохождение профилактического осмотра

411. ПО РЕШЕНИЮ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ ПРИ БЛАГОПРИЯТНОМ КЛИНИЧЕСКОМ И ТРУДОВОМ ПРОГНОЗЕ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПОСЛЕ ТРАВМ И РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫДАН И ПРОДЛЕН ДО ДНЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ТРУДОСПОСОБНОСТИ, НО НА СРОК НЕ БОЛЕЕ ____ МЕСЯЦЕВ С ДАТЫ НАЧАЛА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

- * 10
- 6
- 8
- 9

412. ПРИ ПРОСТОЙ КИСТЕ СРЕДНЕГО СЕГМЕНТА ПОЧКИ ДИАМЕТРОМ 70 ММ У ПАЦИЕНТА 70 ЛЕТ С БОЛЕВЫМ СИМПТОМОМ И НАРУШЕНИЕМ УРОДИНАМИКИ ЦЕЛЕСООБРАЗНА

- * чрескожная пункция кисты с последующей склеротерапией
- консервативная терапия
- нефрэктомия
- марсупиализация кисты

413. РЕТРОГРАДНАЯ ИНТРАРЕНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНА У ПАЦИЕНТОВ С

- * единичными некрупными конкрементами чашечно-лоханочной системы
- коралловидными камнями почек
- камнями дивертикулов чашечек
- единичными крупными камнями лоханки

414. ЗАМЕДЛЕНИЮ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК СПОСОБСТВУЮТ

тиазидные диуретики

* ингибиторы АПФ

альфа-блокаторы

бета-блокаторы

415. ПРИ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ПИОНЕФРОЗЕ, КАРБУНКУЛЕ И НЕФУНКЦИОНИРУЮЩЕЙ ПОЧКЕ С ОДНОЙ СТОРОНЫ, ТЕМПЕРАТУРЕ ТЕЛА 39°C, ВЫРАЖЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ, ПОДОЗРЕНИИ НА СЕПСИС СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНИТЬ

катетеризацию мочеочника, начать консервативную терапию

срочную пиелолитотомию, иссечение карбункула, нефростомию

* срочную нефрэктомию

пункционную нефростомию

416. ПОСЛЕ ПИЕЛОЛИТОТОМИИ, НЕФРОЛИТОТОМИИ ИЛИ НЕФРОСТОМИИ ПО ПОВОДУ КОРАЛЛОВИДНОГО КАМНЯ ПОКАЗАНА АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

антибиотиками внутривенно в течение трёх недель

капельным орошением лоханки раствором антибиотиков

антибиотиками (эритромицин, тетрациклин и др.) в таблетках курсами по 6 дней с учётом чувствительности микрофлоры

* цефалоспорины, аминогликозидами курсами по 6 дней внутримышечно с учётом чувствительности микрофлоры

417. ЧИСЛО АНАТОМИЧЕСКИХ СУЖЕНИЙ У МОЧЕТОЧНИКА РАВНО

* 3

5

1

2

418. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНОГО С МИКРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕМАТУРИЕЙ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ

* мультиспиральная компьютерная томография почек, мочевых путей с контрастированием

ретроградная уретеропиелография

ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря

магнитно-резонансная томография почек, мочевых путей с контрастированием

419. ПРИ УЗИ КАМЕНЬ ПОЧКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК СТРУКТУРА

* повышенной эхогенности с акустической тенью

анэхогенная

повышенной эхогенности без акустической тени

пониженной эхогенности

420. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ДИАГНОСТИКИ СТРИКТУРЫ УРЕТРЫ ЯВЛЯЮТСЯ РЕТРОГРАДНАЯ УРЕТРОГРАФИЯ И

- * микционная цистоуретрография
- экскреторная урография
- антеградная цистогрaфия
- обзорный снимок органов мочевой системы

421. ПРОТЯЖЕННОСТЬ МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА У МУЖЧИНЫ В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ (В СМ)

- * 18-23
- 11-15
- 8-10
- 26-30

422. ДИСФУНКЦИОНАЛЬНОЕ МОЧЕИСПУСКАНИЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- недержанием мочи
- отсутствием позыва к мочеиспусканию
- повелительными позывами к мочеиспусканию
- * прерывистым, затрудненным мочеиспусканием

423. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ СТРИКТУРЫ УРЕТРЫ ПОСЛЕ АДЕНОМЭКТОМИИ НАБЛЮДАЕТСЯ В _____ ОТДЕЛЕ УРЕТРЫ

- * простатическом
- мембранозном
- пенильном
- бульбозном

424. УРОДИНАМИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКОЙ ГИПЕРАКТИВНОСТИ ДЕТРУЗОРА ЯВЛЯЕТСЯ

- стабильное давление детрузора
- императивное недержание мочи
- * повышение давления детрузора после мочеиспускания
- повышение давления детрузора при наполнении

425. ИМПЕРАТИВНОЕ НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

- опущения матки
- гипотонии внутреннего сфинктера уретры
- увеличения дорсального везико-уретрального угла
- * гиперактивности детрузора

426. ЭНДОМЕТРИОЗ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ (В ГОДАХ)

- 21-30
- 10-20
- * 41-50
- 51-60

427. ПРИ КАМНЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ТИПОМ ГЕМАТУРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- тотальная макрогематурия с бесформенными сгустками
- * терминальная макрогематурия
- перемежающаяся тампонада мочевого пузыря
- инициальная микрогематурия

428. НЕВОЗМОЖНОСТЬ ОПОРОЖНИТЬ МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ (ЗАДЕРЖКА МОЧИ) НАЗЫВАЮТ

- странгурией
- поллакиурией
- * ишурией
- анурией

429. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ТРАВМУ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

- * ретроградную цистографию
- экскреторную урографию
- компьютерную томографию органов забрюшинного пространства
- ретроградную пиелографию

430. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОЙ ТРАВМЫ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- * МСКТ органов мочевой системы с контрастированием
- полипозиционная цистография
- цистоуретрография
- УЗИ с оценкой почечного кровотока

431. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ОРХОЭПИДИДИМИТА ПОМИМО ПАЛЬПАТОРНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНИТЬ

- нагрузочную пробу с лазиксом
- * ультразвуковое исследование органов мошонки
- магнитно-резонансную томографию органов малого таза
- мультиспиральную компьютерную томографию органов малого таза

432. КОЛИЧЕСТВО КРИТЕРИЕВ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА «ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ СЕМЯИЗВЕРЖЕНИЕ» РАВНО

- 4
- 3
- 2
- * 5

433. БОЛЬШАЯ ВЕРОЯТНОСТЬ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ОЖИДАНИЯ НЕУДАЧИ У МУЖЧИН ВЫЗВАНА

- внешними обстоятельствами
- переутомлением
- соматическими заболеваниями
- * некорректностью партнерши

434. СООБЩАЮЩЕЕСЯ ГИДРОЦЕЛЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

юношей

новорожденных

* детей младшего возраста

мужчин престарелого возраста

435. К ГЕНОТИПУ ГЕНА ТРАНСПОРТЕРА СЕРОТОНИНА, КОТОРЫЙ СОПРОВОЖДАЕТСЯ НАИМЕНЬШЕЙ ВЕРОЯТНОСТЬЮ ПЕРВИЧНОГО ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО СЕМЯИЗВЕРЖЕНИЯ, ОТНОСЯТ

* LgLg

SS

SLg

LaLg

436. ДЛЯ ПУНКЦИОННОЙ НЕФРОСТОМИИ ЧАЩЕ ИСПОЛЬЗУЮТ НЕФРОСТОМИЧЕСКИЕ ДРЕНАЖИ ДИАМЕТРОМ ДО _____ СМ

30

18

* 16

20

437. ПРИ ПИОНЕФРОЗЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ

* нефрэктомия

катетеризация мочеточника

контактная литотрипсия

нефростомия пункционная

438. У БОЛЬНОГО ПОСЛЕ ИЗОЛИРОВАННОЙ ТРАВМЫ ПОЧКИ НАБЛЮДАЕТСЯ РЕЗКОЕ ПАДЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И АНЕМИЯ ПРИ ОТСУТСТВИИ ГЕМАТУРИИ, ЧТО СВЯЗАНО С ПОВРЕЖДЕНИЕМ

* сосудов почки

околопочечной клетчатки

мозгового слоя почки и лоханки

коркового слоя почки

439. УРЕТЕРОЦЕЛЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ТАКИМ ИЗМЕНЕНИЕМ МОЧЕТОЧНИКА, КАК

наличие полого образования, соединяющегося с его просветом

уменьшение диаметра, облитерация

* кистовидное расширение внутрипузырного сегмента

резкое расширение на всем протяжении

440. ДОСТОВЕРНЫМИ МЕТОДАМИ ДИАГНОСТИКИ УРЕТРОЦЕЛЕ ЯВЛЯЮТСЯ УЗИ И

восходящая цистография

экскреторная урография

* цистоскопия

урофлоуметрия

441. ПАХОВАЯ ГРЫЖА, ИМЕЮЩАЯСЯ У РЕБЁНКА С РОЖДЕНИЯ, ОБУСЛОВЛЕНА

коротким паховым каналом

широким поверхностным паховым кольцом

* незаращением вагинального отростка брюшины

дефектом передней стенки пахового канала

442. ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ЭКТОПИИ УСТЬЯ МОЧЕТОЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ

* сочетание нормального акта мочеиспускания с недержанием мочи

сочетание нормального акта мочеиспускания с неудержанием мочи

недержание мочи

неудержание мочи

443. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ РАЗВИТИЯ С ВОВЛЕЧЕНИЕМ МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА У МАЛЬЧИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

подковообразная почка

эписпадия

аплазия полового члена

* гипоспадия

444. ЕСЛИ НА ДОМУ У БОЛЬНОГО ДИАГНОСТИРОВАНА ПОЧЕЧНАЯ КОЛИКА, ТЕМПЕРАТУРА 38,3 °С В ТЕЧЕНИЕ ДВУХ ДНЕЙ, ОЗНОБЫ НЕОБХОДИМО

лечить больного на дому антибиотиками

назначить жаропонижающие препараты

госпитализировать больного в терапевтическое отделение

* срочно госпитализировать больного в урологический стационар

445. КАМНИ ДИВЕРТИКУЛОВ ЧАШЕЧНО-ЛОХАНОЧНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ БЕССИМПТОМНОМ ТЕЧЕНИИ ТРЕБУЮТ

выполнения перкутанной нефролитотрипсии

* наблюдения

дренирования верхних мочевых путей

проведения дистанционной нефролитотрипсии

446. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ЧРЕСКОЖНОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ ЯВЛЯЕТСЯ

* нескорректированная коагулопатия

единственная почка

тазовая дистопия почки

подковообразная почка

447. ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ГИПЕРОКСАЛУРИИ НАЗНАЧАЮТ

рацион питания с повышенным содержанием кальция (1000-1200 мг/сут)

гидрохлортиазид в начальной дозе 25 мг/сут с последующей эскалацией до 50 мг/сут

* пиридоксин в начальной дозе 5 мг/кг/сут

цитратную терапию в дозе 9-12 г/сут или бикарбонат натрия 1,5 г 3 раза в сутки

448. ПРОВЕДЕНИЕ ДИСТАНЦИОННОЙ ЛИТОТРИПСИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИ РАЗМЕРЕ КАМНЯ ПОЧКИ, РАВНОМ (В СМ)

- * 1-2
- 4,5-5
- 3,5-4
- 2,5-3

449. «ПЕНИСТЫЕ КЛЕТКИ» ВЫЯВЛЯЮТ ГИСТОЛОГИЧЕСКИ ПРИ _____ ПИЕЛОНЕФРИТЕ

- эмфизематозном
- * ксантогранулематозном
- вторичном
- первичном

450. ПРИ ОСТРОМ ЦИСТИТЕ НЕ БЫВАЕТ

- крови в моче
- учащенного мочеиспускания
- * высокой температуры тела
- болезненного мочеиспускания

451. ОСТРЫЙ ЭПИДИДИМИТ, КАК ПРАВИЛО, ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

- острого цистита
- * каналикулярно восходящей бактериальной инфекции при простатите
- гематогенного распространения инфекции при остром пиелонефрите
- гематогенного распространения инфекции при остром простатите

452. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ГЕСТАЦИОННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- иммунносупрессия при беременности вследствие гормональных сдвигов
- активация инфекций урогенитального тракта при беременности
- нарушение пассажа мочи по причине давления увеличенной матки
- * изменение уродинамики верхних мочевых путей

453. ТАКТИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С АБСЦЕССОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- * экстренная госпитализация в стационар, антибактериальная, дезинтоксикационная, общеукрепляющая терапия, пункция абсцесса под контролем УЗИ – вскрытие и дренирование;
- госпитализация в стационар, пункция и вскрытие абсцесса с проведением физиотерапии;
- ТУР предстательной железы;
- госпитализация в стационар для проведения консервативного лечения (антибактериальная, дезинтоксикационная, общеукрепляющая терапия)

454. «ПЕНИСТЫЕ» КЛЕТКИ (НАГРУЖЕННЫЕ ЛИПИДАМИ МОНОНУКЛЕАРНЫЕ МАКРОФАГИ) ЯВЛЯЮТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ эмфизематозного пиелонефрита

- острого пиелонефрита
- * ксантогранулематозного пиелонефрита
- апостематозного нефрита

455. ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ДОЛЯ ГЛАДКОМЫШЕЧНЫХ КЛЕТОК В СТРОМЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДОСТИГАЕТ (В %)

- 20
- * 40
- 10
- 60

456. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРОЭРЕКТОГЕННОГО ДЕЙСТВИЯ УДЕНАФИЛА 100 МГ СОСТАВЛЯЕТ (В ЧАСАХ)

- 6
- 12
- 36
- * 24

457. АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЙ СОСТАВ ПОКРЫТИЯ ИНГИБИЗОН, ПРИМЕНЯЕМОГО В ТРЕХКОМПОНЕНТНЫХ ФАЛЛОПРОТЕЗАХ, ПРЕДСТАВЛЕН

- ванкомицином
- цефазолином
- * рифампицином + моноциклином
- нентамицином + рифампицином

458. БОЛЬНОМУ 20 ЛЕТ С ГИДРОЦЕЛЕ ПОКАЗАНА

- операция по Бергману
- орхиэктомия
- пункция гидроцеле
- * операция по Винкельману

459. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЯМ ИМВП У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ОТНОСЯТ

- стафилококки
- микобактерии туберкулеза
- * E. coli
- синегнойную палочку

460. ПРИ АБСЦЕССЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕ ПОКАЗАНА

- интенсивная антибактериальная терапия и дренирование полости абсцесса
- цистостомия при задержке мочи
- дезинтоксикационная терапия
- * установка постоянного уретрального катетера

461. СХЕМОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ЦИСТИТА ЯВЛЯЕТСЯ _____ РАЗА В СУТКИ (3 ДНЯ)

- трихопол 500 мг 4

- * нитрофурантоин 100 мг 4
- флюконазол 50 мг 2
- доксциклин 100 мг 2

462. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПЕРВОПРИЧИНОЙ ОБРАЗОВАНИЯ ДЕВЕРТИКУЛОВ УРЕТРЫ/ПАРАУРЕТРАЛЬНЫХ КИСТ У ЖЕНЩИН ЯВЛЯЕТСЯ

- врожденное отсутствие слияния мочеиспускательного гребня
- * воспаление кисты влагалища
- травма уретры в родах
- воспаление периуретральных Сkeneвых желез

463. ПРИЧИНОЙ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- хронический пиелонефрит
- * острое нарушение оттока мочи из верхних мочевых путей камнем
- нарушение фильтрационной способности почки
- нарушение секреторной функции почки

464. МОЧЕВЫЕ СОЛИ, ОБРАЗУЮЩИЕСЯ ПРИ СНИЖЕНИИ РЕАБСОРБЦИИ В КАНАЛЬЦАХ ПОЧЕК МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ, ОТНОСЯТСЯ К

- * уратным (мочекислым)
- цистиновым
- оксалатным
- фосфатным

465. ТИП КАМНЕОБРАЗОВАНИЯ МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ НА ОСНОВАНИИ РЕЗУЛЬТАТОВ

- * анализа камня
- биохимического анализа суточной мочи
- биохимического анализа разовой порции мочи
- биохимического анализа крови

466. РЕЦИДИВ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ОТМЕЧАЕТСЯ В _____% СЛУЧАЕВ

- * 50-80
- 3-5
- 30-40
- 10-20

467. НА НАЛИЧИЕ КОНКРЕМЕНТА КОНКРЕМЕНТА В ЧАШЕЧНО-ЛОХАНОЧНОЙ СИСТЕМЕ УКАЗЫВАЕТ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ПРИЗНАК ТИПА

- эффекта усиления
- анэхогенного образования
- * акустической тени
- солидного образования

468. ПОЛЛАКИУРИЯ НЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

- камне мочевого пузыря
- * камне верхней трети мочеточника

цистоцеле
камне нижней трети мочеточника

469. К ОДНОЙ ИЗ ЦЕЛЕЙ ПРИМЕНЕНИЯ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ 10 ПЕРЕСМОТРА (МКБ-10) ОТНОСЯТ

- * систематизированный анализ данных о заболеваемости и смертности населения
- материально-техническое обеспечение медицинских организаций
- организацию и планирование деятельности медицинских организаций
- контроль качества оказания медицинской помощи населению

470. СРЕДИ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕДУЩУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ

- окружающая среда
- генетическая предрасположенность
- несовершенство работы системы здравоохранения
- * образ жизни

471. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АТТЕСТАЦИИ ПО ПРИСВОЕНИЮ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ КАТЕГОРИИ МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКАМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ СТАЖ РАБОТЫ

- * по специальности
- во вредных (опасных) условиях труда
- медицинский
- Непрерывный

472. ПРИ ПРОСТОЙ ЯЗВЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНА

- антибактериальная терапия
- субмукозная инфильтрация стенки мочевого пузыря вокруг язвы кортикостероидами
- с новокаином
- лучевая терапия
- * трансуретральная резекция стенки мочевого пузыря с язвой

473. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ СПОСОБОМ ЛЕЧЕНИЯ СТРИКТУРЫ УРЕТРЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- * анастомотическая уретропластика
- внутренняя оптическая уретротомия
- стентирование уретры
- бужирование уретры

474. ЕСЛИ СТРИКТУРА УРЕТРЫ ВЫЗВАНА СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКИМ ЛИХЕНОМ (LICHEN SCLEROSUS), ТО ДЛЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ УРЕТРОПЛАСТИКИ НЕЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЯТЬ

- * крайнюю плоть и кожу полового члена
- экстрагенитальную кожу
- слизистую оболочку нижней губы
- слизистую оболочку щеки

475. НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ФАКТОРОМ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИМ УСПЕХ АНАСТОМОТИЧЕСКОЙ УРЕТРОПЛАСТИКИ КОНЕЦ В КОНЕЦ, ЯВЛЯЕТСЯ

- * полное иссечение рубцовых тканей и анастомоз без натяжения
- применение монополярной коагуляции
- применение биполярной коагуляции
- использование нерассасывающегося шовного материала

476. НАДИР ПСА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКА

- задержки мочеиспускания
- возникновения эректильной дисфункции
- недержания мочи
- * биохимического рецидива опухолевого процесса

477. ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ БРАХИТЕРАПИИ РАКА ПРОСТАТЫ УРЕТРАЛЬНЫЙ КАТЕТЕР УДАЛЯЕТСЯ НА _____ СУТКИ

- 5
- * 1
- 14
- 10

478. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВОЗНИКАЮЩИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- несостоятельность швов на послеоперационной ране
- инфекция мочевыделительной системы
- геморрагия
- * паралитический илеус

479. К РАДИКАЛЬНОМУ МЕТОДУ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРОСТАТЫ ОТНОСИТСЯ

- * брахитерапия
- необратимая электропорация
- HIFU-терапия
- криоаблации

480. ДЛЯ РАЗРЕШЕНИЯ ИНФРАВЕЗИКАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ПОСЛЕ HIFU

- необходим повторный сеанс HIFU
- необходима установка цистостомического дренажа
- не следует принимать никаких мер, обструкция спадет сама
- * возможно выполнение ТУР предстательной железы

481. НАЛИЧИЕ ЭКСТРАВАЗАЦИИ МОЧИ У ПАЦИЕНТА С ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКОЙ И КАМНЕОБРАЗОВАНИЕМ

- проведения уретеролитотомии
- проведения дистанционной литотрипсии
- выполнения нефрэктомии
- * дренирования верхних мочевых путей

482. РАСТВОРИМОСТЬ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ РЕЗКО ВОЗРАСТАЕТ ПРИ PH МОЧИ

6,0-6,2

* более 6,2

менее 4,5-6,0

4,5-6,0

483. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ КРУПНЫХ КАМНЕЙ ПОЧКИ

уретеролитотомия

* перкутанная нефролитолапаксия

анатрофическая нефролитотомия

дистанционная нефролитотрипсия

484. ПРИ ОКСАЛАТНОМ ТИПЕ КАМНЕОБРАЗОВАНИЯ И ОКСАЛАТУРИИ СЛЕДУЕТ ОГРАНИЧИТЬ

жидкости

мочегонных средств

продуктов питания с щелочным эквивалентом

* лиственной зелени, фруктово-овощных соков

485. НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНОЙ ПРИ КОНКРЕМЕНТЕ НИЖНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА

контактной литотрипсии

* консервативной терапии

уретеролитоэкстракции

дистанционной ударно-волновой литотрипсии

486. ОПРЕДЕЛЕНИЕ КЛИРЕНСА ЭНДОГЕННОГО КРЕАТИНИНА ПРИМЕНИМО ДЛЯ

оценки количества функционирующих нефронов

определения концентрирующей функции почек

* определения величины почечной фильтрации

оценки секреторной функции канальцев почек

487. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ УЛЬТРАЗВУКОВЫМИ СИМПТОМАМИ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

узловые образования в периферической зоне с поражением капсулы

ретенционные кисты в центральной зоне и по периферии

петрификаты по ходу уретры

* узловые или диффузные изменения во внутренней части железы

488. ИСТИННАЯ (ПОЧЕЧНАЯ) ПРОТЕИНУРИЯ НЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

* опухоли почки и мочекаменной болезни

нефрозе

системной красной волчанке

гломерулонефрите

489. ПРОСТАЯ КИСТА ПОЧКИ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ В ВИДЕ _____ СТРУКТУРЫ

округлого гиперэхогенного образования неоднородной
солидного образования гетерогенной
* округлого анэхогенного образования однородной
узлового образования однородной

490.ИНДИГОКАРМИН В НОРМЕ ВЫДЕЛЯЕТСЯ ИЗ УСТЬЕВ МОЧЕТОЧНИКОВ ПРИ
ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ ЧЕРЕЗ (В МИНУТАХ)

* 3-5
8-10
15-20
1-2

491.МРТ ПРОСТАТЫ МОЖЕТ БЫТЬ ПОЛЕЗНА ДЛЯ ВИЗУАЛИЗАЦИИ
семенных пузырьков
* уретры
сосудисто-нервных пучков
дорсального венозного комплекса

492. ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ ДЛЯ
ИМПЛАНТАЦИИ РЕЗЕРВУАРА ГИДРАВЛИЧЕСКОГО ТРЕХКОМПОНЕНТНОГО
ФАЛЛОПРОТЕЗА ИСПОЛЬЗУЮТ НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧИТЕТЕЛЬНЫЙ _____
СПОСОБ

интраперитонеальный
традиционный (в ретциево пространство)
низкий эктопический
* высокий эктопический

493. МАКСИМАЛЬНАЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ДОЗА АЛПРОСТАДИЛА ПРИ
ИНТРАКАВЕРНОЗНОМ ВВЕДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ (В МКГ)

30
20
10
* 40

494. КОНЕЧНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИМПЛАНТАЦИИ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ
ПОД КОЖУ ГОЛОВКИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ПРИ ПЕРВИЧНОМ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ
СЕМЯИЗВЕРЖЕНИИ ЧЕРЕЗ 1 ГОД ПОСЛЕ ПРОЦЕДУРЫ СОСТАВЛЯЕТ ОКОЛО (В
ПРОЦЕНТАХ)

* 50
70
30
90

495. ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТА ОТ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО
ПРИАПИЗМА НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО РЕКОМЕНДОВАТЬ

гофрирование ножек полового члена
наложение сафено-кавернозного анастомоза

наложение каверно-кавернозного анастомоза
* пункционное шунтирование кавернозных тел

496. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ ВЗРОСЛЫМ ЧЛЕНОМ СЕМЬИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ МОЖЕТ ВЫДАТЬ НА СРОК НЕ БОЛЕЕ ЧЕМ НА _____ ДНЕЙ ПО КАЖДОМУ СЛУЧАЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- 15
- 30
- * 7
- 45

497. ПРИ ОЧЕВИДНОМ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ КЛИНИЧЕСКОМ И ТРУДОВОМ ПРОГНОЗЕ ПО РЕШЕНИЮ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ФОРМИРУЕТСЯ И ПРОДЛЕВАЕТСЯ НА СРОК НЕ БОЛЕЕ _____ МЕСЯЦЕВ С ДАТЫ НАЧАЛА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

- * 4
- 7
- 5
- 6

498. БОЛЬНОМУ, ИМЕЮЩЕМУ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО ОРВИ С 18.03 ПО 22.03. И ЯВИВШЕМУСЯ НА ПРИЁМ К ВРАЧУ-ТЕРАПЕВТУ УЧАСТКОВОМУ 26.03 С ПРИЗНАКАМИ ПНЕВМОНИИ, ПОКАЗАНО

продлить больничный лист с 26.03 до выздоровления

продлить больничный лист с 26.03 до выздоровления с отметкой о нарушении

- * продлить больничный лист с 23.03 до выздоровления с отметкой о нарушении
- оформить новый больничный лист

499. ЧТО ПОКАЗАНО БОЛЬНОМУ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКОЙ МОЧЕИСПУСКАНИЯ ПРИ НЕВОЗМОЖНОСТИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ИЗ-ЗА ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА 37,9°C?

аденомэктомия

оперативная цистостомия

трансуретральная резекция простаты

- * троакарная (пункционная) цистостомия

500. БОЛЬНОМУ С УШИБОМ МОШОНКИ И ГЕМАТОМОЙ ПО УЗИ 8×6×9 СМ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ

- * операцию – вскрытие и дренирование гематомы

холод на мошонку

только пункцию гематомы

пункцию гематомы с постоянной ирригацией раствором фурацилина

501. ВЫВИХ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ВОЗМОЖЕН

- * в состоянии эрекции

при ударе в паховую область

при переломе костей таза
вне состояния эрекции

502. ПРИ ПИЕЛОЛИТОТОМИИ, НЕФРОЛИТОТОМИИ ПО ПОВОДУ
КОРАЛЛОВИДНОГО КАМНЯ ПОЧКИ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНИТЬ

- * нефростомию
- циркулярную нефростомию
- защиту лоханки без нефростомии
- пиелостомию

503. ПРИ ПЕРВИЧНОЙ КОРОТКОЙ СТРИКТУРЕ ЛУКОВИЧНОГО ОТДЕЛА УРЕТРЫ
НЕЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- анастомотическую уретропластику (операция Хольцова – Мариона)
- оптическую уретротомию
- * двухэтапную уретропластику
- анастомотическую уретропластику без пересечения спонгиозного тела

504. ЛУКОВИЧНЫЕ АРТЕРИИ БУДУТ СОХРАНЕНЫ ПРИ

- операции Вебстера с тотальной пубэктомией
- * анастомотической уретропластике без пересечения спонгиозного тела
- операции Хольцова – Мариона с нижней пубэктомией
- операции Соловова и формировании межкрурального промежутка

505. ПРИ ПЕРЕСЕЧЕНИИ ЛУКОВИЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ АНАСТОМОТИЧЕСКОЙ
УРЕТРОПЛАСТИКЕ ДИСТАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЕ СПОНГИОЗНОЕ ТЕЛО

- * продолжает получать кровоснабжение за счет артериальных анастомозов
- замещается жировой тканью с последующей регенерацией
- замещается фиброзной тканью и в последствии некротизируется
- некротизируется с формированием множественных фистул

506. ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПЛАСТИКЕ ГИДРОНЕФРОЗА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО
УСТАНАВЛИВАТЬ

- наружный стент
- пиелостому
- * внутренний стент
- нефростому

507. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИСТАНЦИОННОЙ ЛИТОТРИПСИИ ЗАВИСИТ ОТ
длительности нахождения конкремента в мочевыводящих путях

- пол пациента
- наличия эритроцитурии
- * плотности конкремента

508. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СТРЕССОВОГО
НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ЯВЛЯЕТСЯ

- лечение симптомов пролапса тазовых органов
- применение объемообразующих парауретральных гелей

* субуретральная синтетическая петля
операция Маршалла – Маркетти – Крантца

509 ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ВНУТРИТАЗОВОЙ АНЕСТЕЗИИ ПО ШКОЛЬНИКОВУ
НОВОКАИН ВВОДЯТ В ФАСЦИАЛЬНЫЙ ФУТЛЯР МЫШЦЫ

наружной запирающей
внутренней запирающей

* подвздошно-поясничной
поднимающей задний проход

510. НЕПОСРЕДСТВЕННО ПЕРЕД ВВЕДЕНИЕМ ЧАСТИЦ В ПРОСТАТИЧЕСКУЮ
АРТЕРИЮ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЕ ВВЕДЕНИЕ

гепарина 2500 ЕД

* нитроглицерина 250-500 мкг
верапамила 5 мг
верапамила 2,5 мг

511. УРОДИНАМИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКОЙ ГИПЕРАКТИВНОСТИ ДЕТРУЗОРА
ЯВЛЯЕТСЯ

повышение давления детрузора после мочеиспускания

императивное недержание мочи

стабильное давление детрузора

* повышение давления детрузора при наполнении

512. ЭНДОМЕТРИОЗ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ
(В ГОД)

* 41-50

21-30

10-20

51-60

513. ХАРАКТЕРИЗУЯ ЗАДЕРЖКУ МОЧЕИСПУСКАНИЯ ОТМЕЧАЮТ

отсутствие выделения мочи почками

отсутствие мочи в мочевом пузыре при его катетеризации

отсутствие самостоятельного мочеиспускания в горизонтальном положении

* невозможность самостоятельного опорожнения мочевого пузыря

514. ЭКТОПИЮ НАРУЖНОГО ОТВЕРСТИЯ УРЕТРЫ, КАК ПРИЧИНУ
РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ЦИСТИТОВ, УСТАНАВЛИВАЮТ ПРИ ПОМОЩИ ПРОБЫ

* О'Доннел – Хиршхорна

Реберга

Вольфа

Пастернацкого

515. ГЛАВНЫМ СИМПТОМОМ ГИПЕРАКТИВНОСТИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ СЧИТАЮТ

ночная полиурия

задержка «старта» мочеиспускания

* императивный позыв к мочеиспусканию
затрудненное мочеиспускание

516.МОДИФИКАЦИЯ РАЦИОНА ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ, ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА И ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ПРОВОДИТСЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ

гипертермии
эритроцитурии

* рН мочи
лейкоцитурии

517.КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМАЯ БАКТЕРИУРИЯ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ИНФЕКЦИЯХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙМОЧЕ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ МОЧИ, ВЗЯТОЙ С ПОМОЩЬЮ КАТЕТЕРА, СОСТАВЛЯЕТ _____

> 103

* > 104

> 106

> 105

518.ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ ФАКТОРОМ РАЗВИТИЯ ЭМФИЗЕМАТОЗНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

беременность

нарушение уродинамики

*сахарный диабет

наличие сопутствующих хронических воспалительных заболеваний

519.ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У БЕРЕМЕННЫХ НАЗНАЧАЮТ

*пенициллины

аминогликозиды

фторхинолоны

цефалоспорины

520. ЭЛЕМЕНТЫ ПОЧЕЧНОЙ НОЖКИ ПРИ РАССМОТРЕНИИ СПЕРЕДИ НАЗАД РАСПОЛОЖЕНЫ В СЛЕДУЮЩЕМ ПОРЯДКЕ

артерия, вена, лоханка

вена, лоханка, артерия

*вена, артерия, лоханка

лоханка, вена, артерия

521.КАКОЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ НЕОБХОДИМ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ПОЧКИ?

пневморетроперитонеум

лапароскопия

селективная почечная венография

*ультразвуковое сканирование

522. ПРИ ВНЕБРЮШИННОЙ ТРАВМЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ НЕОБХОДИМО ПРОИЗВЕСТИ

цистоскопию
обзорную урографию
уретрографию
*ретроградную уретроцистографию

523. ЧЕРЕЗ ГОД ПОСЛЕ ПОЗАДИЛОННОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ ПРИ КОНТРОЛЬНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ У ПАЦИЕНТА ВЫЯВЛЕН ПСА ОБЩИЙ – 0,3 НГ/МЛ, А ПО ДАННЫМ МРТ В ЗАПИРАТЕЛЬНОЙ ЯМКЕ ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ ЛИМФАТИЧЕСКИЙ УЗЕЛ РАЗМЕРОМ ДО 1,6 СМ, НАКАПЛИВАЮЩИЙ КОНТРАСТНЫЙ ПРЕПАРАТ, НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНОЙ ТАКТИКОЙ В ДАННОМ СЛУЧАЕ ЯВЛЯЕТСЯ

*выполнение расширенной тазовой лимфаденэктомии
гормональная терапия
динамическое наблюдение
химиотерапия

524. В СРЕДНЕМ ДЛЯ ОДНОЙ КРИОАБЛАЦИИ ПРОСТАТЫ НЕОБХОДИМЫ _____ КРИОЗОНДА/КРИОЗОНДОВ

*4-8
1-2
15-20
10-12

525. ЧТО ДОПУСТИМО У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРОСТАТЫ?

*упражнения для тренировки мышц тазового дна
терапия андрогенами
физиотерапия на область малого таза
массаж простаты

526. В ОТНОШЕНИИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ПО ПОВОДУ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ МОЖНО СКАЗАТЬ, ЧТО

предоперационная химиотерапия может быть проведена у пациентов с поражением лимфатических узлов, а также висцеральными метастазами

неoadъювантная химиотерапия должна быть проведена у всех пациентов
неoadъювантная химиотерапия более эффективна, чем адъювантная

*ответ на химиотерапию является наиболее важным прогностическим фактором

527. ВИДОМ КАСТРАЦИИ, ВЫЗЫВАЮЩИМ ФЕНОМЕН «ВСПЫШКИ», ЯВЛЯЕТСЯ ТЕРАПИЯ

*агонистами ЛГРГ
антагонистами ЛГРГ
эстрогенами
антиандрогенами

528. ПРИ ПИОНЕФРОЗЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ

нефростомия пункционная
контактная литотрипсия
катетеризация мочеточника

*нефрэктомия

529. ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМА ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- * ушивание белочной оболочки и консервативное лечение
- установку уретрального катетера
- эпицистостомию
- ушивание дефекта уретры

530. ПОКАЗАНИЕМ К КАТЕТЕРИЗАЦИИ ЧАШЕЧНО-ЛОХАНОЧНОЙ СИСТЕМЫ НА ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- *некупирующаяся почечная колика
- макрогематурия
- острая задержка мочеиспускания
- парадоксальная ишурия

531.НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ СТРИКТУРЫ УРЕТРЫ ПРИ ЛИХЕН СКЛЕРОЗЕ БЫВАЕТ В _____ ЧАСТИ УРЕТРЫ

- простатической
- *пенильной
- мембранозной
- бульбозной

532.НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ОБРАЗОВАНИЯ КАМНЕЙ В МОЧЕВОМ ПУЗЫРЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- рак предстательной железы
- стриктура уретры
- гиперактивность мочевого пузыря
- *доброкачественная гиперплазия простаты

533. К НЕИЗЛЕЧИМОЙ ФОРМЕ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ ОТНОСИТСЯ

- *крипторхизм
- дефицит секреции гонадотропинов
- аутоиммунное нарушение
- непроходимость половых путей

534.ПОД ФИМОЗОМ ПОНИМАЮТ

- *сужение крайней плоти, при котором невозможно обнажение головки полового члена
- расширение вен семенного канатика
- неопущение одного из яичек
- скопление серозной жидкости между париетальным и висцеральным листками собственной влагалищной оболочки яичка

535. ВНУТРЕННЕЕ ОТВЕРСТИЕ ПАХОВОГО КАНАЛА СО СТОРОНЫ ВНУТРЕННЕЙ ПОВЕРХНОСТИ БРЮШИНЫ СООТВЕТСТВУЕТ

- пупочному кольцу
- *латеральной паховой ямке

надпузырной ямке
медиальной паховой ямке

536.ДЛЯ ПОЛИКИСТОЗА ВЗРОСЛЫХ ХАРАКТЕРНО

аутосомно-рецессивное наследование
развитие ХПН в детском возрасте
наличие одностороннего процесса
*развитие ХПН после 30 лет

537. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ РАЗВИТИЯ С ВОВЛЕЧЕНИЕМ МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА У МАЛЬЧИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

аплазия полового члена
подковообразная почка
*гипоспадия
эписпадия

538. НАЛИЧИЕ НА УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПОЧЕК И МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ВЫРАЖЕННОГО РАСШИРЕНИЯ СОБИРАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ И НОРМАЛЬНЫХ РАЗМЕРОВ МОЧЕТОЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ

карбункула
мегауретера
*гидронефроза
мультикистоза

539.ПАТОГЕНЕЗ СИНДРОМА ПЕРСИСТЕНЦИИ МЮЛЛЕРОВЫХ ПРОТОКОВ ОБУСЛОВЛЕН

*дефицитом антимюллерового гормона (АМГ) или нарушенной чувствительностью к АМГ
опухолью тестикул
внутриутробным дефицитом андрогенов или нарушением чувствительности к ним
внутриутробным избытком АМГ

540.В ЭМБРИОГЕНЕЗЕ ИЗНАЧАЛЬНАЯ ЗАКЛАДКА ЯИЧЕК ПРОИСХОДИТ В

паховом канале
в половом члене
мошонке
*брюшной полости

541.ПОД РЕАБИЛИТАЦИЕЙ ПОНИМАЮТ

*систему медицинских, социальных, психологических, педагогических, профессиональных мероприятий
реализацию профилактических мероприятий
комплекс мероприятий, направленных на восстановление способности к занятиям спортом
деятельность коллектива медицинских, социальных работников и педагогов

542.МОМЕНТОМ СМЕРТИ ЧЕЛОВЕКА ЯВЛЯЕТСЯ МОМЕНТ

трупного окоченения
*смерти его мозга или его биологической смерти
остановки сердцебиения в течение 20 минут
остановки дыхания в течение 20 минут

543. СОГЛАСНО НОМЕНКЛАТУРЕ, К ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМ МЕДИЦИНСКИМ ОРГАНИЗАЦИЯМ ОТНОСЯТ

центр мобилизационных резервов
*медико-санитарную часть
центр военно-врачебной экспертизы
бюро медицинской статистики

544. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ И ВЫБОРЕ МЕТОДА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

МРТ почек и мочевых путей
*МСКТ почек и мочевых путей
динамическая нефросцинтиграфия
УЗИ почек и мочевых путей

545. УРЕАЗУ НЕ ПРОДУЦИРУЕТ

микоплазма
псевдомонада
стафилококк
*E. Coli

546. ПРИ НАРУШЕНИИ ПУРИНОВОГО ОБМЕНА ОБРАЗУЮТСЯ _____ КАМНИ

кальций-оксалатные
струвитные
*мочекислые
кальций-фосфатные

547. ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИЯ И ГИПЕРКАЛЬЦИУРИЯ СПОСОБСТВУЮТ ОБРАЗОВАНИЮ _____ КАМНЕЙ

фосфатных
мочекислых (уратных)
*кальций содержащих
струвитных

548. СТРУВИТНЫЕ КАМНИ ФОРМИРУЮТСЯ ПРИ

*врожденных аномалиях мочевых путей
аномалии мочевых путей
раке предстательной железы
поликистозе почек

549. ГИПЕРОКСАЛУРИЯ БЫВАЕТ

резорбтивной

почечной
аттрактивной
*кишечной

550. КРИТЕРИЕМ ВЫСОКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО РИСКА ЯВЛЯЕТСЯ

*клиническая стадия T2c и выше
ПСА менее 20 нг/мл
ПСА менее 50 нг/мл
клиническая стадия T1c

551. ПРИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЯВЛЯЕТСЯ В

*периферической зоне
левой доле
правой доле
центральной зоне

552. ПРИ ТРУЗИ ОТНОСИТЕЛЬНО НОРМАЛЬНОЙ ТКАНИ РАК ПРОСТАТЫ ВЫГЛЯДИТ

анэхогенным
гиперэхогенным
изоэхогенным
*гипоэхогенным

553. ПОД СТАДИЕЙ T3b РАКА ПРОСТАТЫ ПОНИМАЮТ

экстракапсулярную инвазию (в клетчатку)
инвазию в шейку мочевого пузыря
*поражение семенных пузырьков
наличие рака в обеих долях простаты

554. ПОД СИНДРОМОМ ШТАУФФЕРА ПОНИМАЮТ _____ ПРИ РАКЕ ПОЧКИ

поражение лимфоузлов
нарушение функции поджелудочной железы
*нарушение функции печени
поражение костного мозга

555. ЗАБОЛЕВАНИЕМ, КОТОРОЕ НЕ МОЖЕТ «СИМУЛИРОВАТЬ» ОСТРЫЙ ЦИСТИТ, ЯВЛЯЕТСЯ

инородное тело мочевого пузыря
*фуникулит
острый простатит
камень интрауретрального отдела мочеоточника

556. ХРОНИЧЕСКИЙ ДВУХСТОРОННИЙ ЭПИДИДИМИТ ПРИВОДИТ К

гидроцеле
орхиту

варикоцеле
*бесплодию

557. ПРИ ОСТРОМ ЦИСТИТЕ НЕ БЫВАЕТ

учащенного мочеиспускания
болезненного мочеиспускания
крови в моче
*высокой температуры тела

558. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПУТЁМ ПРОНИКНОВЕНИЯ ИНФЕКЦИИ В МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ ЯВЛЯЕТСЯ

*восходящий
нисходящий
лимфогенный
гематогенный

559. ПОД БАЛАНОПОСТИТОМ ПОДРАЗУМЕВАЮТ ВОСПАЛЕНИЕ

*крайней плоти и головки полового члена
парауретральных желёз и мошонки
простаты и парауретральных желёз
придатка яичка и парауретральных желёз

560. ОТСУТСТВУЮЩИМ В ХАРАКТЕРИСТИКЕ КСАНТОГРАНУЛЕМАТОЗНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

боль в поясничной области или животе на стороне поражения
*повышение уровня прокальцитонина
повышение СОЭ
анемия

561. ДЛЯ НЕФРОНОФТИЗА ФАНКОНИ (ДИСПЛАЗИЯ, КИСТОЗ ПОЧЕК) ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ

васкулит почечных сосудов
нефроптоз
наличие кисты в пирамидах
*развитие тубулярной ХПН

562. ЗАКОН ВЕЙГЕРТА – МЕЙЕРА ДЕЙСТВУЕТ ПРИ

удвоении почки
неполном удвоении почки
расщеплении мочеточника
*удвоении мочеточника

563. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АНОМАЛИЙ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

урофлоуметрия
гистосканирование
пункционная биопсия
*компьютерная томография с контрастированием

564. АПЛАЗИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ _____ ПОЧКИ

- изменением положения
- изменением кровоснабжения
- изменением размеров
- *отсутствием

565. К АНОМАЛИИ ПОЛОЖЕНИЯ МОЧЕТОЧНИКА ОТНОСИТСЯ

- уретроцеле
- мегауретер
- *ретрокавальный мочеточник
- кольцевидный мочеточник

566. ПАТОГЕННЫЕ ВАРИАНТЫ ГЕНА CFTR ВЫЗЫВАЮТ

- синдром CBAVDX
- анорхизм
- *синдром CBAVD
- крипторхизм

567. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ МУТНОЙ МОЧИ ЯВЛЯЕТСЯ

- рост дрожжей в моче
- *фосфатурия
- бактериальный цистит
- значительная протеинурия

568. К ЭЛЕМЕНТАМ ОСАДКА МОЧИ ТОЛЬКО ПОЧЕЧНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ОТНОСЯТ

- плоский эпителий
- *цилиндры
- кристаллы
- лейкоциты

569. ВЕНТРОЛАТЕРАЛЬНАЯ ПОВЕРХНОСТЬ ПРОКСИМАЛЬНОЙ ЧАСТИ ЛУКОВИЧНОГО ОТДЕЛА УРЕТРЫ ОКРУЖЕНА _____ МЫШЦАМИ

- ишио-кавернозными
- грушевидными
- *бульбо-спонгиозными
- обтураторными

570. ДИАГНОСТИРОВАТЬ КРИПТОРХИЗМ ПОЗВОЛЯЕТ

- исследование эякулята
- *УЗИ
- реофаллография
- урофлоуметрия

571. ПИОСПЕРМИЯ ОЗНАЧАЕТ НАЛИЧИЕ В ЭЯКУЛЯТЕ БОЛЬШОГО КОЛИЧЕСТВА

- *нейтрофилов

макрофагов
лимфоцитов
моноцитов

572. ПРИ ТРАВМЕ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ПАЦИЕНТАМ, У КОТОРЫХ НЕЛЬЗЯ ИСКЛЮЧИТЬ ТРАВМУ УРЕТРЫ, НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

*радиоизотопное исследование
ретроградную уретрографию
магнитно-резонансную томографию
компьютерную томографию

573. ПРИ ОПУХОЛИ ПОЧКИ ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ АНГИОГРАФИИ И ЭМБОЛИЗАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

хилурия
бактерурия
лейкоцитурия
*макрогематурия

574. КРИТЕРИЕМ БИОХИМИЧЕСКОГО РЕЦИДИВА ПОСЛЕ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ РАКА ПРОСТАТЫ ЯВЛЯЕТСЯ

нарастание ПСА более чем на 0,2 нг/мл за 3 месяца
*повышение ПСА более 2 нг/мл относительно надира
ПСА более 4 нг/мл
ПСА более 1 нг/мл в 2 последовательных анализах

575. ПОД ОПУХОЛЬЮ ГРАВИТЦА ПОНИМАЮТ

ангиомиолипому почки
*почечно-клеточный рак
лейомиосаркому
переходно-клеточный рак

576. ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ОСОБЕННО АКТУАЛЬНА ПРИ

планировании цистэктомии
*раке in situ
опухоли 1-2 см
T3 стадии

577. ХРОНИЧЕСКИЙ ЦИСТИТ У МУЖЧИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ ТАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ, КАК

*гиперплазия простаты
рак мочевого пузыря
задний уретрит
хронический простатит

578. ОСЛОЖНЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО УРЕТРИТА У ЖЕНЩИН ЯВЛЯЕТСЯ

*хронический цистит

гиперактивность детрузора
недержание мочи
лейкоплакия мочевого пузыря

579. ПРИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ОСТРОГО ЦИСТИТА ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНИТЬ

магнитно-резонансную томографию мочевого пузыря
компьютерную томографию органов мочевой системы
цистоскопию
*анализ мочи

580. ПРИ ТУБЕРКУЛЁЗЕ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У МУЖЧИНЫ ПОРАЖАЮТСЯ

предстательная железа и мочевой пузырь
*семявыносящие протоки и придатки яичка
оболочки яичка
семенные пузырьки

581. ПРИ ПАРАНЕФРАЛЬНОМ АБСЦЕССЕ ОПРАВДАННОЙ ТАКТИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ СЧИТАЮТ

только антибактериальную терапию внутривенно
перкутанную нефростомию на фоне антибактериальной терапии
эндоуретеральное дренирование почки в сочетании с антибактериальной терапией
*ретроперитонеальное дренирование абсцесса с антибактериальной терапией

582. ОСНОВНЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ЦИСТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

*инфекция
общий
физический
химический

583. ДИЗУРИЯ НЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

цистите
*орхите
камне мочевого пузыря
камне интрамурального отдела мочеточника

584. К РЕНТГЕНОНЕГАТИВНЫМ КАМНЯМ ОТНОСЯТ

кальциевые
цистиновые
*мочекислые
струвитные

585. ПРИ ЩЕЛОЧНОЙ РЕАКЦИИ МОЧИ ОБРАЗУЮТСЯ _____ КАМНИ

*фосфатные
цистиновые
оксалатные
мочекислые (уратные)

586. ПРИ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКЕ ПАЦИЕНТ

лежит на противоположном боку

сидит, согнувшись вперед

*ведет себя беспокойно, не находя положения, при котором уменьшилась бы боль

лежит на больном боку с согнутыми в коленях ногами

587. ПОД «TUBELESS» В ПЕРКУТАННОЙ ХИРУРГИИ ПОНИМАЮТ

*бездренажное окончание операции

дренирование мочевых путей только нефростомическим дренажем

дренирование мочевых путей только катетером-стентом

дренирование мочевых путей нефростомическим и мочеточниковым катетером

588. ПРИ КАМНЕ ИНТРАМУРАЛЬНОГО ОТДЕЛА МОЧЕТОЧНИКА БОЛЬ ИРРАДИИРУЕТ

в поясничную область

под лопатку

в заднюю поверхность бедра

*в пах, внутреннюю поверхность бедра и половые органы

589. НАИБОЛЕЕ РЕДКОЙ ПРИЧИНОЙ ОБСТРУКЦИИ МОЧЕТОЧНИКА ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ЯВЛЯЕТСЯ

некроз мочеточника

*конкремент

гемотампонада

техническая ошибка наложения уретероцистоанастомоза

590. ПРИ ПРОСТОЙ КИСТЕ СРЕДНЕГО СЕГМЕНТА ПОЧКИ ДИАМЕТРОМ 70 ММ У ПАЦИЕНТА 70 ЛЕТ С БОЛЕВЫМ СИМПТОМОМ И НАРУШЕНИЕМ УРОДИНАМИКИ ЦЕЛЕСООБРАЗНА

консервативная терапия

марсупиализация кисты

нефрэктомия

*чрескожная пункция кисты с последующей склеротерапией

591. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ НЕГАТИВНЫМ ПОСЛЕДСТВИЯМ СТЕНТИРОВАНИЯ МОЧЕТОЧНИКА ОТНОСЯТ

лихорадку

*дизурические явления

инфекционные осложнения

травмы мочеточника

592. ОСНОВНЫМ ПОДТИПОМ МУСКАРИНОВЫХ ХОЛИНОРЕЦЕПТОРОВ, УЧАСТВУЮЩИХ В СОКРАЩЕНИИ ДЕТРУЗОРА, ЯВЛЯЕТСЯ

M2

M4

*МЗ

М1

593. ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ВВЕДЕНИЕ ОБЪЕМООБРАЗУЮЩИХ ВЕЩЕСТВ ПРИМЕНЯЮТ ПРИ

двустороннем мегауретере

пузырно-мочеточниковом рефлюксе IV-V степени

*пузырно-мочеточниковом рефлюксе II-III степени

обструктивном уретерогидронефрозе

594. КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ИМЕЕТ МЕСТО ПРИ ОПЕРАЦИИ ИВАНИССЕВИЧА, СОПРОВОЖДАЮЩЕЙСЯ ЛИГИРОВАНИЕМ ЛИМФАТИЧЕСКИХ СОСУДОВ?

*гидроцеле

кровотечение

эпидидимит

рецидив варикоцеле

595. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ОРХОЭПИДИДИМИТА ПРИМЕНЯЮТ

антимикотики

ветрогонные средства

иммуномодуляторы

*антибиотики

596. ПРИ ОСТРОМ ОРХОЭПИДИДИМИТЕ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ВЫРАЖЕННОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ

*новокаиновую блокаду

анксиолитики

антипиретики

опиоидные анальгетики

597. К ГРУППЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, С КОТОРЫМИ НЕ СЛЕДУЕТ СОЧЕТАТЬ ИНГИБИТОРЫ ФОСФОДИЭСТЕРАЗЫ-5, ОТНОСЯТ

препараты тестостерона

*органические нитраты

фторхинолоны

статины

598. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ СТРИКТУРЫ УРЕТРЫ ПРИ УДАРЕ В ПРОМЕЖНОСТЬ БЫВАЕТ В _____ ЧАСТИ УРЕТРЫ

мембранозной

пенильной

простатической

*бульбозной

599. АНУРИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК СНИЖЕНИЕ СУТОЧНОГО КОЛИЧЕСТВА ОБРАЗУЮЩЕЙСЯ МОЧИ МЕНЕЕ (В МЛ)

*50

80

100

600. ПРИ ВНЕБРЮШИННОЙ ТРАВМЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ НЕОБХОДИМО ПРОИЗВЕСТИ

- *ретроградную уретроцистографию
- уретрографию
- цистоскопию
- обзорную урографию

601. ЦИТРАТ КАЛИЯ

- обеспечивает водно-солевую нагрузку
- приводит к цистинурии
- *повышает pH мочи
- обеспечивает кислотную нагрузку

602. ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ЛИТОТРИПСИИ КАМНЕЙ МОЧЕТОЧНИКОВ РАЗМЕРАМИ БОЛЕЕ 7×5 ММ С НЕОСЛОЖНЁННЫМ ТЕЧЕНИЕМ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНИТЬ

- уретеролитотомию
- *контактную уретеролитотрипсию
- повторные сеансы дистанционной ударно-волновой литотрипсии
- уретеролитоэкстракцию

603. ФАКТОРОМ, СНИЖАЮЩИМ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИСТАНЦИОННОЙ ЛИТОТРИПСИИ КАМНЕЙ НИЖНЕЙ ЧАШЕЧКИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- узкая нижняя чашечка
- химический состав камня (дигидрат оксалат кальция)
- тупой угол между шейкой чашки и лоханкой
- *узкая шейка чашечки

604. ПРИ ОБРАЗОВАНИИ ПРОТЯЖЕННОЙ «КАМЕННОЙ ДОРОЖКИ» МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- дистанционная нефролитотрипсия
- литокINETическая терапия
- дренирование ВМП катетером-стентом
- *контактная уретеролитотрипсия

605. ПРИ СЛАБОКОНТРАСТНОМ КАМНЕ 15×17 ММ ЛОХАНКИ ПОЧКИ И ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ СЛЕДУЕТ ИСКЛЮЧИТЬ

- *литоллиз
- пункционную нефролитотомию
- ударно-волновую литотрипсию
- пиелолитотомию

606. НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ ПРИ ПЕРЕПОЛНЕНИИ ЛЕЧИТСЯ

упражнениями на мышцы тазового дна, медикаментозно
изменением диеты, поведенческой терапией
приспособлениями удерживающими мочу, хирургически
*периодической катетеризацией, принудительным ритмом мочеиспускания

607. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО ЦИСТИТА
ЯВЛЯЕТСЯ

противовоспалительная терапия
*инстиляция мочевого пузыря
прием иммуностимуляторов
антибактериальная терапия

608. ПРИ НАЛИЧИИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К М-ХОЛИНОБЛОКАТОРАМ ПРИ
ГИПЕРАКТИВНОМ МОЧЕВОМ ПУЗЫРЕ ПРИМЕНЯЮТ

пиридостигмина бромид
альфа-адреноблокаторы
*метод тиббиальной нейромодуляции
сакральную нейромодуляцию

609. ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ РАССТОЯНИЯ МЕЖДУ КУЛЬТАМИ УРЕТРЫ ПРИ
ОПЕРАЦИИ ВЕБСТЕРА (УРЕТРО-ПРОСТАТИЧЕСКИЙ АНАСТОМОЗ) НЕ
ПРИМЕНЯЕТСЯ ТЕХНИЧЕСКИЙ ПРИЕМ В ВИДЕ

*спатуляции
рерутинга
формирования межкрурального промежутка
нижней пубэктомии

610. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ УЛЬТРАЗВУКОВЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ПРИ
ДИАГНОСТИКЕ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

ТРУЗИ предстательной железы
*фармакодопплерография сосудов полового члена
УЗИ органов мошонки
УЗИ почек, мочевого пузыря

611. СПЕРМАТОЦЕЛЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

*ретенционной кистой придатка яичка, содержащей белую непрозрачную жидкость со
сперматозоидами
скоплением серозной жидкости, содержащей сперматозоиды, между париетальным и
висцеральным листками собственной влагалищной оболочки яичка
воспалением придатка яичка
кистой семенного канатика

612. ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН СЕМЕННОГО КАНАТИКА МОЖЕТ ПРИВЕСТИ
К

*нарушению фертильности
сморщиванию почки
воспалению яичка

эректильной дисфункции

613. ПРИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ
ЛАБОРАТОРНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НА СОДЕРЖАНИЕ

лактатдегидрогеназы

ингибина В

*общего холестерина

фолликулостимулирующего гормона

614. НОРМАЛЬНЫЕ РАЗМЕРЫ НАРУЖНОГО ОТВЕРСТИЯ ПАХОВОГО КАНАЛА У
МУЖЧИН СОСТАВЛЯЮТ (В СМ)

2-3×1-2

3-4×3-4

*0,5-1×1-2

4-5×2-3

615. ОРГАНОСОХРАНЯЮЩАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ ТРАВМЕ ПОЧКИ НЕ ПОКАЗАНА ПРИ

повреждении верхнего полюса почки

повреждении нижнего полюса почки

*размозжении почки

субкапсулярном разрыве почки

616. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПУНКЦИОННОЙ НЕФРОСТОМИИ
ЯВЛЯЕТСЯ

*макрогематурия

бактериотоксический шок

сепсис после пункции

пиелонефрит со стороны пункции

617. МЕТОДИКОЙ ВЫПОЛНЕНИЯ ПУНКЦИОННОЙ НЕФРОСТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

*троакарная пункция

по Clayman

нефропексия

по Брикеру

618. ПОСТРЕНАЛЬНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПОЧЕЧНОГО
ПОВРЕЖДЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

миокардит

острый гломерулонефрит

сепсис

*мочекаменная болезнь

619. ЧТО ПОКАЗАНО БОЛЬНОМУ С ПРОФУЗНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ ПРИ
ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ?

троакарная цистостомия

*экстренная аденомэктомия, цистостомия

установить катетер Фолея в мочевого пузырь

отмывать сгустки крови по эвакуатору

620. БОЛЬНОМУ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКОЙ МОЧИ НА ФОНЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЭКСТРЕННО ПОКАЗАНА

троакарная цистостомия

*катетеризация мочевого пузыря эластическим катетером или двумя мочеточниковыми катетерами

катетеризация мочевого пузыря металлическим катетером

капиллярная пункция мочевого пузыря

621. ТАКТИКОЙ ПРИ БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

наблюдение

назначение курса растительных препаратов

*назначение курса антибактериальной терапии

повторное исследование мочи через 3-5 дней

622. ПРИ ГНОЙНОМ ПИЕЛОНЕФИТЕ И КАМНЕ ЛОХАНКИ ПРАВОЙ ПОЧКИ РАЗМЕРАМИ 1,5×2,0 СМ, ВЫСОКОЙ ТЕМПЕРАТУРЕ С ПЕРИОДИЧЕСКИМИ ОЗНОБАМИ В ТЕЧЕНИЕ 10 ДНЕЙ БОЛЬНОМУ ПОКАЗАНА

пункционная нефростомия

*операция – ревизия почки, пиелолитотомия, нефростомия

катетеризация мочеточника

интенсивная антибиотикотерапия

623. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ЦИСТИТА У БЕРЕМЕННОЙ В III ТРИМЕСТРЕ ЯВЛЯЕТСЯ

канефрон

джозамицин

цефотаксим

*фосфомицин

624. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИНФЕКЦИОННЫЙ ПРОЦЕСС В РАННИЕ СРОКИ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В

респираторной системе

послеоперационной ране

*мочевой системе

крови

625. ЭНДОМЕТРИОЗ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ (В ГОДАХ)

10-20

51-60

*41-50

21-30

626. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ЭНДОМЕТРИОЗА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

ЯВЛЯЕТСЯ

- УЗИ мочевого пузыря
- *цистоскопия
- ретроградная цистография
- экскреторная урография

627. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ КАМНЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- цистография
- цистоскопия
- УЗИ мочевого пузыря
- *уретропиелография

628. ОСНОВНОЙ ЖАЛОБОЙ У БОЛЬНЫХ С ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫМ РЕФЛЮКСОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- повышение температуры тела
- изменение цвета мочи
- дизурия
- *боль в области почки после мочеиспускания

629. ХАРАКТЕРИЗУЯ ПОНЯТИЕ ДЕТРУЗОРНО-СФИНКТЕРНОЙ ДИССИНЕРГИИ, ОТМЕЧАЮТ

- спазм детрузора
- повышенную чувствительность мочевого пузыря
- *дискоординированную работу детрузорно-сфинктерного аппарата
- рефлекторный спазм наружного сфинктера мочевого пузыря

630. ПРИ ОКАЗАНИИ ГРАЖДАНИНУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЕТСЯ (ФОРМИРУЕТСЯ)

- *в день признания его временно нетрудоспособным
- по желанию пациента
- с первого дня заболевания или травмы
- при окончании лечения

631. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ИМЕЕТ ПРАВО ФОРМИРОВАТЬ

- *лечащий врач
- судебно-медицинский эксперт
- врач скорой помощи
- врач приёмного покоя больницы

632. РАЗМЕР ВЫПЛАТ ПО ЛИСТКУ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ СТРАХОВОМ СТАЖЕ РАБОТНИКА БОЛЕЕ 8 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ _____ % СРЕДНЕЙ ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ РАБОТНИКА

- 40
- 60
- *100
- 80

633. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ HIFU-ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- гематурия
- возникновение ректоуретрального свища
- *острая задержка мочи
- стрессовое недержание мочи

634. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЛОКАЛИЗОВАННОГО ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА АДРЕНАЛЭКТОМИЯ ВЫПОЛНЯЕТСЯ В СЛУЧАЕ

- опухоли почки T3aN0Mx
- *инвазии опухоли верхнего полюса в ипсилатеральный надпочечник
- расположения опухоли в верхнем сегменте почки
- выполнения нефрэктомии

635. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ИМПЛАНТАЦИИ МИКРОИСТОЧНИКОВ I125 (БРАХИТЕРАПИИ) ЯВЛЯЕТСЯ

- *обструктивный тип мочеиспускания
- наличие кальцинатов в предстательной железе
- стадия заболевания T2c
- возраст пациента менее 60 лет

636. НАИБОЛЕЕ АДЕКВАТНЫМ ДЛЯ ОЦЕНКИ СМЕРТНОСТИ И ЧАСТОТЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ СРОК (В ДНЯХ)

- 30
- 15
- *90
- 60

637. МЕТОДОМ ВЫБОРА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ УРОТЕЛИАЛЬНОГО РАКА ЛОХАНКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- радикальная нефруретерцистэктомия
- *радикальная нефруретерэктомия
- резекция чашечно-лоханочной системы с опухолью
- радикальная нефрэктомия

638. ПРИОРИТЕТ ИНТЕРЕСОВ ПАЦИЕНТА ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ РЕАЛИЗУЕТСЯ ПУТЕМ

- * соблюдения этических и моральных норм, уважительного и гуманного отношения к пациенту
- рационального использования лекарственных средств у льготных категорий граждан
- соблюдения правил техники безопасности при осуществлении медицинской деятельности
- соблюдения норм трудовой дисциплины

639. ОПТИМАЛЬНОЙ ДЛЯ РАЗРЕШЕНИЯ КОНФЛИКТА ЯВЛЯЕТСЯ СТАДИЯ

- пика
- спада

*начальная
эскалации

640. ЛИЦА, НЕЗАКОННО ЗАНИМАЮЩИЕСЯ МЕДИЦИНСКОЙ И
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ, В СООТВЕТСТВИИ С
ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВОМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ МОГУТ ПРИВЛЕКАТЬСЯ К
_____ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

процессуальной
материальной
персональной
*уголовной

641. ЧАСТОТА ВОВЛЕЧЕНИЯ МОЧЕТОЧНИКОВ ПРИ ГНОЙНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ
ПРИДАТКОВ МАТКИ СОСТАВЛЯЕТ (В %)

85
*46
12
37

642. ДЛЯ СОСТОЯНИЯ АСИМПТОМАТИЧЕСКОЙ БАКТЕРИУРИИ ХАРАКТЕРНО
ВЫДЕЛЕНИЕ _____ БАКТЕРИЙ В 2 ОБРАЗЦАХ МОЧИ, ВЗЯТЫХ С ИНТЕРВАЛОМ
>24 Ч, ПРИ КОЛИЧЕСТВЕ БАКТЕРИЙ > _____ КОЕ/мл

двух разных штаммов; 103
одного и того же штамма; 103
двух разных штаммов; 105
*одного и того же штамма; 105

643.ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА У МУЖЧИН С ПОДОЗРЕНИЕМ НА
ЦИСТИТ ПРОВОДИТСЯ С

*камнями мочевого пузыря
острым уретритом
раком простаты
пищевым отравлением

644.К ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНЕ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ЦИСТИТА У МУЖЧИН МОЖНО
ОТНЕСТИ

гиперплазию простаты
*катетеризацию нестерильным уретральным катетером
баланопостит
рак предстательной железы

645.БОЛЬНОЙ ПРИ ОТСУТСТВИИ ЖАЛОБ И УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В
АНАМНЕЗЕ, ЕСЛИ В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ МОЧИ 25-30 ЛЕЙКОЦИТОВ В П/З, МОЖНО
ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ

хронический уретрит
острый уретрит
хронический цистит

*хронический пиелонефрит

646. АКТИВНО ПРОТЕКАЮЩИЙ ПОСТЛУЧЕВОЙ ЦИСТИТ ТРЕБУЕТ ПРОВЕДЕНИЯ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ С ВНУТРИПУЗЫРНЫМ ВВЕДЕНИЕМ РАСТВОРА

катеджель с лидокаином

местных антисептиков

*мирамистина (хлоргексидина) или диоксидина с местными анестетиками

митомицина с физиологическим раствором

647. ПРЕПАРАТОМ, НЕ ПРИМЕНЯЮЩИМСЯ ДЛЯ ТЕРАПИИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ КАСТРАЦИОННО-РЕФРАКТЕРНОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ЯВЛЯЕТСЯ

энзалутамид

абиратерон

*кабазитаксел

доцетаксел

648. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ УРОТЕЛИАЛЬНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

*цистэктомия

ТУР стенки мочевого пузыря с опухолью

радикальная нефруретерцистэктомия

резекция стенки мочевого пузыря с опухолью

649. ПРИ РЕЗЕКЦИИ ПОЧКИ КРИТИЧЕСКОЕ ВРЕМЯ ПОЛНОЙ АНОКСИИ ПОЧКИ МОЖЕТ ДОСТИГАТЬ (В МИНУТАХ)

20-25

15-20

5-10

*30-40

650. МОЧЕТОЧНИК МОЖНО УШИВАТЬ

нейлоном

*кетгутом

шёлком

капроном

651. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

*установление острого заболевания

прохождение обследования по направлению военных комиссариатов

диспансеризация по поводу хронического заболевания

прохождение профилактического осмотра

651. ПО РЕШЕНИЮ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ ПРИ БЛАГОПРИЯТНОМ КЛИНИЧЕСКОМ И ТРУДОВОМ ПРОГНОЗЕ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПОСЛЕ ТРАВМ И РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫДАН И ПРОДЛЕН ДО ДНЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ТРУДОСПОСОБНОСТИ, НО НА СРОК НЕ

БОЛЕЕ ____ МЕСЯЦЕВ С ДАТЫ НАЧАЛА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

- *10
- 6
- 8
- 9

652.ПРИ ПРОСТОЙ КИСТЕ СРЕДНЕГО СЕГМЕНТА ПОЧКИ ДИАМЕТРОМ 70 ММ У ПАЦИЕНТА 70 ЛЕТ С БОЛЕВЫМ СИМПТОМОМ И НАРУШЕНИЕМ УРОДИНАМИКИ ЦЕЛЕСООБРАЗНА

- *чрескожная пункция кисты с последующей склеротерапией
- консервативная терапия
- нефрэктомия
- марсупиализация кисты

653.РЕТРОГРАДНАЯ ИНТРАРЕНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНА У ПАЦИЕНТОВ С

- *единичными некрупными конкрементами чашечно-лоханочной системы
- коралловидными камнями почек
- камнями дивертикулов чашечек
- единичными крупными камнями лоханки

654.ЗАМЕДЛЕНИЮ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК СПОСОБСТВУЮТ

- тиазидные диуретики
- *ингибиторы АПФ
- альфа-блокаторы
- бета-блокаторы

655.ПРИ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ПИОНЕФРОЗЕ, КАРБУНКУЛЕ И НЕФУНКЦИОНИРУЮЩЕЙ ПОЧКЕ С ОДНОЙ СТОРОНЫ, ТЕМПЕРАТУРЕ ТЕЛА 39°С, ВЫРАЖЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ, ПОДОЗРЕНИИ НА СЕПСИС СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНИТЬ

- катетеризацию мочеточника, начать консервативную терапию
- срочную пиелолитотомию, иссечение карбункула, нефростомию
- *срочную нефрэктомию
- пункционную нефростомию

656.ПОСЛЕ ПИЕЛОЛИТОТОМИИ, НЕФРОЛИТОТОМИИ ИЛИ НЕФРОСТОМИИ ПО ПОВОДУ КОРАЛЛОВИДНОГО КАМНЯ ПОКАЗАНА АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

- антибиотиками внутривенно в течение трёх недель
- капельным орошением лоханки раствором антибиотиков
- антибиотиками (эритромицин, тетрациклин и др.) в таблетках курсами по 6 дней с учётом чувствительности микрофлоры
- *цефалоспорины, аминогликозидами курсами по 6 дней внутримышечно с учётом чувствительности микрофлоры

657.ЧИСЛО АНАТОМИЧЕСКИХ СУЖЕНИЙ У МОЧЕТОЧНИКА РАВНО

- *3
- 4

658.ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНОГО С МИКРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕМАТУРИЕЙ
НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- *мультиспиральная компьютерная томография почек, мочевых путей с контрастированием
- ретроградная уретеропиелография
- ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря
- магнитно-резонансная томография почек, мочевых путей с контрастированием

659.ПРИ УЗИ КАМЕНЬ ПОЧКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК СТРУКТУРА

- *повышенной эхогенности с акустической тенью
- анэхогенная
- повышенной эхогенности без акустической тени
- пониженной эхогенности

659.«ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ДИАГНОСТИКИ СТРИКТУРЫ УРЕТРЫ ЯВЛЯЮТСЯ
РЕТРОГРАДНАЯ УРЕТРОГРАФИЯ И

- *микционная цистоуретрография
- экскреторная урография
- антеградная цистография
- обзорный снимок органов мочевой системы

660.ПРИ РАЗРЫВЕ ПОЧКИ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ЧАШЕЧНО-ЛОХАНОЧНОЙ СИСТЕМЫ
ОРГАНОСОХРАНЯЮЩУЮ ОПЕРАЦИЮ НЕОБХОДИМО ЗАКОНЧИТЬ

- интубацией мочеточника
- пиелостомией
- *нефростомией
- кольцевым дренированием лоханки

661.ПРИ АБСЦЕССЕ НИЖНЕГО ПОЛЮСА ПОЧКИ 4×4 СМ ПРОВОДЯТ

- резекцию нижнего полюса почки
- нефрэктомию
- *чрезкожную пункцию и дренирование полости абсцесса
- декапсуляцию почки

662.УРГЕНТНЫЙ ТИП НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ЛЕЧИТСЯ

- периодической катетеризацией, принудительным ритмом мочеиспускания
- *изменением диеты, поведенческой терапией, медикаментозно
- упражнениями на мышцы тазового дна
- приспособлениями удерживающими мочу, хирургически

663.НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНОЙ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКОЙ ПОСЛЕ ДВУХ
НЕЭФФЕКТИВНЫХ ОПТИЧЕСКИХ УРЕТРОТОМИЙ У ПАЦИЕНТА С ПРОТЯЖЕННОЙ
СТРИКТУРОЙ ПЕНИЛЬНОГО ОТДЕЛА УРЕТРЫ НА ФОНЕ СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО
ЛИШАЯ (LICHEN SCLEROSUS) ЯВЛЯЕТСЯ

- заместительная уретропластика кожей полового члена

*заместительная буккальная уретропластика
заместительная уретропластика кожей крайней плоти
анастомотическая уретропластика

667.ЕСЛИ СТРИКТУРА УРЕТРЫ ВЫЗВАНА СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКИМ ЛИХЕНОМ (LICHEN SCLEROSUS), ТО ДЛЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ УРЕТРОПЛАСТИКИ НЕЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЯТЬ

*крайнюю плоть и кожу полового члена
экстрагенитальную кожу
слизистую оболочку щеки
слизистую оболочку нижней губы

668.СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЯТЬ ПРИ

посттравматических стриктурах мембранозного отдела уретры
*протяженных стриктурах, обусловленных склероатрофическим лишаем
коротких стриктурах луковичного отдела уретры травматической этиологии
контрактурах шейки мочевого пузыря после трансуретральной резекции по поводу гиперплазии простаты

669.ДЛЯ РАЦИОНАЛЬНОГО ВЫБОРА МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ ЦИСТИТЕ НЕОБХОДИМО ИМЕТЬ РЕЗУЛЬТАТЫ

общего анализа мочи
УЗИ почек и мочевого пузыря
*бактериологического посева мочи
компьютерной томографии верхних мочевых путей

670.МУЖЧИНЫ ПРИ ПОЛОВОМ КОНТАКТЕ С ЖЕНЩИНОЙ, БОЛЬНОЙ ГОНОРЕЕЙ, ЗАРАЖАЮТСЯ В ____ % СЛУЧАЕВ

10
100
*30-40
1-5

671.НАРУЖНЫМ ДРЕНИРОВАНИЕМ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

*пункционная нефростомия
установка мочеточникового стента
пункционная цистостомия
установка мочеточникового катетера

672.ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АКТИВНОЙ ФАЗЫ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ЦЕФТРИАКСОН ДЕТЯМ СТАРШЕ 2 НЕДЕЛЬ НАЗНАЧАЕТСЯ В СУТОЧНОЙ ДОЗЕ (В МГ/КГ)

30-50
*20-80
100-150

673.ДЛЯ ПУНКЦИОННОЙ НЕФРОСТОМИИ ЧАЩЕ ИСПОЛЬЗУЮТ НЕФРОСТОМИЧЕСКИЕ ДРЕНАЖИ ДИАМЕТРОМ ДО _____ СМ

30

*16

20

18

674.КАМНИ ИЗ СМЕШАННОЙ ФОСФОРНОКИСЛОЙ СОЛИ МАГНИЯ И АММОНИЯ (СТРУВИТЫ) ОБРАЗУЮТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ВСЛЕДСТВИЕ

инфекции, вызванной E. Coli

*инфекции, вызванной Proteus

хронического алкоголизма

инфекции, вызванной S. Aureus

675.ВЕЛИЧИНА ЛУЧЕВОЙ НАГРУЗКИ ПАЦИЕНТА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЭКСКРЕТОРНОЙ УРОГРАФИИ СОСТАВЛЯЕТ _____ МЗВ

15

45

*3,5

25

676.ВЕЛИЧИНА ЛУЧЕВОЙ НАГРУЗКИ ПАЦИЕНТА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЭКСКРЕТОРНОЙ УРОГРАФИИ СОСТАВЛЯЕТ _____ МЗВ

*15

45

3,5

25

677. ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ГИПЕРПАРАТИРЕОИДИЗМА НЕОБХОДИМО ИССЛЕДОВАТЬ

щелочную фосфатазу

*паратгормон

альфа-фетопротеин (АФП)

простат-специфический антиген (PSA)

678.ПРИ КАМНЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ДИЗУРИЯ ОБЫЧНО ПОЯВЛЯЕТСЯ ИЛИ УСИЛИВАЕТСЯ

в покое в положении на спине

в покое в сидячем положении

*после физической нагрузки, ходьбы

Ночью

679.НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ КАМНЯ МОЧЕТОЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ

полиурия

пиурия

*почечная колика
артериальная гипертензия

680.ОСНОВАНИЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИЛЕЖИТ К
мочеполовой диафрагме
апоневрозу Денонвилье
ампуле семявыносящих протоков
*мочевому пузырю

681.ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН СЕМЕННОГО КАНАТИКА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
сперматоцеле
фуникулоцеле
гидроцеле
*Варикоцеле

682.УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОГО ОРХОЭПИДИДИМИТА
ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ
уменьшением размеров придатка и яичка с диффузным понижением эхогенности
уменьшением размеров придатка и яичка с повышением эхогенности и явлениями атрофии
*увеличением придатка и яичка со снижением эхогенности их ткани за счет множественных
зон различной эхогенности
увеличением размеров яичка с резким повышением эхогенности яичка и придатка за счет
клеточной инфильтрации

683.ОСТРЫЙ ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭПИДИДИМИТ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С
кавернитом
*перекрутом яичка
варикоцеле
водянкой оболочек яичка

684.ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ АДЕКВАТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ОРХОЭПИДИДИМИТА
ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНИТЬ
трехстаканную пробу
* мазок из уретры для ПЦР диагностики
пробу Реберга
пробу Зимницкого

685.БОЛЬНОМУ 55 ЛЕТ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ КАМНЯМИ ПОЧЕК, ХРОНИЧЕСКИМ
ПИЕЛОНЕФРИТОМ В АКТИВНОЙ ФАЗЕ, АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В
ТЕЧЕНИЕ 2 ЛЕТ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ
нефрэктомии
*дренирования почек с обеих сторон
пиелолитотомии
ударно-волновой литотрипсии

686.БОЛЬНОМУ 55 ЛЕТ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ КАМНЯМИ ПОЧЕК, ХРОНИЧЕСКИМ
ПИЕЛОНЕФРИТОМ В АКТИВНОЙ ФАЗЕ, АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В

ТЕЧЕНИЕ 2 ЛЕТ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ

*нефрэктомии

дренирования почек с обеих сторон

пиелолитотомии

ударно-волновой литотрипсии

687.ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕТАФИЛАКТИКИ КАЛЬЦИЙ-ОКСАЛАТНОГО НЕФРОЛИТИАЗА РЕКОМЕНДУЕТСЯ

увеличить потребление оксалата

запретить применение цитратных смесей

*уменьшить потребление белка

уменьшить потребление кальция

688.ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕТАФИЛАКТИКИ КАЛЬЦИЙ-ОКСАЛАТНОГО НЕФРОЛИТИАЗА РЕКОМЕНДУЕТСЯ

увеличить потребление оксалата

*запретить применение цитратных смесей

уменьшить потребление белка

уменьшить потребление кальция

689.ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕТАФИЛАКТИКИ КАЛЬЦИЙ-ОКСАЛАТНОГО НЕФРОЛИТИАЗА РЕКОМЕНДУЕТСЯ

*увеличить потребление оксалата

запретить применение цитратных смесей

уменьшить потребление белка

уменьшить потребление кальция

670.ОРГАНОСОХРАНЯЮЩАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ ТРАВМЕ ПОЧКИ НЕ ПОКАЗАНА ПРИ _____ ПОЧКИ

повреждении нижнего сегмента

повреждении верхнего сегмента

субкапсулярном разрыве

*Размозжении

671.ПРИ РАЗРЫВЕ УРЕТРЫ ЗАПРЕЩЕНО ВЫПОЛНЯТЬ

цистоуретроскопию

восходящую уретрографию

*установку уретрального катетера

пункционную цистостомию

672.ПРИ РАЗРЫВЕ УРЕТРЫ ЗАПРЕЩЕНО ВЫПОЛНЯТЬ

цистоуретроскопию

*восходящую уретрографию

установку уретрального катетера

пункционную цистостомию

673.В ЭМБРИОГЕНЕЗЕ ИЗНАЧАЛЬНАЯ ЗАКЛАДКА ЯИЧЕК ПРОИСХОДИТ В

в половом члене
паховом канале
*брюшной полости
мошонке

674. ПОМИМО ОСОБЕННОСТЕЙ ПИТАНИЯ, ПОВЫШЕННЫЙ УРОВЕНЬ ЭКСКРЕЦИИ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

ожирении
*массивном опухолевом распаде
застойной сердечной недостаточности
длительной иммобилизации

675. К ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКАМ ИНФЕКЦИОННЫХ КАМНЕЙ ОТНОСЯТСЯ

гиперкальциемия, гиперкальциурия, стойкое понижение pH мочи $<6,0$, наличие кишечной палочки в посеве мочи
гиперкальциурия, гипомагниурия, гипоцитратурия
*стойкое повышение pH мочи $>7,0$, наличие уреазопродуцирующей флоры в моче
плотность мочевого камня 1300-1500 HU по данным компьютерной томографии, pH мочи 6,0-7,0

676. ОБЩИМ ФАКТОРОМ ВЫСОКОГО РИСКА РЕЦИДИВИРОВАНИЯ КАМНЕОБРАЗОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

*наличие инфекционных камней
синдром тубулярной эктазии
почечный канальцевый ацидоз 1 типа
цистинурия (типы A, B, AB)

677. ОБРАЗОВАНИЕ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ ИЗ ПУРИНОВ КАТАЛИЗИРУЕТСЯ

*ксантаноксидазой
аллантаиназой
уреазой
уриказой

679. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ РЕНТГЕНОНЕГАТИВНЫХ КАМНЯХ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ДЕВОЧКИ 8 ЛЕТ СЧИТАЮТ

обзорную рентгенографию
*мультиспиральную компьютерную томографию
экскреторную урографию
динамическую нефросцинтиграфию

680. MAR-ТЕСТ ВЫПОЛНИМ ПРИ УСЛОВИИ _____ СПЕРМАТОЗОИДОВ

*подвижности
жизнеспособности
правильном морфологическом строении
нежизнеспособности

681.ЗАЧАТИЕ СО ЗДОРОВОЙ ЖЕНЩИНОЙ В ЕСТЕСТВЕННЫХ УСЛОВИЯХ С НОРМАЛЬНЫМ АНАЛИЗОМ СПЕРМЫ НЕВОЗМОЖНО ПРИ

варикоцеле

*стволовой гипоспадии

монорхизме

одностороннем крипторхизме

682.ЛЕВАЯ ГОНАДНАЯ ВЕНА ОБЫЧНО ВПАДАЕТ В _____ АСПЕКТ _____ ВЕНЫ

*нижний; левой почечной

передний; нижней поллой

нижний; общей подвздошной

левый боковой; нижней поллой

683.ДЛЯ ГИДРОЦЕЛЕ ХАРАКТЕРНО СКОПЛЕНИЕ ЖИДКОСТИ МЕЖДУ белочной оболочкой яичка и висцеральным листком собственной влагалищной оболочки яичка

*париетальным и висцеральным листками собственной влагалищной оболочки яичка
внутренней семенной фасцией и собственной влагалищной оболочкой яичка
наружной семенной фасцией и мясистой оболочкой мошонки

684.К ФОРМАМ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ЭЯКУЛЯЦИИ, ТРЕБУЮЩИМ ЛЕЧЕНИЯ, ОТНОСЯТ

скрытую

вариабельную

субъективную

*первичную

685.КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ НЕ СВОЙСТВЕННО ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ИВАНИССЕВИЧА И ПАЛОМО?

*эректильная дисфункция

атрофия яичка, рецидив

варикоцеле

травма яичковой артерии

686.ДЛЯ РЕБЁНКА 6 МЕСЯЦЕВ, СТРАДАЮЩЕГО КРИПТОРХИЗМОМ В ФОРМЕ ПАХОВОЙ РЕТЕНЦИИ, ПРАВИЛЬНОЙ ТАКТИКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

*лечение хорионическим гонадотропином

оперативное лечение

регулярный массаж паховой области

диспансерное наблюдение

687.НАИМЕНЕЕ НЕГАТИВНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ПЕЩЕРИСТУЮ ТКАНЬ ПРИ ИНТРАКАВРЕНОЗНОМ ВВЕДЕНИИ ОКАЗЫВАЕТ

*простагландин E1

папаверин

простагландин E2

фентоламин

688.КЛАССИФИКАЦИЯ ВАРИКОЦЕЛЕ ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВКЛЮЧАЕТ ____ СТЕПЕНИ/СТЕПЕНЕЙ

5

2

4

*3

689.ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ЯВЛЯЕТСЯ ЧАСТЬЮ
_____ ПОМОЩИ

скорой

*специализированной

паллиативной

первичной медико-санитарной

690.ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ
ГРАЖДАНАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИНИМАЕТСЯ НА (В ГОДАХ)

2

1

4

*3

691.ПОД КОНСИЛИУМОМ ПОНИМАЮТ СОВЕЩАНИЕ

*нескольких врачей одной или нескольких специальностей, необходимое для установления
состояния здоровья пациента

представителей администрации медицинской организации для решения вопроса об
эвакуации пациента

представителей страховых компаний по решению спорных вопросов лечения пациентов
сотрудников клинической кафедры по профилю заболевания пациента

692.УДАРНО-ВОЛНОВУЮ ЛИТОТРИПСИЮ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ ОПТИМАЛЬНОЙ ПРИ
РАЗМЕРАХ КАМНЕЙ ЛОХАНКИ (В ММ)

*до 10

до 19

более 19

более 15

693.ПОСЛЕ УРЕТЕРОЛИТОЭКСТРАКЦИИ ЧАЩЕ ВСЕГО ЦЕЛЕСООБРАЗНО

установить мочеточниковый катетер на 5-7 суток

произвести пункционную нефростомию

*установить временный мочеточниковый стент

установить мочеточниковый катетер на 2-3 суток

694.СРЕДИ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕДУЩУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ

окружающая среда

генетическая предрасположенность

несовершенство работы системы здравоохранения
*образ жизни

695.ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АТТЕСТАЦИИ ПО ПРИСВОЕНИЮ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ КАТЕГОРИИ МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКАМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ СТАЖ РАБОТЫ

*по специальности
во вредных (опасных) условиях труда
медицинский
Непрерывный

696.ПРИ ПРОСТОЙ ЯЗВЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНА

антибактериальная терапия
субмукозная инфильтрация стенки мочевого пузыря вокруг язвы кортикостероидами с новокаином
лучевая терапия
*трансуретральная резекция стенки мочевого пузыря с язвой

697.НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ СПОСОБОМ ЛЕЧЕНИЯ СТРИКТУРЫ УРЕТРЫ ЯВЛЯЕТСЯ

*анастомотическая уретропластика
нутренняя оптическая уретротомия
стентирование уретры
бужирование уретры

698.ЕСЛИ СТРИКТУРА УРЕТРЫ ВЫЗВАНА СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКИМ ЛИХЕНOM (LICHEN SCLEROSUS), ТО ДЛЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ УРЕТРОПЛАСТИКИ НЕЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЯТЬ

*крайнюю плоть и кожу полового члена
экстрагенитальную кожу
слизистую оболочку нижней губы
слизистую оболочку щеки

699.НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ФАКТОРОМ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИМ УСПЕХ АНАСТОМОТИЧЕСКОЙ УРЕТРОПЛАСТИКИ КОНЕЦ В КОНЕЦ, ЯВЛЯЕТСЯ

*полное иссечение рубцовых тканей и анастомоз без натяжения
применение монополярной коагуляции
применение биполярной коагуляции
использование нерассасывающегося шовного материала

700.ПСА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКА

задержки мочеиспускания
возникновения эректильной дисфункции
недержания мочи
* биохимического рецидива опухолевого процесса

701.ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ БРАХИТЕРАПИИ РАКА ПРОСТАТЫ УРЕТРАЛЬНЫЙ КАТЕТЕР УДАЛЯЕТСЯ НА _____ СУТКИ

5

*1

14

10

702.НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВОЗНИКАЮЩИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

несостоятельность швов на послеоперационной ране

инфекция мочевыделительной системы

геморрагия

*паралитический илеус

703.К РАДИКАЛЬНОМУ МЕТОДУ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРОСТАТЫ ОТНОСИТСЯ

*брахитерапия

необратимая электропорация

HIFU-терапия

криоаблации

704.ДЛЯ РАЗРЕШЕНИЯ ИНФРАВЕЗИКАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ПОСЛЕ HIFU

необходим повторный сеанс HIFU

необходима установка цистостомического дренажа

не следует принимать никаких мер, обструкция спадет сама

*возможно выполнение ТУР предстательной железы

705.ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНОГО С МИКРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕМАТУРИЕЙ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ

магнитно-резонансная томография почек, мочевых путей с контрастированием

*мультиспиральная компьютерная томография почек, мочевых путей с контрастированием ретроградная уретеропиелогграфия

ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря

706.ПРИ РАЗРЫВЕ ЗАДНЕЙ УРЕТРЫ ПОКАЗАНА

*цистостомия

двухсторонняя нефростомия

уретрономия

лапаротомия

707.ВЫВИХ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ВОЗМОЖЕН

*в состоянии эрекции

при переломе костей таза

вне состояния эрекции

при ударе в паховую область

708.ПЕРФОРИРОВАТЬ ЗАПИРАТЕЛЬНУЮ МЕМБРАНУ ПРИ ДРЕНИРОВАНИИ ПРЕДПУЗЫРНОГО ПРОСТРАНСТВА ПО БУАЛЬСКОМУ – МАК-УОРТЕРУ

НЕОБХОДИМО В _____ ОТДЕЛЕ

нижнем наружном

*верхнем наружном

нижнем внутреннем

верхнем внутреннем

709.ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛЬЮ ПОЧКИ, КОТОРУЮ МОЖНО
ОТДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОТ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА НА ОСНОВАНИИ
ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ

аденома

онкоцитома

*ангиомиолипома

фиброма

710.ПРИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ВИЗУАЛИЗИРУЮТСЯ МНОЖЕСТВЕННЫЕ
РАЗНОКАЛИБЕРНЫЕ КАЛЬЦИНАТЫ В ПАРЕНХИМЕ ПОЧКИ БЕЗ ДЕФОРМАЦИИ ЕЕ
КОНТУРОВ, ЧТО МОЖЕТ БЫТЬ ПРОЯВЛЕНИЕМ

дисплазии

простой кисты

*туберкулеза

пиелонефрита

711.КРИТЕРИЕМ БИОХИМИЧЕСКОГО РЕЦИДИВА ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ
ПРОСТАТЭКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

*ПСА более 0,2 нг/мл в 2 последовательных анализах

ПСА более 1 нг/мл

ПСА более 4 нг/мл

нарастание ПСА более чем на 0,2 нг/мл за 3 месяца

712.ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ МЫШЕЧНО-
ИНВАЗИВНОМ РАКЕ СНИЖАЕТ

частоту рецидивов $\geq 20\%$

скорость прогрессирования заболевания $< 1\%$

*скорость прогрессирования заболевания

частоту рецидивов $< 10\%$

713.ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ЩЕЛОЧНОЙ ФОСФАТАЗЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРИ
ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОМ РАКЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ПОРАЖЕНИИ

мышц

поджелудочной железы

печени

*костей скелета

714.ИССЕЧЕНИЕ СУЖЕНОГО ФРАГМЕНТА ЛУКОВИЧНОГО ОТДЕЛА УРЕТРЫ С
ПОСЛЕДУЮЩИМ АНАСТОМОЗОМ КОНЕЦ В КОНЕЦ НАЗЫВАЮТ ОПЕРАЦИЕЙ

Вебстера

Бракка

*Хольцова – Мориона
Соловова

715.ПРИ ПРОТЯЖЕННЫХ СТРИКТУРАХ УРЕТРЫ СЛЕДУЕТ ИЗБЕГАТЬ
_____ УРЕТРОПЛАСТИКИ

*анастомотической
дорсальной буккальной
вентральной буккальной
двухэтапной

716.НАИБОЛЕЕ НИЗКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ФИКСАЦИЯ
ТРАНСПЛАНТАТА

дорсальная
вентральная
дорсо-латеральная
*по всей окружности уретры (тубуляризирующие методики)

717.ПРИМЕНЕНИЯ КОЖИ МОШОНКИ В КАЧЕСТВЕ ЛОСКУТА ПРИ
ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ УРЕТРОПЛАСТИКЕ СЛЕДУЕТ ИЗБЕГАТЬ ИЗ-ЗА

высокого процента рецидивов
дефицита ткани
косметического дефекта в донорской зоне
*наличия волос

718.ОСНОВНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ НАПРЯЖЁННОЙ ВОДЯНКИ ОБОЛОЧЕК ЯИЧКА И
СЕМЕННОГО КАНАТИКА ЯВЛЯЕТСЯ

*атрофия яичка
гипогенитализм
флегмона оболочек яичка
болевого синдром

719.ПРИ ВЕНОГЕННОЙ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ К НАИБОЛЕЕ
ЭФФЕКТИВНЫМ ОПЕРАЦИЯМ ОТНОСЯТ

резекцию поверхностной тыльной вены полового члена
*фаллопротезирование
удаление глубокой пенильной тыльной вены
лигирование ножек полового члена

720.ИШУРИЯ У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ____ МОЧЕИСПУСКАНИЯ
болезненностью

отсутствием
*задержкой
учащением

721.ВЕНОКАВОГРАФИЯ ПОКАЗАНА ДЛЯ

диагностики рака мочевого пузыря и предстательной железы
*оценки состояния нижней полой и диагностики ретрокавального мочеточника

выяснения характера изменений в надпочечниках (опухоль, гиперплазия, метастазы) диагностики аномалии сосудов почки и предстательной железы

721.ПОСЛЕ ОБУЧЕНИЯ ПО ПРОГРАММАМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ, ДЛЯ РАБОТЫ ПО ПОЛУЧЕННОЙ СПЕЦИАЛЬНОСТИ, МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ ДОЛЖНЫ ПРОЙТИ аттестацию

* первичную специализированную аккредитацию
первичную аккредитацию
периодическую аккредитацию

722.ВРАЧЕБНАЯ КОМИССИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ СОЗДАЕТСЯ И РАБОТАЕТ НА ОСНОВАНИИ

* приказа руководителя медицинской организации
наличия лицензии по экспертизе профессиональной пригодности
распоряжения органа исполнительной власти субъекта Федерации
постановления органов местного самоуправления

723.ПОЛИС ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ДОКУМЕНТОМ, УДОСТОВЕРЯЮЩИМ ПРАВО ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА НА оплату листка временной нетрудоспособности

оказание медицинской помощи на платной основе
получение страховой выплаты в результате стойкой утраты работоспособности
* бесплатное оказание медицинской помощи на всей территории РФ

724.ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ФОРМИРУЕТСЯ (ВЫДАЕТСЯ) НА ОБЩИХ ОСНОВАНИЯХ В СЛУЧАЕ НАСТУПЛЕНИЯ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В ПЕРИОД ОТПУСКА

* ежегодного оплачиваемого
по беременности и родам
по уходу за ребенком до достижения им возраста 3 лет
без сохранения заработной платы

725.ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА БУМАЖНОМ НОСИТЕЛЕ ПАЦИЕНТ ДОЛЖЕН ПРЕДЪЯВИТЬ

документ о семейном положении
свидетельство государственного пенсионного страхования
справку с места работы
* документ, удостоверяющий личность

726.ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ МОЖЕТ ЕДИНОЛИЧНО ВЫДАВАТЬ (ФОРМИРОВАТЬ) ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА СРОК ДО ____ ДНЕЙ ВКЛЮЧИТЕЛЬНО

21
*15
20
25

727.ДОСТИЖЕНИЕ ЭРЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ЭФФЕКТИВНЫМ ПРИ МЕСТНОМ
ВВЕДЕНИИ ПРЕПАРАТА

папаверина

* альпростадил

анальгина

Кетонала

728.МАКСИМАЛЬНАЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ДОЗА АЛПРОСТАДИЛА ПРИ
ИНТРАКАВЕРНОЗНОМ ВВЕДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ (В МКГ)

30

10

* 40

20

729.МАКСИМАЛЬНАЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ДОЗА АЛПРОСТАДИЛА ПРИ
ИНТРАКАВЕРНОЗНОМ ВВЕДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ (В МКГ)

30

10

*40

20

730.К СЕЛЕКТИВНЫМ ИНГИБИТОРАМ ОБРАТНОГО ЗАХВАТА СЕРОТОНИНА,
ПРЕДНАЗНАЧЕННЫМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО СЕМЯИЗВЕРЖЕНИЯ,
ОТНОСЯТ

* дапоксетин

сертралин

пароксетин

Флуоксетин

731.ПЭТ-КТ НЕ ИНФОРМАТИВНА ДЛЯ ПОИСКА РЕЦИДИВА РАКА ПРОСТАТЫ В
СЛУЧАЕ

наличия метастазов в печени

поражения костей

* ПСА <1 нг/мл

наличия местного рецидива

732.ПРИ НАЛИЧИИ ИНВАЗИИ В КАПСУЛУ ПРОСТАТЫ РАК КЛАССИФИЦИРУЕТСЯ
КАК

инвазивный

местнораспространенный

* локализованный

Метастатический

733.ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ ОПУХОЛИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ В
РЕГИОНАРНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ
ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ

диагностическая лапароскопия

* магнитно-резонансная томография
компьютерная томография
УЗИ

734.ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ ОПУХОЛИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ В РЕГИОНАРНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ

диагностическая лапароскопия
магнитно-резонансная томография
компьютерная томография
* УЗИ

735.ВЕРОЯТНОСТЬ ИНВАЗИИ В МЫШЕЧНУЮ СТЕНКУ ПРИ РЕЦИДИВЕ ОПУХОЛИ T1G3 В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВОГО ТРИМЕСТРА ПОСЛЕ ИНТРАПУЗЫРНОЙ БЦЖ-ТЕРАПИИ СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

30-50
*более 80
менее 10
около 70

736. ПРИ ПРОСТОЙ ЯЗВЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНА

антибактериальная терапия
субмукозная инфильтрация стенки мочевого пузыря вокруг язвы кортикостероидами с новокаином
лучевая терапия
*трансуретральная резекция стенки мочевого пузыря с язвой

737 НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ СПОСОБОМ ЛЕЧЕНИЯ СТРИКТУРЫ УРЕТРЫ ЯВЛЯЕТСЯ

*анастомотическая уретропластика
внутренняя оптическая уретротомия
стентирование уретры
бужирование уретры

738.ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ВЫСОКОДОЗНОЙ БРАХИТЕРАПИИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ РАДИОАКТИВНЫЕ ИСТОЧНИКИ: ИРИДИЙ И

технеций
* радий
нептуний
Плутоний

739.К РАДИКАЛЬНОМУ МЕТОДУ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРОСТАТЫ ОТНОСИТСЯ

криоабляция
HIFU-терапия
* брахитерапия
необратимая электропорация

740.НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ РЕЗЕКЦИИ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ
острый обструктивный пиелонефрит
острая почечная недостаточность
тромбоэмболия легочной артерии
* формирование мочевого свища

741.К ЭКЗОГЕННЫМ ФАКТОРАМ НЕФРОЛИТИАЗА НЕ ОТНОСЯТ
*хронические заболевания желудочно-кишечного тракта
изменения состава питьевой воды
климатические условия
особенности питания

742.СТРАНГУРИЯ НЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ
остром простатите
инородном теле уретры
*камне мочеточника
камне уретры

743.К РЕКОМЕНДАЦИЯМ ПО ДИЕТОТЕРАПИИ ПРИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ
НЕЛЬЗЯ ОТНЕСТИ
*снижение потребления углеводов
увеличение употребления жидкости
снижение потребления белка
снижение потребления соли

744.РАСТВОРЕНИЮ МОЖЕТ ПОДЛЕЖАТЬ КАМЕНЬ ИЗ
кальция фосфата
*мочевой кислоты и дигидрата мочевой кислоты
кальция-оксалат моногидрата
карбонатапатита

745.ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ И ЭКСТРЕННОГО ОПЕРАТИВНОГО
ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ КАМНЕЙ
мочеточника, уретерогидронефроза
*мочеточников и атаккой острого пиелонефрита
нижней трети мочеточника без колики и лихорадки
устья мочеточника, почечной колики

746.САМЫМ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ КОНТАКТНОЙ УРЕТЕРОЛИТОТРИПСИИ В
ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ
*миграция камня в почку
тампонада чашечно-лоханочной системы
перфорация мочеточника
обструктивный пиелонефрит

747.ПРИ ЦИСТИНОВОМ КАМНЕ ПОЧКИ РАЗМЕРОМ БОЛЕЕ 2 СМ НАИБОЛЕЕ
ЭФФЕКТИВНЫМ И МАЛОИНВАЗИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- *чрескожная нефролитотрипсия
- дистанционная литотрипсия
- лапароскопическая пиелолитотомия
- ретроградная пиелолитотрипсия

748.МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ ОБЯЗАНЫ

- сообщать работодателю о заболевании сотрудника
- рассказывать представителям средств массовой информации о случаях поступления пациентов с криминальными травмами
- *соблюдать врачебную тайну
- предоставлять информацию в письменном виде по просьбе родственников о состоянии и диагнозе пациента

749.РАБОТОДАТЕЛЬ ОБЯЗАН ОЗНАКОМИТЬ РАБОТНИКА ПОД РОСПИСЬ С ПРАВИЛАМИ ВНУТРЕННЕГО ТРУДОВОГО РАСПОРЯДКА, ИНЫМИ ЛОКАЛЬНЫМИ НОРМАТИВНЫМИ АКТАМИ, НЕПОСРЕДСТВЕННО СВЯЗАННЫМИ С ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ РАБОТНИКА, КОЛЛЕКТИВНЫМ ДОГОВОРом ПРИ ПРИЕМЕ НА РАБОТУ

- *до подписания трудового договора
- в течение первых трех дней работы
- непосредственно на рабочем месте работника
- в присутствии двух свидетелей

750.ДЛЯ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В СТРУКТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯХ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- *клинические рекомендации
- показатели фондооснащенности и фондовооруженности
- правила внутреннего распорядка
- требования техники безопасности

751.МАКСИМАЛЬНЫЙ СРОК, НА КОТОРЫЙ МОЖЕТ ВЫДАТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ СЕМЕЙНЫЙ ВРАЧ, СОСТАВЛЯЕТ (В ДНЯХ)

- 5
- 20
- 10
- *15

752.ИСХОДОМ НЕФРОНОФТИЗА ФАНКОНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- гидронефроз
- мочекаменная болезнь
- *ранняя ХПН за счет сморщивания почек
- дивертикулез почки

753.ПОРОКОМ СТРУКТУРЫ МОЧЕТОЧНИКА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- нейромышечная дисплазия
- *эктопия устья мочеточника
- уретероцеле

754. НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ» РЕАЛИЗУЕТСЯ В СООТВЕТСТВИИ С:

- *Указом Президента Российской Федерации
- Приказом Росздравнадзора
- Распоряжением Федерального фонда социального страхования
- Распоряжением Федерального фонда обязательного медицинского страхования

755. МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ ИМЕЮТ ПРАВО НА :

- *стимулирование труда в соответствии со спецификой и сложностью работы
- предоставление пациенту образцов лекарственных препаратов, полученных бесплатно от фармацевтических компаний
- выписку лекарственных препаратов на бланках, содержащих рекламную информацию
- оплату отдыха, проезда к месту отдыха за счет организаций, занимающихся разработкой, производством и (или) реализацией лекарственных препаратов

756. ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ КРИТЕРИЕВ, ВЛИЯЮЩИХ НА СНИЖЕНИЕ РЕЙТИНГА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ЯВЛЯЕТСЯ РОСТ :

- *количества обоснованных жалоб
- впервые выявленных заболеваний
- числа пролеченных больных
- заболеваемости с временной утратой трудоспособности

757. ПОСЛЕДУЮЩЕЙ ОПТИМАЛЬНОЙ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКОЙ У ПАЦИЕНТА С КОРОТКОЙ НЕТРАВМАТИЧЕСКОЙ СТРИКТУРОЙ ЛУКОВИЧНОГО ОТДЕЛА УРЕТРЫ ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ДВУХ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНЫХ ОПТИЧЕСКИХ УРЕТРОТОМИЙ ЯВЛЯЕТСЯ :

- *уретропластика
- двухсторонняя нефростомия
- оптическая уретротомия
- цистостомия

758. НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ФАКТОРОМ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИМ УСПЕХ АНАСТОМОТИЧЕСКОЙ УРЕТРОПЛАСТИКИ КОНЕЦ В КОНЕЦ, ЯВЛЯЕТСЯ:

- *полное иссечение рубцовых тканей и анастомоз без натяжения
- применение биполярной коагуляции
- применение монополярной коагуляции
- использование нерассасывающегося шовного материала

759. ЕСЛИ СТРИКТУРА УРЕТРЫ ВЫЗВАНА СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКИМ ЛИХЕНОМ (LICHEN SCLEROSUS), ТО ДЛЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ УРЕТРОПЛАСТИКИ НЕЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЯТЬ:

- *крайнюю плоть и кожу полового члена
- слизистую оболочку щеки
- экстрагенитальную кожу
- слизистую оболочку нижней губы

760. ПРИ НАЛИЧИИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К М-ХОЛИНОБЛОКАТОРАМ ПРИ ГИПЕРАКТИВНОМ МОЧЕВОМ ПУЗЫРЕ ПРИМЕНЯЮТ :

- *метод тиббиальной нейромодуляции
- пиридостигмина бромид
- сакральную нейромодуляцию
- альфа-адреноблокаторы

761. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЧРЕСКОЖНОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ ИСПОЛЬЗУЮТ ИРРИГАЦИОННУЮ ЖИДКОСТЬ В ВИДЕ :

- *0,9% NaCl
- 5% глюкозы
- 3% сорбитола
- 0,042% KCl

762. САМЫМ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ КОНТАКТНОЙ УРЕТЕРОЛИТОТРИПСИИ В ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ:

- *миграция камня в почку
- тампонада чашечно-лоханочной системы
- обструктивный пиелонефрит
- перфорация мочеточника

763. ПЕРВООЧЕРЕДНЫМ В ТЕРАПИИ ОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ :

- *восстановление пассажа мочи по мочевым путям
- назначение антибактериальной терапии
- удаление конкремента
- назначение спазмолитиков

764. ЭКСТРЕННАЯ ДИСТАНЦИОННАЯ ЛИТОТРИПСИЯ БЕЗ КАТЕТЕРИЗАЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ВОЗМОЖНА ПРИ КАМНЕ :

- *нижней трети мочеточника
- лоханочно-мочеточникового сегмента
- верхней трети мочеточника
- лоханки

765. ПОКАЗАНИЕМ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТА С КАМНЕМ МОЧЕТОЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ:

- *нарастающая азотемия
- уретеропиелокаликоектазия
- дизурия
- эритроцитурия

766. К ЗАБОЛЕВАНИЯМ, СВЯЗАННЫМ С РАЗВИТИЕМ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ОТНОСЯТ :

- *нефрокальциноз
- цистинурию (типы А, В, АВ)

почечный канальцевый ацидоз 1 типа
синдром тубулярной эктазии

767. НИЗКИЙ PH МОЧИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ _____ КАМНЯХ :

- *уратных
- карбонатных
- фосфатных
- белковых

768. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ЭКСКРЕЦИИ КАЛЬЦИЯ С МОЧОЙ 5-8 ММОЛЬ/СУТ
НАЗНАЧАЕТСЯ :

- *цитратная смесь 9-12 г/сут
- пиридоксин в начальной дозе 5 мг/кг/сут
- гидрохлортиазид в начальной дозе 25 мг/сут с последующей эскалацией до 50 мг/сут
- рацион питания с повышенным содержанием кальция (1000-1200 мг/сут)

769. НАИБОЛЕЕ ВЫСОКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ УРОЛИТЕАЗОМ НАБЛЮДАЕТСЯ В
РЕГИОНАХ С _____ КЛИМАТОМ :

- *сухим жарким
- тропическим влажным
- холодным заполярным
- средиземноморским

770. ГЛАВНУЮ РОЛЬ В ГОМЕОСТАЗЕ ОБМЕНА КАЛЬЦИЯ И ФОСФОРА В
ОРГАНИЗМЕ ВЫПОЛНЯЮТ:

- *паращитовидные железы
- почки
- щитовидная железа и толстый кишечник
- надпочечники

771. К ГЕНЕТИЧЕСКИМ ПРИЧИНАМ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ОТНОСЯТ:

- *муковисцидоз
- синдром тубулярной эктазии
- поликистозную болезнь почек
- почечный канальцевый ацидоз 1 типа

772. ОСТРЫЙ ЭПИДИМИТ В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ :

- *каналикулярно-восходящей бактериальной инфекции при остром простатите
- острого цистита
- гематогенного распространения инфекции при остром простатите
- гематогенного распространения инфекции при остром пиелонефрите

773. ПОД ГИДРОЦЕЛЕ ПОНИМАЮТ :

- *скопление серозной жидкости между оболочками яичка
- скопление серозной жидкости в препуциальном мешке
- варикозное расширение вен мошонки
- воспаление придатка яичка

774. ДЛЯ ГИДРОЦЕЛЕ ХАРАКТЕРНО СКОПЛЕНИЕ ЖИДКОСТИ МЕЖДУ :

- *париетальным и висцеральным листками собственной влагалищной оболочки яичка
- наружной семенной фасцией и мясистой оболочкой мошонки
- белочной оболочкой яичка и висцеральным листком собственной влагалищной оболочки яичка
- внутренней семенной фасцией и собственной влагалищной оболочкой яичка

775. АУТОИММУННОЕ БЕСПЛОДИЕ У МУЖЧИН ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИЕ

- *разрушения гематотестикулярного барьера
- обструкции семявыносящих путей
- нарушения функции печени
- нарушения функции гипофиза

776. МАКСИМАЛЬНАЯ ТОЛЩИНА ГОЛОВКИ НОРМАЛЬНОГО ПРИДАТКА ЯИЧКА СОСТАВЛЯЕТ (В СМ) :

- *1,0
- 2,0
- 0,5
- 1,5

777. К АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЯМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЕЗНИ ПЕЙРОНИ ОТНОСЯТ :

- *эректильную дисфункцию или кривизну, исключающие возможность полового акта
- выраженное искривление полового члена
- стадию стабилизации
- постоянные боли при эрекции

778. ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ СТРИКТУРЫ УРЕТРЫ ПОСЛЕ ТРАВМЫ СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНЯТЬ ЧЕРЕЗ (В МЕСЯЦАХ) :

- *6
- 1
- 3
- 4

779. БОЛЬНОМУ 45 ЛЕТ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 1 СТЕПЕНИ И С ПЛОТНЫМ УЗЛОМ В ОДНОЙ ДОЛЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНИТЬ

- *промежностную или трансректальную биопсию узла простаты
- аденомэктомию
- цистостомию
- трансуретральную электрорезекцию простаты

780. ПРИ СТРИКТУРЕ УРЕТРОЦИСТОАНАСТОМОЗА ПОСЛЕ ПРОСТАТЭКТОМИИ, ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО ВЫПОЛНЯТЬ :

- *эндоскопическое лечение
- троакарную цистостому

открытую операцию
бужирование уретроцистоанастомоза

781. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОЙ ТРАВМЫ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ :

*МСКТ органов мочевой системы с контрастированием
полипозиционная цистография
цистоуретрография
УЗИ с оценкой почечного кровотока

782. В СЛУЧАЕ МАКРОГЕМАТУРИИ ПРИ ТРАВМЕ ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ ПОКАЗАНО ВЫПОЛНЕНИЕ :

*МСКТ органов мочевой системы с контрастированием
ретроградной пиелографии
цистоскопии
цистоуретрографии

783. АНУРИЕЙ НАЗЫВАЮТ ВЫДЕЛЕНИЕ МОЧИ ЗА СУТКИ В КОЛИЧЕСТВЕ МЕНЕЕ _____ МЛ :

*50
500
300
250

784. В КАЧЕСТВЕ САЛЬВАЖНОЙ ТЕРАПИИ МОЖНО ПРИМЕНИТЬ :

*радикальную простатэктомию или криоабляцию
трансуретральную резекцию простаты
любой метод лечения рака простаты, кроме методик абляции
высокоинтенсивный фокусированный ультразвук с последующей ТУР простаты

785. ЗНАЧИТЕЛЬНО ОСЛОЖНИТЬ ПРОВЕДЕНИЕ БРАХИТЕРАПИИ МОЖЕТ

*средняя доля, вдающаяся в просвет мочевого пузыря
возраст меньше шестидесяти лет
наличие рака в обеих долях предстательной железы
возраст старше семидесяти лет

786. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ХИМИОТЕРАПИИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИМЕНЯЕТСЯ :

*доцетаксел
кабазитаксел
метотрексат
митоксантрон

787. К РАДИКАЛЬНОМУ МЕТОДУ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРОСТАТЫ ОТНОСИТСЯ

*брахитерапия
необратимая электропорация
HIFU-терапия

криоабляция

788. ЧЕРЕЗ ГОД ПОСЛЕ ПОЗАДИЛОННОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ ПРИ КОНТРОЛЬНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ У ПАЦИЕНТА ВЫЯВЛЕН ПСА ОБЩИЙ – 0,3 НГ/МЛ, А ПО ДАННЫМ МРТ В ЗАПИРАТЕЛЬНОЙ ЯМКЕ ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ ЛИМФАТИЧЕСКИЙ УЗЕЛ РАЗМЕРОМ ДО 1,6 СМ, НАКАПЛИВАЮЩИЙ КОНТРАСТНЫЙ ПРЕПАРАТ, НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНОЙ ТАКТИКОЙ В ДАННОМ СЛУЧАЕ ЯВЛЯЕТСЯ :

*выполнение расширенной тазовой лимфаденэктомии

химиотерапия

гормональная терапия

динамическое наблюдение

789. БОЛЬНОМУ С ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКОЙ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО :

*купировать почечную колику

назначить литолитическую терапию

назначить литокинетическую терапию

назначить антибактериальную терапию

790. МЕТОДИКОЙ ВЫПОЛНЕНИЯ ПУНКЦИОННОЙ НЕФРОСТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ :

*троакарная пункция

по Брикеру

по Clayman

нефропексия

791. СРЕДНИЙ СРОК ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ КАТЕТЕРА-СТЕНТА ДО ЗАМЕНЫ СОСТАВЛЯЕТ (В МЕСЯЦАХ) :

*3

12

36

1

792. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО УХУДШЕНИЕ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ФУНКЦИИ МОЖЕТ БЫТЬ ОТМЕЧЕНО ПОСЛЕ :

*анастомотической уретропластики по поводу посттравматической стриктуры

мембранозного отдела уретры

комбинированной (вентральной + дорсальной) буккальной уретропластики и отведения мочи по нефростоме

комбинированной (вентральной + дорсальной) буккальной уретропластики и отведения мочи по цистостоме

оптической уретротомии и локализации стриктуры в головчатом отделе уретры

793. К ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМАМ ГИПЕРАКТИВНОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ОТНОСЯТ:

*неотложные позывы к мочеиспусканию

недержание мочи

необходимость натуживания

боль в области мочевого пузыря

794. ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ПРОТЯЖЕННОЙ СТРИКТУРЫ УРЕТРЫ, НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ :

- *антеградная пиелоуретерография
- ультразвуковое исследование уретры
- уретроскопия
- уретрография

795. ОБЪЕКТИВНО КАЧЕСТВО МОЧЕИСПУСКАНИЯ У БОЛЬНЫХ СО СТРИКТУРАМИ УРЕТРЫ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ОЦЕНИВАЕТСЯ :

- *урофлоуметрией
- визуальной оценкой мочеиспускания
- тестовым опросниками
- ретроградной уретеропиелографией

796. ЛОСКУТ МАККАНИЧА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ _____ ЛОСКУТОМ:

- *пенильным циркулярным кожнофасциальным
- буккальным миофасциальным
- пеноскротальным циркулярным кожнофасциальным
- лучевым кожнофасциальным

797. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ФОРМИРУЕТСЯ (ВЫДАЕТСЯ) ЛИЦАМ, У КОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЕ ИЛИ ТРАВМА НАСТУПИЛИ В ТЕЧЕНИЕ _____ СО ДНЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ РАБОТЫ ПО ТРУДОВОМУ ДОГОВОРУ :

- *30 дней
- 40 дней
- 2 месяцев
- 3 месяцев

798. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НЕ ФОРМИРУЕТСЯ :

- *гражданам, проходящим медицинское освидетельствование, медицинское обследование или лечение по направлению военных комиссариатов
- военнослужащим, обратившимся по месту жительства за медицинской помощью при бытовой травме
- при заболеваниях вследствие опьянения или действий, связанных с опьянением, а также вследствие злоупотребления алкоголем

799. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ФОРМИРУЕТСЯ (ВЫДАЕТСЯ) НА ОБЩИХ ОСНОВАНИЯХ В СЛУЧАЕ НАСТУПЛЕНИЯ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В ПЕРИОД ОТПУСКА :

- *ежегодного оплачиваемого
- по уходу за ребенком до достижения им возраста 3 лет
- по беременности и родам
- без сохранения заработной платы

800. CANDIDA GLABRATA, CANDIDA KRUSEI УСТОЙЧИВЫ К ПРЕПАРАТУ:

- *флуконазол
- кетоконазол

интраконазол
амфотерицин В

801. ИНФЕКЦИЮ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ ЧАЩЕ ВСЕГО ВЫЗЫВАЕТ :

*кишечная палочка
клебсиелла
протей
фекальный энтерококк

802. КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМАЯ БАКТЕРИУРИЯ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ИНФЕКЦИЯХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ МОЧИ, ВЗЯТОЙ С ПОМОЩЬЮ КАТЕТЕРА, СОСТАВЛЯЕТ _____ КОЕ/мл:

* $> 10^4$
 $> 10^3$
 $> 10^5$
 $> 10^6$

803. ОПТИМАЛЬНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ У МУЖЧИНЫ СЕКСУАЛЬНО АКТИВНОГО ВОЗРАСТА ОСТРОГО ЭПИДИДИМИТА, ВЫЗВАННОГО ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ :

*доксидиклина моногидрата 100 мг внутрь 2 раза в сутки 14 дней
левофлоксацина внутривенно 500 мг 7 дней
цефепима внутривенно 1 г в сутки 14 дней
кларитромицина 500 мг внутрь 2 раза в сутки 7 дней

804. В МИНИМАЛЬНОЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ НЕОБХОДИМОЕ ПАЦИЕНТУ С КЛИНИКОЙ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ВКЛЮЧАЮТ :

*ультразвуковое исследование почек, обзорную рентгенографию мочевых путей
хромоцистографию
ретроградную пиелографию
цистоскопию, 3-х стаканную пробу

805. ПРИ ОСТРОМ ОБСТРУКТИВНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО :

*восстановить отток мочи из верхних мочевых путей
назначить эмпирическую антибактериальную терапию
выполнить катетеризацию мочевого пузыря
выполнить посев мочи

806. ПРИ ОДНОВРЕМЕННОМ ПОВРЕЖДЕНИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И НИЖНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА НЕ РЕКОМЕНДУЮТ :

*анастомоз концов мочеточника
уретероцистоанастомоз
цистостомию
ушивание дефекта мочевого пузыря

807. КАНАЛЫЦЕВЫЙ АППАРАТ НЕФРОНОВ РАСПОЛОЖЕН В:

- *мозговом веществе почки
- чашечно-лоханочной системе
- корковом веществе почки
- капсуле почки

808. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТА С ПОДОЗРЕНИЕМ НА СТРИКТУРУ УРЕТРЫ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПРОВЕДЕНИЕ :

- *экскреторной урографии
- урофлоуметрии
- ретроградной и микционной цистографии
- общего анализа мочи

809. С ЦЕЛЬЮ БОЛЕЕ ДЕТАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ ПРИЧИНЫ ГИДРОНЕФРОЗА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ПРОВОДИТЬ :

- *компьютерную томографию
- магнитно-резонансную томографию
- ультразвуковое исследование
- обзорное рентгеновское исследование брюшной полости

810. МУТНОСТЬ МОЧИ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНА СОДЕРЖАНИЕМ:

- *солей
- билирубина
- сахаров
- кетоновых тел

811. ПРИ РЕТРОГРАДНОЙ УРЕТРОГРАФИИ НЕ МОГУТ БЫТЬ АДЕКВАТНО ОЦЕНЕНЫ _____ ОТДЕЛЫ УРЕТРЫ :

- *мембранозный и простатический
- пенильный и мембранозный
- луковичный и пенильный
- пенильный и простатический

812. РЕНОПРИВНАЯ АНУРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ :

- *аплазии почек и удалении обеих или единственной почки
- двустороннем хроническом пиелонефрите
- блокаде обеих мочеточников
- поликистозе почек

813. ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА В СЛУЧАЕ НЕОДНОЗНАЧНОСТИ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ БИОПСИИ ПРОСТАТЫ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ :

- *иммуногистохимическое исследование биоптатов
- гистосканирование
- повторную биопсию предстательной железы
- ТРУЗИ

814. ПРИ ТРУЗИ ОТНОСИТЕЛЬНО НОРМАЛЬНОЙ ТКАНИ РАК ПРОСТАТЫ ВЫГЛЯДИТ :

- *гипоэхогенным
- гиперэхогенным
- изоэхогенным
- анэхогенным

815. УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КРИТЕРИЕМ РАКА ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ :

- *неровность контуров
- уменьшение размеров
- расширение чашечек
- дистопия

816. БОЛЕЕ ДЕТАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ГЛУБИНЫ ИНВАЗИИ ОПУХОЛИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И РАСПРОСТРАНЕННОСТИ НА СОСЕДНИЕ ОРГАНЫ ВОЗМОЖНА С ПОМОЩЬЮ :

- *магнитно-резонансной томографии
- радиоизотопного исследования
- компьютерной томографии
- ультразвукового исследования

817. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ ОПУХОЛИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ В РЕГИОНАРНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ :

- *магнитно-резонансная томография
- компьютерная томография
- диагностическая лапароскопия
- УЗИ

818. К ПРЕПАРАТАМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА ОТНОСЯТ :

- *вантрикс
- ритуксимаб
- лантокс
- фентанил

819. ОСНОВНЫМ ПОДТИПОМ МУСКАРИНОВЫХ ХОЛИНОРЕЦЕПТОРОВ, УЧАСТВУЮЩИХ В СОКРАЩЕНИИ ДЕТРУЗОРА, ЯВЛЯЕТСЯ :

- *M3
- M2
- M4
- M1

820. ПРИ ПЕРВИЧНОЙ НЕПРОТЯЖЕННОЙ СТРИКТУРЕ БУЛЬБОЗНОГО ОТДЕЛА МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА У МОЛОДОГО ПАЦИЕНТА ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЕ ВЫПОЛНИТЬ :

- *внутреннюю оптическую уретротомию

баллонную дилатацию
реконструктивно-пластическую операцию
бужирование

821. ДЕЙСТВИЕ ОСМОТИЧЕСКИХ ДИУРЕТИКОВ В ОСНОВНОМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В :

*проксимальных канальцах
дистальных канальцах
собирательных трубочках
восходящих отделах петель Генле

822. ЗАМЕДЛЕНИЮ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК СПОСОБСТВУЮТ :

*ингибиторы АПФ
бета-блокаторы
тиазидные диуретики
альфа-блокаторы

823. ЭКСТРОФИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ СОПРОВОЖДАЕТСЯ :

*расхождением лонного сочленения, тотальной эписпадией
меатостенозом и острой задержкой мочи
склерозом шейки мочевого пузыря и частичным недержанием мочи
расщеплением уретры и мошоночной гипоспадией

824. АПЛАЗИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ _____ ПОЧКИ:

*отсутствием
изменением положения
изменением кровоснабжения
изменением размеров

825. ИЗ АНОМАЛИЙ ПОЧЕК К АНОМАЛИЯМ СТРУКТУРЫ ОТНОСЯТ :

*поликистоз почек
удвоение верхних мочевых путей
гомолатеральную дистопию
подковообразную почку

826. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АНОМАЛИЙ РАСПОЛОЖЕНИЯ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ :

*МСКТ и МРТ
гистосканирование
пункционную биопсию
урофлоуметрию

827. МЕГАКАЛИКОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ :

*врожденное локальное неретенционное расширение чашечек
замкнутое образование, расположенное в почечном синусе
неравномерное расширение большинства собирательных трубочек почечных пирамидок

полость, сообщающаяся с чашечно-лоханочной системой, не имеющая почечного сосочка

828. КОЛИЧЕСТВО ПОРЦИЙ МОЧИ, ДОСТАВЛЯЕМЫХ ОТ ОДНОГО ПАЦИЕНТА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ ЗИМНИЦКОГО, СООТВЕТСТВУЕТ

*8

3

9

6

828. МОЖЕТ ПОРАЖАТЬ МОЧЕПОЛОВУЮ СИСТЕМУ :

*шистосомоз

лямблиоз

описторхоз

амебиаз

829. К ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ ГЕСТАЦИОННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ОТНОСЯТ :

*предшествующие инфекции мочевыводящих путей

нарушение маточно-плацентарного кровотока I степени

наличие тяжелой гестационной артериальной гипертензии

нарушение маточно-плацентарного кровотока II степени

830. ПОТЕНЦИАЛЬНЫМ БИОМАРКЕРОМ УРОСЕПСИСА ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ :

*прокальцитонин

ПСА

паратгормон

креатинин

831. ПРИ АБСЦЕССЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СО СТОРОНЫ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ НАБЛЮДАЮТ :

*лейкоцитоз и сдвиг лейкоцитарной формулы влево

полицитемию

лейкопению

лимфопению

832. ДЛЯ ЦИСТИТА БЕРЕМЕННЫХ ХАРАКТЕРНО :

*наличие боли и дизурии без лихорадки

наличие боли и/или чувствительности в реберно-позвоночном углу

наличие жара, чувствительности матки, тахикардии плода

отсутствие клинических проявлений

833. ПРИ НЕДЕРЖАНИИ МОЧИ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ У МУЖЧИН, ПЕРЕНЕСШИХ РАДИКАЛЬНУЮ ПРОСТАТЭКТОМИЮ, ИСПОЛЬЗУЮТ

*тренировки мышц тазового дна

искусственный сфинктер мочевого пузыря

уропрезерватив

M-холиноблокаторы

834. ПО ДАННЫМ ЛИТЕРАТУРЫ ЧАСТОТА ТРАВМЫ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ СОСТАВЛЯЕТ (В %)

*1,0

0,1

5,0

0,5

835. КОМБИНИРОВАННЫЙ ДОСТУП ПРИ НЕФРОЛИТИАЗЕ ПОДРАЗУМЕВАЕТ ПЕРКУТАННУЮ НЕФРОЛИТОТРИПСИЮ

*в сочетании с ретроградной интратенальной хирургией

одновременно с обеих сторон

из нескольких доступов

с использованием различных инструментов для фрагментации камня

836. ДЛЯ АДЕКВАТНОЙ ПУНКЦИИ ЧАШЕЧНО-ЛОХАНОЧНОЙ СИСТЕМЫ (ЧЛС) НЕОБХОДИМО НАЛИЧИЕ

*дилатации ЧЛС

камня (камней) в чашечках почки

стенки в мочевых путях

уретрального катетера

837. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ПЛАСТИКИ УРЕТРЫ У ЖЕНЩИН ПРИ ГИПОСПАДИИ ЯВЛЯЕТСЯ

*пластика местными тканями

кишечная пластика

пластика свободным кожным лоскутом

пластика ревааскуляризированным кожным лоскутом

838. ВЫЯВИТЬ АКТИВНЫЙ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫЙ РЕФЛЮКС ПОЗВОЛЯЕТ

*микционная цистоуретрография

нисходящая цистогрaфия

цистометрия

цистоскопия

839. МРТ ПРОСТАТЫ МОЖЕТ БЫТЬ ПОЛЕЗНА ДЛЯ ВИЗУАЛИЗАЦИИ

*уретры

дорсального венозного комплекса

семенных пузырьков

сосудисто-нервных пучков

840. ПИТАНИЕ ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

*гонадной артерией

верхней брыжеечной артерией

запирательной артерией

ветвями брюшной аорты

841. У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ МОРРИСА ВЫЯВЛЯЮТ

- *нормальные уровни гонадотропинов и повышенный или нормальный уровень тестостерона
- сниженные уровни гонадотропинов и тестостерона
- повышенные уровни гонадотропинов и сниженный уровень дигидротестостерона
- повышенный уровень гонадотропинов и сниженный уровень тестостерона

842. ЛЕВАЯ ПОЧЕЧНАЯ ВЕНА ПЕРЕСЕКАЕТ БРЮШНОЙ ОТДЕЛ АОРТЫ

- *спереди, сразу ниже верхней брыжеечной артерии
- сзади, на уровне верхней брыжеечной артерии
- спереди, сразу над верхней брыжеечной артерией
- спереди, сразу ниже нижней брыжеечной артерии

843. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ЛУЧЕВЫМ МЕТОДОМ ВЫЯВЛЕНИЯ НЕФРОПТОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- *экскреторная урография в вертикальном положении
- магнитно-резонансная томография
- ультразвуковое исследование в горизонтальном положении
- радиоизотопное исследование

844. ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ КЛАССИФИЦИРУЮТ КАК

- *осложненные и неосложненные
- мужские и женские
- кратковременные и длительные
- неострые и острые

845. К УРЕАЗОПРОДУЦИРУЮЩЕМУ МИКРООРГАНИЗМУ ОТНОСИТСЯ

- *Staphylococcus aureus
- Escherichia coli
- Streptococcus pneumoniae
- Serratia marcescens

846. ЭМФИЗЕМАТОЗНЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ ОБЫЧНО РАЗВИВАЕТСЯ У БОЛЬНЫХ

- *сахарным диабетом
- с дисметаболической нефропатией
- с иммунодефицитом
- пузырно-мочеточниковым рефлюксом

847. ДИЗУРИЯ У ЖЕНЩИН ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- *острого цистита
- острого пиелонефрита
- полипа уретры
- камней почек

848. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА У МУЖЧИН С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ЦИСТИТ ПРОВОДИТСЯ С

- *камнями мочевого пузыря
- острым уретритом

раком простаты
пищевым отравлением

849. ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ В НЕИЗМЕНЁННЫХ ПОЧКАХ
ВЫЗЫВАЕТ

*стафилококк плазмокоагулирующий
протей
кишечная палочка
энтерококк

850. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО УХУДШЕНИЕ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ФУНКЦИИ МОЖЕТ БЫТЬ
ОТМЕЧЕНО ПОСЛЕ

*анастомотической уретропластики по поводу посттравматической стриктуры
мембранозного отдела уретры
комбинированной (вентральной + дорсальной) буккальной уретропластики и отведения
мочи по цистостоме
комбинированной (вентральной + дорсальной) буккальной уретропластики и отведения
мочи по нефростоме
оптической уретротомии и локализации стриктуры в головчатом отделе уретры

851. СКРИНИНГ-МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ КАМНЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У
РЕБЕНКА СЧИТАЮТ

*УЗИ мочевого пузыря
цистоскопию
восходящую цистографию
экскреторную урографию

852. РЕКОМЕНДУЕМАЯ КРАТНОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОФИЛОМЕТРИИ У ЖЕНЩИН
СОСТАВЛЯЕТ _____ РАЗА/РАЗ

*3
9
4
8

853. РЕДКИЕ МОЧЕИСПУСКАНИЯ БОЛЬШИМ ОБЪЁМОМ, ЧАСТИЧНОЕ
НЕУДЕРЖАНИЕ МОЧИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

*гипорефлекторного мочевого пузыря
неосложнённого гиперактивного мочевого пузыря
гидронефроза
инфекции мочевых путей

854. НА НАЛИЧИЕ ЦИСТИТА ПРИ НЕЯСНОМ ДИАГНОЗЕ УКАЗЫВАЕТ

*лейкоцитурия
гематурия
анемия
азотемия

855. ИШУРИЯ У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ____ МОЧЕИСПУСКАНИЯ

*задержкой
отсутствием
учащением
болезненностью

856. ДОСТИЖЕНИЕ ЭРЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ЭФФЕКТИВНЫМ ПРИ МЕСТНОМ ВВЕДЕНИИ ПРЕПАРАТА

*альпростадил
папаверина
кетонала
анальгина

857. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ДЛИТЕЛЬНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТАМИ СО СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКИМ ЛИШАЕМ (LICHEN SCLEROSUS) ЯВЛЯЕТСЯ РИСК

*малигнизации
молниеносного некротического поражения наружных гениталий
гангрены Фурнье
внезапной эректильной дисфункции

858. АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЙ СОСТАВ ПОКРЫТИЯ ИНГИБИЗОН, ПРИМЕНЯЕМОГО В ТРЕХКОМПОНЕНТНЫХ ФАЛЛОПРОТЕЗАХ, ПРЕДСТАВЛЕН

*рифампицином + моноциклином
ванкомицином
цефазолином
нентамицином + рифампицином

859. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ДИСТОПИИ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ

*уровень отхождения почечных сосудов
строение чашечно-лоханочной системы
ротация почки
структура ткани почки

860. ОДНИМ ИЗ ВИДОВ ДИСТОПИЙ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ

*поясничный
паралиенальный
параэзофагальный
брызжеечный

861. ПРИ ПОДКОВООБРАЗНОЙ ПОЧКЕ ИЗ СОЧЕТАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ

*мочекаменная болезнь
опухоль паренхимы
уротелиальная опухоль
артериальная гипертензия

862. ПОРОКОМ СТРУКТУРЫ МОЧЕТОЧНИКА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- *эктопия устья мочеточника
- нейромышечная дисплазия
- уретроцеле
- гипоплазия мочеточника

863. ГУБЧАТОЙ ПОЧКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- *неравномерное расширение большинства собирательных трубочек почечных пирамидок с камнеобразованием в них
- замкнутое образование, расположенное в почечном синусе
- врожденное локальное неретенционное расширение чашечки
- полость, сообщающаяся с чашечно-лоханочной системой, не имеющая почечного сосочка

864. ПРИ АБСЦЕССЕ НИЖНЕГО ПОЛЮСА ПРАВОЙ ПОЧКИ РАЗМЕРАМИ 4,0×4,0 СМ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВЕДЕНИЕ

- *оперативного лечения: вскрытие и дренирование абсцесса или чрескожная пункция и дренирование полости абсцесса
- нефрэктомии
- резекции нижнего полюса почки
- интенсивной антибактериальной терапии

865. ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У БЕРЕМЕННЫХ НАЗНАЧАЮТ

- *пенициллины
- фторхинолоны
- аминогликозиды
- цефалоспорины

866. ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ЦИСТИТА НЕОБХОДИМО НАЧАТЬ С

- *антибактериальной терапии
- противогрибковой терапии
- симптоматической терапии
- установки уретрального катетера

867. ДЛЯ РАЦИОНАЛЬНОГО ВЫБОРА МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ ЦИСТИТЕ НЕОБХОДИМО ИМЕТЬ РЕЗУЛЬТАТЫ

- *бактериологического посева мочи
- УЗИ почек и мочевого пузыря
- общего анализа мочи
- компьютерной томографии верхних мочевых путей

868. СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- *туберкулез
- краснуха
- дерматофития
- эпидемический паротит

869. ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ ПРИНЦИПОВ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- *недопустимость отказа в оказании медицинской помощи

взаимодействие со средствами массовой информации
социальная защита граждан РФ
безусловное выполнение пожеланий пациента по выбору методов диагностики и лечения

870. МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ ИМЕЮТ ПРАВО НА

*стимулирование труда в соответствии со спецификой и сложностью работы
предоставление пациенту образцов лекарственных препаратов, полученных бесплатно от фармацевтических компаний
оплату отдыха, проезда к месту отдыха за счет организаций, занимающихся разработкой, производством и (или) реализацией лекарственных препаратов
выписку лекарственных препаратов на бланках, содержащих рекламную информацию

871. РАСШИРЕННАЯ ТАЗОВАЯ ЛИМФАДЕНЭКТОМИЯ ВЫПОЛНЯЕТСЯ ПАЦИЕНТАМ ПРИ РАКЕ ПРОСТАТЫ

*начиная с промежуточного онкологического риска
с возможным поражением лимфоузлов
с инвазией за пределы капсулы
начиная с высокого онкологического риска

872. МЕТОДОМ ВЫБОРА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ УРОТЕЛИАЛЬНОГО РАКА ЛОХАНКИ ЯВЛЯЕТСЯ

*радикальная нефруретерэктомия
радикальная нефрэктомия
радикальная нефруретерцистэктомия
резекция чашечно-лоханочной системы с опухолью

873. ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МАКСИМАЛЬНАЯ АНДРОГЕННАЯ БЛОКАДА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СОЧЕТАНИЕМ

*кастрации и терапии антиандрогенами
медикаментозной и хирургической кастрации
антиандрогенов и ингибиторов 5-альфа-редуктазы
терапии таксанами и антиандрогенами

874. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ФИБРОЗА КАВЕРНОЗНОЙ ТКАНИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ ТАДАЛАФИЛ ПРИМЕНЯЮТ В ТЕЧЕНИЕ (В МЕСЯЦАХ)

*12
3
1
24

875. РАЗВИТИЕ УРОТЕЛИАЛЬНОГО РАКА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ АССОЦИИРУЕТСЯ С

*полиомавирусом
герпесвирусом
папилломавирусом
вирусом Эпштейна — Барр

876. К РАННИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ТРАВМЫ УРЕТРЫ ОТНОСЯТ

- *мочевые затеки таза и промежности
- флебиты таза и промежности
- стриктуру уретры
- уросепсис

877. АНУРИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК СНИЖЕНИЕ СУТОЧНОГО КОЛИЧЕСТВА ОБРАЗУЮЩЕЙСЯ МОЧИ МЕНЕЕ (В МЛ)

- *50
- 30
- 80
- 100

878. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОЙ ТРАВМЫ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- *МСКТ органов мочевой системы с контрастированием
- УЗИ с оценкой почечного кровотока
- цистоуретрография
- полипозиционная цистография

879. КАМНИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЧАЩЕ АССОЦИИРОВАНЫ С

- *аденомой простаты
- инфекцией мочевых путей
- инородным телом
- катетеризацией мочевого пузыря

880. ПРИ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКЕ ТИПИЧНОЙ ИРРАДИАЦИЕЙ БОЛЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- *паховая область, бедро, половые органы
- эпигастральная область
- шея
- мечевидный отросток грудины

881. МЕТАБОЛИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПРИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПОДРАЗУМЕВАЕТ

- *исследование камнеобразующих веществ сыворотки крови и суточной мочи
- содержания кальция, фосфора, мочевой кислоты, электролитов и креатинина в сыворотке крови
- рН мочи после голодания
- содержания солей в общем анализе мочи

882. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ТИПОМ ГЕМАТУРИИ ПРИ КАМНЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ _____ СГУСТКАМИ

- *тотальная макрогематурия с бесформенными
- терминальная макрогематурия с бесформенными
- инициальная микрогематурия с мелкими червеобразными
- терминальная макрогематурия с мелкими червеобразными

883. РЕЦИДИВЫ КАМНЕОБРАЗОВАНИЯ ВСТРЕЧАЮТСЯ

*у 50% пациентов

практически у всех, получавших литолитическую терапию

практически у всех после оперативного лечения нефролитиаза

у каждого третьего пациента

884. НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ,
СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИМ В ПОЛЬЗУ МОЧЕКИСЛОГО КАМНЯ, ЯВЛЯЕТСЯ

*рН мочи

уровень мочевой кислоты в крови

количество натрия в моче

уровень мочевой кислоты в моче

885. К ГРУППЕ ВЫСОКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ОТНОСЯТ
ЛЮДЕЙ

*подверженных по роду профессиональной деятельности воздействию бензидина и β-
нафтиламина

страдающих пролапсом гениталий

склонных к развитию нефролитиаза

длительно находящихся на заместительной гормональной терапии по поводу гипопункции
щитовидной железы

886. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
ЯВЛЯЕТСЯ ЗОНА

*периферическая

центральная

фибромускулярная

переходная

887. ОНКОЦИТОМА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

*доброкачественную опухоль почки

злокачественную опухоль почки

пограничную опухоль почки

опухоль почки с неизвестным потенциалом злокачественности

888. КРИТЕРИЕМ ВЫСОКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО РИСКА ЯВЛЯЕТСЯ

*сT2c и выше

сT2b и выше

наличие увеличенных паховых лимфатических узлов

ПСА общий менее 10 нг/мл

889. КАНЦЕРОГЕНЕЗ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕН НАЛИЧИЕМ

*анилиновых красителей

мочевины

нитратов

холестерина

890. КАТЕТЕРИЗАЦИЯ УРЕТРЫ ПРОТИВОПОКАЗАНА ПРИ ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКЕ

МОЧИ, ВЫЗВАННОЙ

- *полным разрывом уретры
- камнем уретры
- камнем мочевого пузыря
- опухолью мочевого пузыря

891. ПРИ ОСТРОМ ОБСТРУКТИВНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО

- *восстановить отток мочи из верхних мочевых путей
- выполнить посев мочи
- назначить эмпирическую антибактериальную терапию
- выполнить катетеризацию мочевого пузыря

892. ВЫВИХ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ВОЗМОЖЕН

- *в состоянии эрекции
- при переломе костей таза
- вне состояния эрекции
- при ударе в паховую область

893. МЕТОДОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ПОДТВЕРДИТЬ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ГОЛОВКИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА, ЯВЛЯЕТСЯ

- *биотезиометрия полового члена
- фармакологический тест с простагландином E1
- пенильная доплерография
- электромиография кавернозных тел

894. К ПРИЗНАКАМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ОСТРОГО ОРХОЭПИДИДИМИТА, ОТНОСЯТ

- *боль и покраснение кожи мошонки
- выраженную пиурию
- снижение полового влечения
- диспареунию

895. СКОПЛЕНИЕ СЕРОЗНОЙ ЖИДКОСТИ В ОБОЛОЧКАХ СЕМЕННОГО КАНАТИКА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- *фуникулоцеле
- гидроцеле
- сперматоцеле
- варикоцеле

896. ПРИ ВЕНОГЕННОЙ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- *внезапное ослабление эрекции до завершения полового акта
- ослабление полового влечения
- затруднение в достижении эрекции при наличии сексуального раздражителя
- отсутствие утренних эрекций

897. ПОД ВАРИКОЦЕЛЕ ПОНИМАЮТ ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ

*вен семенного канатика

вен таза

поверхностных вен полового члена

вен нижних конечностей

898. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ДИСТАНЦИОННОЙ ЛИТОТРИПСИИ ЯВЛЯЕТСЯ

*стриктура мочеточника

нефроптоз

хронический пиелонефрит

подковообразная почка

899. РАСТВОРЕНИЮ МОГУТ ПОДЛЕЖАТЬ КАМНИ, СОСТОЯЩИЕ ИЗ

*мочевой кислоты

гематита

струвита

моноурата аммония

900. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ КОНТАКТНОЙ УРЕТЕРОЛИТОТРИПСИИ ЯВЛЯЕТСЯ

*острый пиелонефрит

стриктура мочеточника

перфорация мочеточника

отрыв мочеточника

901. СТЕНТИРОВАНИЕ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ В УСЛОВИЯХ ПРОВЕДЕНИЯ ЛИТОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПОКАЗАНО ПРИ

*нарушении пассажа мочи по мочевым путям

размере камня более 2,0 см

локализации камня в лоханке

размере камня 1,5-2,0 см

902. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ И ЭКСТРЕННОГО ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ КАМНЕЙ

*мочеточников и атакой острого пиелонефрита

устья мочеточника, почечной колики

мочеточника, уретерогидронефроза

нижней трети мочеточника без колики и лихорадки

903. ПРИ ТРАВМЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ДЛЯ УШИВАНИЯ ДЕФЕКТА ПРИМЕНЯЕТСЯ

*двухрядный шов викрилом

однорядный шов викрилом

трехрядный шов викрилом

механический шов

904. ОРГАНОСОХРАНЯЮЩАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ ТРАВМЕ ПОЧКИ НЕ ПОКАЗАНА ПРИ

*размножении почки
субкапсулярном разрыве почки
повреждении нижнего полюса почки
повреждении верхнего полюса почки

905. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПЕРЕСЕЧЕНИЯ МОЧЕТОЧНИКА В СРЕДНЕЙ ТРЕТИ ПРИ КОЛОТОЙ РАНЕ ЯВЛЯЕТСЯ

*уретероуретероанастомоз
трансуретероуретеростомия
ушивание нерассасывающимися швами
операция Боари

906. ПРИ ЗАПОЛНЕНИИ РАЗДЕЛА ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ «ЗАПОЛНЯЕТСЯ ВРАЧОМ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ» СТРОКИ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ «МЕСТО РАБОТЫ - НАИМЕНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ», «ОСНОВНОЕ», «ПО СОВМЕСТИТЕЛЬСТВУ №»

*не заполняются
заполняются на основании памятки, выданной работодателем, с указанием правильного названия организации
заполняются со слов гражданина
заполняются работодателем

907. БОЛЬНОМУ, ИМЕЮЩЕМУ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО ОРВИ С 18.03 ПО 22.03. И ЯВИВШЕМУСЯ НА ПРИЁМ К ВРАЧУ-ТЕРАПЕВТУ УЧАСТКОВОМУ 26.03 С ПРИЗНАКАМИ ПНЕВМОНИИ, ПОКАЗАНО

*продлить больничный лист с 23.03 до выздоровления с отметкой о нарушении режима
оформить новый больничный лист
продлить больничный лист с 26.03 до выздоровления
продлить больничный лист с 26.03 до выздоровления с отметкой о нарушении режима

908. НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ НАПРАВЛЯЮТСЯ ГРАЖДАНЕ ПРИ ОЧЕВИДНОМ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ КЛИНИЧЕСКОМ И ТРУДОВОМ ПРОГНОЗЕ ВНЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, НО НЕ ПОЗДНЕЕ ____ МЕСЯЦЕВ ОТ ДАТЫ ЕЕ НАЧАЛА

*4
6
5
3

909. СМЕШАННЫЙ ТИП НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ЛЕЧИТСЯ

*упражнениями на мышцы тазового дна, медикаментозно, хирургически
периодической катетеризацией, принудительным ритмом мочеиспускания
приспособлениями, удерживающими мочу
изменением диеты, поведенческой терапией

910. ПРИ ПИЕЛОЛИТОТОМИИ, НЕФРОЛИТОТОМИИ ПО ПОВОДУ КОРАЛЛОВИДНОГО КАМНЯ ПОЧКИ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНИТЬ

*нефростомиию
защиту лоханки без нефростомии
пиелостомиию
циркулярную нефростомиию

911. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ЛЕЧЕНИЯ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ЯВЛЯЕТСЯ

*слинговая уретропексия
применение альфа-адреноблокаторов
БОС-терапия
применение м-холиноблокаторов

912. СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЯТЬ ПРИ

*протяженных стриктурах, обусловленных склероатрофическим лишаем
посттравматических стриктурах мембранозного отдела уретры
контрактурах шейки мочевого пузыря после трансуретральной резекции по поводу гиперплазии простаты
коротких стриктурах луковичного отдела уретры травматической этиологии

913.ЭКСПЕРТИЗА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРОВОДИТСЯ В ЦЕЛЯХ выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результат

определения потребностей гражданина в мерах социальной защиты, включая реабилитацию на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма

установления причинно-следственной связи заболевания с профессиональной деятельностью

* определения способности работника осуществлять трудовую деятельность, необходимости и сроков временного или постоянного перевода работника по состоянию здоровья на другую работу, а также принятия решения о направлении гражданина на медико-социальную экспертизу

914.ПРИ НАПРАВЛЕНИИ ГРАЖДАНИНА, ПОСТРАДАВШЕГО В СВЯЗИ С ТЯЖЕЛЫМ НЕСЧАСТНЫМ СЛУЧАЕМ НА ПРОИЗВОДСТВЕ, ПОСЛЕ ОКАЗАНИЯ ЕМУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ (УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА), АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ, НА МЕДИЦИНСКУЮ РЕАБИЛИТАЦИЮ В САНАТОРНО-КУРОРТНУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ В ПЕРИОД ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ (ДО НАПРАВЛЕНИЯ НА МСЭ) ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ФОРМИРУЕТСЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ, НАПРАВИВШЕЙ ГРАЖДАНИНА НА МЕДИЦИНСКУЮ РЕАБИЛИТАЦИЮ, ПО РЕШЕНИЮ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ

весь период лечения

* на весь период медицинской реабилитации и проезда к месту лечения и обратно
первые пять дней лечения
первые десять дней лечения

914. ПРИ НАПРАВЛЕНИИ ГРАЖДАНИНА НА ЛЕЧЕНИЕ В САНАТОРНО-КУРОРТНУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ, НЕПОСРЕДСТВЕННО ПОСЛЕ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРОДЛЕВАЕТСЯ ПО РЕШЕНИЮ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ САНАТОРНО- КУРОРТНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ НА ВЕСЬ ПЕРИОД ЛЕЧЕНИЯ, НО НЕ БОЛЕЕ ЧЕМ НА (В ДНЯХ)

* 24

10

15

20

915.ПРИ СИНДРОМЕ КЛАЙНФЕЛЬТЕРА ОБНАРУЖИВАЮТ

яички сниженной плотности

яички располагаются в брюшной полости

нормальный объем яичек

*плотные яички небольшого объема

916. НА ЭКСКРЕТОРНЫХ УРОГРАММАХ ПОДКОВООБРАЗНАЯ ПОЧКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

изменением угла, составленного продольными осями сросшихся почек

наличием симптома «рыболовного крючка»

более широкими верхними группами чашечек

* ротацией чашечно-лоханочных систем

917.ДЛЯ ГУБЧАТОЙ ПОЧКИ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ МЕЛКИХ КОНКРЕМЕНТОВ В

* полостях мелких кист, расположенных в почечных пирамидах

шейках чашечек второго порядка нижнего сегмента почки и лоханке

мочеточнике и мочевом пузыре

лоханке и проксимальном отделе мочеточника

918.ОСНОВНЫМИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ДИСТОПИИ ПОЧКИ И НЕФРОПТОЗА ЯВЛЯЮТСЯ.

* уровень отхождения почечной артерии

длина мочеточника и уровень расположения лоханки

уровень отхождения почечной вены и длина мочеточника

уровень расположения лоханки и уровень отхождения почечной вены

919.УДВОЕНИЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

превращением мочевого пузыря в мочевой проток

* наличием перегородки, разделяющей мочевой пузырь на две половины

отсутствием передней брюшной стенки мочевого пузыря

выпячиванием всех слоев стенки мочевого пузыря наружу

920. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА В ТЕРАПИИ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ.

макролиды

- * защищенные пенициллины
- аминогликозиды
- цефалоспорины 4 поколения

921. МОЧА ИМЕЕТ ЦВЕТ ПИВА ПРИ

- туберкулёзе почек
- остром гломерулонефрите
- * гепатите
- гемоглобинурии

922. К ОПТИМАЛЬНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПИОНЕФРОЗА ОТНОСЯТ

назначение противовоспалительных препаратов

- только антибактериальную терапию
- * оперативное вмешательство на фоне антибактериальной терапии
- динамическое наблюдение и физиотерапию

923. ПРИ ГНОЙНОМ ПИЕЛОНЕФИТЕ И КАМНЕ ЛОХАНКИ ПРАВОЙ ПОЧКИ РАЗМЕРАМИ 1,5×2,0 СМ, ВЫСОКОЙ ТЕМПЕРАТУРЕ С ПЕРИОДИЧЕСКИМИ ОЗНОБАМИ В ТЕЧЕНИЕ 10 ДНЕЙ БОЛЬНОМУ ПОКАЗАНА

- * операция – ревизия почки, пиелолитотомия, нефростомия
- пункционная нефростомия
- интенсивная антибиотикотерапия
- катетеризация мочеточника

924. ТАКТИКА ВРАЧА ПОЛИКЛИНИКИ ПРИ КАМНЕ МОЧЕТОЧНИКА, ОСТРОМ СЕРОЗНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- назначении амбулаторного обследования и лечения
- госпитализации в плановом порядке
- динамическом наблюдении
- * срочной госпитализации

925. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ КРУПНЫХ КАМНЕЙ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ

- * перкутанная нефролитолапаксия
- уретеролитотомия
- дистанционная нефролитотрипсия
- анатрофическая нефролитотомия

926. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИНАМИЧЕСКОЙ МЕТАФИЛАКТИКИ МОЧЕКИСЛОГО НЕФРОЛИТИАЗА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПОДДЕРЖИВАТЬ PH МОЧИ В ПРЕДЕЛАХ

- 7,4-7,8
- * 6,2-6,8
- 7,8-9,0
- 5,5-6,0

927. ПРИНЦИПОМ МЕТАФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВНОГО КАМНЕОБРАЗОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

противовоспалительная терапия
антибактериальная терапия
физиотерапия
*коррекция метаболических нарушений

928.У ПАЦИЕНТА С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРИ ФОСФАТНЫХ КАМНЯХ С ПОМОЩЬЮ ДИЕТЫ СЛЕДУЕТ

придерживаться нейтральной среды
* подкислять мочу
не контролировать рН мочи
подщелачивать мочу

929.МОЖЕТ ПОРАЖАТЬ МОЧЕПОЛОВУЮ СИСТЕМУ

описторхоз
лямблиоз
*шистосомоз
амебиаз

930.КОЛИЧЕСТВО ПОРЦИЙ МОЧИ, ДОСТАВЛЯЕМЫХ ОТ ОДНОГО ПАЦИЕНТА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ ЗИМНИЦКОГО, СООТВЕТСТВУЕТ

* 8
3
6
9

931.НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ БЫВАЕТ

* пиелонефрит
венозная гипертензия
гематурия
почечно-каменная болезнь

932.ПРИ ДИАГНОСТИКЕ КАМНЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЯТЬ

МРТ малого таза
ретроградную уретроцистографию
*УЗИ мочевого пузыря
цистографию по Кнайзе — Шоберу

933.НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ УЛЬТРАЗВУКОВЫМ ПРИЗНАКОМ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ.

очаговое утолщение
* неоднородность паренхимы
увеличение почки в размерах
неровность наружных контуров

934.ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ЦИСТИТА У ЖЕНЩИН ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ С

полипом уретры
* опухолью мочевого пузыря
острым уретритом
острым аппендицитом

935.ФИКСАЦИЯ ТРАНСПЛАНТАТА ПО ДОРСАЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ УРЕТРЫ
ЧЕРЕЗ ВЕНТРАЛЬНЫЙ УРЕТРОТОМНЫЙ ДОСТУП НАЗЫВАЮТ ОПЕРАЦИЕЙ

Хольцова – Мариона
*Asopa
Вебстера
Palminteri

936.ПРИ ЗАБОРЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЩЕКИ ДЛЯ УРЕТРОПЛАСТИКИ СЛЕДУЕТ
ИЗБЕГАТЬ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРОТОКА СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ, УСТЬЕ КОТОРОГО
РАСПОЛОЖЕНО НА УРОВНЕ _____ ЧЕЛЮСТИ

первого моляра нижней
* второго моляра верхней
второго моляра нижней
первого моляра верхней

937.ПОСЛЕДУЮЩЕЙ ОПТИМАЛЬНОЙ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКОЙ У ПАЦИЕНТА С
КОРОТКОЙ НЕТРАВМАТИЧЕСКОЙ СТРИКТУРОЙ ЛУКОВИЧНОГО ОТДЕЛА УРЕТРЫ
ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ДВУХ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНЫХ ОПТИЧЕСКИХ
УРЕТРОТОМИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

* уретропластика
цистостомия
оптическая уретротомия
двухсторонняя нефростомия

938.СТРЕССОВЫЙ ТИП НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ЛЕЧИТСЯ

периодической катетеризацией, принудительным ритмом мочеиспускания
только медикаментозно
* упражнениями на мышцы тазового дна, приспособлениями, удерживающими мочу,
хирургически
изменением диеты, поведенческой терапией, медикаментозно

939.ОПТИМАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ДЛЯ СОЗДАНИЯ ПНЕВМОПЕРИТОНЕУМА ПРИ
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ПОЧКИ СОСТАВЛЯЕТ (В ММ РТ.СТ.)

* 12
25
40
30

940.УРОВЕНЬ ПСА ПОСЛЕ ПРОСТАТЭКТОМИИ КОНТРОЛИРУЮТ
КАЖДЫЕ/КАЖДЫЙ

* 3 месяца
полгода

месяц

год

941.НЕОБРАТИМАЯ ЭЛЕКТРОПОРАЦИЯ (НАНОНОЖ) РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРОВОДИТСЯ

* трансперинеально

трансректально

лапароскопически

трансуретрально

942.ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ХИМИОТЕРАПИИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИМЕНЯЕТСЯ

метотрексат

* доцетаксел

митоксантрон

кабазитаксел

943.К ВИДАМ БРАХИТЕРАПИИ ОТНОСЯТСЯ

промежностная и трансабдоминальная

* низко- и высокодозная

быстрая и длительная

пассивная и активная

944.ИСТИННАЯ ПРОТЕИНУРИЯ НЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

амилоидозе почек

гломерулонефрите

*мочекаменной болезни

нефрозе

945.НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ РЕНТГЕНОНЕГАТИВНЫХ КАМНЯХ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ДЕВОЧКИ 8 ЛЕТ СЧИТАЮТ

динамическую нефросцинтиграфию

* мультиспиральную компьютерную томографию

обзорную рентгенографию

экскреторную урографию

946.К ЭКСТРАРЕНАЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ, ВЫЗЫВАЮЩИМ КАМНЕОБРАЗОВАНИЕ В ПОЧКАХ, ОТНОСИТСЯ

миеломная болезнь

* остеопороз

сахарный диабет

геморрагическая лихорадка с почечным синдромом

947.ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ ОБУСЛОВЛЕН _____ ТИП ГИПЕРКАЛЬЦИУРИИ

реабсорбтивный

абсорбтивно-реабсорбтивный

абсорбтивный
* резорбтивный

948.ДЛЯ НЕФРОКАЛЬЦИНОЗА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

гематурии
бессимптомной бактериурии
* гипоцитратурии
пиурии

949.ПОЛЛАКИУРИЯ НЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

цистоцеле
камне нижней трети мочеточника
камне мочевого пузыря
* камне верхней трети мочеточника

950.ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АТТЕСТАЦИИ ПО ПРИСВОЕНИЮ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ КАТЕГОРИИ МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКАМ ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ СТАЖ РАБОТЫ

во вредных (опасных) условиях труда
непрерывный
* по специальности
медицинский

951.МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ ОБЯЗАНЫ

рассказывать представителям средств массовой информации о случаях поступления пациентов с криминальными травмами
предоставлять информацию в письменном виде по просьбе родственников о состоянии и диагнозе пациента
* соблюдать врачебную тайну
сообщать работодателю о заболевании сотрудника

952.ПРАВО ГРАЖДАН НА ОХРАНУ ЗДОРОВЬЯ И МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ЗАКРЕПЛЕНО В СТАТЬЕ _____ КОНСТИТУЦИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

* 41
65
7
39

953.ПРИ КОМБИНИРОВАННЫХ РАНЕНИЯХ ПОЧКИ ЛЕЧЕНИЕ НЕОБХОДИМО НАЧАТЬ С

нефростомии
нефрэктомии
люмботомии
* лапаротомии

954. ПРИ РАЗРЫВЕ ПОЧКИ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ЧАШЕЧНО-ЛОХАНОЧНОЙ СИСТЕМЫ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩУЮ ОПЕРАЦИЮ НЕОБХОДИМО ЗАКОНЧИТЬ

пиелостомией
кольцевым дренированием лоханки
интубацией мочеточника
* нефростомией

955. ПОСТРЕНАЛЬНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПОЧЕЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

острый гломерулонефрит
* мочекаменная болезнь
Сепсис
миокардит

956. КОНСЕРВАТИВНОЕ (ПУНКЦИОННОЕ) ЛЕЧЕНИЕ ВОДЯНКИ ОБОЛОЧЕК ЯИЧКА И СЕМЕННОГО КАНАТИКА ЛУЧШЕ ПРОВОДИТЬ В ВОЗРАСТЕ (В ГОДАХ)

* 0-1,5
3-7
1,5-3
7-14

957. К АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЯМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЕЗНИ ПЕЙРОНИ ОТНОСЯТ

постоянные боли при эрекции
* эректильную дисфункцию или кривизну, исключающие возможность полового акта
стадию стабилизации
выраженное искривление полового члена

958. ОШИБОЧНОЙ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКОЙ ПРИ ВТОРИЧНОМ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ СЕМЯИЗВЕРЖЕНИИ, ОБУСЛОВЛЕННОМ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ, ЯВЛЯЕТСЯ

применение противовоспалительной терапии
* имплантация геля гиалуроновой кислоты под кожу головки полового члена
ограничение алкоголя
назначение антибактериальной терапии

959. ОДНОЙ ИЗ ВОЗМОЖНЫХ ПРИЧИН ТЕРАТОСПЕРМИИ ЯВЛЯЕТСЯ ТРАВМА

* мошонки
паховой области
промежности
органов малого таза

960. ЭНДОМЕТРИОЗ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ (В ГОДАХ)

10-20
21-30
51-60
* 41-50

961.ИМПЕРАТИВНОЕ НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

- увеличения дорсального везико-уретрального угла
- гипотонии внутреннего сфинктера уретры
- * гиперактивности детрузора
- опущения матки

962.ДИВЕРТИКУЛ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЯВЛЕН НА

- антеградной пиелографии
- ретроградной уретеропиелографии
- * ультразвуковом исследовании
- статической нефросцинтиграфии

963.ДЕФЕКТ НАПОЛНЕНИЯ В МОЧЕВОМ ПУЗЫРЕ НА ЦИСТОГРАММЕ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕН _____ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

- рентгенопозитивным камнем
- *опухолью
- разрывом
- дивертикулом

964. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ЭНДОМЕТРИОЗА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- УЗИ мочевого пузыря
- *цистоскопия
- экскреторная урография
- ретроградная цистография

965.ПРИ ТРАВМЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ДЛЯ УШИВАНИЯ ДЕФЕКТА ПРИМЕНЯЕТСЯ

- механический шов
- трехрядный шов викрилом
- однорядный шов викрилом
- *двухрядный шов викрилом

966. ДЛЯ ПУНКЦИОННОЙ НЕФРОСТОМИИ ЧАЩЕ ИСПОЛЬЗУЮТ НЕФРОСТОМИЧЕСКИЕ ДРЕНАЖИ ДИАМЕТРОМ ДО _____ СМ

- 30
- 18
- * 16
- 20

967. БОЛЬНОМУ С ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКОЙ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО

- * купировать почечную колику
- назначить литолитическую терапию
- назначить литокинетическую терапию
- назначить антибактериальную терапию

968. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ОЦЕНКИ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ

- рентгеновское исследование

- *радиоизотопное исследование
- компьютерная томография
- магнитно-резонансная томография

969. УРОВЕНЬ КОНЦЕНТРАЦИИ ПСА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ДЛЯ

- диагностики простатита
- * диагностики рака предстательной железы
- выявления ДГПЖ
- оценки состояния пациента

970. БОЛЬ В ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ, ТОШНОТА, РВОТА И ТЕМПЕРАТУРА БОЛЕЕ 38°С МОГУТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О/ОБ

- гломерулонефрите
- раке почки
- *остром пиелонефрите
- неосложненной кисте почки

971.МИКРОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОЧИ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

- определение белка
- определение рН
- * обнаружение цилиндров
- определение глюкозы

972.НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ЛУЧЕВЫМ МЕТОДОМ ВЫЯВЛЕНИЯ НЕФРОПТОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- радиоизотопное исследование
- *экскреторная урография в вертикальном положении
- ультразвуковое исследование в горизонтальном положении
- магнитно-резонансная томография

973. ПАТОГЕННЫЕ ВАРИАНТЫ ГЕНА CFTR ВЫЗЫВАЮТ

- синдром CBAVDX
- анорхизм
- крипторхизм
- *синдром CBAVD

974. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИНАМИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- * ультразвук
- магнитно-резонансная томография
- радиоизотопное исследование
- компьютерная томография

975. В ВЕРТИКАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ ПАЦИЕНТА ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЛЕВАЯ ПОЧКА РАСПОЛОЖЕНА В ГРУДНОЙ ПОЛОСТИ, ЧТО СООТВЕТСТВУЕТ ____ ДИСТОПИИ

абдоминальной
тазовой
*торакальной
каудальной

976. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ УЗЛОВАЯ ГИПЕРПЛАЗИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ РЕДКО ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ В _____ ДОЛЕ

средней
левой
правой
*задней

977. ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА В СЛУЧАЕ НЕОДНОЗНАЧНОСТИ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ БИОПСИИ ПРОСТАТЫ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

повторную биопсию предстательной железы
*иммуногистохимическое исследование биоптатов
ТРУЗИ
гистосканирование

978. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ПОЧЕК И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА ЯВЛЯЕТСЯ

*кардиостимулятор
сердечная недостаточность
вес пациента более 100 кг
клаустрофобия

979. В ОСНОВЕ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ ЛЕЖИТ

хронический пиелонефрит
*острое нарушение оттока мочи из верхних мочевых путей
нарушение фильтрационной способности почки
нарушение выделительной функции почек

980. К ПРИЗНАКАМ ВНУТРИБРЮШНОГО РАЗРЫВА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ОТНОСЯТ

невозможность самостоятельного мочеиспускания
боль в поясничной области
почечную недостаточность
*резкие боли в животе, уменьшающиеся в положении сидя

981. ОСНОВНЫМ ЗВЕНОМ ПАТОГЕНЕЗА ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

инфекция мочевых путей
травма мочеточника мигрирующим камнем
повышение артериального давления
*нарушение пассажа мочи

982. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ПЛАСТИКИ УРЕТРЫ У ЖЕНЩИН ПРИ ГИПОСПАДИИ ЯВЛЯЕТСЯ

пластика свободным кожным лоскутом
*пластика местными тканями
пластика реваскуляризированным кожным лоскутом
кишечная пластика

983.ПРИ НЕДЕРЖАНИИ МОЧИ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ У МУЖЧИН, ПЕРЕНЕСШИХ РАДИКАЛЬНУЮ ПРОСТАТЭКТОМИЮ, ИСПОЛЬЗУЮТ

М-холиноблокаторы
*тренировки мышц тазового дна
искусственный сфинктер мочевого пузыря
уропрезерватив

984.НЕПОСРЕДСТВЕННО ПЕРЕД ВВЕДЕНИЕМ ЧАСТИЦ В ПРОСТАТИЧЕСКУЮ АРТЕРИЮ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЕ ВВЕДЕНИЕ

верапамила 2,5 мг
верапамила 5 мг
*нитроглицерина 250-500 мкг
гепарина 2500 ЕД

985.АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ НА ПОЧКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

пневматоз кишечника
индекс массы тела больше 50
наличие многочисленных операций на органах брюшной полости в анамнезе
*нескорректированная коагулопатия

986.МОЧЕТОЧНИК МОЖНО УШИВАТЬ

нейлоном
шёлком
*кетгутом
капроном

987.СНИЖЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ ФРУКТОЗЫ В СПЕРМЕ ВЕДЁТ К _____ СПЕРМАТОЗОИДОВ

увеличению незрелых (молодых) форм
*снижению подвижности
увеличению патологических форм
уменьшению количества

988.ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ОРХОЭПИДИДИМИТА ПОМИМО ПАЛЬПАТОРНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНИТЬ

нагрузочную пробу с лазиксом
магнитно-резонансную томографию органов малого таза
мультиспиральную компьютерную томографию органов малого таза
*ультразвуковое исследование органов мошонки

989.К ФОРМАМ ПРИОБРЕТЕННОЙ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ЭЯКУЛЯЦИИ ОТНОСЯТ

- * вторичную
- вириабельную
- субъективную
- первичную

990.МЕТОДОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ПОДТВЕРДИТЬ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ГОЛОВКИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА, ЯВЛЯЕТСЯ

- *биотезиометрия полового члена
- пенильная доплерография
- электромиография кавернозных тел
- фармакологический тест с простагландином E1

991. ЯИЧКОВЫЕ АРТЕРИИ ОБЫЧНО ОТХОДЯТ ОТ

- надпочечниковых артерий
- почечных артерий
- *брюшной аорты ниже почечных артерий
- брюшной аорты выше верхней брыжеечной артерии

992. АНАТОМИЧЕСКОЙ ОСНОВОЙ РАЗВИТИЯ ФИМОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- *узкое кольцо препуциального мешка
- эктопия мочевого пузыря
- гипоспадия
- эписпадия

993.ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ ПРОБА ВАЛЬСАЛЬВЫ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- гидроцеле
- перекрута яичка
- *варикоцеле
- Орхоэпидидимита

994. ДЛЯ ОСТРОГО ЭПИДИДИМИТА ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМ

- «булыжной мостовой»
- Лихтенберга
- «бычьих рогов»
- *Прена

995. РЕТЕНЦИОННАЯ КИСТА ПРИДАТКА ЯИЧКА, СОДЕРЖАЩАЯ БЕЛУЮ НЕПРОЗРАЧНУЮ ЖИДКОСТЬ СО СПЕРМАТОЗОИДАМИ, ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- варикоцеле
- *сперматоцеле
- гидроцеле
- фуникулоцеле

996.ПОД ЭПИДИДИМОЦЕЛЕ ПОНИМАЮТ

- кисту яичка
- скопление серозной жидкости в оболочках семенного канатика
- *кисту придатка яичка

скопление серозной жидкости между париетальным и висцеральным листками собственной влагалищной оболочки яичка

997. ОСМОТР ОРГАНОВ МОШОНКИ В ПРОХОДЯЩЕМ СВЕТЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ
доплерграфии
сперматографии
*диафаноскопии
сперматоскопии

998. СТОЙКАЯ НЕПРОХОДЯЩАЯ ЭРЕКЦИЯ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ВЕРОЯТНЕЕ ВСЕГО ПРИВЕДЕТ К
Сперматоцеле
парафимозу
*гангрене полового члена
баланопоститу

999. РЕАКТИВНОЕ ГИДРОЦЕЛЕ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ПРИ
фимозе
остром простатите
*остром орхоэпидидимите
хроническом простатите

1000. ПОД ПАРАФИМОЗОМ ПОНИМАЮТ
чрезмерно длинную крайнюю плоть полового члена
хроническое воспаление кожи головки полового члена
сужение крайней плоти, при котором невозможно обнажение головки полового члена
*ущемление головки полового члена суженной крайней плотью

4.3. Собеседование

4.3.1 Экзаменационные вопросы

1. Мышечно-неинвазивный рак мочевого пузыря (МНИРМП). Классификация TNM. Диагностика. Современные хирургические методы лечения. Техническое обеспечение (аппаратная база, инструменты, расходные материалы).
2. Локализованный рак предстательной железы. Классификация TNM. Индекс Gleason. Диагностика. Виды биопсии предстательной железы. Лечение.
3. МКБ. Классификация коралловидного нефролитиаза. Диагностика. Современные хирургические методы лечения. Перкутанные доступы хирургического лечения пациентов с МКБ. Техническое обеспечение (аппаратная база, инструменты, расходные материалы).
4. Мышечно-инвазивный рак мочевого пузыря (МИРМП). Классификация TNM. Диагностика. Шкала VI-RADS. Варианты лечения инвазивного рака мочевого пузыря.
5. МКБ. Диагностика. Ретроградная интратеренальная хирургия в лечении пациентов с МКБ. Билатеральная ретроградная интратеренальная хирургия в лечении пациентов с МКБ. Антеградная пиелоуретероскопия с литотрипсией. Техническое обеспечение (аппаратная база, инструменты, расходные материалы).

6. Первичный рак уретры. Классификация TNM. Диагностика. Лечение локализованного первичного рака уретры у мужчин.
7. Мышечно-неинвазивный рак мочевого пузыря (МНИРМП). Диагностика. Возможные варианты хирургического лечения. Методы деривации мочи. Техническое обеспечение (аппаратная база, инструменты, расходные материалы).
8. Рак верхних мочевых путей. Диагностика. Современные хирургические методы лечения. Техническое обеспечение (аппаратная база, инструменты, расходные материалы)
9. МКБ. Современные методы лечения. Эндоскопическая комбинированная внутривушечная хирургия (ECIRS - Endoscopic combined intrarenal surgery). Техническое обеспечение (аппаратная база, инструменты, расходные материалы).
10. Почечно-клеточный рак (ПКР). Классификация TNM. Морфологическая классификация. Сравнительный анализ оценки индексов нефрометрии. Современные хирургические методы лечения пациентов с ПКР. Техническое обеспечение (аппаратная база, инструменты, расходные материалы).
11. Мышечно-неинвазивный рак мочевого пузыря (МНИРМП). Карцинома in situ. Классификация. Тактика лечения.
12. МКБ. Диагностика. Современные оперативные методы лечения. Ретроградная интравушечная хирургия с применением многоразовых, одноразовых гибких уретероскопов. Что лучше для хирурга? Техническое обеспечение (аппаратная база, инструменты, расходные материалы). Метафилактика.
13. Почечно-клеточный рак. Диагностика. Лечение (резекция почки, нефрэктомия, преимущества и недостатки органосохраняющих и органорезецирующих методов хирургического лечения). Селективная и суперселективная баллонная окклюзия почечных сосудов. Техническое обеспечение (аппаратная база, инструменты, расходные материалы).
14. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (классификация, диагностика, современные хирургические методы лечения). Техническое обеспечение (аппаратная база, инструменты, расходные материалы).
15. Кисты почки. Классификация кист почки. Диагностика. Лечение. Техническое обеспечение (аппаратная база, инструменты, расходные материалы).
16. Рак яичка. Классификация TNM. Диагностика. Опухолевые маркеры. Ведение пациентов с раком яичка (ГОЯ).
17. Мочекаменная болезнь (МКБ). Распространенность, этиология, риск рецидива. Минералогический состав камней. Диагностика. Лечение мочекаменной болезни.
18. Местно-распространенный рак предстательной железы. Классификация TNM. Диагностика. Калькуляторы риска. Ведение пациентов с местно-распространенным раком предстательной железы.
19. Почечно-клеточный рак. Лечение почечно-клеточного рака с опухолевым тромбом.
20. МКБ. Диагностика. Перкутанная нефролитотрипсия, положение пациента на спине, на животе, нефростомия и стентирование, преимущества и недостатки. Осложнения ПНЛТ. Техническое обеспечение (аппаратная база, инструменты, расходные материалы).
21. Рак предстательной железы. Нейросберегающая технология в хирургическом лечении больных с локализованным раком предстательной железы. Техническое обеспечение (аппаратная база, инструменты, расходные материалы).
22. Опухоли верхних мочевыводящих путей. TNM-классификация. Диагностика. Органосохраняющие методы хирургического лечения больных с раком мочеточника.
23. Рак полового члена. Факторы риска и профилактика. Классификация TNM. Диагностика. Лечение поверхностного неинвазивного рака (карцинома in situ) полового члена.

24. Камни мочевого пузыря. Распространенность, этиология и факторы риска. Диагностика. Сравнение различных способов хирургического удаления камней мочевого пузыря у больных с инфравезикальной обструкцией. Симультанные вмешательства. Техническое обеспечение (аппаратная база, инструменты, расходные материалы).
25. Мышечно-инвазивный рак мочевого пузыря. Классификация TNM. Диагностика. Современные хирургические методы лечения. Техническое обеспечение (аппаратная база, инструменты, расходные материалы).
26. Хроническая болезнь почек. Классификация. Встречаемость у урологических больных. Ведение пациентов с ХБП в урологическом стационаре.
27. Почечно-клеточный рак. Диагностика. Лечение местно-распространенного почечно-клеточного рака. Лапароскопический и ретроперитонеоскопический доступы. Как обстоят дела?
28. Рак мочевого пузыря. Классификация. Диагностика. Методы цистоскопических исследований. Техническое обеспечение (аппаратная база, инструменты, расходные материалы).
29. Рак предстательной железы. Классификация TNM. Диагностика. Лечение (ранние и поздние осложнения радикальной простатэктомии, новые методы - HIFU, лечение пациентов с биохимическим рецидивом после радикального лечения, лечение метастатического рака предстательной железы).
30. МКБ. Диагностика. Современные методы эндоскопического лечения с применением многоразовых, одноразовых гибких уретероскопов. Техническое обеспечение (аппаратная база, инструменты, расходные материалы).
31. Инфекции мочевыводящих путей (ИМВП). Классификация. Диагностика. Лечение.
32. Травма почки (диагностика, лечение). Как быть? Что делать?
33. Мышечно-неинвазивный рак мочевого пузыря (МНИРМП). Классификация TNM. Диагностика. Современные методы хирургического лечения МНИРМП. Техническое обеспечение (аппаратная база, инструменты, расходные материалы).
34. Мочеполовые свищи (классификация, этиология, диагностика, лечение).
35. Доброкачественная гиперплазия (аденома) предстательной железы (диагностика, лечение, выбор метода хирургического лечения пациентов с ДГПЖ больших объемов).
36. Гидронефротическая трансформация (этиология, классификация, диагностика, лечение).
37. Травма мочевого пузыря (классификация, диагностика, лечение).
38. Рак предстательной железы. Хирургическое лечение больных с локализованным раком предстательной железы. Техническое обеспечение (аппаратная база, инструменты, расходные материалы).
39. Аномалии мочеполовых органов. МКБ у пациентов с подковообразной почкой диагностика, возможные варианты лечения хирургического лечения. Техническое обеспечение (аппаратная база, инструменты, расходные материалы).
40. Травма уретры (классификация, диагностика, лечение)
41. Гангрена Фурнье – роль в практике уролога (диагностика, лечение).
42. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (диагностика, классификация, современные энуклеативные методики в лечении пациентов с ДГПЖ). Техническое обеспечение (аппаратная база, инструменты, расходные материалы).
43. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (диагностика, классификация, современные консервативные методы в лечении пациентов с ДГПЖ, группы лекарственных препаратов, международные непатентованные и торговые наименования).

44. Лапароскопическая монопортовая хирургия в урологии. Концепция и противоречия техники.
45. Комплексное уродинамическое исследование. Показания и техника исследования. Техническое обеспечение (аппаратная база, инструменты, расходные материалы).
46. Нейрогенные симптомы нарушенного мочеиспускания у мужчин. Классификация. Диагностика. Лечение.
47. Биопсия предстательной железы. Кому? Как делать? Какие осложнения? Какие результаты?
48. Тромбопрофилактика при урологических операциях (в пред- и послеоперационном периоде)
49. Ятрогенная травма в урологии (классификация, диагностика, лечение, профилактика).
50. Мышечно-инвазивный рак мочевого пузыря. (МИРМП). Классификация TNM. Диагностика. Современные методы хирургического лечения. Техническое обеспечение (аппаратная база, инструменты, расходные материалы).
51. МКБ. Диагностика. Лечение. Ретроградная интратанальная хирургия в лечении пациентов. Режимы распыления и фрагментации. «Звездная пыль» - Stone dusting или «Пойдем в кино? - Попкорнинг». Техническое обеспечение (аппаратная база, инструменты, расходные материалы).
52. Острое повреждение почек (этиология, патогенез, лечение, виды диализов). Ведение пациентов с ОПП в условиях урологического стационара.
53. Недержание мочи. Современные хирургические методы лечения. Применение слингов. Имплантация искусственного сфинктера мочевого пузыря. Техника операции. Показания и противопоказания. Техническое обеспечение (аппаратная база, инструменты, расходные материалы).
54. МКБ. Диагностика. Лечение. Ретроградная интратанальная хирургия в лечении пациентов с МКБ. Билатеральная ретроградная интратанальная хирургия в лечении пациентов с МКБ. Антеградная пиелоретероскопия с литотрипсией. Техническое обеспечение (аппаратная база, инструменты, расходные материалы).
55. Стриктура уретры (классификация, диагностика, современные методы хирургического лечения).
56. Эректильная дисфункция. Классификация. Диагностика. Консервативные методы лечения.
57. Тромбопрофилактика при урологических операциях (в пред- и послеоперационном периоде)
58. Эректильная дисфункция. Классификация. Диагностика. Современные оперативные методы лечения. Техническое обеспечение (аппаратная база, инструменты, расходные материалы).
59. Стриктуры мочеточников. Классификация. Диагностика. Современные методы хирургического лечения. Техническое обеспечение (аппаратная база, инструменты, расходные материалы)
60. Осложнения хирургических методов лечения пациентов с ДГПЖ и локализованным раком предстательной железы. Диагностика. Пути коррекции.

4.3.2 Ситуационные задачи.

Задача №1.

Ситуация

Мужчина 43 лет обратился в поликлинику по месту жительства к урологу.

Жалобы

На наличие уплотнения в половом члене, искривление полового члена кверху при эрекции.

Анамнез заболевания

Боль в половом члене при эрекции стал отмечать около года назад, тогда же отметил появление уплотнения по дорсальной поверхности полового члена. К врачу не обращался, не лечился; тогда же стал отмечать прогрессирующее искривление полового члена кверху при эрекции. Боль прошла спустя 2-3 месяца после начала искривления. Последние 3 месяца угол искривления не прогрессирует (стабилизировался).

В связи с сохранением уплотнения, искривлением полового члена при эрекции обратился к врачу.

Анамнез жизни

- хронических заболеваний нет;
- не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- профессиональных вредностей не имеет;
- аллергические реакции на медицинские препараты отрицает;
- женат. 1 ребенок;
- работает, ведет активный образ жизни.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 85 кг, рост 178 см. Температура тела 36,8⁰С. Кожные покровы умеренно влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 78/мин, АД 135/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный.

Status localis: с-м поколачивания отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области и в области живота не выявлено, почки не пальпируются, мочеиспускание свободное, безболезненное, моча визуально не изменена. По дорсальной поверхности полового члена (ближе к корню полового члена) пальпируется плотный участок, безболезненный, кожа над ним смещается, очагов гиперемии нет; размером до 1.0 см.

При пальцевом ректальном исследовании: простата не увеличена, плотно-эластической консистенции, уплотнений не определяется. Поверхность простаты гладкая, слизистая прямой кишки свободно смещается над поверхностью простаты. Семенные пузырьки не пальпируются.

Клинический диагноз? План обследования? Лечение?

Задача №2.

Ситуация

Пациент 34 года обратился к урологу по месту жительства. Ранее урологами не наблюдался.

Жалобы

На дискомфорт в поясничной области слева, повышение АД до 150/80 мм рт.ст.

Анамнез заболевания

Из анамнеза известно, что при плановом обследовании по поводу артериальной гипертензии у пациента выявлено расширение ЧЛС слева. Консультирован в ГКБ по месту жительства, предложена нефрэктомия слева, от предложенного лечения пациент воздержался. С целью оценки функции почек и восстановления оттока мочи из левой почки выполнено дренирование верхних мочевых путей мочеточниковым стентом. Настоящее обращение для обследования и определения дальнейшей тактики лечения.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: ОРВИ, ангины. Гепатит В, гепатит С, ВИЧ, сифилис, инфаркты, инсульты, язвы желудка и 12 перстной кишки, сахарный диабет, туберкулез – отрицает. Операции: дренирование ВМП слева мочеточниковым стентом. Травмы: отрицает. Страдает ГБ, терапии не принимает. Вредных привычек нет. Аллергические реакции на лекарственные препараты: отрицает.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 190 см, вес 92 кг. Температура тела 36,9°C. Кожные покровы и слизистые физиологической окраски и влажности. Брюшной тип дыхания, ЧДД-17/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 66/мин, АД 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, не вздут.

Локальный статус:

Поясничная область визуально не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Пальпируемых образований в поясничной области не выявлено. Наружные половые органы развиты правильно, без особенностей, яички пальпируются в мошонке, обычных размеров и консистенции, безболезненные, патологических образований не выявлено. Наружное отверстие уретры расположено в типичном месте, патологических выделений не выявлено. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча визуально не изменена.

Per rectum: простата не увеличена в размерах, безболезненна, плотноэластической консистенции, определяется срединная бороздка.

Результаты инструментальных методов обследования

Ультразвуковое исследование органов забрюшинного пространства (почек), мочевого пузыря

Правая почка с четкими ровными контурами, размерами 12,5х6,5 см, паренхима толщиной до 1,9 мм. ЧЛС не расширена. Гиперэхогенные структуры не определяются. Подвижность почки сохранена.

Левая почка с четкими ровными контурами, размерами 12,5х6,5 см, паренхима толщиной до 1,3 мм. Лоханка расширена до 3 см, чашечки - до 2 см. В проекции лоханки определяется проксимальный завиток катетера-стента. Подвижность почки сохранена.

Мочевой пузырь с четкими ровными контурами, заполнен анэхогенным содержимым. В его просвете определяется инкрустированный дистальный завиток катетера стента. Простата (трансабдоминально) с четкими ровными контурами, однородной эхоструктуры, объем 25 смЗ.

Компьютерная томография (мультиспиральная) с контрастированием

Стриктура левого мочеточника сразу ниже пиело-уретерального сегмента, гидронефроз слева с нарушением перфузии и больше выделительной функции левой почки, аномальный ход левой почечной вены позади аорты с нисходящим направлением.

Нефросцинтиграфия

На серии динамических сцинтиграмм своевременно и одновременно получено изображение обеих почек, обычно расположенных. Правая почка эллипсоидной формы, с четкими контурами. Функция правой почки в пределах нормы. Левая почка увеличена в размерах, по сравнению с контралатеральной почкой, но по сравнению с исследованием от 13.04.15 года её размеры несколько уменьшились. Отмечается длительная визуализация РФП в проекции всех чашечек и лоханки левой почки. Гистограмма, полученная с изображения левой почки, представлена двухфазной кривой: первая фаза которой представлена быстровосходящей кривой, отображающей её достаточное кровоснабжение; вторая фаза – пологовосходящий сегмент, не переходящий в плато, что свидетельствует о существенном снижении функции её паренхимы. По сравнению с дооперационным исследованием значимых изменений функции почек не отмечено.

Клинический диагноз? Лечение?

Задача № 3.

Ситуация

Мужчина 42 лет обратился к урологу, в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

На периодически возникающую ноющую боль в поясничной области справа, с иррадиацией в правую паховую область, озноб и подъем температуры тела до 38 0С.

Анамнез заболевания

Мочекаменная болезнь с 39 лет, камни почек, два эпизода самостоятельного отхождения камней после приступа почечной колики слева. В течении последних 3 дней приступообразная боль в поясничной области справа, которая купируется спазмолитиками (баралгин). Однократно, после приступа почечной колики справа, наблюдался бурый цвет мочи без сгустков.

Анамнез жизни

Рос и развивался соответственно возрасту, отмечает перенесенные детские инфекции: корь и ветряную оспу. В возрасте 18 лет орхоэпидидимит справа, а в 32 года перенес острый простатит. Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 82 кг, рост 182 см. Температура тела 37,80С. Кожные покровы влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 20/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 96/мин, АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не пальпируются. Стул регулярный, оформленный.

Status localis: с-м Пастернацкого положительный справа, пальпируемых образований в поясничной области не выявлено. Мочеиспускание свободное, безболезненное, моча визуально не изменена, наружные половые органы без особенностей.

Per rectum: предстательная железа с четким контуром, не увеличена, неоднородная, безболезненная, междолевая бороздка выражена, парапростатическая клетчатка не инфильтрирована.

Результаты обследования

Ультразвуковое исследование почек и мочевых путейПочки: справа и слева с четким, ровным контуром, нормальных размеров и формы, паренхима однородной эхоструктуры, толщиной справа и слева до 12 мм. Справа отмечается дилатация ЧЛС: лоханка до 30 мм, чашечки до 5 мм. В верхней трети правого мочеточника определяется гиперэхогенное образование с четкой акустической дорожкой до 10 мм. Слева дилатации ЧЛС нет. Мочеточник не определяется. Подвижность почек сохранена. Мочевой пузырь при наполнении 250 мл с четким, ровным контуром.

Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ)Справа, в верхней трети мочеточника, конкремент округлой формы, размерами 11x10 мм, плотностью 925 ед. по Хаунсфилду (HU). Определяется умеренное расширение чашечно-лоханочной системы: лоханка до 30 мм, чашечки до 4-5 мм. В других отделах мочевых путей конкрементов не обнаружено.

Клинический диагноз? Лечение?

Задача № 4.

Ситуация

Мужчина 60 лет обратился в поликлинику по месту жительства для прохождения диспансеризации. В рамках 1 этапа диспансеризации выявлено повышение ПСА общ. до 9 нг/мл. Направлен на консультацию к урологу.

Жалобы

На ослабленное вялой струей мочеиспускание, повышение уровня ПСА общ. до 9 нг/мл.

Анамнез заболевания

Последние несколько месяцев отмечает незначительное ухудшение качества мочеиспускания. Ранее у уролога не наблюдался, анализ на ПСА не сдавал.

Анамнез жизни

Рос и развивался соответственно возрасту, от сверстников не отставал. Детские инфекции, ОРВИ, туберкулез, гепатит, СПИД, венерические заболевания отрицает. Операции: в возрасте 20 лет аппендэктомия.

Аллергия: отрицает. Социально-бытовые условия удовлетворительные.

Травмы: перелом правой лучезапястной кости в 35 лет.

Хронические заболевания: гипертоническая болезнь I ст., артериальная гипертензия 2 ст., хронический гастродуоденит. Наследственность неотягощена.

Образование: высшее юридическое. Профессиональные вредности отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 80 кг, рост 179 см. Температура тела 36,70С. Кожные покровы умеренно влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 15/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 77/мин, АД 130/85 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный.

Status localis: с-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области и в области живота не выявлено, почки не пальпируются, мочеиспускание умеренно затрудненное, безболезненное, моча визуально не изменена, наружные половые органы без особенностей, яички пальпируются в мошонке, обычных размеров и консистенции, безболезненные, патологических образований не выявлено.

При пальцевом ректальном исследовании: простата увеличена в размерах, плотно-эластической консистенции, патологических очагов не определяется. Поверхность простаты гладкая, слизистая прямой кишки свободно смещается над поверхностью простаты. Семенные пузырьки не пальпируются.

Результаты инструментального метода обследования

Трузи

Заключение: простата увеличена, с четким, ровным контуром, паренхима однородна. Патологических очагов не определяется. Объем предстательной железы – 59 см. куб. Простата вдаётся в мочевого пузырь на 1.5 см.

Результаты обследования

Трансректальная мультифокальная биопсия предстательной железы под контролем трансректального УЗИ

По данным заключения морфологического исследования биоптатов, выявлена мелкоацинарная аденокарцинома предстательной железы 4+3=7 баллов по Глисон (из 12 взятых участков в 4 из левой доли), на фоне смешанной гиперплазии с фокусами low- и high ПИН и слабо выраженных явлений простатита.

Данных за перинеуральную инвазию не получено.

Клинический диагноз? Лечение?

Задача № 5.

Ситуация

Мужчина 43 лет обратился к врачу, в поликлинику по месту жительства в плановом порядке.

Жалобы

На периодически возникающую тупую боль в поясничной области слева и в левом подреберье.

Анамнез заболевания

Болеет мочекаменной болезнью более 10 лет. Неоднократно отмечались эпизоды отхождения камней слева, неоднократно проводилось хирургическое лечение в объеме КУЛТ слева. Периодически отмечается отхождение конкрементов темного цвета.

Анамнез жизни

Рос и развивался соответственно возрасту, отмечает банальные перенесенные детские инфекции: корь, скарлатину, ветряную оспу. Женат. Дед пациента страдал мочекаменной болезнью. Длительное время наблюдается ревматологом по поводу подагры. Лечение проводит не регулярно. Вредных привычек нет. Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 110 кг, рост 175 см. Температура тела 36,8⁰С. Кожные покровы влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 20/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 98/мин, АД 140/80 мм рт.ст. Живот мягкий, умеренно болезненный в левом подреберье. Печень, селезенка не пальпируются. Стул регулярный, оформленный.

Status localis: с-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области не выявлено, мочеиспускание свободное, безболезненное, моча визуально не изменена, наружные половые органы без особенностей.

Результаты инструментальных методов обследования

Спиральная компьютерная томография с контрастированием

Слева, в проекции чашечно-лоханочной системы определяется коралловидный конкремент, занимающий практически всю чашечно-лоханочную систему, плотностью 400-650 ед по НУ. Определяется умеренное расширение верхней группы чашечек. В других отделах мочевых путей конкрементов не обнаружено. Пассаж контрастного вещества по мочевым путям не нарушен с обеих сторон.

Ультразвуковое исследование почек, мочевых путей и мочевого пузыря

Почки нормальных размеров, контуры ровные. Справа чашечно-лоханочная система расширена, патологических изменений не выявлено. Толщина паренхимы 20мм. Слева в проекции чашечно-лоханочной системы определяется коралловидный конкремент, занимающий всю чашечно-лоханочную систему за исключением верхней чашечки. Верхняя чашечка расширена до 20мм. Мочеточники с обеих сторон не визуализируются.

Клинический диагноз? Лечение?

Задача № 6.

Ситуация

Мужчина 78 лет регулярно не обследуется, эпизодически проходит диспансеризацию. 3 года назад уровень ПСА бы в норме. Настоящее обращение к урологу поликлиники по поводу повышения уровня ПСА.

Жалобы

На ноктурию до 2 раз, мочеиспускание вялой струей.

Анамнез заболевания

3 года назад уровень ПСА общ. составил 3,7 нг/мл, в настоящее время – 8 нг/мл.

Анамнез жизни

Рос и развивался наравне со сверстниками, отмечает обычные детские инфекции, ОРВИ.

Вредные привычки, профессиональные вредности отрицает.

Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает.

Женат. Имеет 1 ребёнка. Пенсионер. Соматический статус отягощён: 6 лет назад у пациента инфаркт миокарда. В настоящее время по поводу гипертонической болезни, мерцательной аритмии, сахарного диабета и гиперплазии простаты регулярно принимает Эналаприл, Бисопролол, Варфарин, Глюкофарж, Омник.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Вес 85 кг, рост 172 см. Температура тела 36,6⁰С. Кожные покровы умеренно влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 80/мин., пульс аритмичный. АД 140/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный.

Status localis: с-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области и в области живота не выявлено. Почки не пальпируются, мочеиспускание свободное, безболезненное, моча визуально на момент осмотра не изменена. Наружные половые органы без особенностей, яички пальпируются в мошонке, обычных

размеров и консистенции, безболезненные, патологических образований не выявлено.

При пальцевом ректальном исследовании: простата несколько увеличена, плотно-эластической консистенции, безболезненная. Поверхность простаты гладкая, слизистая прямой кишки свободно смещается над поверхностью простаты. Семенные пузырьки не пальпируются. Патологических изменений не выявлено.

Результаты инструментального метода обследования

Трансректальное ультразвуковое исследование простаты (ТРУЗИ)

Предстательная железа объёмом 70 см³, с чётким ровным контуром, неоднородной структуры. Семенные пузырьки однородны, не расширены. При ЦДК кровоток распределён равномерно.

Результаты обследования

Трансректальная биопсия простаты под контролем ТРУЗИ из 12 точек

При гистологическом исследовании биоптатов в 4 препаратах из правой доли определяется аденокарцинома, по Глиссону 3+3=6 баллов (поражено 10-60% ткани)

Результаты дополнительного обследования

МРТ малого таза с контрастированием

Простата с чётким ровным контуром, объёмом 70 см³. Подозрительные на онкологический процесс участки не определяются. Визуализируются участки кровоизлияний – постбиопсийные изменения. Тазовые лимфоузлы интактны.

Через 2 года

Через 2 года наблюдения отмечено повышение уровня ПСА до 11 нг/мл. Клинических проявлений заболевания не отмечено, результаты ПРИ и контрольной биопсии – без изменений.

Ещё через 1 год

Ещё через 1 год наблюдения выполнена контрольная биопсия простаты, диагностировано повышение степени злокачественности до 4+3=7 баллов по Глиссону. Риск хирургического вмешательства под общей анестезией крайне высок. При урофлоуметрии Qmax 5 мл/с, объём простаты 90 см³.

Клинический диагноз? Лечение?

Задача № 7.

Ситуация

Мужчина 63 лет регулярно обследуется и самостоятельно контролирует уровень ПСА. Настоящее обращение к урологу поликлиники по поводу повышения уровня ПСА. Для пациента важна эректильная функция, балл по опроснику МИЭФ-5 составляет 23.

Жалобы

На ноктурию до 2 раз.

Анамнез заболевания

Год назад уровень ПСА общ составил 2,7 нг/мл, в настоящее время – 7 нг/мл.

Анамнез жизни

- Рос и развивался наравне со сверстниками, отмечает обычные детские инфекции, ОРВИ;
- Вредные привычки, профессиональные вредности отрицает;
- Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает;
- Женат. Имеет 1 ребёнка. Пенсионер. По поводу гипертонической болезни регулярно принимает Эналаприл 1 раз в день.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 85 кг, рост 178 см. Температура тела 36,6⁰С. Кожные покровы умеренно влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 68/мин, АД 140/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех

отделах. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный.

Status localis: с-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области и в области живота не выявлено. Почки не пальпируются, мочеиспускание свободное, безболезненное, моча визуальна на момент осмотра не изменена. Наружные половые органы без особенностей, яички пальпируются в мошонке, обычных размеров и консистенции, безболезненные, патологических образований не выявлено.

При пальцевом ректальном исследовании: простата несколько увеличена, плотно-эластической консистенции, безболезненная. Поверхность простаты гладкая, слизистая прямой кишки свободно смещается над поверхностью простаты. Семенные пузырьки не пальпируются. Патологических изменений не выявлено.

Результаты инструментального метода обследования

Трансректальное ультразвуковое исследование простаты (ТРУЗИ)

Предстательная железа объемом 60 см³, с четким ровным контуром, неоднородной структуры. Семенные пузырьки однородны, не расширены. При ЦДК кровоток распределен равномерно.

Результаты обследования

Трансректальная биопсия простаты под контролем ТРУЗИ из 12 точек

При гистологическом исследовании биоптатов в 4 препаратах из правой доли определяется аденокарцинома, по Глиссону 3+3=6 баллов (поражено 10-60% ткани)

Пациенту выполнена нервосберегающая РПЭ

Гистологическое заключение: в левой доле предстательной железы определяется аденокарцинома, по Глиссону 3+3=6 баллов. Капсула интактна. Хирургический край отрицательный.

Спустя 6 лет

Спустя 6 лет отмечено нарастание ПСА до 0,6 нг/мл. При контрольном обследовании (ТРУЗИ, МРТ) у пациента признаки рецидива в области операции (в зоне везикулоуретрального анастомоза)

Клинический диагноз? Лечение?

Задача №8.

Ситуация

Пациентка 55 лет, самостоятельно пришла на прием к врачу-урологу.

Жалобы

На тянущую боль в поясничной области справа.

Анамнез заболевания

- Росла и развивалась соответственно возрасту.
- Наследственный анамнез: не отягощен.
- Материально-бытовые условия: нормальные.
- Профессиональные вредности: отрицает.
- Вредные привычки: отрицает.
- Перенесенные заболевания и операции: отрицает.
- Семейное положение: замужем, имеет детей.
- Аллергоанамнез: не отягощен.
- Гинекологический анамнез: беременности-2, роды-2, менопауза с 50 лет.

Анамнез жизни

Ранее к врачу-урологу не обращалась. Вышеуказанные жалобы беспокоят в течение последних двух недель. Самостоятельно принимала спазмоанальгетическую терапию с эффектом,

обследование не проходила.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 36,7°C. Рост 156 см, вес 62 кг. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычной окраски и влажности. Язык влажный, обложен незначительно белым налетом. Грудная клетка правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания. В легких при аускультации дыхание везикулярное во всех отделах, хрипов и крепитаций нет. ЧДД 16 в минуту. Ритм сердца правильный, тоны сердца ясные, ритмичные. АД 135/85 мм рт.ст., PS – 72 уд/мин. Живот правильной формы, не вздут, симметричный, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Перитонеальные симптомы отрицательные. Кишечные шумы выслушиваются. Стул регулярный. Пальпация поясничной области безболезненная, симптом поколачивания отрицательный слева, слабopоложительный справа. Мочеиспускание безболезненное, свободное. Моча визуальнo не изменена. Диурез адекватный.

Результаты обследования

Ультразвуковое исследование почек и мочевыводящих путей

Заключение:

Левая почка с четким, ровным контуром, размером 11,5×5,5 см. Паренхима однородная, толщиной до 20 мм. Дилатации ЧЛС не выявлено. Подвижность почки в пределах нормы.

Правая почка с четким, ровным контуром, размером 11,5×5,5 см. Паренхима однородная, толщиной до 20 мм. Дилатации ЧЛС не выявлено. В проекции верхней трети мочеточника лоцируется гиперэхогенная структура с акустической тенью размерами до 1,5 см. Подвижность почки в пределах нормы.

Мультиспиральная компьютерная томография

Заключение:

Почки расположены обычно.

Размеры правой почки 50×54×106 мм. Контурь чёткие. Паранефральная клетчатка не изменена. Слой паренхимы достаточный. Очаговых изменений почечной паренхимы не выявлено. Собирательная система почки не расширена. В верхней трети правого мочеточника - конкремент размером 15×12 мм плотностью 1250 HU.

Размеры левой почки 45×55×110 мм. Контурь чёткие. Паранефральная клетчатка не изменена. Слой паренхимы достаточный. Очаговых изменений почечной паренхимы не выявлено. Собирательная система почки не расширена.

Клинический диагноз? Лечение?

Задача №9.

Ситуация

Пациентка 23 лет обратилась к урологу по месту жительства. В детстве наблюдалась по поводу гидронефроза слева

Жалобы

на периодически возникающую тянущую, ноющую боль в левой поясничной области

Анамнез заболевания

Пациентка страдает гидронефрозом слева с 3х лет, наблюдалась по этому поводу в детской областной больнице. В возрасте 13 лет в ЦРБ по месту жительства выполнена резекция

лоханки и в/3 левого мочеточника, антевазальная уретеропиелостомия слева, нефростомия слева. Через 6 месяцев выявлен стеноз пиелоуретерального анастомоза слева. В возрасте 14 лет в ЦРБ по месту жительства пациентке выполнена ревизия забрюшинного пространства, неопиелоуретеростомия слева с интубацией мочеточника и нефростомией. В дальнейшем урологами не наблюдалась. 2 года назад начала отмечать тянущую ноющую боль в левой поясничной области, обратилась в поликлинику по месту жительства, выявлено расширение ЧЛС слева, дальнейшего обследования не проводилась. В течение последнего года отмечает прогрессирующее усиление боли в левой поясничной области, в связи с чем обратилась к урологу по месту жительства.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: ОРВИ, ангины. Гепатит В, гепатит С, ВИЧ, сифилис, инфаркты, инсульты, язвы желудка и 12 перстной кишки, сахарный диабет, туберкулез – отрицает.

Операции: резекция лоханки и в/3 левого мочеточника, антевазальная уретеропиелостомия слева, нефростомия слева; ревизия забрюшинного пространства, неопиелоуретеростомия слева с интубацией мочеточника и нефростомией, аппендэктомия в возрасте 3-х лет. Травмы – отрицает.

В соматическом статусе без особенностей.

Акушерско-гинекологический анамнез: беременности - 1, роды – 0, аборты – 1. Менструации с 12 лет, не регулярные по 4 дня через 25, умеренные, болезненные. Вредных привычек нет.

Аллергические реакции на лекарственные препараты: отрицает

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 167 см, вес 55 кг. Температура тела 36,7°C. Кожные покровы и слизистые физиологической окраски и влажности. Грудной тип дыхания, ЧСС- 16/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 61/мин, АД 115/70. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, не вздут.

Локальный статус:

Поясничная область визуально не изменена. Отмечаются рубцы после хирургических вмешательств на левой почке. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Пальпируемых образований в поясничной области не выявлено. Наружные половые органы развиты правильно, без особенностей. Наружное отверстие уретры расположено в типичном месте. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча визуально не изменена.

Per vaginam: влагалище не рожавшей. На высоту указательного пальца без изменений. Выделений не выявлено.

Результаты инструментальных методов обследования

Ультразвуковое исследование органов забрюшинного пространства (почек), мочевого пузыря

Правая почка с четкими ровными контурами, размерами 11,9 x 5,61 см, паренхима толщиной до 2,58 см. ЧЛС не расширена. Гиперэхогенные структуры не определяются. Подвижность почки в пределах нормы.

Левая почка с четкими ровными контурами, размерами 10,54 x 6,5 см, паренхима толщиной до 1 см. ЧЛС расширена: чашечки до 2,2 см, лоханка до 1,88 см. В проекции средней чашечки определяется гиперэхогенная структура с четкой акустической дорожкой размером 0,93 см. В проекции нижней чашечки определяется гиперэхогенная структура с четкой акустической дорожкой размером до 0,69 см. Подвижность почки сохранена.

Мочевой пузырь с четкими ровными контурами, заполнен анэхогенным содержимым.

Компьютерная томография (мультиспиральная) с контрастированием

Почки обычно расположены, нормальных размеров и формы, с четкими контурами. Почечные артерии отходят от аорты в типичном месте, заполняются контрастным препаратом без признаков стенозирования. на 26 мм ниже основной левой почечной артерии от аорты отходит добавочная артерия к нижнему сегменту левой почки. Артерия проходит по передней поверхности лоханки. Паренхима почек однородна, обычной плотности. Паренхима левой почки неравномерно истончена до 3-7 мм. Чашечно-лоханочная система справа не расширена. Чашечно-лоханочная система слева умеренно расширена: чашечки до 21 мм, лоханка 37x20 мм. В нижних чашечках левой почки определяются конкременты размером 6 мм и 5 мм,

плотностью 1123 ед.Н. Накопление и выведение контрастного препарата паренхимой правой почки своевременной, левой замедлено в отсроченную фазу контрастирования ЧЛС почек и мочеточники заполнены контрастным препаратом. Правый мочеточник нормального диаметра на всем протяжении. Левый мочеточник сужен на уровне ЛМС, просвет его на этом уровне менее 1 мм на протяжении 5 мм (состояние после пластики). Мочевой пузырь расправлен, содержимое его однородное.

Результаты дополнительных методов обследования

Нефросцинтиграфия

Снижение накопительно-выделительной функции левой почки. Накопительно-выделительная функция правой почки сохранена, умеренные нарушения уродинамики ЧЛС.

Ретроградная уретеропиелография

На уровне межпозвонковой щели L2-L3 определяется сужение пиелоуретерального анастомоза до 1 мм, при введении контрастного препарата определяется симптом «фонтанчика». Получено контрастирование мочеточника, лоханки, чашечек. ЧЛС располагается на уровне L1-L3. Чашечки размером до 1,5 см, лоханка размером 4x2 см.

Клинический диагноз? Лечение?

Задача № 10.

Ситуация:

Мужчина 62 лет обратился к урологу в связи с тем, что в течение последних двух недель отмечает несколько затруднённое и учащённое мочеиспускание.

Жалобы:

Жалобы на безболезненное, учащённое (малыми порциями) мочеиспускание, а также чувство неполного опорожнения мочевого пузыря.

Анамнез заболевания:

К урологу ранее не обращался. Считает себя больным в течение двух недель, когда появились вышеуказанные жалобы.

Анамнез жизни:

Ребёнок от первой беременности, родился в срок (40 недель). Роды проходили без осложнений. Масса при рождении 3340 г. Рос и развивался на уровне со сверстниками, отмечает обычные детские инфекции, ОРВИ. Другие детские заболевания указать не может. Утверждает, что у деда по линии отца было обнаружено злокачественное новообразование предстательной железы.

Вредные привычки: курит по 5 сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет, профессиональные вредности отрицает. Ведёт активный образ жизни.

Объективный статус:

Состояние удовлетворительное. Вес 80 кг, рост 185 см. Температура тела 36,80С. Кожные покровы умеренно влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 16/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 74/мин, АД 125/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный.

Status localis: симптом поколачивания в поясничной области отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области и в области живота не выявлено, почки не пальпируются, мочевой пузырь перкуторно не определяется и не пальпируется. Мочеиспускание безболезненное, учащено, затруднено. Моча визуально не изменена, наружные половые органы без особенностей, наружное отверстие уретры в типичном месте, не сужено, яички пальпируются в мошонке, обычных размеров и консистенции, безболезненные, патологических образований не выявлено. При пальцевом ректальном исследовании: простата незначительно увеличена в размерах, преимущественно из-за правой доли, плотно-эластической консистенции, срединная бороздка сглажена. Поверхность простаты гладкая, слизистая прямой кишки свободно смещается над поверхностью простаты, однако при пальпации отмечается уплотнение периферической зоны, ближе к основанию правой доли простаты, размерами до 6-8 мм. Семенные пузырьки не пальпируются.

Результаты лабораторного метода исследования:

Анализ крови на ПСА общий и свободный
ПСА общий сыворотки крови составил 5,25 нг/мл
ПСА свободный 0,3 нг/мл

Результаты обследования:

Трансабдоминальное ультразвуковое исследование предстательной железы и мочевого пузыря с определением объема остаточной мочи; трансректальное ультразвуковое исследование предстательной железы (ТРУЗИ)

При УЗИ простаты с четким, ровным контуром, однородной эхоструктуры, объемом 50 куб.см., не вдается в просвет мочевого пузыря. В периферической зоне правой доли предстательной железы отмечается наличие гипоэхогенного участка размером 0,7х 0,8 см. Остаточной мочи – 55 мл.

Диагноз: Гиперплазия предстательной железы II ст.

Результаты обследования Трансректальная биопсия простаты

При морфологическом исследовании ткани простаты выявлена ацинарная аденокарцинома, в 2-х биоптатах из 12 Глисон 3+4=7.

Клинический диагноз? Лечение?

Задача №11.

Ситуация

Женщина 42 лет обратилась к врачу, в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

На периодически возникающую боль в поясничной области справа, с иррадиацией в правую паховую область, подъем температуры тела до 38⁰С, однократный озноб.

Анамнез заболевания

Урологический статус неотягощен. Впервые, в течении последних 2-х месяцев, появилась периодическая, тупая боль в поясничной области справа, которая возникала после физической нагрузки. Однократно, 10 дней назад, после приступа почечной колики справа, наблюдался бурый цвет мочи без сгустков.

Анамнез жизни

Росла и развивалась соответственно возрасту, отмечает перенесенные детские инфекции: корь, ветряную оспу. Беременностей 2, родов 1.

Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает. Гинекологический анамнез неотягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 76 кг, рост 176 см. Температура тела 37,8⁰С. Кожные покровы влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 22/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 88/мин, АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не пальпируются. Стул регулярный, оформленный.

Status localis: с-м Пастернацкого положительный справа, пальпируемых образований в поясничной области не выявлено, мочеиспускание свободное, безболезненное, моча бурого цвета без сгустков, наружные половые органы без особенностей.

Результаты обследования

Ультразвуковое исследование почек и мочевых путей

Почки: справа и слева с четким, ровным контуром, нормальных размеров и формы, паренхима однородной эхоструктуры, толщиной справа – до 12 мм, слева до 12 мм. Справа отмечается дилатация ЧЛС: лоханка до 30 мм, чашечки до 5 мм., мочеточник в верхней трети расширен до 15 мм. Слева дилатации ЧЛС нет. Мочеточник не определяется. Подвижность почек сохранена. Мочевой пузырь при наполнении 250 мл с четким, ровным контуром.

Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ)

Справа, в проекции нижней трети мочеточника конкремент овальной формы, однородной структуры, размерами 10х12 мм, плотностью 1630 ед. по Хаунсфилду (НУ). Определяется расширение чашечно-лоханочной системы: лоханка до 30 мм, чашечки до 5 мм. В других отделах мочевых путей конкрементов не обнаружено

Клинический диагноз? Лечение?

Задача №12.

Ситуация

Пациент 38 лет обратился к урологу по месту жительства. Ранее урологами не наблюдался.

Жалобы

На периодически возникающую тянущую, ноющую боль в поясничной области справа.

Анамнез заболевания

В течение последних 2 лет пациент отмечает периодически возникающую тянущую, ноющую боль в поясничной области справа. До этого к врачам не обращался.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: ОРВИ, ангины. Гепатит В, гепатит С, ВИЧ, сифилис, инфаркты, инсульты, язвы желудка и 12-перстной кишки, сахарный диабет, туберкулез – отрицает. Травмы – отрицает. Операции: геморроидэктомия в 2010г., флебэктомия БПВ справа в 2014г. Наследственный анамнез – не отягощен. Аллергические реакции на лекарственные препараты: флемоксиклав (сыпь). Вредные привычки: отрицает

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 172 см, вес 80 кг. Температура тела 36,2°C. Кожные покровы и слизистые физиологической окраски и влажности. Брюшной тип дыхания, ЧДД - 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 69 уд/мин, АД 130/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, не вздут.

Локальный статус:

Поясничная область визуально не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Пальпируемых образований в поясничной области не выявлено. Наружные половые органы развиты правильно, без особенностей, яички пальпируются в мошонке, обычных размеров и консистенции, безболезненные, патологических образований не выявлено. Наружное отверстие уретры расположено в типичном месте, патологических выделений не выявлено. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча визуально не изменена.

Per rectum: простата не увеличена в размерах, безболезненна, плотно-эластической консистенции, определяется срединная бороздка.

Результаты инструментальных методов обследования

Ультразвуковое исследование органов забрюшинного пространства (почек), мочевого пузыря

Правая почка с нечеткими контурами, паренхима четко не визуализируется. ЧЛС расширена: лоханка и чашечки представляют собой единую полость размером 65х 58 мм. Гиперэхогенные структуры и патологические образования не определяются. Подвижность почки сохранена.

Левая почка размерами 10.0 х 5.0 см, с четкими ровными контурами, паренхима однородная толщиной до 2.0 см. Дилатации чашечно-лоханочной системы не выявлено. Гиперэхогенные структуры и патологические образования не определяются. Подвижность почки в пределах нормы.

Мочевой пузырь с четкими ровными контурами с анэхогенным содержимым, патологических изменений не выявлено. Остаточной мочи нет.

Простата преимущественно однородной эхоструктуры, объемом 27 см³, парауретрально лоцируются немногочисленные гиперэхогенные включения без акустической дорожки.

Компьютерная томография (мультиспиральная) с контрастированием

Правая почка расположена обычно, деформирована, отмечается резкое истончение паренхимы почки до 2 мм, чашечно-лоханочная система значительно расширена. При динамическом контрастировании в отсроченные фазы отмечается нарушение выделительной функции правой почки (отсутствует контрастное вещество в ЧЛС и правом мочеточнике на всем протяжении).

Результаты обследования

Нефросцинтиграфия

Сцинтиграфическая картина нефункционирующей правой почки. Накопительно-выделительная функция левой почки сохранена, нарушения уродинамики не выявлены.

Клинический диагноз? Лечение?

Задача №13.

Женщина 42 лет обратилась в поликлинику по месту жительства. Пришла на прием к урологу.

Жалобы

Пациентка отмечает жалобы на повышение температуры тела до 38,5°C с потрясающим ознобом, тянущую боль в поясничной области справа.

Анамнез заболевания

Ранее урологом по месту жительства не наблюдалась. Настоящее ухудшение самочувствия началось неделю назад, когда после переохлаждения стала отмечать жалобы на учащенное, малыми порциями мочеиспускание, к урологу не обращалась. Спустя четыре дня появилась боль в поясничной области справа, пациентка отметила подъем температуры тела до 38,5°C с потрясающим ознобом. Самостоятельно дома принимала жаропонижающие препараты с временным эффектом.

Анамнез жизни

Росла и развивалась наравне со сверстниками, отмечает обычные детские инфекции, ОРВИ.

Травмы, операции отрицает.

Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает.

Акушерско-гинекологический анамнез: менструации с 13 лет, цикл установился сразу, по 4-5 дня, через 28 дней, обильные. Беременностей -2, роды – 2.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 56 кг, рост 154 см. Температура тела 38,5°C. Кожные покровы умеренно влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 76/мин, АД 125/80 мм рт.ст. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный.

Status localis: с-м Пастернацкого положительный справа, слева отрицательный, пальпируемых образований в поясничной области и в области живота не выявлено, почки не пальпируются, мочеиспускание учащенное, безболезненное, моча соломенно-желтого цвета, наружные половые органы развиты правильно, слизистая вокруг наружного отверстия уретры не гиперемирована.

При пальцевом вагинальном исследовании: наружные половые органы развиты правильно, наружное отверстие уретры в типичном месте. Влагалище ёмкое, складчатость сохранена. Шейка матки при пальпации безболезненная, подвижная. Придатки не пальпируются, выделения не обильные, светлые.

При пальцевом ректальном исследовании: перианальная область не изменена. Сфинктер тоничен. Ампула прямой кишки пустая. На высоту указательного пальца патологических образований не выявлено.

Результаты инструментального метода обследования

Ультразвуковое исследование и доплерография почек

При УЗИ: правая почка с четкими, ровными контурами, размером 13,5 x 6,0 см. Паренхима однородная, толщиной 1,6 см. Патологических образований нет. Чашечно-лоханочная система не расширена. Гиперэхогенных образований нет. Подвижность почки ограничена. При ЦДК: кровоток почки не усилен, равномерный.

Левая почка с четкими, ровными контурами, размерами 11,0 x 5,0 см. Паренхима однородная, толщиной 1,7 см. Чашечно-лоханочная система не расширена. Гиперэхогенных образований нет. Подвижность почки в пределах нормы.

Мочевой пузырь, с четкими, ровными контурами, Содержимое однородное, анэхогенное. Патологических образований нет.

Экскреторная урография

На обзорном снимке органов мочевой системы костно-деструктивных изменений нет. Поясничные мышцы визуализируются в виде усеченного конуса. Контуров почек не определяются из-за аэроколии. Теней, подозрительных на конкременты нет.

На 7-ой минуте после введение контрастного в-ва: выделение его обеими почками своевременное. Справа: на уровне межпозвоночного соединения Л2-Л3 определяется нерасширенная лоханка 1,5 x 2,0 см. Определяются все группы нерасширенных чашечек, своды их выражены, структурны. Правый мочеточник определяется до нижнего края Л5, шириной до 0,4 см. Слева также определяется нерасширенная лоханка 2,0 x 1,2 см. на уровне поперечного отростка Л2. Определяются все группы нерасширенных чашечек. Своды чашечек выражены. Левый мочеточник определяется на всем протяжении до мочевого пузыря, шириной до 0,5 см.

На 15-ой минуте (на вдохе и выдохе): справа подвижность почки снижена, составляет около 1.0 см, слева подвижность почки в пределах нормы. Оба мочеточника прослеживаются на всем протяжении до мочевого пузыря.

Результаты обследования

Компьютерная томография верхних мочевых путей с контрастированием

При КТ: правая почка с четкими, ровными контурами, размером 13,5 x 6,0 см. Паренхима однородная, толщиной от 1.5 до 1,8 см. В паренхиме почки отмечаются участки пониженного накопления контрастного вещества. Накопление и выделение контрастного вещества паренхимой почки своевременное. Чашечно-лоханочная система не расширена. Паранефральная клетчатка уплотнена. Мочеточник не расширен, прослеживается на всем протяжении до мочевого пузыря. В просвете верхних мочевых путей дополнительных образований не выявлено.

Левая почка с четкими, ровными контурами, размерами 11,0 x 5,0 см. Паренхима однородная, толщиной от 1.6 до 1,8 см. В паренхиме почки участков пониженной эхоплотности не выявлено. Накопление и выделение контрастного вещества паренхимой почки своевременное. Чашечно-лоханочная система не расширена. Паранефральная клетчатка не изменена. Мочеточник не расширен, прослеживается на всем протяжении до мочевого пузыря. В просвете верхних мочевых путей дополнительных образований не выявлено.

Клинический диагноз? Лечение?

Задача № 14.

Ситуация

Пациент 43 лет обратился к урологу по месту жительства. Ранее наблюдался урологами по поводу двусторонней пиелокаликоектазии, хронического пиелонефрита

Жалобы

на периодически возникающую боль в поясничной области слева с иррадиацией в промежность, периодическое повышение АД до 130/95 мм.рт.ст.

Анамнез заболевания

Более 10 лет назад при плановом обследовании в поликлинике по месту жительства выявлена двусторонняя пиелокаликоектазия. Регулярно госпитализировался в ЦРБ по месту жительства с обострениями хронического пиелонефрита, проводилась консервативная терапия с эффектом. В течение последних 6 месяцев отмечает периодически возникающую боль в поясничной области слева с иррадиацией в промежность, периодическое повышение АД до 130/95 мм.рт.ст. Обратился к урологу для консультации

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: ОРВИ, ангины. Гепатит В, гепатит С, ВИЧ, сифилис, инфаркты, инсульты, язвы желудка и 12 перстной кишки, сахарный диабет, туберкулез – отрицает.

Операции: трепанация черепа, удаление субдуральной гематомы в 2010г.

Травмы – автоавария в 2010г.

В соматическом статусе без особенностей.

Вредных привычек нет.

Аллергические реакции на лекарственные препараты: не отмечает

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 178 см, вес 76 кг. Температура тела 36,2⁰С. Кожные покровы и слизистые физиологической окраски и влажности. Брюшной тип дыхания, ЧСС-18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 69 в мин, АД 130/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, не вздут.

Локальный статус:

Поясничная область визуально не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Пальпируемых образований в поясничной области не выявлено. Наружные половые органы развиты правильно, без особенностей, яички пальпируются в мошонке, обычных размеров и консистенции, безболезненные, патологических образований не выявлено. Наружное отверстие уретры расположено в типичном месте, патологических выделений не выявлено. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча визуально не изменена.

Per rectum: простата не увеличена в размерах, безболезненна, плотно-эластической

консистенции, определяется срединная бороздка

Цитологический анализ мочи на атипические клетки

Атипических клеток в моче не выявлено

Результаты инструментальных методов обследования

Ультразвуковое исследование органов забрюшинного пространства (почек), мочевого пузыря

Правая почка размерами 11,0 x 5,0 см, с четкими ровными контурами, паренхима однородная толщиной до 2,0 см. Отмечается лоханка до 1,6 см. Подвижность почки в пределах нормы.

Левая почка размерами 11,0 x 5,0 см, с четкими ровными контурами, паренхима однородная толщиной от 1,7 до 2,0 см. Отмечается лоханка до 3,2 см, верхняя чашечка до 2,0 см, группы других чашечек до 0,8-1,0 см. Подвижность почки в пределах нормы.

Мочевой пузырь с четкими ровными контурами, содержимое однородное.

Предстательная железа (ректальным датчиком) с четкими ровными контурами, однородной эхоструктуры, объем 12 см³. Семенные пузырьки не расширены, структурно однородные.

При ЦДК кровоток в простате распределен равномерно и симметрично, очагов патологической васкуляризации не выявлено.

Компьютерная томография (мультиспиральная) с контрастированием

Правая почка ротирована кнаружи, поперечными размерами 54x41 мм, вертикальный размер – 119 мм; паренхима гомогенная, плотность её не изменена, толщина коркового слоя равномерная – 13 мм. Чашечно-лоханочная система правой почки расширена (лоханка до 20 мм, чашечки до 11 мм). Справа 4 поперечные артерии: 3 отходят от аорты 3,5 мм, 4 мм и 2,5 мм, 1 от правой общей подвздошной артерии – 2 мм. Паранефральное пространство свободно, клетчатка не уплотнена. Правый мочеточник имеет диаметр 6-8 мм; признаков конкрементов по ходу правого мочеточника не выявлено.

Левая почка с выраженной ротацией кнаружи, поперечными размерами 64x42 мм, вертикальный размер – 121 мм; паренхима гомогенная, истончена до 9 мм. Сосудистая ножка левой почки дифференцирована – отмечены 2 почечные артерии: 1-ая артерия от аорты диаметром 5 мм, 2-я – от общей подвздошной - 3 мм; поперечник почечной вены 10-12 мм. Чашечно-лоханочная система левой почки значительно расширена, чашечки до 2,5 см, лоханка до 3,5x3,7x5,8 см. При полипозиционном исследовании через 60 мин – в положении на животе контрастного препарата в мочеточнике не выявлено; в положении на правом боку – отмечено незначительное контрастирование начального отдела мочеточника диаметром 2 мм на протяжении 1 см. Отмечен охват проксимального отдела мочеточника – областью деления добавочной левой почечной артерии (отходящей от общей подвздошной делящейся на 2 входящие в нижний полюс). Контрастирования более дистальных отделов мочеточника получить не удалось.

Хромоцистоскопия

Мочевой пузырь – без особенностей. Выделение индигокармина из правого устья отмечается на 5 минуте, из левого – на 8 минуте.

Результат дополнительного метода обследования

Нефросцинтиграфия

Гидронефротическая трансформация слева со снижением выделительной функции почки. Накопление РФП паренхимой левой почки в пределах нормы. Накопительно-выделительная функция правой почки сохранена, нарушения уродинамики лоханки.

Ультразвуковая доплерография почек

При ЦДК кровотоков в почках распределен равномерно, определяется до уровня междольковых сосудов

Клинический диагноз? Лечение?

Задача №15.

Ситуация

Мужчина 69 лет обратился в поликлинику к урологу

Жалобы На нарушение функции полового члена, невозможность осуществить половой акт в связи со слабой эрекцией, снижение либидо.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение последних 5 лет, когда появились вышеуказанные жалобы. Нарушение эректильной функции было постепенным. Сначала, пациент заметил ослабление эрекции, затем чувствительности, а затем и либидо. Чувствует себя неполноценным мужчиной. Утренние эрекции отсутствуют.

Принимает постоянно В-блокаторы, антикоагулянты (варфарин) и нитропрепараты в связи с ИБС постинфарктным кардиосклерозом и нарушением ритма сердца.

Анамнез жизни

Рос и развивался наравне со сверстниками.

Профессиональные вредности отрицает. Не курит. (бросил 5 лет назад) Тогда же, 5 лет назад был острый инфаркт миокарда

Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает.

Женат, двое детей, 3 внуков. На протяжении 5 лет страдает ИБС, артериальной гипертензией, постинфарктным кардиосклерозом и нарушением ритма СС.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 95 кг, рост 178 см. Температура тела 36,8⁰С. Кожные покровы умеренно влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 76/мин, АД 125/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный.

Status localis: с-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области и в области живота не выявлено, почки не пальпируются, мочевого пузыря перкуторно не определяется и не пальпируется. Моча визуально не изменена, наружные половые органы без особенностей, наружное отверстие уретры в типичном месте, не сужено, яички пальпируются в мошонке, обычных размеров и консистенции, безболезненные, патологических образований не выявлено, головка открывается, без патологических образований и видимых изменений кожного покрова.

При пальцевом ректальном исследовании: простата не увеличена, плотно-эластической консистенции, срединная бороздка слегка сглажена. Поверхность простаты гладкая, слизистая прямой кишки свободно смещается над поверхностью простаты. Семенные пузырьки не пальпируются.

Предварительный диагноз? План обследования Лечение?

Задача №16.

Ситуация

Мужчина 29 лет обратился к врачу, в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

На периодически возникающий дискомфорт в поясничной области справа, тошноту.

Анамнез заболевания

Считает себя больным около 1 года, когда впервые появились вышеуказанные жалобы. В течение последнего месяца отмечает учащение симптомов, что и послужило поводом для обращения в поликлинику.

Анамнез жизни

Рос и развивался соответственно возрасту. Венерические заболевания, туберкулез отрицает. Операции: лапароскопическая аппендэктомия 10 лет назад, тонзилэктомия 5 лет назад. Травмы: отрицает. Хронические заболевания: нет. Аллергический анамнез неотягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 90 кг, рост 185 см. Температура тела 36,9⁰С. Кожный покров и видимые слизистые обычной окраски и влажности, чистые. Периферические лимфоузлы, доступные пальпации, не увеличены, безболезненны. Периферических отеков, пастозности нет. ЧДД 15/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 77/мин, АД 130/85 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Стул регулярный, оформленный. Мочеиспускание свободное.

Status localis: с-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области не выявлено, мочеиспускание свободное, безболезненное, моча визуально не изменена, наружные половые органы без особенностей.

Предварительный диагноз? План обследования Лечение?

Задача №17.

Ситуация

Мужчина 63 лет обратился в поликлинику по месту жительства к урологу.

Жалобы

На наличие образования на головке полового члена.

Анамнез заболевания

К урологу обращался 5 лет назад при очередной диспансеризации. В течение последних 5-ти лет расстройствами мочеиспускания не страдал. Пса сыворотки крови 5 лет назад составляло 2,4 нг\мл.

Анамнез жизни

Рос и развивался наравне со сверстниками, отмечает обычные детские инфекции, ОРВИ;

Курит – 1 пачку в день, алкоголем не злоупотребляет, профессиональные вредности отрицает;

Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает;

Женат. Имеет 3 детей и внуков. Работает, ведет активный образ жизни. Наличие каких-либо заболеваний отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 70 кг, рост 176 см. Температура тела 36,8⁰С. Кожные покровы умеренно влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 76/мин, АД 125/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный.

Status localis: с-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области и в области живота не выявлено, почки не пальпируются, мочеиспускание свободное, безболезненное, моча визуально не изменена. При осмотре полового члена. Крайняя плоть открывается, на головке полового члена определяется округлое образование, красно-бурого цвета, выступающее над кожей, умеренно кровоточащее, размерами до 20 мм в диаметре. Кожа головки вокруг образования синюшного цвета

При пальцевом ректальном исследовании: простата не увеличена, плотно-эластической консистенции, уплотнений не определяется. Поверхность простаты гладкая, слизистая прямой кишки свободно смещается над поверхностью простаты. Семенные пузырьки не пальпируются.

Результаты лабораторного метода исследования

Цитологическое или гистологическое исследование биопсийного материала

Смешанная плоскоклеточная карцинома

Результаты обследования

Пальпация полового члена и паховых областей

При пальпации паховых областей – увеличенных лимфатических узлов не пальпируется.

Паховые области безболезненные. Половой член не уплотнен, за исключением образования на головке полового члена

Результаты инструментальных методов обследования

УЗИ полового члена, половых органов и зон регионарного метастазирования

При УЗИ полового члена определяется образование головки, размерами 20х25, распространяющееся внутрь ткани головки на 15 мм. Других, патологических образований в половом члене не определяется. При исследовании паховых лимфатических узлов, определяется лимфатический узел справа до 15 мм.

МРТ половых органов и малого таза с контрастированием

Определяется образование полового члена, размерами 15х22 мм, располагающиеся на головке полового члена, которое подходит к уретре и интимно прилежит к ней. Определяется паховый лимфатический узел справа до 18 мм, активно накапливающий контрастный препарат.

Клинический диагноз? Лечение?

Задача № 18.

Ситуация

Женщина 45 лет обратилась к врачу в поликлинику. Ранее к врачам не обращалась. Регулярно проходит диспансеризацию. У гинеколога бывает один раз в год. Со слов – здорова.

Жалобы

На частые, малыми порциями болезненные мочеиспускания, окрашивание мочи в красный цвет в конце мочеиспускания, боль внизу живота

Анамнез заболевания

2 дня назад, после сильного переохлаждения возникла резь при мочеиспускании. В дальнейшем отмечала усиление симптомов – появилась сначала боль внизу живота, затем частые болезненные позывы к мочеиспусканию (ложные позывы), сегодня с утра появилась моча, окрашенная кровью в конце мочеиспускания. Ранее подобных состояний не отмечала.

Анамнез жизни

- Отрицает наличие заболеваний. Проходит ежегодную диспансеризацию. Со слов – здорова.
- Профессиональные вредности отрицает. Не курит. Ведет здоровый образ жизни.
- Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает.
- За мужем, двое детей.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 80 кг, рост 168 см. Температура тела 36,8⁰С. Кожные покровы влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 20/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 80/мин, АД 125/80 мм рт.ст. Живот мягкий, умеренно болезненный над лонным сочленением. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный.

Status localis: с-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области не выявлено, мочеиспускание учащенное, болезненное, моча визуально красного цвета, наружные половые органы без особенностей, наружное отверстие уретры не гиперемировано, расположено типично, выделений нет. При влагалищном исследовании патологических образований не выявлено, исследование безболезненное.

Результаты инструментального метода обследования **УЗИ почек и органов малого таза**

Почки справа и слева с четким, ровным контуром, паренхима однородной эхоструктуры, толщиной 18 мм. Дилатации чашечно-лоханочной системы с обеих сторон нет. Патологические образования не определяются. Подвижность почек в пределах нормы.

Мочевой пузырь наполнен до 150 мл мочи, с четким, ровным контуром, содержимое анэхогенное. Патологических образований не визуализируется. Толщина стенки мочевого пузыря от 8-12 мм. Половые органы – без изменений.

Остаточной мочи нет

Клинический диагноз? Лечение?

Задача №19.

Ситуация

Мужчина 68 лет обратился в поликлинику по месту жительства к урологу.

Жалобы

На затрудненное мочеиспускание, ночную поллакиурию до 4-5 раз, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, императивные позывы к мочеиспусканию. Отмечает прерывистую струю мочи.

Анамнез заболевания

Страдает дизурией в течение 5 лет. Принимал альфаблокаторы с временным эффектом.

5 лет назад перенес острое нарушение мозгового кровообращения. Наблюдается неврологом по месту жительства.

Анамнез жизни

- Рос и развивался наравне со сверстниками. От сверстников в физическом и умственном развитии не отставал. Перенесенные заболевания - детские инфекции, ОРВИ. Корью не болел.
- Перенесенные операции: отрицает.
- Хронические заболевания: ИБС: ГБ 2 ст, 3 ст, риск 4. Туберкулез, венерические заболевания отрицает.
- Аллергические реакции нет.
- Наследственность: неотягощена.
- Материально-бытовые условия хорошие.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 36,7°C. Телосложение

нормостеническое. Кожные покровы обычной окраски. Слизистые чистые, влажные. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Лимфатические узлы, доступные пальпации, не увеличены, безболезненные, не спаяны между собой. Опорно-двигательный аппарат без видимых патологических изменений. Периферических отеков нет. Щитовидная железа не увеличена, безболезненная.

Поясничная область визуально не изменена. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь перкуторно пуст. Мочеиспускание затрудненное, учащенное. Моча визуально не изменена. Мошонка не увеличена в размерах, цвет кожи не изменен. Яички в мошонке, тугоэластической консистенции, нормальных размеров. Головка полового члена открывается полностью, наружное отверстие уретры расположено в типичном месте, не гиперемировано.

Per rectum: сфинктер тоничен. Ампула прямой кишки пустая. Железа увеличена в размерах, тугоэластической консистенции, однородная, безболезненная при пальпации. Срединная бороздка сглажена. Парапростатическая клетчатка не инфильтрирована. Слизистая над железой смещается.

Результаты лабораторного метода обследования

Анализ крови на ПСА общий и свободный

ПСА общий сыворотки крови составил 2,8 нг/мл

ПСА свободный 0,5 нг/мл

Результаты инструментальных методов обследования

Ультразвуковое исследование предстательной железы с определением остаточной мочи

При УЗИ: мочевого пузыря: с четкими ровными контурами, содержимое однородное, анэхогенное, остаточной мочи 100 мл. В проекции мочевого пузыря определяются гиперэхогенные образования с четкой акустической дорожкой, размером 2,5 и 3,5 см, смещаемые при изменении положения тела. Простата: с четкими ровными контурами, преимущественно однородной эхоструктуры, объемом 80 см³, в просвет мочевого пузыря вдается на 1 см.

Остаточной мочи – 80 мл

Урофлоуметрия

При урофлоуметрии: Q_{max}-6,4 мл/с, Q_{ср.}- 4 мл/с. Объем 150 мл.

МРТ органов малого таза с контрастированием

Структурных изменений в почках, мочевых путях не выявляется. Симптом рыболовных крючков с обеих сторон. В мочевом пузыре – контур неровный, с множеством мелких дивертикулов. По нижнему контуру образование, накапливающее контрастный препарат (аденома простаты внутрипузырная форма? Опухоль?)

Клинический диагноз? Лечение?

Задача № 20.

Ситуация

Мужчина 60 лет обратился в поликлинику по месту жительства с целью диспансеризации. Пришел на прием к урологу.

Жалобы

Пациент предъявляет жалобы на затрудненное, вялой струей мочеиспускание.

Анамнез заболевания

Ранее к урологу не обращался. В течение последних 3-х лет стал отмечать прогрессирующее ухудшение качества мочеиспускания, на протяжении последних нескольких месяцев появилась ночная поллакиурия до 2-3 раз. ПСА крови ранее не сдавал.

Анамнез жизни

Рос и развивался наравне со сверстниками, отмечает обычные детские инфекции, ОРВИ.

Курит – 1 пачку в день, алкоголем не злоупотребляет, профессиональные вредности отрицает.

Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает.

Женат. Имеет 3 детей и внуков. Работает, ведет активный образ жизни. Наличие каких-либо заболеваний отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 80 кг, рост 176 см. Температура тела 36,8⁰С. Кожные покровы умеренно влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 76/мин, АД 125/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный.

Status localis: с-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области и в области живота не выявлено, почки не пальпируются, мочеиспускание свободное, безболезненное, моча визуально не изменена, наружные половые органы без особенностей, яички пальпируются в мошонке, обычных размеров и консистенции, безболезненные, патологических образований не выявлено.

Результаты обследования

Пальцевое ректальное исследование

При пальцевом ректальном исследовании: простата увеличена в размерах, плотно-эластической консистенции, при пальпации однородная в обеих долях. Поверхность простаты гладкая, слизистая прямой кишки свободно смещается над поверхностью простаты. Семенные пузырьки не пальпируются.

Результаты инструментальных методов обследования

Ультразвуковое исследование предстательной железы с определением остаточной мочи

При УЗИ простата с четким, ровным контуром, однородной эхоструктуры, объемом 120 см.куб, вдается в просвет мочевого пузыря на 1.2 см в виде холма или «средней доли»(внутрипузырная форма роста). При ТРУЗИ ткань однородной эхоструктуры, патологических образований не выявлено.

Остаточной мочи – 140 мл

Урофлоуметрия

При урофлоуметрии максимальная скорость мочеиспускания 7.8 мл/с при Объемe мочи 190 мл

Результаты лабораторного метода обследования

Анализ крови на ПСА общий и свободный

ПСА общий сыворотки крови составил 2,8 нг/мл

ПСА свободный 0,4 нг\мл

Результаты инструментального метода обследования

Трансабдоминальное ультразвуковое исследование почек

При УЗИ – Правая почка с четкими неровными контурами, размерами 11,0 x 5,5 см. Паренхима однородная, толщиной 1.8 см. Чашечно-лоханочная система не расширена. Гиперэхогенных образований нет. Подвижность почки в пределах нормы. Левая почка с четкими ровными контурами, размерами 11,0 x 5,0 см, паренхима однородная, толщиной 1.8 см. Чашечно-лоханочная система не расширена. Гиперэхогенных образований нет. Подвижность почки в норме.

Результаты обследования

Комплексное уродинамическое исследование

Определяется выраженная инфравезикальная обструкция, данных за сократительную активность мочевого пузыря не выявлено.

Клинический диагноз? Лечение?

Задача № 21.

Ситуация

Женщина 40 лет обратилась к врачу, в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

На периодически возникающую боль в поясничной области справа, с иррадиацией в правое подреберье.

Анамнез заболевания

Периодически возникающая боль в поясничной области справа стала беспокоить в течении последнего года. Боль возникает чаще после физической нагрузки, пробежки. Два раза наблюдала изменение цвета мочи, которая, со слов больной становилась более темной, цвета темного пива. Не обследовалась.

Анамнез жизни

Росла и развивалась соответственно возрасту, отмечает перенесенные детские инфекции: корь, скарлатину, ветряную оспу. Беременностей 3, родов 2, абортa 1.

Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает.

Гинекологический анамнез: миома матки.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 85 кг, рост 165 см. Температура тела 36,8⁰С. Кожные покровы влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 20/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 98/мин, АД 115/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не пальпируются. Стул регулярный, оформленный.

Status localis: с-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области не выявлено, мочеиспускание свободное, безболезненное, моча визуально не изменена, наружные половые органы без особенностей.

Предварительный диагноз? План обследования Лечение?

Задача № 22.

Ситуация

Пациент 31 года обратился к урологу по месту жительства. Ранее урологами не наблюдался

Жалобы

на дискомфорт в левой поясничной области, повышение АД до 140/80 мм.рт.ст.

Анамнез заболевания

Из анамнеза известно, что при плановом обследовании по поводу Артериальной гипертензии у пациента выявлено расширение ЧЛС слева. Консультирован в ЦРБ по месту жительства, предложена нефрэктомия слева, от предложенного лечения пациент воздержался. С целью оценки функции почек и восстановления оттока мочи из левой почки выполнено дренирование верхних мочевых путей мочеточниковым стентом. Настоящее обращение для обследования и определения дальнейшей тактики лечения.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: ОРВИ, ангины. Гепатит В, гепатит С, ВИЧ, сифилис, инфаркты, инсульты, язвы желудка и 12 перстной кишки, сахарный диабет, туберкулез – отрицает.

Операции: дренирование ВМП слева мочеточниковым стентом.

Травмы: компрессионный перелом шейных позвонков С6-С7 в возрасте 14 лет.

Страдает ГБ, терапии не принимает.

Вредных привычек нет.

Аллергические реакции на лекарственные препараты: отрицает.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 185 см, вес 86 кг. Температура тела 36,8 °С. Кожные покровы и слизистые физиологической окраски и влажности. Брюшной тип

дыхания, ЧСС-18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 62/мин, АД 130/80. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, не вздут.

Локальный статус:

Поясничная область визуально не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Пальпируемых образований в поясничной области не выявлено. Наружные половые органы развиты правильно, без особенностей, яички пальпируются в мошонке, обычных размеров и консистенции, безболезненные, патологических образований не выявлено. Наружное отверстие уретры расположено в типичном месте, патологических выделений не выявлено. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча визуально не изменена.

Per rectum: простата не увеличена в размерах, безболезненна, плотно-эластической консистенции, определяется срединная бороздка.

Предварительный диагноз? План обследования Лечение?

Задача № 23.

Ситуация

Пациент 33 лет обратился к урологу по месту жительства. Ранее урологами не наблюдался.

Жалобы

На дискомфорт в поясничной области слева, периодическое повышение АД до 150/89 мм.рт.ст.

Анамнез заболевания

5 лет назад при плановом обследовании по поводу артериальной гипертензии у пациента выявлено расширение ЧЛС слева. Консультирован в ЦРБ по месту жительства, предложена нефрэктомия слева, от предложенного лечения пациент воздержался, продолжено динамическое наблюдение. В течение последних 6 месяцев отмечается усиление боли в поясничной области слева. С целью оценки функции почек и восстановления оттока мочи из левой почки выполнено дренирование верхних мочевых путей мочеточниковым стентом. Настоящее обращение для обследования и определения дальнейшей тактики лечения.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: ОРВИ, ангины. Гепатит В, гепатит С, ВИЧ, сифилис, инфаркты, инсульты, язвы желудка и 12 перстной кишки, сахарный диабет, туберкулез – отрицает. Операции: дренирование ВМП слева мочеточниковым стентом. Травмы: компрессионный перелом поясничного позвонка L2 в возрасте 14 лет. Страдает ГБ, по поводу чего консервативного лечения не получает. Вредных привычек нет. Аллергические реакции на лекарственные препараты: отрицает.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 180 см, вес 82 кг. Температура тела 36,8°C. Кожные покровы и слизистые физиологической окраски и влажности. Брюшной тип дыхания, ЧСС-18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 62/мин, АД 130/80. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, не вздут.

Локальный статус: Поясничная область визуально не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Пальпируемых образований в поясничной области не выявлено. Наружные половые органы развиты правильно, без особенностей, яички пальпируются в мошонке, обычных размеров и консистенции, безболезненные, патологических образований не выявлено. Наружное отверстие уретры расположено в типичном месте, патологический выделений не выявлено. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча визуально не изменена.

Per rectum: простата не увеличена в размерах, безболезненна, плотно-эластической консистенции, определяется срединная бороздка.

Предварительный диагноз? План обследования Лечение?

Задача №24.

Ситуация

Мужчина 55 лет обратился в поликлинику к урологу.

Жалобы

На затрудненное вялой струей мочеиспускание, учащенные позывы к мочеиспусканию, встает ночью мочиться 2 раза.

Анамнез заболевания

Ранее к урологу не обращался. Вышеописанные жалобы начали беспокоить 2 года назад, через рекламу по телевидению узнал о препарате «простамол уно», принимал его 3 месяца. Должного эффекта не наблюдал, мочеиспускание ухудшалось. Отмечает связь симптомов с травмой позвоночника.

Анамнез жизни

- Рос и развивался наравне со сверстниками, отмечает обычные детские инфекции, ОРВИ.
- Не курит, алкоголем не злоупотребляет, профессиональные вредности отрицает.
- Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает.
- Женат. Имеет 2 детей. Работает, ведет активный образ жизни.
- Обращает на себя внимание наличие травмы позвоночника (поясничного отдела) – перелом позвонка.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 81 кг, рост 176 см. Температура тела 36,8⁰С. Кожные покровы умеренно влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 76/мин, АД 125/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный.

Status localis: с-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области и в области живота не выявлено, почки не пальпируются, мочевой пузырь перкуторно не определяется и не пальпируется. Моча визуально не изменена, наружные половые органы без особенностей, наружное отверстие уретры в типичном месте, не сужено, яички пальпируются в мошонке, обычных размеров и консистенции, безболезненные, патологических образований не выявлено.

При пальцевом ректальном исследовании: простата не увеличена, плотно-эластической консистенции, срединная бороздка слегка сглажена. Простата плотно-эластической консистенции. Поверхность простаты гладкая, слизистая прямой кишки свободно смещается над поверхностью простаты. Семенные пузырьки не пальпируются.

Предварительный диагноз? План обследования Лечение?

Задача № 25.

Ситуация

Мужчина 37 лет обратился в поликлинику к урологу

Жалобы

На нарушение эректильной функции, невозможность осуществить половой акт в связи со слабой эрекцией, потерю интереса к жизни.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение последних 7 дней, когда после сильного стресса на работе и бессонных ночей появились вышеуказанные жалобы. Нарушение эректильной функции возникло сразу после стресса. В настоящий момент постоянно думает об этом, и половой член, со слов больного, вялый. Либи́до со слов больного не нарушалось. Постоянно возникают утренние спонтанные эрекции, однако при половом контакте эрекции не возникает.

Анамнез жизни

Рос и развивался наравне со сверстниками.

Профессиональные вредности отрицает. Курит по 1 пачке в день. Активен, занимается спортом. Профессиональных вредностей нет. Работа связана с физической нагрузкой. Алкоголь не употребляет.

Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает

Женат, один ребенок. Травм не было, наличие инфекций, хронических заболеваний отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 75 кг, рост 170 см. Температура тела 36,8⁰С. Кожные покровы умеренно влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 76/мин, АД 125/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный.

Status localis: с-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области и в области живота не выявлено, почки не пальпируются, мочевого пузыря перкуторно не определяется и не пальпируется. Моча визуально не изменена, наружные половые органы без особенностей, наружное отверстие уретры в типичном месте, не сужено, яички пальпируются в мошонке, обычных размеров и консистенции, безболезненные, патологических образований не выявлено, головка открывается, без патологических образований и видимых изменений кожного покрова.

При пальцевом ректальном исследовании: простата не увеличена, плотно-эластической консистенции, срединная бороздка слегка сглажена. Поверхность простаты гладкая, слизистая прямой кишки свободно смещается над поверхностью простаты. Семенные пузырьки не пальпируются.

Предварительный диагноз? План обследования Лечение?

Задача № 26.

Ситуация

Мужчина 48 лет обратился к врачу, в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

На периодически возникающий дискомфорт в поясничной области справа, примесь крови в моче.

Анамнез заболевания

Считает себя больным около 1 года, когда впервые появились вышеуказанные жалобы. В течение последнего месяца отмечает учащение симптомов, что и послужило поводом для обращения в поликлинику.

Анамнез жизни

Рос и развивался соответственно возрасту. Операции: отрицает. Травмы: отрицает. Хронические заболевания: сахарный диабет II типа. Инфекционные заболевания: ВИЧ-инфекция с 2017 г. Постоянно принимает Индинавир. Аллергический анамнез неотягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 101 кг, рост 190 см. Температура тела 36,8⁰С. Кожный покров и видимые слизистые обычной окраски и влажности, чистые. Периферические лимфоузлы, доступные пальпации, не увеличены, безболезненны. Периферических отеков, пастозности нет. ЧДД 17/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 86/мин, АД 135/85 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Стул регулярный, оформленный. Мочеиспускание свободное.

Status localis: с-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области не выявлено, мочеиспускание свободное, безболезненное, моча визуально не изменена, наружные половые органы без особенностей.

Предварительный диагноз? План обследования Лечение?

Задача № 27.

Ситуация

Мужчина 72 лет обратился в поликлинику к урологу.

Жалобы

Пациент предъявляет жалобы на ослабленное вялой струей мочеиспускание, ночную поллакиурию до 3 раз.

Анамнез заболевания

Пациент длительно наблюдает у уролога по месту жительства по поводу гиперплазии простаты. Принимает альфа-адреноблокаторы, с временным эффектом. Неоднократно, в течение последнего года отмечал задержки мочеиспускания. В течение последних несколько месяцев отмечает ухудшение качества мочеиспускания.

Анамнез жизни

Рос и развивался наравне со сверстниками, отмечает обычные детские инфекции, ОРВИ.

Не курит, алкоголем не злоупотребляет, профессиональные вредности отрицает.

Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает

Женат. Имеет 2 детей, 1 внук. Пенсионер.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 72 кг, рост 170 см. Температура тела 36,8⁰С. Кожные покровы умеренно влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 76/мин, АД 125/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный.

Status localis: с-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области и в области живота не выявлено, почки не пальпируются, мочевой пузырь перкуторно не определяется и не пальпируется. Моча визуально не изменена, наружные половые органы без особенностей, наружное отверстие уретры в типичном месте, не сужено, яички пальпируются в мошонке, обычных размеров и консистенции, безболезненные, патологических образований не выявлено.

При пальцевом ректальном исследовании: простата увеличена, плотно-эластической консистенции, срединная бороздка слегка сглажена. Простата плотно-эластической консистенции. Поверхность простаты гладкая, слизистая прямой кишки свободно смещается над поверхностью простаты. Семенные пузырьки не пальпируются.

Результаты лабораторного метода обследования

Анализ крови на ПСА общий и свободный

ПСА общий сыворотки крови составил 2,1 нг/мл

ПСА свободный 0,1 нг/мл

Результаты инструментальных методов обследования

Ультразвуковое исследование предстательной железы с определением остаточной мочи

При УЗИ простата с четким, ровным контуром, однородной эхоструктуры, объемом 119 см.куб. При ТРУЗИ ткань однородной эхоструктуры, патологических образований не выявлено. Остаточной мочи – 40 мл

Урофлоуметрия

При урофлоуметрии максимальная скорость мочеиспускания 8 мл/с. при объеме мочи 250 мл.

Предварительный диагноз? План обследования Лечение?

Задача № 28.

Ситуация

Мужчина 45 лет обратился к врачу, в поликлинику по месту жительства в плановом порядке.

Жалобы

На периодически возникающую тупую боль в поясничной области справа и в правом подреберье.

Анамнез заболевания

Болеет мочекаменной болезнью более 10 лет. Неоднократно отмечались эпизоды самостоятельного отхождения камней справа. 5 лет назад проводилось оперативное лечение по поводу камня лоханки правой почки в виде перкутанной нефролитотрипсии.

Анамнез жизни

Рос и развивался соответственно возрасту, отмечает банальные перенесенные детские инфекции: корь, скарлатину, ветряную оспу. Женат. Дед пациента страдал мочекаменной болезнью. Хронических заболеваний, за исключением МКБ не было. Вредных привычек нет. Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 90 кг, рост 175 см. Температура тела 36,8⁰С. Кожные покровы влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 20/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 98/мин, АД 140/80 мм рт.ст. Живот мягкий, умеренно болезненный в левом подреберье. Печень, селезенка не пальпируются. Стул регулярный, оформленный.

Status localis: с-м Пастернацкого в настоящее время отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области не выявлено, мочеиспускание свободное, безболезненное, моча визуально не изменена, наружные половые органы без особенностей.

Предварительный диагноз? План обследования Лечение?

Задача № 29.

Ситуация

Мужчина 63 лет регулярно обследуется и самостоятельно контролирует уровень ПСА. Настоящее обращение к урологу поликлиники по поводу повышения уровня ПСА. Для пациента важна эректильная функция, балл по опроснику МИЭФ-5 составляет 23.

Жалобы

На ноктурию до 2 раз.

Анамнез заболевания

Год назад уровень ПСА общ составил 2,7 нг/мл, в настоящее время – 7 нг/мл.

Анамнез жизни

- Рос и развивался наравне со сверстниками, отмечает обычные детские инфекции, ОРВИ;
- Вредные привычки, профессиональные вредности отрицает;
- Аллергические реакции на медицинские препараты отрицает;
- Женат. Имеет 1 ребёнка. Пенсионер. По поводу гипертонической болезни регулярно принимает Эналаприл 1 раз в день.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 85 кг, рост 178 см. Температура тела 36,6⁰С. Кожные покровы умеренно влажные, теплые. Дыхание самостоятельное, ЧДД 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 68/мин, АД 140/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный.

Status localis: с-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, пальпируемых образований в поясничной области и в области живота не выявлено. Почки не пальпируются, мочеиспускание свободное, безболезненное, моча визуально на момент осмотра не изменена. Наружные половые органы без особенностей, яички пальпируются в мошонке, обычных размеров и консистенции, безболезненные, патологических образований не выявлено.

При пальцевом ректальном исследовании: простата несколько увеличена, плотно-эластической консистенции, безболезненная. Поверхность простаты гладкая, слизистая прямой кишки свободно смещается над поверхностью простаты. Семенные пузырьки не пальпируются. Патологических изменений не выявлено.

Предварительный диагноз? План обследования Лечение?

Задача № 30.

Ситуация

Мужчина 70 лет обратился к врачу-урологу.

Жалобы

На затрудненное мочеиспускание вялой струей, ночную поллакиюрию до 2-3-х раз, периодические боли в надлобковой области, закладывание (прерывание) струи мочи.

Анамнез заболевания

За 2.5 года до настоящего обращения перенес ТУР простаты. Ближайший послеоперационный период гладкий. Гистологическое заключение. Смешанная гиперплазия предстательной железы с участками атрофии эпителия и хронического воспаления. Год назад появились жалобы на периодические боли в надлобковой области и закладывание струи мочи. Специального лечения не получал.

Анамнез жизни

- ИБС, атеросклеротический кардиосклероз. Наблюдается у терапевта, компенсирован, стабилен;
- не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- профессиональных вредностей не имел;
- аллергических реакций не было;
- наследственность неотягощена.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 172 см, масса тела 78 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Область почек безболезненна, синдром поколачивания отрицателен с обеих сторон. Per rectum: простата не увеличена в размерах, туго-эластичной консистенции, безболезненна, срединная бороздка сглажена, очагов флюктуации и уплотнений не выявлено.

Предварительный диагноз? План обследования Лечение?

5. МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ПРОЦЕДУРУ ОЦЕНИВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ

Подготовка к государственной итоговой аттестации должна осуществляться в соответствии с программой государственной итоговой аттестации.

Государственная итоговая аттестация выпускника по специальности 31.08.68 Урология включает государственный экзамен, который проводится поэтапно:

- Практическая подготовка (I этап);
- Аттестационное тестирование (II этап);
- Собеседование (III этап).

Критерии оценки практической подготовки выпускника (I этап)

Результаты практической подготовки оцениваются следующим образом:

71% и более выполненных действий по каждому из предложенных заданий – «зачтено»;
менее 71% выполненных действий хотя бы по одному из предложенных заданий – «не зачтено».

Критерии оценки результатов аттестационного тестирования обучающихся (II этап):

Результаты тестирования оцениваются следующим образом:

70% и более правильных ответов – «зачтено»;
менее 70% правильных ответов – «не зачтено».

Критерии оценки устного ответа на собеседовании (III этап)

Результаты этапа оцениваются по пятибалльной шкале и определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно»:

– оценки «отлично» заслуживает выпускник, показавший всестороннее, глубокое знание учебного программного материала; умение свободно выполнять задания; усвоивший основную литературу, рекомендованную программой; знающий нормативные документы; проявивший творческие способности и умение комплексно подходить к решению проблемной ситуации, способности анализировать ситуацию, делать выводы. Выпускник демонстрирует уверенные навыки в решении ситуационных задач, демонстрирует профессиональные умения в полном объеме. Отмечается всестороннее систематическое и глубокое знание материала, умение свободно выполнять задания, содержащиеся в оценочных материалах, выявлены творческие способности в понимании, изложении и использовании учебного материала.

– оценки «хорошо» заслуживает выпускник, показавший полное знание учебного программного материала, успешно выполнивший задания, усвоивший основную литературу, знающий нормативные документы; способный анализировать ситуацию, демонстрирующий профессиональные навыки и умения в решении ситуационных задач. Отмечается полное знание материала, выявляется способность к самостоятельному пополнению и обновлению знаний в ходе дальнейшего обучения и профессиональной деятельности. Даны полные, развернутые ответы на поставленные вопросы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. В ответе допущены недочеты, исправленные ординатором с помощью экзаменатора.

– оценки «удовлетворительно» заслуживает выпускник, показавший знание основного программного материала в объеме, необходимом для предстоящей работы по профессии, справляющийся с выполнением заданий, содержащихся в оценочных материалах. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется экзаменуемым, допустившим погрешности в ответах на вопросы, но обладающим необходимыми знаниями для их устранения. Выпускник демонстрирует недостаточную способность анализировать ситуацию, не в полной мере демонстрирует навыки решения ситуационных задач. Дает полный, но недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показывает умение выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Ответ логичен и изложен в терминах науки. Могут быть допущены 1–2 ошибки в определении основных понятий, которые ординатор затрудняется исправить самостоятельно.

– оценка «неудовлетворительно» выставляется выпускнику, обнаружившему пробелы в знаниях основного программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных заданий. Как правило, оценка «неудовлетворительно» ставится экзаменуемым, которые не могут самостоятельно выполнить поставленные задачи.