

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Тверской государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по научной работе  
и инновационной деятельности

  
О.Н. Бахарева

« 20 » апреля 2023 г.



## **РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ**

### **УРОЛОГИЯ И АНДРОЛОГИЯ**

уровень высшего образования

подготовка научных и научно-педагогических кадров в аспирантуре

Область науки: 3. Медицинские науки  
Группа научных специальностей: 3.1. Клиническая медицина  
Отрасли науки, по которым присуждаются ученые степени: медицинские науки  
Научная специальность: 3.1.13. **УРОЛОГИЯ И АНДРОЛОГИЯ**  
Форма обучения: очная  
Кафедра Урологии и андрологии

Курс 1, 2  
Семестр 1 – 4  
Кандидатский экзамен 4 семестр  
Общая трудоемкость дисциплины 8 зачетных единиц

Тверь 2023

Программа рассмотрена на заседании кафедры урологии и андрологии ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России (протокол № 11 от «17» февраля 2023 г.)

Программа одобрена на заседании Центрального координационного методического совета ФГБОУ ВО Тверского ГМУ Минздрава России (протокол №8 от «14» апреля 2023 г.)

Программа утверждена на заседании Ученого совета ФГБОУ ВО Тверского ГМУ Минздрава России (протокол №4 от «18» апреля 2023 г.)

**Составители:**

Заведующий кафедрой урологии и андрологии к.м.н. Шibaев Андрей Николаевич

**Рецензент:** главный врач ГБУЗ Тверская областная клиническая больница, кандидат медицинских наук, доцент Козлов С.Е.

## **1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

Рабочая программа дисциплины «Урология и андрология» – программы подготовки научных и научно-педагогических кадров в аспирантуре (далее – программы аспирантуры), по научной специальности 3.1.13. Урология и андрология, реализуемой федеральным государственным бюджетным образовательным учреждением высшего образования «Тверской государственной медицинской университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – Тверской ГМУ, Университет) разработана на основании Федерального закона от 29 декабря 2012 года № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (с дополнениями и изменениями) и Федеральных государственных требований к структуре программ подготовки научных и научно-педагогических кадров в аспирантуре, условия их реализации, срокам освоения этих программ с учетом различных форм обучения, образовательных технологий и особенностей отдельных категорий обучающихся, утвержденных приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 20 октября 2021 года № 951.

## **2 ВВОДНАЯ ЧАСТЬ**

### **2.1 Цель и задачи освоения дисциплины**

**Цель** изучения дисциплины заключается овладении знаниями методологических, клинических и медико-социальных основ медицинских наук, а также в углубленном изучении теоретических, методологических и практических основ урологии и андрологии, формировании умений и практических навыков, необходимых для осуществления высококвалифицированной профессиональной деятельности в области урологии и андрологии.

**Задачи** дисциплины:

1. Углубленное изучение методологических, клинических и медико-социальных основ урологии и андрологии.
2. Углубленное освоение теоретических знаний в сфере урологии и андрологии и достижений в области медицины и фармации для определения

возможностей и способов их применения в научно-исследовательской работе.

3. Формирование клинического и научного мышления в области урологии и андрологии.
4. Совершенствование навыков диагностики, лечения, профилактики, медицинской реабилитации пациентов с урологическими заболеваниями.
5. Формирование умений и навыков к анализу, систематизации и обобщению результатов научных исследований.
6. Приобретение и совершенствование знаний, умений и навыков в ведении медицинской документации при проведении лечебной и научно-исследовательской работы.
7. Формирование умений и навыков самостоятельной научно-исследовательской и научно-педагогической деятельности

## **2.2 Место дисциплины в структуре программы аспирантуры**

Дисциплина Урология и андрология является частью Образовательного компонента программы подготовки научных и научно-педагогических кадров в аспирантуре для научной специальности 3.1.13. Урология и андрология. Знания, умения и навыки, полученные аспирантами при изучении данной дисциплины, необходимы при подготовке к сдаче кандидатского экзамена и освоения научного компонента программы.

Дисциплина изучается в 1–4 семестрах. Промежуточная аттестация по дисциплине Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения проводится в 4 семестре в форме кандидатского экзамена.

## **2.3 Требования к результатам освоения дисциплины**

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

**знать:**

- этиологию, патогенез, клиническую картину, меры профилактики наиболее часто встречающихся урологических заболеваний и их осложнений;

- современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных при наиболее часто встречающихся урологических заболеваниях и их осложнениях;
- клиническую симптоматику основных урологических заболеваний в различных возрастных группах;
- оперативные и консервативные способы лечения урологических заболеваний, показания к их применению;
- лечебную тактику при основных урологических заболеваниях в различных возрастных группах;
- возможности, показания, противопоказания и осложнения специальных диагностических методов исследования в урологии (ультразвуковые, рентгеновские, включая контрастные, радионуклидные, эндоскопические, уродинамические);
- принципы деонтологии в урологии и андрологии;
- значение научных исследований в развитии урологии и андрологии на современном этапе;
- основные методы научных исследований; приемы проведения научных исследований в области урологии и андрологии.

**уметь:**

- проводить анализ методологических проблем, возникающих при решении исследовательских и практических задач, в том числе в междисциплинарных областях;
- планировать и организовывать научные эксперименты, обрабатывать экспериментальные данные; проводить анализ возможных направлений исследования в области урологии и андрологии, в том числе с использованием новейших технологий;
- следовать основным нормам культуры научного исследования в области медицины, принятым в научном общении, с учетом международного опыта;

- собирать анамнез, проводить общеклиническое обследование больных при наиболее часто встречающихся урологических заболеваниях и их осложнениях и анализировать полученные данные;
- составлять план применения лабораторных и инструментальных методов исследования больного при наиболее часто встречающихся урологических заболеваниях и их осложнениях и анализировать полученные данные;
- формулировать развернутый клинический диагноз, обосновывать его на основе дифференциального диагноза;
- формулировать показания к консервативному и оперативному лечению при наиболее часто встречающихся урологических заболеваниях и их осложнениях;
- планировать исследования, анализировать, обобщать и публично представлять результаты выполненных научных исследований в области урологии и андрологии;
- выявлять факторы риска развития того или иного урологического заболевания, давать рекомендации в отношении мер профилактики его возникновения и прогрессирования;
- применять объективные методы исследования больного для установления предварительного диагноза основного и сопутствующих заболеваний и их осложнений;
- оценивать тяжесть состояния больного, принимать необходимые меры для выведения больного из опасного состояния, определять объем и последовательность реанимационных мероприятий, оказывать экстренную помощь;
- проводить анализ и аргументированную интерпретацию результатов собственного и аналогичных исследований в области урологии и андрологии.

**владеть:**

- навыками организации специализированной медицинской помощи больным урологическими заболеваниями;
- навыками диспансеризации больных, реабилитации после операций, оценки трудоспособности при наиболее часто встречающихся урологических заболеваниях и их осложнениях;
- методиками научного поиска, направленного на улучшение ранней диагностики и результатов лечения при наиболее часто встречающихся урологических заболеваниях и их осложнениях;
- навыками проведения клинического обследования урологических больных, своевременной и правильной диагностики острых урологических заболеваний и повреждений с использованием современных клинических, лабораторных, рентгенологических, инструментальных и других специальных методов исследования;
- навыками распознавания травматических повреждений органов мочеполовой системы и связанных с ними состояний, угрожающих жизни;
- навыками диагностики аномалий и наиболее распространенных заболеваний почек, мочевых путей и мужских половых органов;
- навыками планирования и осуществления педагогической деятельности с применением современных, в том числе компьютерных технологий, в рамках специальности;
- современными методами лечения урологических заболеваний, в том числе эндо-видеолапароскопическими и робот-ассистированными;
- навыками анализа методологических проблем, возникающих при решении исследовательских и практических задач в области урологии и андрологии.

### **3 ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ**

#### **3.1 Объем дисциплины и виды учебной работы**

**Трудоемкость дисциплины** составляет 8 зачетных единиц, 288 академических часов, в том числе 96 часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем, 192 часа самостоятельной работы обучающихся. Изучение учебной дисциплины Урология и андрология осуществляется в 1-4 семестрах обучения.

Изучение учебной дисциплины включает в себя следующие виды учебной работы: лекции, практические занятия, самостоятельную работу обучающихся, включающую выполнение индивидуальных заданий, подготовку рефератов, работу с нормативно-правовыми документами, учебной литературой, интернет-ресурсами, подготовку к промежуточной аттестации (таблица 1).

**Таблица 1** – Распределение трудоемкости дисциплины по видам учебной работы

Вид учебной работы	Всего часов	Семестр				
		1	2	3	4	
<b>Контактная работа обучающихся с преподавателем</b>						
Аудиторная работа (всего), в том числе:	96	24	24	24	24	
Лекции (Л)	30	8	8	8	6	
Практические занятия (ПЗ)	66	16	16	16	18	
Семинары (С)						
Самостоятельная работа (СР)	192	48	48	48	48	
В том числе:						
Освоение теоретического материала и подготовка к занятиям	128	32	32	32	32	
Выполнение индивидуальных заданий, подготовка реферата, изучение тем и работа с нормативно-правовыми документами, учебной и научной литературой, интернет-ресурсами	32	8	8	8	8	
Подготовка к промежуточной аттестации	32	8	8	8	8	
ИТОГО: Общая трудоемкость	Часов	288	72	72	72	72
	ЗЕТ	8	2	2	2	2

### 3.2 Форма промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в форме кандидатского экзамена в 4 семестре.

### 3.3 Содержание дисциплины

**Таблица 2** – Наименование разделов дисциплины и тем учебных занятий



№ п/п	Наименование разделов дисциплины и тем учебных занятий	Семестр	Виды учебной деятельности (в часах)			
			контактная работа			всего
			Л	ПЗ	С	
1	2	3	4	5	6	7
1	Тема 1. Основы урологии и андрологии. Современные методы лечения и диагностики урологических заболеваний	1	2	4		6
2	Тема 2. Неотложные состояния в урологии	1	4	8		12
3	Тема 3. Мочекаменная болезнь	1	2	4		6
4	Тема 4. Неспецифические воспалительные заболевания почек и мочевыводящих путей и мужских половых органов	2	2	4		6
5	Тема 5. Опухоли почек, мочевого пузыря и наружных половых органов	2	4	6		10
6	Тема 6. Травмы почки. Травмы мочеточников. Травмы мочевого пузыря. Травмы уретры. Повреждения мошонки. Повреждения полового члена.	2	2	6		8
7	Тема 7. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Рак предстательной железы	3	4	6		10
8	Тема 8. Аномалии развития мочеполовых органов. Гидронефроз	3	2	4		6
9	Тема 9. Заболевания наружных мужских половых органов	3	2	6		8
10	Тема 10. Эндовидеохирургическая урология	4	2	4		6
11	Тема 11. Реконструктивно-пластическая урология	4	2	2		4
12	Тема 12. Робот-ассистированная урология	4	2	12		14
<b>ИТОГО:</b>			<b>30</b>	<b>66</b>		<b>96</b>

<sup>1</sup>Л – лекция, ПЗ – практические занятия, С – семинары.

### 3.4 Характеристика форм текущего контроля по дисциплине

Текущий контроль по результатам освоения дисциплины проводится в форме тестирования и устного собеседования.

**Таблица 3 – Виды и формы контроля**

Наименование разделов дисциплины и тем учебных занятий	Виды контроля <sup>2</sup>	Формы контроля	Оценочные средства
1	2	3	4
Тема 1. Основы урологии и андрологии. Современные методы лечения и диагностики урологических заболеваний	ЗТФ	устная	Вопросы для собеседования

Тема 2. Неотложные состояния в урологии	ЗТФ	устная	Вопросы для собеседования
Тема 3. Мочекаменная болезнь	ЗТФ	устная	Вопросы для собеседования
Тема 4. Неспецифические воспалительные заболевания почек и мочевыводящих путей и мужских половых органов	ЗТФ	устная	Вопросы для собеседования
Тема 5. Опухоли почек, мочевого пузыря и наружных половых органов	ЗТФ	устная	Вопросы для собеседования
Тема 6. Травмы почки. Травмы мочеточников. Травмы мочевого пузыря. Травмы уретры. Повреждения мошонки. Повреждения полового члена.	ЗТФ	устная	Вопросы для собеседования
Тема 7. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Рак предстательной железы	ЗТФ	устная	Вопросы для собеседования
Тема 8. Аномалии развития мочеполовых органов Гидронефроз	ЗТФ	устная	Вопросы для собеседования
Тема 9. Заболевания наружных мужских половых органов	ЗТФ	устная	Вопросы для собеседования
Тема 10. Эндовидеохирургическая урология	ЗТФ	устная	Вопросы для собеседования
Тема 11. Реконструктивно-пластическая урология	ЗТФ	устная	Вопросы для собеседования
Тема 12. Робот-ассистированная урология	ЗТФ	устная	Вопросы для собеседования
<b>Промежуточная аттестация</b>	КЭ	устная	Вопросы для собеседования

<sup>2</sup>Текущий контроль - задания в тестовой форме (ЗТФ), кандидатский экзамен (КЭ)

### 3.5 Самостоятельная работа обучающихся

Самостоятельная работа с учебной и научной литературой, подготовка рефератов, аналитических обзоров формируют у обучающихся способность анализировать проблемы, умение использовать естественно-научные и медико-биологические на практике в различных видах профессиональной и социальной деятельности, представлять результаты научной работы.

В ходе освоения дисциплины значительная часть времени отводится самостоятельной работе аспиранта. Для углубленного изучения каждой темы аспирант может обратиться к дополнительным информационным ресурсам (печатным и Интернет-источникам), которые приводятся в Списке дополнительных источников по теме. Распределение самостоятельной работы по видам

приведено в таблице 3.

**Таблица 4 – Виды самостоятельной работы**

№	Виды самостоятельной работы	Наименование темы	Часы на выполнение
1	Выполнение индивидуальных заданий, подготовка рефератов, аналитических обзоров, работа с нормативно-правовыми документами, учебной и научной литературой, интернет-ресурсами	Работа с учебной и научной литературой, в том числе с интернет-ресурсами	8
		Выполнение индивидуальных заданий	8
		Подготовка и оформление реферативной работы	16
2	Изучение теоретического материала	Основы урологии и андрологии. Современные методы лечения и диагностики урологических заболеваний	10
		Неотложные состояния в урологии	22
		Мочекаменная болезнь	16
		Неспецифические воспалительные заболевания почек и мочевыводящих путей и мужских половых органов	18
		Опухоли почек, мочевого пузыря и наружных половых органов	18
		Травмы почки. Травмы мочеточников. Травмы мочевого пузыря. Травмы уретры. Повреждения мошонки. Повреждения полового члена.	12
		Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Рак предстательной железы	18
		Аномалии развития мочеполовых органов. Гидронефроз	10
		Заболевания наружных мужских половых органов	20
		Эндо-видеохирургическая урология	16
		Реконструктивно-пластическая урология	8
		Робот-ассистированная урология	24
3	Подготовка к промежуточной аттестации (кандидатский экзамен)	Изучение теоретического материала по всем разделам дисциплины.	32
		<b>ИТОГО</b>	<b>192</b>

### 3.6 Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

## Основная литература

№	Автор, наименование, место издания, издательство, год издания
1	Урология [Электронный ресурс]: учебник. /ред. Н.А. Лопаткин, - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 816 с.
2	Андрология. Фармакотерапия без ошибок. Руководство для врачей / под ред. А.А. Камалова. — М.: Е-нота, 2017. — 384 с. — (Серия «Фармакотерапия без ошибок»).
3	Андрология для урологов. Клинические рекомендации. Под ред. П.А. Щеплева. М.:Медконгресс, 2020. – 262
4	Калинченко С. Ю. Практическая андрология / С. Ю. Калинченко, И. А. Тюзиков. —М.: Практическая медицина, 2009. — 399 с..
5	Клиническая андрология: 225 наглядных иллюстраций и 120 таблиц / [под ред. В.-Б. Шилла, Ф. Комхаира, Т. Харгрива ; пер. с англ. Д. А. Бедретдиновой, Т. Н. Гармановой]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011.
6	Мужское бесплодие и хирургические заболевания органов половой системы / Жиборев Б. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 304 с. - ISBN 978-5-9704-4537-2. - Текст : электронный // URL : <a href="https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970445372.html">https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970445372.html</a>

## Дополнительная литература

№	Автор, наименование, место издания, издательство, год издания
1	Хирургические болезни [Текст] : учебник / ред. М. И. Кузин. – 4-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 991 с.
2	Абдоминальная хирургия [Текст] : национальное руководство : краткое издание / ред. И. И. Затевахин, А. И. Кириенко, В. А. Кубышкин. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 903 с.
3	Сагалов, А. В. Амбулаторно-поликлиническая андрология / А. В. Сагалов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 528 с.

## Периодические издания

- 1 Журнал Вопросы урологии и андрологии.
- 2 Журнал Педиатрическая урология.
- 3 Журнал Андрология и генитальная хирургия

## Базы данных, информационно-справочные и поисковые системы

№	Наименование	Количество точек доступа
1	ЭБС «Университетская библиотека онлайн»: <a href="http://biblioclub.ru">http://biblioclub.ru</a>	индивидуальный доступ для каждого обучающегося
2	ЭБС «Консультант студента»: <a href="http://www.studmedlib.ru/">http://www.studmedlib.ru/</a>	индивидуальный доступ для каждого обучающегося
4	База данных «Scopus»: <a href="http://scopus.com">http://scopus.com</a>	свободный доступ
5	База данных Web of Science Core Collection: <a href="http://www.webofscience.com">http://www.webofscience.com</a>	свободный доступ
6	Научная электронная библиотека (eLibrary): <a href="http://www.elibrary.ru">http://www.elibrary.ru</a>	свободный доступ
7	СПС «Консультант плюс»: локальная компьютерная	свободный доступ

	сеть	
--	------	--

### **3.7 Материально-техническое обеспечение дисциплины**

Сведения, содержащие информацию о помещениях, необходимых для проведения занятий и организации самостоятельной работы аспирантов, их оснащении, перечень лицензионного программного обеспечения и учебно-методических материалов, сопровождающих образовательный процесс по дисциплине специальности, представлены в виде в виде *справки МТО*

### **3.8 Кадровое обеспечение дисциплины**

Сведения о кадровом обеспечении дисциплины «Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения» представлены в виде в виде *справки КО*

**ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**1. Общая характеристика оценочных средств текущего контроля и промежуточной аттестации по дисциплине**

Перечень и характеристика оценочных средств текущего контроля и промежуточной аттестации по дисциплине представлены в таблице 1.

Таблица 1

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства
<b>Текущий контроль</b>			
1.	Задания в тестовой форме	Система стандартизированных заданий, позволяющая унифицировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Варианты тестовых заданий
2.	Вопросы для собеседования	Набор вопросов для собеседования, позволяющих оценить теоретическую подготовку обучающегося	Перечень вопросов для собеседования
<b>Промежуточная аттестация</b>			
3.	Кандидатский экзамен	Перечень заданий, позволяющих оценить уровень знаний, умений и практических навыков по дисциплине специальности	Программа кандидатского экзамена

**2. Оценочные средства текущего контроля**

2.1 Задания в тестовой форме

1 ПОЧЕЧНАЯ КОЛИКА - СИМПТОМОКОМПЛЕКС, КОТОРЫЙ ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

А камнях почек и мочеточников

Б кисте почки

В ренальной гипертензии

Г поликистозе почек

2 ПОВЕДЕНИЕ БОЛЬНОГО ПРИ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКЕ

А непрерывно меняет положение тела

Б лежа на боку

В вынужденное положение сидя на стуле

Г вертикальное положение

3 ТИПИЧНАЯ ИРРАДИАЦИЯ БОЛЕЙ ПРИ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКЕ

А в паховую область, бедро, половые органы

Б в плечо, лопатку

В в мечевидный отросток грудины

Г в эпигастральную область

4 НАЗОВИТЕ РЕДКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ

А бактериотоксический шок

Б простатит

В варикоцеле

Г уретероцеле

5 ПРИ КАКОМ СИМПТОМОКОМПЛЕКСЕ ПУЛЬС НЕ БЫВАЕТ УЧАЩЕННЫМ, ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ВАЖНЫМ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ?

- А почечная колика
- Б перитонит
- В апостематозный пиелонефрит
- Г острый холецистит

6 КАКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОЖЕТ ПОДТВЕРДИТЬ ИЛИ ИСКЛЮЧИТЬ НАЛИЧИЕ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ С ОСТРЫМИ ХИРУРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

- А хромоцистоскопия
- Б урофлоуметрия
- В венотестикулография
- Г компьютерная томография почек

7 КАКОЙ ВИД НОВОКАИНОВОЙ БЛОКАДЫ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ С ОСТРЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ?

- А блокада семенного канатика или круглой связки матки
- Б пресакральная
- В хлорэтиловая
- Г предпузырная

8 С ПОМОЩЬЮ КАКОЙ ПРОБЫ МОЖНО ПОЛУЧИТЬ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ЛОКАЛИЗАЦИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В МОЧЕВОЙ СИСТЕМЕ?

- А двухстаканная проба мочи
- Б проба Реберга
- В проба Каковского-Аддиса
- Г проба Нечипоренко

9 НАЗОВИТЕ САМЫЙ РАСПРОСТРАНЕННЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА

- А микционная цистография
- Б экскреторная урография
- В уретрография
- Г цистоскопия

10 С ПОМОЩЬЮ КАКОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ МОЖНО ПРОИЗВОДИТЬ ЭНДУРЕТРАЛЬНО ЛЕЧЕБНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ?

- А уретроскопия
- Б цистоскопия
- В урофлоуметри
- Г уретероскопия

11 КАК НАЗЫВАЕТСЯ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ, С ПОМОЩЬЮ КОТОРОГО МОЖНО ПРОИЗВЕСТИ ВИЗУАЛЬНЫЙ ОСМОТР ЛОХАНКИ И ЧАШЕЧЕК?

- А пиелоскопия
- Б уретроскопия
- В цистоскопия
- Г эхография

12 ПИЕЛОНЕФРИТ ЯВЛЯЕТСЯ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

- А инфекционно-воспалительным
- Б наследственным
- В аллергическим
- Г сосудистым

13 ОСНОВНОЙ (ВЕДУЩИЙ) МИКРОБНЫЙ ВОЗБУДИТЕЛЬ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ

- А кишечная палочка
- Б клебсиелла
- В синегнойная палочка

Г стафилококк

14 С КАКИХ ЦИФР СНИЖЕНИЯ УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ МОЖНО ДУМАТЬ О НАЧАЛЕ СЕПТИЧЕСКОГО ШОКА?

А 90-80 мм рт. ст.

Б 80 - 70 мм рт. ст.

В 70 - 60 мм рт. ст.

Г 100 - 90 мм рт. ст.

15 В КАКОМ ВОЗРАСТЕ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПИЕЛОНЕФРИТ У ЖЕНЩИН?

А молодом

Б пожилom

В старческом

Г в детском

16 ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЙ ФАКТОР ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕВОЧЕК

А вульвовагиниты

Б переохлаждение

В гипо- и авитаминоз

Г несоблюдение туалета наружных половых органов

17 ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЙ ФАКТОР ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

А снижение иммунореактивности организма

Б травма

В нарушение пассажа мочи

Г нефропатии

18 ПУТЬ ИНФИЦИРОВАНИЯ ПОЧКИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ (НЕОБСТРУКТИВНОМ) ПИЕЛОНЕФРИТЕ

А гематогенный

Б лимфогенный

В по стенке мочеточника

Г по просвету мочеточника

19 ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЙ ФАКТОР ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВТОРИЧНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

А нарушение оттока мочи

Б переохлаждение

В инфекция

Г нарушение лимфооттока

20 ЧАСТЫЙ ВОЗБУДИТЕЛЬ ГЕМАТОГЕННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

А стафилококк

Б стрептококк

В синегнойная палочка

Г протей

21 РАННИЙ ЛАБОРАТОРНЫЙ СИМПТОМ, УКАЗЫВАЮЩИЙ НА СЕРОЗНУЮ ФАЗУ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В ПОЧКАХ

А бактериурия

Б цилиндрурия

В альбуминурия

Г лейкоцитурия

22 ЛАБОРАТОРНЫЙ ПРИЗНАК, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙ ГНОЙНУЮ ФАЗУ ВОСПАЛЕНИЯ В ПОЧКЕ

А лейкоцитурия

Б эритроцитурия

В кристаллурия

Г бактериурия



- 23 КАКОЕ МЕСТО ПО ЧАСТОТЕ ЗАНИМАЕТ ПИЕЛОНЕФРИТ СРЕДИ ПОЧЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
- А первое
  - Б второе
  - В третье
  - Г четвертое
- 24 КАКАЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ОСОБЕННОСТЬ ПРЕДОПРЕДЕЛЯЕТ КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ВТОРИЧНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА?
- А лоханочно-почечные рефлюксы
  - Б нарушение лимфооттока
  - В венозный застой
  - Г вирулентность микробной флоры
- 25 ПРОЯВЛЕНИЕМ КАКОГО ПРОЦЕССА ЯВЛЯЕТСЯ ОЗНОБ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ?
- А прорыва бактерий в кровеносное русло
  - Б инфицирования мочевых путей
  - В лихорадки
  - Г нарушения оттока мочи
- 26 ЧТО ИГРАЕТ ОСНОВНУЮ РОЛЬ В РАСПРОСТРАНЕНИИ ИНФЕКЦИИ ПРИ УРИНОГЕННОМ (ВОСХОДЯЩЕМ) ПИЕЛОНЕФРИТЕ?
- А пузырно-мочеточниковый рефлюкс
  - Б расстройство кровообращения
  - В гипотония мочевых путей
  - Г нарушение иннервации
- 27 ОСТРЫЙ ПЕРВИЧНЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОСЛОЖНЯЕТСЯ
- А апостематозным нефритом
  - Б сморщенной почкой
  - В артериальной гипертензией
  - Г пионефрозом
- 28 ПИЕЛОНЕФРИТ БЕРЕМЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ ЧАСТО СЛЕДСТВИЕМ
- А латентно протекающей хронической инфекции
  - Б впервые возникшего острого процесса
  - В эндогенных очагов инфекции
  - Г воспалительного процесса в гениталиях
- 29 МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АПОСТЕМАТОЗНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕНЫ
- А в корковом слое
  - Б в мозговом слое
  - В в чашках
  - Г в лоханке
- 30 В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО СЕРОЗНОГО И ГНОЙНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ
- А экскурсионная внутривенная урография
  - Б обзорный снимок мочевых путей
  - В клиническая картина
  - Г ультразвуковое исследование почек
- 31 КАКИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ
- А пенициллины
  - Б тетрациклины
  - В аминогликозиды
  - Г цефалоспорины

32 ПИЕЛОНЕФРОСТОМИЧЕСКИЙ ДРЕНАЖ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У БЕРЕМЕННЫХ УДАЛЯЕТСЯ ПОСЛЕ РОДОВ ЧЕРЕЗ?

А 1 мес

Б 2 дня

В 1 нед

Г 2 нед

33 ПРИ НЕКРОЗЕ ПОЧЕЧНЫХ СОСОЧКОВ ЧАСТЫМ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ

А макрогематурия

Б лейкоцитурия

В бактериурия

Г цилиндрурия

34 КАКОЙ ПАРАНЕФРИТ ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ ВСТРЕЧАЕТСЯ ЧАЩЕ?

А задний

Б нижний

В верхний

Г боковой

35 ПРИ КАКОЙ ФОРМЕ ПИЕЛОНЕФРИТА МАССА ПОЧКИ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ?

А при ксантогранулематозном

Б при первичном

В при вторичном

Г при эмфизематозном

36 В КАКОЙ СТАДИИ ПИЕЛОНЕФРИТА МАССА ПОЧКИ УМЕНЬШАЕТСЯ?

А при сморщенной почке

Б при остром серозном воспалении

В при карбункуле почки

Г при жировом перерождении почки

37 В КАКИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПУЗЫРНО- МОЧЕТОЧНИКОВЫЙ РЕФЛЮКС?

А дети

Б подростки

В молодые люди

Г средний возраст

38 ЧЕРЕЗ КАКОЙ ТРЕУГОЛЬНИК ГНОЙ ИЗ ПАРАНЕФРАЛЬНОГО ПРО-СТРАН-СТВА МОЖЕТ ПРОРВАТЬСЯ В ПЛЕВРАЛЬНУЮ ПОЛОСТЬ?

А Богдалека

Б Лъето

В Пти

Г Лесгафта-Грюнфельда

39 БАКТЕРИЕМИЧЕСКИЙ ШОК ЯВЛЯЕТСЯ

А острой формой течения уросепсиса

Б острой формой с 2-3 атаками

В острой формой и последующим затяжным течением

Г подострой формой

040 ОСОБУЮ ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ ЦЕННОСТЬ ПРИ НЕКРОЗЕ ПОЧЕЧНЫХ СОСОЧКОВ ИМЕЕТ

- А ретроградная пиелография  
Б обзорная рентгенография мочевых путей  
В экскреторная урография  
Г ультразвуковое исследование
- 41 С ПОМОЩЬЮ КАКОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ НАЛИЧИЕ ГАЗА В КИШЕЧНИКЕ МОЖНО ОТДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОТ ГАЗА В ОКОЛОПОЧЕЧНОЙ КЛЕТЧАТКЕ?
- А компьютерная томография  
Б экскреторная урография  
В обзорный снимок почек  
Г ультразвуковое исследование почек
- 42 ДЛЯ КАКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ПИЕЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРЕН СИМПТОМ ХОДСОНА
- А хронического  
Б ксантогранулематозного  
В острого  
Г гестационного
- 43 НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ПУТЬ ПРОНИКНОВЕНИЯ ИНФЕКЦИИ ПРИ ВТОРИЧНОМ ПАРАНЕФРИТЕ
- А из гнойного очага в почке (карбункул, абсцесс почки)  
Б гематогенный  
В лимфогенный  
Г из соседних органов
- 44 КАКОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ПОСОБИЕ ЧАЩЕ ВЫПОЛНЯЕТСЯ ПРИ ОДИНОЧНОМ КАРБУНКУЛЕ ПОЧКИ?
- А иссечение карбункула, декапсуляция почки  
Б нефрэктомия  
В резекция почки  
Г уретеролиз
- 45 КАКАЯ ОПЕРАЦИЯ ПОКАЗАНА ПРИ АПОСТЕМАТОЗНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ?
- А декапсуляция почки  
Б нефрэктомия  
В резекция почки  
Г чрескожная пункционная нефростомия
- 46 ОСЛОЖНЕНИЕМ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ПОДДИАФРАГМАЛЬНЫЙ АБСЦЕСС?
- А карбункул почки  
Б холецистит  
В пиелонефрит  
Г пионефроз
- 047 НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ УРОЛОГИЧЕСКАЯ ПРИЧИНА ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
- А пиелонефрит  
Б пионефроз  
В паранефрит  
Г поликистоз почек

48 НАЗОВИТЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ, КОТОРЫЕ МОЖНО ПРИМЕНЯТЬ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ БЕРЕМЕННЫХ

- А хромоцистоскопия
- Б обзорный снимок мочевых путей
- В ретроградная пиелография
- Г экскреторная урография

49 КАКОВА ДОЛЖНА БЫТЬ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ?

- А 2 мес
- Б 3-4 мес
- В 5-6мес
- Г 2 нед

50 ЧТО СЧИТАЕТСЯ КРИТЕРИЕМ ПРОДОЛЖЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ?

- А бактериурия
- Б эритроцитурия
- В цилиндрурия
- Г клиническая картина

51 КАКИМ СПОСОБОМ НЕОБХОДИМО БРАТЬ МОЧУ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ БЕРЕМЕННЫХ?

- А забор средней порции струи мочи
- Б капиллярной пункцией
- В интраоперационно
- Г забор первой порции струи мочи

52 ДЛЯ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРНА ЛИХОРАДКА ГЕКТИЧЕСКОГО ТИПА С ПОТЯСАЮЩИМИ ОЗНОБАМИ?

- А острый пиелонефрит
- Б острый уретрит
- В острый эпидидимит
- Г острый цистит

53 С КАКОГО МЕРОПРИЯТИЯ НАЧИНАЕТСЯ ЛЕЧЕНИЕ ВТОРИЧНОГО ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА?

- А устранение нарушений пассажа мочи
- Б антибактериальная терапия
- В иммунотерапия
- Г детоксикационное лечение

54 С ПОМОЩЬЮ КАКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МОЖНО ВЫЯВИТЬ УМЕНЬШЕНИЕ ПА-РЕНХИМЫ ПОЧКИ НА РАННИХ СТАДИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА?

- А ренокортикальный индекс
- Б хромоцистоскопия
- В экскреторная урография
- Г статическая сцинтиграфия

55 САМОЕ ОПАСНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

- А бактериотоксический шок
- Б гепаторенальный синдром
- В некроз почечных сосочков
- Г анурия

56 ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С УРО-СЕПСИСОМ НУЖНО СОЗДАТЬ ВЫСОКИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ ПРЕПАРАТА

А в крови

Б в гнойном очаге

В в других органах

Г в почечной паренхиме

57 ИМЕЮТСЯ ЛИ ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ ПРИ БАКТЕРИОТОКСИЧЕСКОМ ШОКЕ, И ЕСЛИ ДА, ТО КОГДА НУЖНО ПРОИЗВОДИТЬ ОПЕРАЦИЮ?

А после выведения из шока

Б через 1-2 дня после шока

В через 3-4 дня после шока

Г через 5 - 6 дней после шока

58 ДО КАКОГО УРОВНЯ СНИЖАЕТСЯ ДИУРЕЗ В НАЧАЛЕ БАКТЕРИОТОКСИЧЕСКОГО ШОКА?

А менее 30 - 25 мл/ч

Б 90-80 мл/ч

В 70-60 мл/ч

Г 50-40 мл/ч

59 С КАКОГО МЕРОПРИЯТИЯ ДОЛЖНО НАЧИНАТЬСЯ ВЫВЕДЕНИЕ БОЛЬНОГО ИЗ БАКТЕРИОТОКСИЧЕСКОГО ШОКА?

А восстановление объема циркулирующей крови

Б устранение ДВС-синдрома

В коррекция электролитных нарушений

Г уменьшение азотемии

60 КАКИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О ДВУСТОРОННЕМ ВОСПАЛИТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ В ПОЧКАХ?

А азотемия

Б бактериурия

В пиурия

Г альбуминурия

61 В КАКОМ ПЕРИОДЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ МОГУТ БЫТЬ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ?

А начальный период

Б период разгара

В период осложнений

Г период обратного развития

62 ПРИ КАКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА МОЖЕТ ОТСУТСТВОВАТЬ ПИУРИЯ?

А в корковом веществе

Б в собирательных трубках

В в фиброзной капсуле

Г в фиброзной капсуле и малых чашечках

63 НА КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ МОЖЕТ УКАЗЫВАТЬ ПОЯВЛЕНИЕ ИКТЕРИЧНОСТИ СКЛЕР И КОЖИ ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ?

А гепаторенальный синдром

Б хроническая почечная недостаточность

В холецистит

Г желчнокаменная болезнь

64 ПРИ ВОСХОДЯЩЕМ (УРИНОГЕННОМ) ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ОТДЕЛЬНЫЕ ОЧАГИ ИНФЕКЦИИ В ПОЧКЕ РАСПОЛАГАЮТСЯ

А веерообразно в виде клиньев от лоханки до поверхности почки

Б диффузно в паренхиме

В вдоль внутридолевых сосудов

Г вдоль собирательных трубочек

65 ПРИ КАКОМ ВИДЕ РЕФЛЮКСА НАБЛЮДАЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА?

А при пиелофорникальном

Б при пиелолимфатическом

В при пиелосинусном

Г при пиелотубулярном

66 В КАКОЙ СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАСТУПАЕТ НАРУШЕНИЕ АЗОТОВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПОЧЕК?

А интермиттирующая

Б терминальная

В компенсированная

Г латентная

67 В ДИАГНОСТИКЕ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРЕДНИЗОЛОНОВЫЙ ТЕСТ?

А педункулит

Б острый пиелонефрит

В пионефроз

Г ксантогранулематозный пиелонефрит

68 КАКОЙ ИЗ СИНОНИМОВ ТЕРМИНА НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ПРОСТАТИТ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ НАИБОЛЕЕ ПРАВИЛЬНЫМ?

А бактериальный

Б нетрихомонозный

В инфекционный

Г негонококковый

69 К КАКОЙ ГРУППЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСИТСЯ ХЛАМИДИЙНЫЙ ПРОСТАТИТ?

А к воспалительным неспецифическим ЗППП

Б к венерическим

В к бактериальным грамотрицательным

Г к заболеваниям, передающимся половым путем

70 КАКОЙ ВОЗРАСТ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ СТРАДАЮЩИХ ПРОСТАТИТОМ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ?

А простатитом болеют теперь и юноши, и больные с аденомой ПЖ

Б средний, 30-45 лет

В старший возраст, 46-60 лет

Г пожилой возраст

071 УКАЖИТЕ 2 ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПРОСТАТИТА?

А рост уrogenитальных инфекций, передающихся половым путем

Б снижение воспитательной роли школы

В уменьшение объема санитарной пропаганды

Г уменьшение пропаганды классической литературы и искусства

72 КАКАЯ ИЗ ГРАМОТРИЦАТЕЛЬНЫХ БАКТЕРИЙ НЕ СОДЕРЖИТ ОБОЛОЧКИ?

А уреаплазмы, микоплазмы

Б кишечная палочка

В протейные бактерии

Г хламидии

73 ПРИ КАКОЙ ИЗ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ЖЕНЩИН НАСТУПАЮТ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ВО ВЛАГАЛИЩЕ С ГНИЛОСТНЫМ ЗАПАХОМ?

А при гарднереллезе

Б при инфицировании урогенитальным вирусом герпеса

В при выявлении микоплазм

Г при уреаплазмозе

74 КАКОВЫ ВРОЖДЕННЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРОСТАТИТА?

А все перечисленные факторы

Б обширные венозные анастомозы предстательной железы с венами таза

В отсутствие мышечных жомов выводных протоков ацинусов в задней уретре, гипо-андрогения

Г анатомическая близость всех добавочных половых желез

и затрудненный отток секрета предстательной железы; Д. все перечисленное выше

75 КАКИЕ АРТЕРИИ КРОВΟΣНАБЖАЮТ ПРЕДСТАТЕЛЬНУЮ ЖЕЛЕЗУ?

А верхние и нижние правые и левые простатические артерии

Б сигмовидная артерия

В верхние геморроидальные

Г нижние геморроидальные

76 НАЗОВИТЕ 2 ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ПРИОБРЕТЕННЫХ ФАКТОРА ПРОСТАТИТА

А задний уретрит, стриктура уретры

Б цистит

В варикозное расширение геморроидальных вен, стриктура уретры

Г колит

77 КАКИЕ ПРИНЦИПЫ, ПОЛОЖЕННЫЕ В ОСНОВУ КЛАССИФИКАЦИЙ ПРОСТАТИТОВ, СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ ПРАВИЛЬНЫМИ?

А все перечисленные

Б клинический

В этиологический

Г патогенетический

78 КАКОВЫ ПРИЧИНЫ ОСТРОГО ПРОСТАТИТА?

А уретрит

Б пиелонефрит

В цистит

Г колит

79 ПЕРЕЧИСЛИТЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРОСТАТИТА

А конгестия вен таза и предстательной железы

Б анатомические особенности строения выводных протоков ацинусов предстательной железы

В артериальное кровоснабжение предстательной железы, его особенности

Г иммунологический

80 НАЗОВИТЕ ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ ОСТРОГО КАТАРАЛЬНОГО ПРОСТАТИТА

А умеренная, но острая боль в промежности

Б терминальная гематурия

В диарея

Г поллакиурия

81 КАКОВЫ ПОКАЗАТЕЛИ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ОСТРОМ ФОЛЛИКУЛЯРНОМ ПРОСТАТИТЕ?

А негетерогенная по консистенции ПЖ, в которой пальпируются очажки-инфильтраты

Б уменьшенная в размерах предстательная железа

В асимметрия предстательной железы, флюктуация одной доли ее

Г обычные размеры и консистенция ПЖ, выраженная болезненность

82 КАКОВЫ ВОЗМОЖНЫЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ МОЧИ И СЕКРЕТА ПЖ ПРИ ОСТРОМ ПРОСТАТИТЕ?

А общий анализ мочи, выделенной во время акта дефекации

Б анализ секрета ПЖ (нативного препарата)

В двухстаканная проба

Г трехстаканная проба

83 КАКОВЫ УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОГО ГНОЙНО-ПАРЕНХИМАТОЗНОГО ПРОСТАТИТА?

А значительно увеличены размеры ПЖ, эхопозитивные (пестрые) образования

Б слегка увеличенные размеры ПЖ, гомогенная консистенция ее

В предстательная железа умеренно увеличена, видны эхонегативные образования

Г предстательная железа увеличена, гомогенна, вдается в просвет мочевого пузыря, остаточная моча - 120 мл

84 ПРИЗНАКИ «СИМПТОМА ЗАКРЫТОЙ ДОЛИ» ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПРОСТАТИТЕ

А ректально одна из долей увеличена, при пальпации отмечается баллотирование и флюктуация; вторая доля обычных размеров, консистенции

Б обе доли слегка напряжены, болезненны

В обе доли ПЖ не увеличены в размерах, обычной гомогенной консистенции; пальпация одной доли болезненна

Г одна доля ПЖ утолщена, тестовидной консистенции, безболезненна; другая доля несколько увеличена, напряжена, гомогенна, болезненна

85 УКАЖИТЕ ВЕДУЩИЙ СИМПТОМ КОНГЕСТИВНОГО ПРОСТАТИТА

А «тусклость» оргазма

Б боль в промежности

В снижение либидо

Г уменьшение эректильной составляющей

86 КАК ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ УРЕТРОПРОСТАТИТА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ТРЕХ-СТАКАННОЙ ПРОБЫ?

А лейкоцитурия в первой порции

Б лейкоцитурия в третьей порции

В лейкоцитурия в первой и третьей порции

Г тотальная лейкоцитурия во всех трех порциях мочи

87 ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ АНАЛИЗА СЕКРЕТА ПЖ ПРИ ЕЕ АТОНИИ (ПРОСТАТОРЕЕ) СЛЕДУЮЩИЕ



- А лейкоциты 12 - 17 в поле зрения, лецитиновые зерна в меньшенном количестве  
Б лейкоциты сплошь покрывают поле зрения, лецитиновые тельца в небольшом количестве  
В лейкоциты скоплениями в отдельных полях зрения, лецитиновые тельца в умеренном количестве  
Г лейкоциты 30 - 40 в поле зрения, лецитиновые зерна в уменьшенном количестве
- 88 КАКОЙ САМЫЙ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ АНАЛИЗОВ СЕКРЕТА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПИРОГЕНАЛОТЕРАПИИ?
- А лейкоциты сплошь покрывают поле зрения  
Б лейкоциты 20-30 в поле зрения, лецитиновые зерна в небольшом количестве  
В лейкоциты 10-12 в поле зрения, лецитиновые зерна в небольшом количестве  
Г лейкоциты до 100 в поле зрения
- 89 КАКОВА НАЧАЛЬНАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА ПИРОГЕНАЛА ДЛЯ ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ?
- А 2,5мкг  
Б 3 мкг  
В 4 мкг  
Г 1мкг
- 90 КОТОРЫЙ ДЕНЬ КУРСА ПИРОГЕНАЛОТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ ОПТИМАЛЬНЫМ ДЛЯ НАЧАЛА ЭТИОТРОПНОГО АНТИИНФЕКЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ?
- А четвертый  
Б первый  
В второй  
Г третий
- 91 ВРЕМЯ НАЧАЛА МАССАЖА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ДРЕНИРОВАНИЯ ПРИ ПИРОГЕНАЛОТЕРАПИИ ИЛИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИММУНОПРОТЕКТОРАМИ
- А спустя 1-2 дня от начала этиотропной антиинфекционной терапии  
Б через 4 дня от начала пирогеналотерапии  
В после окончания пирогеналотерапии  
Г на третий день ее проведения
- 92 КАКИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ЯВЛЯЮТСЯ НАИБОЛЕЕ ПРИЕМЛЕМЫМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ?
- А антибиотики фторхинолонового ряда  
Б тетрациклины и макролиды  
В аминогликозиды  
Г нитрофураны
- 93 ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ГЛАВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ПРИКРЫТИЯ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ХЛАМИДИЙНЫХ ПРОСТАТИТОВ?
- А антигрибковые препараты  
Б сердечные средства  
В витамины  
Г препараты, улучшающие функцию печени и трентал
- 94 КАКУЮ ИЗ НОВОКАИНОВЫХ БЛОКАД МОЖНО РЕКОМЕНДОВАТЬ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРОСТАТИТОВ?
- А парапростатическую

Б паранефральную

В пресакральную

Г позадилонную

95 КАКОЙ ГОРМОНАЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ ЯВЛЯЕТСЯ ЛУЧШИМ В ЛЕЧЕНИИ ИНТЕРО-РЕЦЕПТИВНОЙ ИМПОТЕНЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ПРОСТАТИТАХ?

А андриол

Б метилтестостерон

В тестостерона пропионат

Г омнадрен

96 КАКОВЫ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АТОНИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ?

А мелипрамин

Б массаж предстательной железы, восходящий душ

В диатермия предстательной железы

Г антибактериальная терапия

97 ЛУЧШАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ АППАРАТНАЯ ТЕРАПИЯ ПРОСТАТИТА

А электролазерная на аппарате «Ярило»

Б диатермия предстательной железы

В ультразвуковая терапия

Г лазерная

98 УКАЖИТЕ ОСНОВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СКЛЕРОЗА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ

А гормональное

Б антибактериальное

В с применением фермента лидазы

Г хирургическое

99 КАКОВА ЛОКАЛИЗАЦИЯ БОЛИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВЕЗИКУЛИТЕ?

А глубоко в тазу, в паховой области

Б в позадилонной области

В в прямой кишке

Г в крестце

100 ПРИ КАКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВОЗМОЖНА ГЕМОСПЕРМИЯ?

А при везикулите

Б при простатите

В при цистите

Г при тромбозе вен таза

101 КАКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ОБУСЛОВЛЕН СИМПТОМ ВЫДЕЛЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ГНОЙНОГО ЭКССУДАТА ИЗ УРЕТРЫ ВО ВРЕМЯ ДЕФЕКАЦИИ?

А простатитом

Б колликулитом

В везикулитом

Г гнойным циститом

102 КАКОВА ОПТИМАЛЬНАЯ И БЕЗВРЕДНАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ АЗОТНОКИСЛОГО СЕРЕБРА ДЛЯ ПРИЖИГАНИЯ СЕМЕННОГО БУТОРКА ПРИ КОЛЛИКУЛИТЕ

А 8%

Б 15%

В 20%

Г 1 %

103 ОПТИМАЛЬНЫЙ ДОСТУП ПРИ ВСКРЫТИИ ЭМПИЕМЫ СЕМЕННОГО ПУЗЫРЬКА

А ишиоректальный

Б чреспузырный

В по Мак-Уортеру

Г пироговский

104 ПОКАЗАНИЯМИ К УРЕТРОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А хронический уретрит

Б передний уретрит

В задний уретрит

Г острый уретрит

105 НЕСОМНЕННЫМ ПРИЗНАКОМ УРЕТРИТА ПРИ ТРЕХСТАКАННОЙ ПРОБЕ МОЖЕТ БЫТЬ

А наличие лейкоцитов в первой порции мочи

Б наличие лейкоцитов во второй порции мочи

В наличие лейкоцитов в третьей порции мочи

Г наличие лейкоцитов во всех порциях мочи

106 ПРИ КАКОМ УРЕТРИТЕ РАЗВИВАЕТСЯ БОЛЕЗНЬ РЕЙТЕРА?

А хламидийном

Б гонорейном

В вирусном

Г микоплазменном

107 СИНДРОМ РЕЙТЕРА ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

А во всех перечисленных случаях

Б гонорейном уретрите

В микоплазменном уретрите

Г дизентерии

108 БОЛЕЗНЬ РЕЙТЕРА ОБУСЛОВЛЕНА

А генетическими факторами

Б наличием антител к возбудителю

В аллергической реакцией

Г снижением иммунитета

109 ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ ТРИХОМОНАДНОМ УРЕТРИТЕ ДЛИТСЯ

А 10 дней

Б 20 дней

В 15 дней

Г 5 дней

110 ДЛЯ ВЫРАЩИВАНИЯ ВИРУСОВ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

А клеточные среды

Б агар-агар

В мясной бульон

Г картофельно-глицериновая среда

111 КАКОВА ТАКТИКА ПРИ ПЕРЕКРУТЕ ЯИЧКА?

А активно-оперативная

- Б блокада семенного канатика  
В физиотерапия (УВЧ)  
Г выжидательная
- 112 ТАКТИКА ПРИ ОСТРЫХ СЕРОЗНЫХ ЭПИДИДИМИТАХ  
А оперативное дренирование органов мошонки  
Б орхиэпидидимэктомия  
В эпидидимэктомия  
Г вскрытие придатка яичка
- 113 СКОЛЬКО ТИПОВ ГИДАТИД МОЖЕТ ИМЕТЬ ЯИЧКО И ЕГО ПРИДАТОК?  
А четыре  
Б один  
В пять  
Г три
- 114 СИМПТОМЫ ОСТРОГО ОРХИТА  
А отек и боль в мошонке  
Б гемоспермия  
В гипертермия  
Г боли в промежности
- 115 ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОБСТРУКТИВНОЙ АСПЕРМИИ  
А эпидидимовазоанастомоз  
Б дренирование мошонки  
В тестикулоvasoанастомоз  
Г искусственная инсеминация
- 116 ЧЕМ ОБРАЗОВАН ГЕМАТОТЕСТИКУЛЯРНЫЙ БАРЬЕР?  
А оболочкой канальца и цитоплазмой клеток Сертоли  
Б сперматидами  
В клетками Лейдига  
Г сперматогониями
- 117 КАКАЯ БАКТЕРИАЛЬНАЯ ФЛОРА ЧАЩЕ ПРИСУТСТВУЕТ В МОЧЕ ПРИ ОСТРОМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЭПИДИДИМИТЕ?  
А микрофлора отсутствует  
Б синегнойная палочка  
В протей  
Г клебсиелла
- 118 ЧЕМ ОСЛОЖНЯЕТСЯ ДВУСТОРОННИЙ ЭПИДИДИМИТ, ЛЕЧЕННЫЙ КОНСЕРВАТИВНО?  
А атрофией яичка  
Б обструктивной аспермией  
В олигоспермией  
Г перекрутом яичка
- 119 ЧЕМ ОБЪЯСНЯЕТСЯ ЧАСТОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЯИЧЕК ПРИ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ?  
А тропизмом вирусов к паренхиме яичек  
Б хорошим кровоснабжением тестикул  
В рефлюксом мочи  
Г низкой температурой

120 Яичко кровоснабжается за счет

- А внутренней семенной вены
- Б внутренней семенной артерии
- В ренальной вены
- Г нижней простатической артерии

121 СКОЛЬКО ОБОЛОЧЕК ИЛИ СЛОЕВ ЯИЧКА НУЖНО ВСКРЫТЬ ПРИ ПОДХОДЕ К НЕМУ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ?

- А семь
- Б пять
- В четыре
- Г шесть

122 ПРИ КАКОЙ ЭТИОЛОГИИ ПРОЦЕССА ВОЗНИКАЕТ ОРХОЭПИДИДИМИТ?

- А туберкулез
- Б гонорея
- В хламидиоз
- Г бруцеллез

123 В КАКОМ ВОЗРАСТЕ ВОЗМОЖНЫ ИСТИННЫЕ ОРХИТЫ?

- А до 13 лет
- Б до 25 лет
- В до 70 лет
- Г до 5 лет

124 КАКОЙ ФЕРМЕНТ ВЫРАБАТЫВАЕТ ПРИДАТОК ЯИЧКА?

- А корнитин
- Б фибриногеназу
- В дегидрогеназу
- Г везикулазу

125 НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО ДИАГНОЗ ТУБЕРКУЛЕЗА ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ МОЖНО ПОСТАВИТЬ ПРИ

- А биологической пробе
- Б микроскопии мочи
- В микроскопии эякулята
- Г посева мочи и эякулята на специальные питательные среды

126 ДЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ХАРАКТЕРНО

- А все перечисленное выше
- Б рецидивирующий характер заболевания
- В наличие свищей
- Г вторичное поражение

127 ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПОРАЖЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ПОКАЗАНА

- А ничего из вышеперечисленного
- Б туберкулостатическая терапия
- В оперативное лечение
- Г пункция

128 ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ПРОИЗВОДИТСЯ

А после туберкулостатической терапии

Б после назначения антибиотиков широкого спектра действия

В в любом из перечисленных вариантов

Г до туберкулостатической терапии

129 ДЛЯ ДИУРЕТИЧЕСКОЙ СТАДИИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО

А развитие на 2-3-й сутки от начала заболевания

Б развитие на 10-14-е сутки от начала заболевания

В развитие через 3-6 мес от начала заболевания

Г суточное количество мочи не превышает 200-300 мл

130 НЕЗАВИСИМО ОТ ЭТИОЛОГИИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАЗНАЧАЮТ

А осмотические диуретики

Б гемодиализ, не ранее 14 - 16-го дня от начала заболевания

В препараты калия

Г внутривенное введение подкисляющих растворов

131 К РАЗВИТИЮ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЧАЩЕ ПРИВОДИТ

А гломерулонефрит

Б септический аборт

В массивное кровотечение

Г отравление этиленгликолем

132 ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО

А уменьшение числа функционирующих нефронов

Б алкалоз

В гипокалиемия

Г артериальная гипотензия

133 КОМПЕНСИРОВАННАЯ СТАДИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А увеличением суточного диуреза

Б снижением клубочковой фильтрации до 60-70 мл/мин

В снижением клубочковой фильтрации до 30-40 мл/мин

Г повышением осмолярности мочи

134 ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАБЛЮДАЕТСЯ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ

А тошнота, рвота

Б гиперкоагуляция

В повышенное потоотделение

Г гиперплазия эритропоэтической ткани

135 ПОКАЗАНИЯ К ГЕМОДИАЛИЗУ

А снижение уровня клубочковой фильтрации ниже 5 мл/мин

Б повышение содержания мочевины в сыворотке крови до 15 ммоль/л

В повышение содержания креатинина в сыворотке крови до 0,8 - 1 ммоль/л

Г уровень клубочковой фильтрации 25 мл/мин

136 КАКИЕ ИНФЕКЦИИ ОТНОСЯТСЯ К УРОГЕНИТАЛЬНЫМ?

А хламидиоз, микоплазмоз, уреоплазмоз, генитальный герпес, бактериальный вагиноз

- Б трихомоноз  
В СПИД  
Г сифилис  
137 К КАКОМУ ВИДУ МИКРООРГАНИЗМОВ ОТНОСЯТСЯ ХЛАМИДИИ?  
А бактерии  
Б вирусы  
В грибы  
Г анаэробы  
138 К КАКОМУ СЕРОТИПУ ОТНОСИТСЯ CHLAMYDIA TRACHOMATIS?  
А D-K  
Б L1-L3  
В T1-T2  
Г M1-M2  
139 КАКАЯ ФОРМА ХЛАМИДИЙ СЧИТАЕТСЯ ИНФЕКЦИОННОЙ?  
А элементарное тельце  
Б ретикулярное  
В промежуточное  
Г элементарное и ретикулярное  
140 КАКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ВЫЗЫВАЕТ УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ ХЛАМИДИОЗОВ?  
А болезнь Рейтера  
Б кавернит  
В баланопостит  
Г болезнь Пейрони  
141 КАКОЙ ПУТЬ ЗАРАЖЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ ПРИ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЯХ?  
А половой  
Б гематогенный  
В пищевой  
Г лимфогенный  
142 ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ УРОГЕНИТАЛЬНОМ ХЛАМИДИОЗЕ ПРОДОЛЖАЕТСЯ  
А 10-15 дней  
Б 40 — 60 дней  
В 120-150 дней  
Г 1 — 3 дня  
143 САМЫЙ БЫСТРЫЙ И НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА  
А ПИ (прямая иммунофлюоресценция)  
Б ИФА (иммуноферментный анализ)  
В РСК (реакция связывания комплемента)  
Г ПЦР (полимеразноцепная реакция)  
144 КАКИЕ ИЗ ПРЕПАРАТОВ ДАЮТ АНТИХЛАМИДИЙНЫЙ ЭФФЕКТ?  
А кларитромицин  
Б амоксициллин  
В полимиксин

Г пefфлоксацин

145 КАКИМ МЕТОДОМ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ МИКОПЛАЗМЫ И УРЕАПЛАЗМЫ?

А культуральный метод

Б метод непрямой иммунофлюоресценции

В метод молекулярной гибридизации

Г уреазные тесты

146 КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ НАЗНАЧАЮТСЯ ПРИ МИКОПЛАЗМЕННО-УРЕАПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ?

А доксициклин

Б карбециллин

В гентамици

Г клафоран

147 КАКОВА КЛИНИКА РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ФОРМЫ ГЕРПЕСА I И II ТИПА?

А отсутствие интоксикации

Б отсутствие высокой температуры тела

В в виде ОРВИ

Г афтозный стоматит

148 КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ В ЛЕЧЕНИИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА?

А тинидазол

Б макмирор

В метилурацил

Г госсипол

149 КАКОВЫ ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОБСТРУКТИВНОЙ АСПЕРМИИ?

А все стадии сперматогенеза

Б клетки Сертоли

В клетки Лейдига

Г сперматогонии

150 ЧТО ОЗНАЧАЕТ ТЕРМИН «АЗООСПЕРМИЯ»?

А наличие клеток сперматогенеза при отсутствии спермиев

Б наличие неподвижных форм спермиев

В наличие дегенеративных форм спермиев

Г отсутствие спермиев

151 ЧТО ОЗНАЧАЕТ ТЕРМИН «АСПЕРМИЯ»?

А отсутствие спермиев и клеток сперматогенеза

Б отсутствие клеток сперматогенеза

В единичные спермии в полях зрения

Г наличие клеток сперматогенеза

152 УКАЖИТЕ НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ PH ЭЯКУЛЯТА

А 7,2-7,8

Б 8,0-8,6

В 5,0-5,4

Г 4,5-4,8

153 КАКОВА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЦИКЛА СПЕРМАТОГЕНЕЗА?



А 72 дня

Б 50 ч

В 48 дней

Г 90 дней

154 КАКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СПЕРМАТОГРАММЫ ОЖИДАЮТСЯ ПОСЛЕ ХРОНИЧЕСКОГО ДВУСТОРОННЕГО ЭПИДИДИМИТА, ЛЕЧЕННОГО КОНСЕРВАТИВНО?

А аспермия

Б олигозооспермия

В тератоспермия

Г астенозооспермия

155 НАЗОВИТЕ НОРМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО СПЕРМАТОЗОИДОВ В 1 МЛ ЭЯКУЛЯТА

А 20 - 40 млн/мл

Б 5 - 10 млн/мл

В 100 - 200 тыс./мл

Г 180 - 200 млн/мл

156 КАКИМ МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЯЮТ КОЛИЧЕСТВО СПЕРМАТОЗОИДОВ?

А в камере Горяева

Б метод Курцрока-Миллера

В метод Морозова

Г метод Баскина

157 КАКИЕ НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВЯЗКОСТИ ЭЯКУЛЯТА?

А 0,3 - 0,5 см

Б 0,1 - 0,2 см

В 5 - 10 см

Г 3 - 5 см

158 КАКИЕ НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СОДЕРЖАНИЯ ЛЕЙКОЦИТОВ В СЕКРЕТЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ?

А 0-1-6 в поле зрения

Б 10-15 в поле зрения

В 20-25 в поле зрения

Г 25-100 в поле зрения

159 КАКИЕ ИЗ ГОРМОНОВ ОТНОСЯТСЯ К ГОНАДОТРОПНЫМ?

А фолликулостимулирующий

Б тироксин

В прогестерон

Г эстрадиол

160 КАКИЕ ГОРМОНЫ СЧИТАЮТСЯ ПОЛОВЫМИ?

А эстрадиол

Б лютеинизирующий

В фолликулостимулирующий

Г прогестерон

161 КАКИМ МЕТОДОМ ОКРАСКИ МОЖНО ПОДТВЕРДИТЬ НЕКРОСПЕРМИЮ?

А по Морозову

Б по Папаниколау

В по Рубенкову

Г по Романовскому-Гимзе

162 КАКИЕ НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРОЛАКТИНА?

А 60-380 МЕ/л

Б 400-500 МЕ/л

В 20-40 МЕ/л

Г 500-800 МЕ/л

163 КАКИМ СЧИТАЕТСЯ НОРМАЛЬНЫЙ ЦВЕТ ЭЯКУЛЯТА?

А беловато-серый

Б красный

В красно-желтый

Г желтый

164 КАКОЙ ОБЪЕМ ЭЯКУЛЯТА СЧИТАЕТСЯ НОРМАЛЬНЫМ?

А 3 -5 мл

Б 1-1,5 мл

В 7-8 мл

Г 10-15 мл

165 КАКОЙ ОБЪЕМ ЭЯКУЛЯТА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ СИНДРОМЕ СЕРТОЛИЕВЫХ КЛЕТОК?

А 3 - 5 мл

Б 8 - 10 мл

В 0,5 - 1 мл

Г 10 - 15 мл

166 ЧТО ОЗНАЧАЕТ ТЕРМИН «ТЕРАТОЗООСПЕРМИЯ»?

А наличие дегенеративных форм сперматозоидов

Б нормальные формы сперматозоидов

В наличие молодых форм сперматозоидов

Г уменьшение количества сперматозоидов

167 КАКОВА ДЫХАТЕЛЬНАЯ СПОСОБНОСТЬ СПЕРМАТОЗОИДОВ ПО МЕТОДУ ШЕРГИНА?

А 23 - 75 мин

Б 20-90 мин

В 60-120 мин

Г 20 - 25 мин

168 КАКОВА ЧАСТОТА ОПРЕДЕЛЕНИЯ Х-ПОЛОВОГО ХРОМАТИНА У МУЖЧИН?

А 0-4%

Б 50-100%

В 300-400%

Г 10-15%

169 КАКОВА ЧАСТОТА ОПРЕДЕЛЕНИЯ Х-ПОЛОВОГО ХРОМАТИНА У ЖЕНЩИН?

А 10-50%

Б 100-200%

В 10-15%

Г 50-30%

170 КАКИЕ БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЫ ПРОВОДЯТСЯ ПРИ ОТНОСИТЕЛЬНОМ БЕСПЛОДИИ В БРАКЕ?

А перекрестно-пенетрационная

Б феномен кристаллизации

В симптом зрачка

Г посткоитальная

171 КАКОЙ СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМАХ МУЖСКОГО СЕКРЕТОРНОГО БЕСПЛОДИЯ?

А ЭКО (экстракорпоральное оплодотворение) СД

Б искусственная инсеминация СД

В эпидидимовазоанастомоз

Г эпидидимокутанеонеостомия

172 КАКИЕ ИЗ ГОРМОНАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ВЛИЯЮТ НА ПОДВИЖНОСТЬ СПЕРМАТОЗОИДОВ?

А андриол

Б синэстрол

В андрокур

Г диэтилстильбэстрол

173 К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ АМОКСИЛАВ?

А пенициллины

Б тетрациклины

В цефалоспорины

Г макролиды

174 К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ ЦЕДЕКС?

А цефалоспорины

Б иммуномодуляторы

В тетрациклины

Г ангиопротекторы

175 К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ НОЛИЦИН?

А хинолоны

Б макролиды

В цефалоспорины

Г пенициллины

176 КАКОЙ ИЗ ПРЕПАРАТОВ ВОЗДЕЙСТВУЕТ НА ХЛАМИДИЙНУЮ ИНФЕКЦИЮ?

А ципринол

Б амикоцин

В леворин

Г полимиксин

177 КАКОЙ ИЗ ПРЕПАРАТОВ ВОЗДЕЙСТВУЕТ НА ВСЮ УРОГЕНИТАЛЬНУЮ ИНФЕКЦИЮ?

А квинтор

Б кефзол

В цеклор

Г тиенам

178 КАКОЙ ИЗ ПРЕПАРАТОВ ДОСТИГАЕТ ВЫСОКОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ В ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЕ?

А сумамед

Б палин

В фурагин

Г канамицин

179 К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ СОЛКОУРОВАК?

А иммуномодуляторы

Б хинолоны

В тетрациклины

Г ангиопротекторы

180 КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ОКАЗЫВАЕТ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ?

А левамизол

Б спирамицин

В нетромицин

Г палин

181 К КАКОЙ ГРУППЕ ОТНОСИТСЯ ГЕНТАМИЦИН?

А аминогликозиды

Б нитрофураны

В макролиды

Г цефалоспорины

182 К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ СУЛЬФАТЕН?

А сульфаниламиды

Б пенициллины

В аминогликозиды

Г нитрофураны

183 К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ ЛЕВАНТИН?

А фторхинолоны

Б нитрофураны

В тетрациклины

Г аминогликозиды

184 К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ ПРЕПАРАТ ПЕНТОКСИФИЛ-ЛИН?

А ангиопротекторы

Б аминогликозиды

В пенициллины

Г фторхинолоны

185 КАКОЙ ИЗ ПРЕПАРАТОВ СНИЖАЕТ УРОВЕНЬ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ В МОЧЕ И КРОВИ?

А милурит

Б пенициллин

В рифампицин

Г нитроксолин

186 К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ ПИМИДЕЛЬ?

А хинолоны

Б тетрациклины

В пенициллины

Г аминогликозид

187 К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ АЦИКЛОВИР?

- А противовирусные
- Б ангиопротекторы
- В иммуномодуляторы
- Г аминогликозиды

188 ПЕРЕЧИСЛИТЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ УРОДИНАМИКИ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

- А урофлоуметрия
- Б цистография
- В хромоцистоскопия
- Г уретроцистоскопия

189 НАЗОВИТЕ УРОДИНАМИЧЕСКИЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ФАЗЫ НАКОПЛЕНИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

- А ретроградная цистометрия
- Б сфинктерометрия
- В электромиография
- Г профилометрия уретры

190 НАЗОВИТЕ ФУНКЦИЮ ДЕТРУЗОРА В ФАЗЕ ЭВАКУАЦИИ

- А сокращение
- Б снижение сокращения
- В снижение расслабления
- Г расслабление

191 НАЗОВИТЕ ФУНКЦИИ СФИНКТЕРОВ В ФАЗЕ НАКОПЛЕНИЯ

- А сокращение
- Б снижение расслабления
- В нет функции
- Г снижение сокращения

192 ДАЙТЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТЕРМИНУ «СТРЕССОВОЕ НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ»

- А «потеря» мочи при физической нагрузке, кашле, смехе, изменении положения тела
- Б «потеря» мочи при пузырных, уретральных фистулах
- В ночное непроизвольное мочеиспускание
- Г «потеря» мочи при переполнении мочевого пузыря

193 НОРМАЛЬНОЕ ВНУТРИПУЗЫРНОЕ ДАВЛЕНИЕ РАВНО

- А 12 — 20 см вод. ст.
- Б 25 — 40 см вод.ст.
- В 45 — 60 см вод.
- Г 65 — 80 см вод. ст.

194 ДАВЛЕНИЕ В УРЕТРЕ В ФАЗЕ НАКОПЛЕНИЯ ДОЛЖНО

- А превышать давление в мочевом пузыре
- Б быть меньше давления в мочевом пузыре
- В повышаться по мере наполнения мочевого пузыря
- Г оставаться постоянно низким по мере наполнения мочевого пузыря

195 НАЗОВИТЕ ПРИЧИНЫ ОБРАЗОВАНИЯ АКУШЕРСКИХ МОЧЕПОЛОВЫХ СВИЩЕЙ

- А хирургическая травма мочевого пузыря во время акушерско-гинекологических пособий
- Б нарушение трофики тканей пузырно-генитальной области

- В задержка мочеиспускания после акушерско-гинекологических пособий  
 Г хроническая инфекция нижних мочевых путей
- 196 ВАША ТАКТИКА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ТАЗОВОГО ОТДЕЛА МОЧЕТОЧНИКА В ХОДЕ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ПОСОБИЙ СРОКОМ БОЛЕЕ 1 СУТ
- А пункционная или открытая нефростомия, дренирование зоны затека  
 Б дренирование зоны мочевого затека  
 В реконструктивные операции  
 Г нефрэктомия (при одностороннем повреждении)
- 197 НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ ФОРМЫ НЕФРОГЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
- А атеросклеротический стеноз почечной артерии  
 Б аневризма почечной артерии  
 В сдавление почечной артерии извне  
 Г аномалии развития аорты
- 198 НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ПРИЧИНЫ ПАРЕНХИМАТОЗНОЙ ФОРМЫ НЕФРОГЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
- А гломерулонефрит  
 Б опухоль или киста паренхимы почки  
 В поликистоз почек  
 Г губчатая почка
- 199 ПРИ НЕФРОГЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НАБЛЮДАЕТСЯ
- А повышение образования ренина  
 Б уменьшение образования ангиотензина  
 В повышение артериального давления в сосудах почки  
 Г повышенное выведение натрия
- 200 КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ НЕФРОГЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
- А неэффективностью гипотензивной терапии  
 Б частыми гипертоническими кризами  
 В высоким систолическим, нормальным диастолическим давлением  
 Г относительно частыми жалобами на головную боль, слабость

### 2.3 Вопросы для устного собеседования

1. Диагностика и клиника мочекаменной болезни.
2. Урофлоуметрия. Методика, расшифровка урофлоурограмм.
3. Хронический пиелонефрит. Лечение, исходы, прогноз, профилактика.
4. Рентгеновские методы диагностики мочекаменной болезни.
5. Динамическая кавернозография. Показания, методика, осложнения.
6. Хронические циститы. Классификация, клиника, дифференциальная диагностика.
7. Ультразвуковая доплерография сосудов полового члена. Показания, методика, оценка результатов.
8. Методы обследования больных с недержанием мочи.
9. Уретероскопия. Показания, методика выполнения, профилактика осложнений
10. Электромиография бульбокавернозного рефлекса. Методика, оценка результатов.
11. Клиника и диагностика эректильной дисфункции.
12. Аномалии яичка. Классификация, диагностика, лечение.

13. Аномалии почек. Классификация, диагностика, лечение.
14. Уретроскопия. Показания, методика выполнения, профилактика осложнений
15. Бесплодие у мужчин. Этиология, патогенез, классификация, методы диагностики.
16. Особенности урологической помощи в поликлиниках и стационарах.
17. Консервативное секреторного бесплодия у мужчин.
18. Цистоскопия. Показания, методика, оценка результатов.
19. Физиотерапия при лечении эректильной дисфункции. Показания, противопоказания.
20. Эферентные методы бесплодия у мужчин.
21. Термотерапия при ДГПЖ. Показания, методика.
22. Динамическая кавернозография. Показания, методика, осложнения.
23. Динамическая кавернозография. Расшифровка результатов исследования.
24. Спермограмма. Расшифровка основных показателей.
25. Рентгенологические методы диагностики аномалий развития почек. Расшифровка рентгенограмм.
26. Компьютерная томография в дифференциальной диагностике гидронефроза.
27. Принципы диспансеризации урологических больных.
28. Рентгенодиагностика стриктур уретры. Расшифровка уретрограмм.
29. Туберкулёз придатка яичка. Патогенез, клиника, диагностика и лечение
30. Приапизм. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
31. Острый цистит. Клиника, диагностика, лечение.
32. Эписпадия. Клиника, диагностика, хирургическое лечение.
33. Варикоцеле. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
34. Острый пиелонефрит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
35. Гипоспадия. Клиника, диагностика, хирургическое лечение.
36. Экстрофия мочевого пузыря. Клиника, диагностика, хирургическое лечение.
37. Хронический пиелонефрит. Классификация, клиника, диагностика и осложнения.
38. ДГПЖ. Этиология, патогенез, клиника, диагностика.
39. Диагностика и лечение опухолей почек.
40. Травмы почек. Этиология, патогенез, классификация, клиника травм и их осложнений, диагностика.
41. Болезнь Пейрони. Этиология, диагностика, консервативное лечение.
42. Травмы мочеточников. Классификация, клиническая симптоматика травм и осложнений
43. Неспецифические уретриты. Этиология, патогенез, дифференциальная диагностика и лечение.
44. Травмы мочеточников. Лечение, прогноз и экспертиза нетрудоспособности.
45. Интерстициальный цистит. Особенности клиники. Диагностика, методы лечения.
46. Методы реконструктивной пластики полового члена при его утрате.
47. Аномалии полового члена. Диагностика, лечение.
48. Воспалительные заболевания яичка и придатка. Особенности клиники. Методы консервативного и оперативного лечения.
49. Баланопостит. Кавернит. Клиника, диагностика, лечение.
50. Гидронефроз. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
51. Нефроптоз. Клиника, диагностика, методы лечения
52. Рак предстательной железы. Этиология, патогенез, клиника, диагностика
53. Опухоли мочевого пузыря. Радикальные операции, доступы, виды цистэктомий.

54. Протяжённые стриктуры мочеточника. Причины, симптоматика, диагностика.
55. Опухоли полового члена. Этиология, патогенез, клиника, комбинированное и хирургическое лечение
56. Опухоли яичка. Этиопатогенез, клиника, хирургическое лечение.
57. Гидронефроз и беременность. Тактика ведения, методы лечения.
58. Стриктуры уретры. Классификация, клиника, методы уретропластики.
59. Хроническая почечная недостаточность урологических больных. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
60. Бактериотоксический шок. Этиопатогенез, клиника, лечение.
61. Ранние и поздние осложнения после аденомэктомии
62. Оперативные и эндоскопические методы лечения мочекаменной болезни
63. Контактная и дистанционная литотрипсия при мочекаменной болезни.
64. Особенности туберкулёза почек и мочевых путей.
65. Осложнения туберкулёза почек и мочевых путей.
66. Осложнения острого пиелонефрита. Консервативное и хирургическое лечение.
67. Лечение туберкулёза почек и мочевых путей.
68. Особенности клиники и диагностики туберкулёза мужских половых органов.
69. Бужирование уретры. Показания, методика, осложнения.
70. ДГПЖ. Методы консервативного лечения.
71. Травмы полового члена. Неотложная помощь.
72. ДГПЖ. Хирургическое лечение, осложнения и их профилактика.
73. Хирургическое лечение опухолей почек. Органосохраняющие и радикальные операции.
74. Клинические особенности течения пиелонефрита у беременных.
75. Травмы почек. Консервативное и оперативное лечение.
76. Консервативное лечение эректильной дисфункции.
77. Методы реконструктивной пластики полового члена при его утрате.
78. Травмы Трансуретральная резекция (ТУР) ДГПЖ. Показания, методика, профилактика осложнений мочевого пузыря. Этиология, классификация, клиника, диагностика
79. Хирургическое лечение травм мочевого пузыря.
80. Клинические особенности течения мочекаменной болезни у беременных.
81. Установка почечного стента. Показания, профилактика осложнений.
82. Методы хирургического лечения гидронефроза.
83. Цистоскопия. Показания, методика, оценка результатов.
84. Диагностика и лечение травм уретры.
85. Хирургическое лечение экскреторного бесплодия у мужчин
86. Ятрогенные повреждения мочеточников и мочевого пузыря в акушерско-гинекологической практике. Методы хирургического лечения.
87. Хирургическое лечение васкулогенной эректильной дисфункции.
88. Консервативное лечение рака предстательной железы.
89. Цистоскопия. Показания, методика, оценка результатов.
90. Имплантационная хирургия эректильной дисфункции. Показания, профилактика осложнений.