федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр трансплантологии и искусственных органов имени академика В.И. Шумакова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Принято на заседании Ученого совета
ФГБУ «НМИЦ ТИО им. ак.
В.И. Шумакова»
Минздрава России
Протокол № 5
от «29» мая 2026 г.
Ученый секретарь
д.м.н. Д.А. Великий

«УТВЕРЖДАЮ»
Руководитель
ФГБУ «НМИЦ ТИО
им. ак. В.И. Шумакова»
Минздрава России
академик РАН Готье С.В.

«29» мая 2026 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ «УРОЛОГИЯ»

Специальность
31.08.68 Урология

Укрупненная группа специальностей
31.00.00 Клиническая медицина

Уровень высшего образования
подготовка кадров высшей квалификации

Москва, 2026

1. Цель и задачи освоения дисциплины «Урология»

Цель дисциплины:

является подготовка высококвалифицированного врача специалиста в ординатуре по специальности 31.08.68 «Урология», владеющего обширным объемом теоретических знаний; способного успешно решать профессиональные задачи; умеющего провести дифференциально-диагностический поиск; оказать в полном объеме медицинскую помощь; провести все необходимые профилактические и реабилитационные мероприятия по сохранению жизни и здоровья больного; формирование и развитие у обучающихся по специальности «Урология» компетенций, направленных на решение проблем, связанных с заболеваниями мочеполовой системы, путем оказания надлежащего качества квалифицированной помощи.

Программа подготовлена в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.68 Урология (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденного приказом Министерства образования и науки РФ от 26 августа 2014 г. N 1111

Задачи дисциплины:

1. Овладение необходимым уровнем знаний по всем разделам урологии, основным хирургическим специальностям, избранным вопросам смежных дисциплин.
2. Сформировать у клинических ординаторов, обучающихся по специальности «Урология», навыки профессиональной деятельности в сфере урология с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдения правил врачебной этики и деонтологии.
3. Приобретение должного объёма практических навыков и умений, позволяющих оказывать лечебно-диагностическую помощь в экстренной, неотложной и плановой урологии при наиболее часто встречающейся патологии.
4. Освоение вопросов организации урологической помощи, основ санитарно-эпидемиологического режима, мероприятий по профилактике и реабилитации после частных заболеваний и осложнений в хирургии, а также ведение медицинской документации, в том числе учетно-отчетной.
5. Усовершенствовать практические навыки по методам обследования пациентов с заболеваниями мочеполовой системы.
6. Закрепить знания по этиологии, патогенезу, клинике, дифференциальной диагностике, лечению и реабилитации больных с заболеваниями мочеполовой системы.
7. Научить прогнозировать развитие осложнений и неотложных состояний, при различных заболеваниях мочеполовой системы.
8. Научить назначать лечение в соответствии с современными действующими клиническими рекомендациями стандартами оказания урологической помощи с учетом индивидуального подхода к пациенту и основами доказательной медицины.
9. Сформировать практические навыки и опыт оказания неотложной помощи и проведения реанимационных мероприятий у больных с заболеваниями мочеполовой системы.
10. Обучить клинических ординаторов методам профилактики заболеваний мочеполовой системы.

Карта компетенций дисциплины «Урология»

№ пп	Индекс компе-тенции	Содержание компетенции (или её части)	В результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны		
			знать	**уметь**	**владеть**
1.	УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	- топографическую анатомию мочеполовых органов, органов брюшной полости и забрюшинного пространства; - этиологию и патогенез заболеваний органов мочеполовой системы; Профессиональные источники информации, в т.ч. базы данных; - методы анализа и синтеза статистической информации; - методики сбора, статистической обработки и анализа информации о здоровье взрослого населения	- пользоваться профессиональными источниками информации; - анализировать полученную информацию о здоровье взрослого населения	- методиками сбора, статистической обработки и анализа информации о здоровье взрослого населения; - технологией сравнительного анализа, дифференциально-диагностического поиска на основании данных обследования и использования профессиональных источников информации
2.	УК-3	Готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3)	- топографическую анатомию мочеполовых органов, органов брюшной полости и забрюшинного пространства; - этиологию и патогенез заболеваний органов мочеполовой системы; - общие принципы и основные методы клинической, инструментальной и лабораторной диагностики функционального состояния органов и систем человеческого организма; свертывающую и антисвертывающую систему крови; - современные методы обследования пациента с мочеполовой патологией (общеклинические, лабораторные, рентгенологические, эндоскопические, радиоизотопные, ультразвуковые, инструментальные); - учебную и научную литературу, нормативно-правовые документы, и Интернет-ресурсы, необходимые в педагогическом процессе в рамках специальности	- пользоваться учебной и научной литературой, нормативно-правовыми документами, Интернет-ресурсами в целях самообразования и постоянного повышения профессиональной квалификации, а также при подготовке к публичному представлению материала	- навыками представления материала (доклада, сообщения, клинического случая, разбора) в аудитории; - навыками ведения дискуссии на профессиональные темы

3.	ПК-1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	- основы профилактики и метафилактики урологических заболеваний по индивидуальным алгоритмам	- составлять индивидуальные алгоритмы диагностики урологических пациентов в условиях поликлиники и стационара; -определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиологических и других методов исследования), организовать их выполнение и уметь интерпретировать их результаты; - проводить дифференциальный диагноз	- основами ведения медицинской документации; - трактовкой результатов функционального исследования почек, мочеточников, мочевого пузыря, предстательной железы, органов мошонки и наружных половых органов; - трактовкой результатов эндоскопического исследования (уретеропиелоскопия, уретероскопия, цистоскопия, уретроскопия); -трактовкой результатов рентгенологических и радиоизотопных исследований (обзорная урография, экскреторная урография, нисходящая цистография, ретроградная уретеропиелография, антеградная пиелоуретерография, ретроградная уретрография, ретроградная цистография, цистография по Бергману, цистография по Кнайзе-Шоберу, компьютерная рентгеновская томография) (уретеропиелоскопия, уретероскопия, цистоскопия, уретроскопия); дать по ним заключение
4.	ПК-2	Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	- организацию, конкретное участие и анализ эффективности диспансеризации, диспансерное наблюдение за больными, профилактика урологических заболеваний; - методологию взаимодействия между различными службами системы здравоохранения	- составлять индивидуальные алгоритмы диагностики урологических пациентов в условиях поликлиники и стационара; - определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиологических и других методов исследования), организовать их выполнение и уметь интерпретировать их результаты; - проводить дифференциальный	-трактовкой результатов функционального исследования почек, мочеточников, мочевого пузыря, предстательной железы, органов мошонки и наружных половых органов; трактовкой результатов эндоскопического исследования (уретеропиелоскопия, уретероскопия, цистоскопия, уретроскопия); -трактовкой результатов рентгенологических и радиоизотопных исследований (обзорная урография,

				диагноз; - создавать систему диспансеризации и активного наблюдения урологических пациентов в поликлинике	экскреторная урография, нисходящая цистография, ретроградная уретеропиелография, антеградная пиелоуретерография, ретроградная уретрография, ретроградная цистография, цистография по Бергману, цистография по Кнайзе-Шоберу, компьютерная рентгеновская томография) (уретеропиелоскопия, уретероскопия, цистоскопия, уретроскопия); дать по ним заключение; - проведением диспансеризации больных с урологическими заболеваниями
5.	ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	- алгоритмы дифференциальной диагностики при постановки диагноза с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ); - методы диагностики урологических заболеваний; - принципы лечения урологических заболеваний	- провести дифференциальную диагностику урологических заболеваний, обосновать клинический диагноз, схему, план и тактику ведения больного, его лечение; -оценить данные функционального исследования почек, мочеточников, мочевого пузыря, предстательной железы, органов мошонки и наружных половых органов; - оценить данные эндоскопического исследования (уретеропиелоскопия, уретероскопия, цистоскопия, уретроскопия) и дать по ним заключение; - уметь пользоваться МКБ	- объективными методами обследования больного, выявить общие и специфические признаки заболевания; - инструментальными методами исследования, применяемыми в детской уро-андрологии; - методами интерпретации данных, полученных при проведении объективного, лабораторных и инструментальных исследований; - методами проведения дифференциальной диагностики

6.	ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании урологической медицинской помощи (ПК-6)	- принципы лечения болезней органов мочеполовой системы; - основы фармакотерапии при различных заболеваниях органов мочеполовой системы; - методы физиотерапии и ЛФК урологических пациентов	- определить объем и последовательность терапевтических и организационных мероприятий (стационирование, амбулаторное лечение, консультативный прием); - оказывать лечебную, хирургическую и другую помощь в соответствии с перечнем практических навыков; - обосновать схему, план и тактику ведения пациента, показания и противопоказания к назначению этиотропных, патогенетических, общеукрепляющих, симптоматических средств, заместительной терапии; - оценить причину, тяжесть состояния пациента и обосновать выбор комплексного лечения	- методами десмургии, выполнение перевязок больным после урологических операций; - ведение больных с дренажами (уретральный катетер, мочеточниковый катетер, цистостома, нефростома); - назначением этиотропного лечения с учетом особенностей течения урологического заболевания
7.	ПК-7	Готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	-сущность, основные понятия чрезвычайных ситуаций; -сущность, основные понятия и методы медицинской эвакуации; - методы оказания экстренной медицинской помощи, в том числе методами реанимационных мероприятий	- оказывать экстренную медицинскую помощи, в том числе реанимационные мероприятия; - оказать первую врачебную помощь при ургентных состояниях (обеспечение свободной проходимости дыхательных путей при их обструкции; проведение непрямого массажа сердца, вентиляции легких, остановки наружного кровотечения и др.)	- методами оказания экстренной медицинской помощи, в том числе методами реанимационных мероприятий; - методикой оказания первой врачебной помощи при ургентных состояниях (обеспечение свободной проходимости дыхательных путей при их обструкции; проведение непрямого массажа сердца, вентиляции легких, остановки наружного кровотечения и др.)

8.	ПК-8	Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8)	- основы рационального питания, принципы диетотерапии у хирургических больных при предоперационной подготовке и в послеоперационном периоде	- разработать план реабилитационных мероприятий пациентов с хирургическими болезнями и определять показания к санаторно-курортному лечению	- методами проведение медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения
9.	ПК-9	Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	- вопросы санпросвет работы	- владеть методами пропаганды здорового образа жизни и профилактики заболеваний; - проводить санитарно-просветительную работу с населением и больными	- методами консультативной и санитарно-просветительской работы по профилактике заболеваний, формированию здорового образа жизни
10.	ПК-10	Готовность к применени основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10)	-основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения; -общие вопросы организации терапевтической и урологической помощи в стране, работу больнично-поликлинических учреждений, организацию работы скорой и неотложной помощи; -общие вопросы и основные принципы организации медицинской службы (больнично-поликлинических учреждений, родильного дома, школы, станции скорой помощи, пункта неотложной медицинской помощи, отделений интенсивной терапии и реанимации); -правила выдачи справок и листков нетрудоспособности в соответствии с действующей	- составлять план работы; - составлять отчёт о работе; - вести учётно-отчётную документацию; - осуществлять взаимодействие с другими службами здравоохранения; - оформить необходимую медицинскую документацию; - определить вопросы трудоспособности больного, временной или стойкой нетрудоспособности, перевод на другую работу	-деонтологическими навыками и принципами медицинской этики; - методикой организации потока пациентов; - методикой расчёта потребности в различных видах специализированной медицинской помощи; - навыками руководства средним и младшим персоналом

			инструкцией; -вопросы организации и деятельности медицинской службы гражданской обороны		
11.	ПК-11	Готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11)	-вести медицинскую документацию (истории болезни, амбулаторные карты и др.)	- анализировать медико-статические показатели частоты и распространённости урологических заболеваний	- популяционно-статистическими методами

2. Объем дисциплины по видам учебной работы

Виды учебной работы		Всего, час.	Объем по полугодиям			
			1	2	3	4
Контактная работа обучающегося с преподавателем по видам учебных занятий (Контакт. раб.):		*578*	*98*	*160*	*160*	*160*
Лекционное занятие (Л)		*56*	*8*	*16*	*16*	*16*
Семинарское/практическое занятие (СПЗ)		*522*	*90*	*144*	*144*	*144*
Самостоятельная работа обучающегося, в том числе подготовка к промежуточной аттестации (СР)		*466*	*82*	*128*	*92*	*164*
Вид промежуточной аттестации: Зачет (З), Зачет с оценкой (ЗО), Экзамен (Э)		*Зачет с оценкой*	*Зачет с оценкой*	*Зачет с оценкой*	*Зачет с оценкой*	*Зачет с оценкой*
Общий объем	**в часах**	*1044*	*180*	*288*	*252*	*324*
	в зачетных единицах	*32*	*5*	*8*	*7*	*9*

3. Содержание дисциплины «Урология»

Индекс	Наименование дисциплины, разделов
Б1.Б	**Базовая часть**
Б1.Б.1	**Урология**
Раздел 1	Организация и обеспечение урологической службы в Российской Федерации
Раздел 2	Клиническая анатомия и физиология мочеполовых органов
Раздел 3	Семиотика и методы диагностики урологических заболеваний
Раздел 4	Общие принципы рациональной фармакотерапии урологических заболеваний
Раздел 5	Неотложные состояния в урологии.
Раздел 6.	Аномалии мочеполовой системы у мужчин и мочевой системы у женщин
Раздел 7.	Неспецифические воспалительные заболевания мочеполовой системы у мужчин и мочевой системы у женщин
Раздел 8.	Фтизиоурология
Раздел 9.	Мочекаменная болезнь.
Раздел 10.	Травма мочеполовой системы у мужчин и мочевой системы у женщин
Раздел 11.	Доброкачественные и злокачественные новообразования мочевой системы и половой системы мужчин.
Раздел 12.	Урогинекология
Раздел 13.	Андрология
Раздел 14	Основы нефрологии
Раздел 15.	Клиническая трансплантология и трансплантация почки

Раздел 1. Организация и обеспечение урологической службы в Российской Федерации

1.1. Организация урологической помощи.

История развития урологии. Видные отечественные деятели урологии. Перспективы развития урологии на современном этапе Приказы МЗ РФ о специальности «урология», об организации диализной службы, о трансплантации органов. Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "урология". Общие принципы медицинского страхования. Взаимосвязь между различными звеньями урологической службы. Ведение медицинской документации. Социально-экономическое значение ранней диагностики урологических заболеваний. Вопросы санитарной статистики в урологической службе. Заболеваемость. Смертность. Вопросы

доказательной медицины.
Международные и российские ассоциации урологов (РОУ, РДО, ERA, EDTA, EAU и проч.).

1.2. Планирование статистка, экономика

Урологический кабинет, оснащение, функции, организация работы. Отделение урологическое: организация, показания к госпитализации, объем обследований, функции.

1.3. Основы трудовой экспертизы урологических больных

Медико-социальная экспертиза при заболеваниях почек, мочевых путей и репродуктивной системы у мужчин.

Раздел 2. Клиническая анатомия и физиология мочеполовых органов

2.1. Клиническая анатомия мочеполовых органов, забрюшинного пространства, малого таза; клинической физиологии и патофизиологии мочеполовой системы.

Эмбриогенез. Морфология и физиология мочеполовых органов. Нефрон – основная структурная единица почек. Функциональная морфология нефрона. Сосудистый клубочек. Почечные канальцы. Сосудистая система почек. Основные функции почек. Механизмы мочеобразования. Клубочковая фильтрация. Реабсорбция, секреция и синтез веществ в канальцах. Водно-электролитный обмен, его нарушения. Обмен калия и магния. Кислотно–основное состояние, изменения при заболеваниях почек. Фосфорно-кальциевый обмен, нарушения при патологии почек Азотовыделительная функция.

Раздел 3. Семиотика и методы диагностики урологических заболеваний

3.1. Семиотика урологических заболеваний

Семиотика и общая синдромология урологических заболеваний. Болевой синдром. Дизурический синдром. Варианты нарушения диуреза. Варианты нарушения мочеиспускания. Количественные и качественные изменения мочи. Гематурия. Протеинурия. Эректильная дисфункция. Бесплодие. Основные нефрологические синдромы. Мочевой синдром. Остронефритический синдром. Нефротический синдром. Синдром почечной недостаточности. Почечная артериальная гипертензия.

3.2. Методы объективного обследования урологического больного

Объективное обследование больного с заболеванием мочеполовой системы. Осмотр, пальпация, перкуссия и аускультация пациента с заболеваниями мочеполовой системы у мужчин и мочевой системы у женщин.

3.3. Лабораторная диагностика в урологии.

Методы лабораторной диагностики заболеваний почек. Показания к исследованию. Основные лабораторные симптомы и синдромы поражения органов мочеполовой системы. Выполнение и интерпретация результатов функциональных почечных проб. Исследования мочи. Исследования крови. Оценка протеинурии. Клубочковая фильтрация и ее определение. Проба Реберга – Тареева. Расчетные методы определения КФ. Определение функционального почечного резерва. Канальцевая реабсорбция. Изучение концентрационной способности почек. Проба Зимницкого. Пробы на разведение и концентрирование мочи. Анализ секрета предстательной железы. Спермограмма.

3.4 Ультразвуковая диагностика.

Диагностические возможности метода, показаниями к проведению. Подготовка больных к отдельным видам исследования. Специальные методики и приемы проведения исследования при различных заболеваниях. Ультразвуковые симптомы и синдромы основных заболеваний органов мочеполовой системы. Сочетанные методы исследования.

3.5. Рентгенологические методы обследования урологического больного и виды исследований.
Диагностические возможности метода, и показания, ограничения и противопоказания к проведению. Подготовка больных к отдельным видам исследования. Рентгенконтрастные методы исследования. Показания и противопоказания. Методы профилактики контрастиндуцированной нефропатии. Специальные методики и приемы проведения исследования при различных заболеваниях. Обзорная и экскреторная урографии. Ателградная и ретроградные уретеропиелографии. Нисходящая, восходящая и микционная цисторгафия. Уретрография. Ангиографические исследования Рентгенологические симптомы и синдромы основных заболеваний органов мочеполовой системы. Компьютерная и магнитно-резонансная томография.

3.6. Основы радиоизотопной диагностики.
Диагностические возможности методов, показаниям и противопоказания к проведению. Подготовка больных к отдельным видам исследования. Специальные методики и приемы проведения исследований при различных заболеваниях. Радиоактивные препараты, применяемые в лучевой диагностике основных урологических заболеваний. Побочные действия препаратов. Радиоизотопная ренография, динамическая нефросцинтиграфия, статическая нефросцинтиграфия, остеосцинтиграфия.

3.7. Эндоскопическая диагностика в урологии.
Показания, абсолютные и относительные противопоказания к проведению исследования. Основные методики и диагностические возможности метода. Виды эндоскопических исследований в урологии. Подготовка больных к исследованиям. Рутинные и специализированные эндоурологические методы исследования: Эндоскопические симптомы основных урологических заболеваний. Клинико- эндоскопическая оценка полученных данных исследования. Уретроскопия, цистоскопия, катетеризация мочеточников, хромоцистоскопия.

3.8. Уродинамичекие методы исследования.
Диагностическая ценность основных методов функциональной диагностики, применяемых в урологии (урофлоуметрия, профилометрия, цистоманометрия, исследование давление/поток). Показания к проведению исследований. Основные симптомы и синдромы поражения верхних и нижних мочевых путей по данным инструментальных методов исследования. Комплексное уродинамическое исследование.

3.9. Морфологические методы диагностики.
Показания к взятию биопсии и цитологическому исследованию. Морфологические методы исследования: световая микроскопия, электронная микроскопия, иммерсионная микроскопия, иммуногистохимическое исследование. Биопсия мочевого пузыря Нефробиопсия. Показания и противопоказания к нефробиопсии. Техника проведения. Оценка нефробиоптата. Биопсия предстательной железы. Показания противопоказания. Техника проведения. Оценка результатов.

Раздел 4. Общие принципы рациональной фармакотерапии урологических заболеваний.

4.1. Антибактериальная терапия воспалительных заболеваний в урологии.
Современные классы антибактериальных препаратов. Антибиотики, рекомендуемые к применению в урологической практике. Расчет дозы препаратов. Длительность антибактериальной терапии. Нефротоксичные препараты Периоперационная антибактериальная терапия в урологической практике. Меры профилактики госпитальной инфекции.

4.2. Медикаментозная терапия мочекаменной болезни, доброкачественной гиперплазии предстательной железы, эректильной дисфункции и нейроэндокринных нарушений и нарушений репродуктивной функции мужчин

4.2. Трансфузиология.
Коллоидные и кристалловидные растворы. Инфузионная терапия. Показания к переливанию компонентов крови. Меры профилактики передачи трансмиссивной инфекции. Аутодонорство крови.

Раздел 5. Неотложные состояния в урологии.
5.1. Почечная колика. Этиология и патогенез почечной колики. Симптоматология. Анализ мочи при колике. Роль УЗИ почек в диагностике почечной колики. Диагностическое значение хромоцистоскопии. Роль рентгенологических методов исследования почек в диагностике колики. Возможные осложнения (пиелонефрит, гидронефротическая трансформация). Дифференциальная диагностика с острыми заболеваниями органов брюшной полости. Лечение.
5.2 Острая задержка мочеиспускания. Этиология и патогенез острой задержки мочеиспускания. Клиническая симптоматология. Дифференциальная диагностика с анурией. Оказание первой помощи.
5.3. Анурия. Виды анурии. Значение УЗИ почек в распознавании вида анурии. Дифференциальная диагностика. Использованием инструментальных и рентгенологических методов исследований в распознавании вида анурии. Показания к консервативным и оперативным методам лечения. Острое повреждение почек.
5.4. Гематурия. Тактика врача при гематурии. Роль цистоскопии при тотальной макрогематурии. Методы исследования для выяснения причин гематурии.
5.5. Неотложные состояния при патологии мошонки и наружных половых органов. Приапизм. Острая мошонка.

Раздел 6. Аномалии мочеполовой системы у мужчин и мочевой системы у женщин.
6.1. Аномалии почек и верхних мочевых путей.
Аномалии почек. Классификация врожденных аномалий. Аномалии артериальных стволов почек. Врожденные изменения почечных вен. Аномалия количества почек. Аномалии величины почек. Аномалии расположения и формы почек. Аномалии структуры почки. Кистозные аномалии почек. Сочетанные аномалии почек. Клинические проявления аномалий почек. Методы диагностики и лечения. Показания к хирургической коррекции. Аномалии верхних мочевых путей: количества, положения, строения и формы. Аномалии структуры. Гидронефроз. Нефроптоз. Физиологическая и патологическая подвижность почек. Этиология и патогенез опущения почек Осложнения. Диагностика. Полипозиционная экскреторная урография, ретроградная уретеропиелография, ультразвуковое исследование почек. Дифференциальный диагноз. Лечение. Показания и противопоказания к оперативному лечению. Принципы оперативного лечения. Реабилитация в послеоперационном периоде.
Гидронефроз. Этиология и патогенез гидронефроза. Первичный и вторичный гидронефроз. Симптомы и осложнения заболевания. Диагностика и методы хирургического лечения.
6.2. Аномалии мочевого пузыря и уретры.
Экстрофия мочевого пузыря. Дивертикулы мочевого пузыря. Аномалии мочеиспускательного канала. Классификация. Гипоспадия. Эписпадия. Врожденные клапаны уретры. Гипертрофия семенного холмика. Врожденная облитерация и сужение уретры. Дивертикулы мочеиспускательного канала.
6.3. Аномалии половых органов.
Аномалии органов репродуктивной системы. Анорхизм. Монорхизм. Полиорхизм. Крипторхизм.

Эктопия яичек. Гипоплазия яичка. Врожденный фимоз. Скрытый половой член. Эктопия полового члена. Удвоенный половой член.

Раздел 7. Неспецифические воспалительные заболевания мочеполовой системы у мужчин и мочевой системы у женщин

6.1. Воспалительные заболевания почек

Неспецифические воспалительные заболевания. Классификация. Острый пиелонефрит. Этиология. Патогенез Классификация. Апостематозный пиелонефрит. Абсцесс и карбункул почки. Некротический папиллит. Диагностика. Лечение. Хронический тубулоинтерстициальный нефрит. Этиология. Диагностика. Лечение. Показания к консервативному и оперативному лечению. Бактериотоксический шок при урологических заболеваниях. Пионефроз. Паранефрит. Ксантогранулематозный пиелонефрит.

6.2. Воспалительные заболевания мочевого пузыря и уретры.

Цистит. Этиология. Патогенез. Классификация. Патологическая анатомия. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Интерстициальный цистит. Уретриты. Этиология. Специфические. Неспецифические. Неинфекционные. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.

6.3. Воспалительные заболевания мужских половых органов и придаточных половых желез.

Острый простатит. Этиология. Патогенез. Классификация. Патологическая анатомия. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Абсцесс предстательной железы. Хронический неспецифический простатит. Везикулит. Орхит и эпидидимит. Баланит. Баланопостит. Кавернит.

Раздел 8. Фтизиоурология.

8.1. Туберкулез почек и верхних мочевых путей

Проблемы развития фтизиоурологии. Туберкулез мочеполовой системы. Туберкулез почек и мочевых путей. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Особенности клинического течения туберкулеза почек и мочевых путей. Диагностика туберкулеза мочевых путей. Клинико-лабораторные методы исследования. Эндоскопические методы исследования. Лучевая диагностика. Клиноко-рентгенологические формы туберкулеза почек. Лечение туберкулеза почек и мочевых путей: консервативное, оперативное.

8.2. Туберкулез мочевого пузыря. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Особенности клинического течения. Диагностика. Клинико-лабораторные методы исследования. Эндоскопические методы исследования. Лучевая диагностика. Лечение туберкулеза мочевого пузыря: консервативное, оперативное.

8.3. Туберкулез мужских половых органов и придаточных половых желез

Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Особенности клинического течения туберкулеза мужских половых органов: предстательной железы, семенных пузырьков, придатка яичка, яичка, полового члена. Диагностика туберкулеза мужских половых органов. Клинико-лабораторные методы исследования. Эндоскопические методы исследования. Лучевая диагностика. Лечение туберкулеза мужских половых органов: оперативное, консервативное. Санаторно-курортное лечение.

Раздел 9. Мочекаменная болезнь.

9.1. Этиология и патогенез мочекаменной болезни. Эпидемиология. Основные причины

возникновения мочекаменной болезни. Факторы, способствующие развитию мочекаменной болезни. Классификация. Патологическая анатомия. Химическая структура конкрементов: ура-ты, фосфаты, оксалаты, карбонаты, цистиновые, смешанные. Механизм развития мочекаменной болезни. Мочекислый диатез.

9.2. Клиника и диагностика. Симптомы и клиническое течение. Объективное обследование. Диагностика. Лабораторные методы исследования. Биохимические обменные исследования. Лучевые методы исследования. Исследования структуры и состава мочевых камней. Дифференциальная диагностика.

9.3. Оперативные и эндоскопические методы лечения. Показания и противопоказания для оперативного лечения мочекаменной болезни. Виды современных оперативных вмешательств. Показания для органоуносящих операций. Осложнения. Показания для эндоскопических методов лечения мочекаменной болезни. Характеристика современных эндоскопов. Осложнения эндоскопических методов лечения. Особенности лечения коралловидных камней почек. Двусторонний уролитиаз. Мочекаменная болезнь и хроническая почечная недостаточность.

9.4. Контактная и дистанционная литотрипсия

Технические характеристики современных аппаратов для контактной и дистанционной литотрипсии. Показания. Противопоказания. Осложнения. Показания для литотрипсии после открытых оперативных вмешательств. Перкутанная нефролитолапаксия. Ретроградная интралоханочная хирургия при мочекаменной болезни.

9.5. Консервативное лечение и профилактика и метафилактика мочекаменной болезни.

Раздел 10. Травма мочеполовой системы у мужчин и мочевой системы у женщин

10.1 Травмы почки. Закрытые и открытые повреждения почки. Патогенез. Классификация. Симптоматология. Определение функционального состояния контрлатеральной почки. УЗИ, экскреторная урография и компьютерная томография при травме почки. Показания к ангиографии почек. Лечение. Показания к оперативному лечению травмы почки. Виды оперативного лечения. Показания к органоносящей и органосохраняющей операции. Осложнения повреждения почки.

10.2. Повреждения мочеточника. Закрытые повреждения. Повреждения мочеточника травматического характера. Ятрогенные повреждения мочеточников в акушерско-гинекологической, хирургической и урологической практиках. Симптоматология. Диагностика. Профилактика ятрогенных п повреждений. Лечение. Методы восстановления протяженности верхних мочевыводящих путей. Аппендикулярная, кишечная пластики мочеточника. Аутотрансплантация почки при протяжённом повреждении мочеточника. Осложнения.

10.2. Травма мочевого пузыря. Виды повреждений. Патогенез внебрюшинных и внутрибрюшинных разрывов мочевого пузыря. Комбинированная травма. Симптоматология внебрюшинных и внутрибрюшинных разрывов. Диагностическое значение ретроградной цистографии и "отсроченной" цистографии. Лечение внутрибрюшинных разрывов. Патогенез внебрюшинных разрывов мочевого пузыря. Лечение больных с внебрюшинным разрывом.

10.3. Травма уретры. Патогенез. Механизм травмы. Роль повреждения костей таза. Симптоматология. Диагностика. Отведение мочи при травме уретры. Значение уретрографии. Лечение. Первичный шов уретры и отсроченные операции по восстановлению протяженности уретры. Пластика уретры свободным лоскутом.

10.4. Повреждения органов мошонки и полового члена. Открытые и закрытые повреждения мошонки. Симптоматология. Роль УЗИ в диагностике повреждения яичка. Органосохраняющий характер оперативного лечения и дренирования мошонки. Показания к удалению яичка.

Формирование мошонки при полном ее отрыве ("скальпировании"). Виды поражений полового члена. Клиническая картина. Симптоматология. Лечение. Органосохраняющий характер операций.

Раздел 11. Доброкачественные и злокачественные новообразования мочевой системы и половой системы мужчин.

11.1 Опухоли почек и верхних мочевых путей.

Распространенность, этиология и патогенез. Патологическая анатомия опухоли почечной паренхимы, опухоли почечной лоханки и мочеточника. Опухоли почечной паренхимы - злокачественные, доброкачественные. Злокачественные опухоли почечной паренхимы - рак почки. Опухоль Вильмса. Международная классификация по системе TNM. Доброкачественные опухоли почки: ангиомиолипома, онкоцитома, аденома, мезенхимома. Клиническая симптоматология рака почки. Паранеопластические синдромы. Гематогенное и лимфогенное метастазирование при раке почки. Диагностика опухоли почки. Лечение. Виды оперативных доступов при опухоли почки. Требования онкологии при раке почки. Виды операций. Показания к органосохраняющим операциям. Лучевая терапия при метастазах в забрюшинные узлы, при метастазах в кости. Химиотерапия при метастазах в легкие. Роль иммунотерапии и таргетной терапии при раке почки. Эмболизация почечной артерии как метод остановки кровотечения у неоперабельных больных. Диспансеризация больных, оперированных по поводу рака почки. Особенности диагностики и лечения больных раком почечной лоханки. Объем операции. Диспансеризация больных с раком почки и верхних мочевых путей.

11.2. Опухоли забрюшинного пространства.

Опухоли надпочечников. Клиника. Диагностика. Лечение. Опухоли жировой и соединительной ткани забрюшинного пространства. Болезнь Ормонда.

11.3. Опухоли мочевого пузыря.

Распространенность. Этиология и патогенез. Профессиональные опухоли мочевого пузыря. Эпителиальные новообразования мочевого пузыря. Злокачественные: папиллярный переходноклеточный рак, плоскоклеточный рак, аденокарцинома. Доброкачественные опухоли: папилломы, аденомы, эндометриозные. Опухоли из соединительной, мышечной и других тканей: злокачественные - саркома; доброкачественные - фиброма, гемангиома, лейомиома, нефрома. Симптомы. Международная классификация по системе TNM. Диагностика опухоли мочевого пузыря. Лечение. ТУР мочевого пузыря при T1-2N0M0. Значимость биопсии стенки мочевого пузыря. Резекция мочевого пузыря. Цистэктомия, показания к ней. Методы деривации мочи. Место внутрипузырной химио- и иммунотерапии (БЦЖ) в лечении рака мочевого пузыря и профилактика его рецидивов. Лучевая терапия при раке мочевого пузыря. Прогноз.

11.4. Опухоли уретры.

Этиология и патогенез. Классификация доброкачественных опухолей: карункулы, папилломы, полипы, кондиломы, фибромы. Злокачественные опухоли: рак и саркомы. Международная классификация по системе TNM. Клиника, диагностика. Оперативное лечение. Прогноз.

11.5. Опухоли предстательной железы.

11.5.1. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы ДГПЖ

Причины развития доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Особенности клинической картины. Консервативные методы лечения ДГПЖ. Оперативные методы лечения ДГПЖ. Трансуретральная элекрорезекция и другие современные методы оперативного лечения Лазерная энуклеация при ДГПЖ. Послеоперационные осложнения (ТУР-синдром), возможные методы их профилактики и лечения.

11.5.2. Рак предстательной железы (РПЖ).

Причины развития рака предстательной железы, особенности патогенеза и клинической картины. Классификация TNM. Современные методы диагностики рака предстательной железы. Консервативные методы лечения. Оперативные методы лечения. Лучевая терапия. Брахитерапия. Гормональная и химиотерапия рака предстательной железы. Паллиативные операции при раке предстательной железы.

11.6. Опухоли наружных половых органов.

Опухоли яичка. Этиология, патогенез. Гистогенетическая классификация. Клиническая классификация семиномных и несеминомных опухолей. Лабораторная диагностика. Лучевая диагностика. Оперативное лечение. Химиотерапия. Лучевая терапия. Динамическое наблюдение. Прогноз. Крипторхизм и опухоли яичка. Вторичные опухоли яичка. Лечение. Опухоли придатка яичка. Опухоли семенного канатика. Опухоли мошонки. Гидроцеле.

Доброкачественные опухоли полового члена: папилломы, кондиломы. Их этиология, клиника, диагностика. Лечение. Рак полового члена. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение в I,II и III стадиях. Прогноз. Профилактика.

Раздел 12. Урогинекология

12.1. Беременность и урологические заболевания.

Изменения органов мочевой системы при беременности. Факторы их вызывающие. Беременность при аномалиях мочевой системы. Острый пиелонефрит беременных. Особенности диагностики. Методы восстановления уро-динамики. Принципы антибактериальной терапии. Беременность и мочекаменная болезнь. Беременность и туберкулез. Беременность и терминальные заболевания почек.

12.2. Повреждения органов мочеполовой системы в акушерской и гинекологической практике. Повреждения мочеточников: виды, диагностика, методы дренирования мочевых путей и забрюшинного пространства. Восстановительные операции. Профилактика повреждении. Повреждения мочевого пузыря: виды диагностика, экстренные и восстановительные операции. Методы дренирования. Повреждения уретры.

12.3. Мочеполовые свищи. Пузырно-влагалищные свищи. Этиология и патогенез. Клиника диагностика и оперативное лечение. Уретровлагалищные свищи. Мочеточниково-влагалищные свищи. Клиника диагностика лечения. Сложные свищи.

12.4. Недержание мочи при напряжении у женщин. Распространенность. Классификация. Этиологические факторы. Методы диагностики. Лечение: консервативное, оперативное.

13. Андрология и сексопатология

12.1. Андрология. Современные проблемы развития андрологии. Организация и задачи андрологии. Классификация андрологических заболеваний. Клинические формы. Диагностика. Бесплодие у мужчин. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Консервативное и оперативное лечение. Прогноз. Интерсексуальность. Определение пола. Коррекция пола. Юридические и морально-этические аспекты в коррекции пола.

12.1. Сексопатология

Бесплодие у мужчин. Определение. Распространенность. Классификация. Этиология. Патогенез. Диагностика. Спермограмма. Методы лечения. Эректильные дисфункции. Определение. Классификация. Этиология. Патогенез. Методы диагностики. Консервативные методы терапии эректильной дисфункции. Хирургическое лечение. Приапизм. Определение. Классификация. Этиология. Патогенез. Метолы диагностики. Методы лечения. Болезнь Пейрони. Определение. Классификация. Этиология. Патогенез. Консервативные методы терапии. Корригирующая хирургия полового члена.

12.3. Гидроцеле, сперматоцеле. Клинические течение, диагностика, дифференциальная диагностика с

реактивной водянкой, воспалительными заболеваниями органов мошонки, опухолями органов мошонки (значение альфафетопротеина), пахово- мошоночной грыжей, анасаркой. Роль ультразвукового исследования и диафаноскопии. Лечение операция Винкельмана, операция Бергмана.

12.4. Фимоз, парафимоз. Патогенез (врожденный, диабетический, васкулогенный, ятрогенный). Клинические течение баланопостит, синехии, онкогенез фимоза. Диагностика, лечение консервативное, оперативное.

12.5. Варикоцеле. Классификация. Патогенез развития, формы варикоцеле, гемодинамические типы, Клинические течение, диагностика и консервативное и оперативное лечение идиопатического и симптоматического варикоцеле: операция Иванисевича, операция Мармара, микрохирургические пособия, лапароскопическая коррекция, эндовазальная коррекция.

Раздел 14. Основы нефрологии

14.1. Основные синдромы и симптомы нефрологических заболеваний. Нефритический и нефротический синдром. Показания и противопоказания к нефробиопсии.

14.2. Острое повреждение почек. Причины. Стадии острой почечной недостаточности. Терапия. Консервативная терапия. Виды диализа, показания к применению гемодиализа и перитонеального диализа. Особенности терапии в зависимости от стадии развития процесса. Критерии исхода острой почечной недостаточности.

14.3. Хроническая болезнь почек. Причины развития, клиническая картина, современная классификация. Определение, этиология и патогенез. Хронический нефрит. Поликистоз почек, пиелонефрит, заболевания единственной почки. Клинические проявления, диагностика. Стадии развития, классификация. Особенности лечения в зависимости от стадии развития процесса. Консервативное лечение

14.4. Заместительная почечная терапия. Понятие и гемодиализе, и его видах. Перитонеальный диализ. Медикаментозная коррекция осложнений хронической болезни почек.

Раздел 15. Клиническая трансплантология и трансплантация почки

15.1. История трансплантологии. Роль отечественных ученых в становлении и развитии экспериментальной клинической трансплантологии.

1.5.2. Трансплантационная иммунология и иммуносупрессивная терапия. Понятие о гистосовместимости и трансплантационном иммунитете. Основные классы иммуносупрессивных препаратов. Режимы дозирования и нежелательные явления.

15.3. Трансплантация почки. Показания, противопоказания, хирургическая техника. Ранний посттрансплантационный период. Хирургические, урологические осложнения и методы их коррекции.

15.4. Диспансерное наблюдения пациента с трансплантированной почкой. Отдаленные осложнения посттрансплантационного периода и методы их коррекции.

4. Учебно-тематический план дисциплины «Урология»

Индекс	Наименование дисциплин, разделов, тем и т.д.		Количество часов					
		ЗЕТ	Всего	Ауд.	Лек	Пр	СР	Контроль
Б1.Б.1	**Урология**	**29**	**1044**	**578**	**56**	**522**	**466**	Зачёт с оценкой
Раздел 1	Организация и обеспечение урологической службы в Российской Федерации		**70**	**40**	**2**	**38**	**30**	Текущий контроль

Раздел 2	Клиническая анатомия и физиология мочеполовых органов		**70**	**40**	**2**	**38**	**30**	
Раздел 3	Семиотика и методы диагностики урологических заболеваний		**70**	**40**	**2**	**38**	**30**	
Раздел 4	Общие принципы рациональной фармакотерапии урологических заболеваний		**72**	**42**	**4**	**38**	**30**	
Раздел 5	Неотложные состояния в урологии.		**72**	**42**	**4**	**38**	**30**	
Раздел 6.	Аномалии мочеполовой системы у мужчин и мочевой системы у женщин		**72**	**42**	**4**	**38**	**30**	
Раздел 7.	Неспецифические воспалительные заболевания мочеполовой системы у мужчин и мочевой системы у женщин		**72**	**42**	**4**	**38**	**30**	
Раздел 8.	Фтизиоурология		**72**	**42**	**4**	**38**	**30**	
Раздел 9.	Мочекаменная болезнь.		**72**	**42**	**4**	**38**	**30**	
Раздел 10.	Травма мочеполовой системы у мужчин и мочевой системы у женщин		**64**	**34**	**4**	**30**	**30**	
Раздел 11.	Доброкачественные и злокачественные новообразования мочевой системы и половой системы мужчин.		**64**	**34**	**4**	**30**	**30**	
Раздел 12.	Урогинекология		**64**	**34**	**4**	**30**	**30**	
Раздел 13.	Андрология		**64**	**34**	**4**	**30**	**30**	
Раздел 14	Основы нефрологии		**64**	**34**	**4**	**30**	**30**	
Раздел 15.	Клиническая трансплантология и трансплантация почки		**82**	**36**	**6**	**30**	**46**	

5. Оценочные средства для контроля качества подготовки по дисциплине «Урология»

Примерные оценочные средства, включая оценочные задания для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине представлены в Приложении 1 Оценочные средства по дисциплине.

Формы контроля и критерии оценивания

- **текущий контроль** проводится по итогам освоения каждой темы раздела учебно-тематического плана в виде защиты реферата, или устного собеседования, или решения задачи.

- **промежуточный контроль** знаний и умений ординаторов проводится в форме зачёта с оценкой после освоения дисциплины.

Обучающимся ординаторам предлагается дать ответы на 50 заданий в тестовой форме, по завершённым разделам учебно-тематического плана, и билет, включающий три контрольных вопроса и задачу.

Критерии оценки результатов контроля:

Результаты тестирования оцениваются по пятибалльной системе:

«Отлично» - 90-100% правильных ответов;

«Хорошо» - 80-89% правильных ответов;

«Удовлетворительно» - 71-79% правильных ответов;

«Неудовлетворительно» - 70% и менее правильных ответов.

Результаты собеседования оцениваются:

- **«Зачтено»** – клинический ординатор подробно отвечает на теоретические вопросы, решает предложенную ситуационную задачу.
- **«Не зачтено»** – не владеет теоретическим материалом и допускает грубые ошибки, не решает предложенную ситуационную задачу.

Ординатор считается аттестованным при наличии положительной оценки на вариант тестового задания (50 вопросов) и оценки «зачтено» за собеседование.

Шкала оценивания результатов промежуточного контроля представлена в Приложении № 1 «Фонд оценочных средств по дисциплине «Урология».

Примерные задания.

Примерные задания для текущего контроля

Примеры вопросов для устного собеседования

1. Проведите дифференциальную диагностику гидроцелле.
2. Программа лечебно-профилактических мероприятий при различных видах нефролитиаза.
3. Тактика лечения рака предстательной железы в зависимости от стадии заболевания.
4. Изложите порядок подготовки к проведению и выполнения экскреторной урографии.
5. Виды уродинамических обследования.
6. Количественные изменения в общем анализе мочи.
7. Назовите показания и противопоказания к трансуретральной резекции предстательной железы при ДГПЖ.

Задания для проведения промежуточного контроля

Вопросы тестового контроля (на примере модуля «Неспецифические воспалительные заболевания почек и мочевыводящих путей, органов мошонки»):

			Инструкция: Выберите один правильный ответ
1.			**Характер болей при камне интрамурального отдела мочеточника, нарушающего уродинамику:**
			А) ноющие
			Б) тупые;
			В) острые;
	*		Г) острые приступообразные;
			Д) постоянные ноющие.
2.			**При остром простатите боли локализуются:**
			А) над лоном
			Б) в поясничной области
			В) в пояснично-крестцовом отделе позвоночника
			Г) промежности и крестце
	*		Д) в промежности
3.			**Поллакиурия - это**:
			А) увеличение диуреза
			Б) учащение дневного и ночного мочеиспусканий при обычном количестве суточной мочи
	*		В) учащение ночного мочеиспускания
			Г) учащение дневного мочеиспускания
			Д) увеличение ночного диуреза
4.			**Парадоксальная ишурия встречается**
	*		А) при аденоме предстательной железы
			Б) при неврогенной дисфункции мочевого пузыря
			В) при раке предстательной железы
			Г) правильно 1), 3)
			Д) правильно 1), 2), 3)
5.			**Противопоказания к хромоцистоскопии**:
			А) острая почечная недостаточность
			Б) хронический простатит
	*		В) емкость мочевого пузыря менее 50 мл
			Г) камень мочеточника
			Д) дивертикул мочевого пузыря

Примеры ситуационных задач:

(модуль «Неспецифические воспалительные заболевания почек и мочевыводящих путей, органов мошонки»)

Задача 1

У пациента 30 лет после переохлаждения появились ноющие боли в промежности, боли при мочеиспускании и дефекации, поллакиурия, высокая температура тела с ознобом. При пальцевом ректальном исследовании: предстательная железа увеличена, пастозна, резко болезненна, в правой доле определяется очаг флюктуации. В анализе

крови выраженный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево.

Вопросы к задаче № 1:

1. Диагноз.
2. Какое дополнительное обследование необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Какова тактика лечения?
4. Возможные осложнения.
5. Профилактика.

Правильный ответ

1. Острый простатит.
2. ТРУЗИ.
3. Трансректальная пункция гнойного очага.
4. Без пункции возможен прорыв в клетчатку малого таза, острый эпидидимоорхит.
5. Не переохлаждаться, не передерживать мочу.

Задача 2

1. Женщина 35 лет страдает мочекаменной болезнью. В течение 5 дней отмечает приступообразные боли в правой поясничной области. В последние двое суток - высокая лихорадка с потрясающим ознобом. На обзорной рентгенограмме в проекции нижней трети правого мочеточника визуализируется тень, подозрительная на камень диаметром 5 мм.

Вопросы к задаче №2

1. Диагноз.
2. Предположите химический состав камня.
3. Какова дальнейшая лечебно-диагностическая тактика?

Правильный ответ:

1. МКБ, нижней трети правого мочеточника, острый правосторонний пиелонефрит.
2. Камень рентгенпозитивный соответственно содержит ионы кальция.
3. Восстановление пассажа мочи, уретеролитоэкстракция.

Задача 3

2. Больной 62 лет жалуется на несколько затрудненное и учащенное мочеиспускание. Оценка жалоб по шкале IPSS - 15, качества жизни - 3. При пальцевом ректальном исследовании предстательная железа увеличена в 1,5 раза, туго-эластичной консистенции, срединная бороздка сглажена. Максимальная объёмная скорость потока мочи 11 мл/сек. При ультразвуковом исследовании: почки не изменены, объём предстательной железы 56 см3, в ее правой доле определяется гипоэходенсивный участок 0,8×1,5 см. Содержание ПСА в сыворотке крови 9,6 нг/мл (свободного 11%).

Вопросы к задаче № 3:

1. Предварительный диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Какое исследование нужно выполнить больному.

Правильный ответ:

1. Опухоль предстательной железы - ПСА более 4 нг/мл, соотношение меньше 15%, при ТРУЗИ в правой доле предстательной железы определяется гипоэходенсивный участок 0,8×1,5 см.

2. ДД. Острый/обострение хронического простатита, ДГПЖ.
3. Биопсия предстательной железы.

Примерные темы рефератов:

1. Этические вопросы лечения урологических заболеваний.
2. Недержание мочи у женщин климактерического возраста.
3. История развития эндоурологии.
4. Метафелактика Мочекаменной болезни.
5. Профилактика неспецифических уретропростатитов.
6. Эректильная дисфункция у больных сахарным диабетом второго типа.
7. Виды нарушения сперматогенеза.
8. Фармакологические группы препаратов используемых в лечении ДГПЖ.
9. Метаболический синдром.

4.1.1. Виды и задания по самостоятельной работе ординатора (примеры)

1. Решение ситуационных задач.
2. Подготовка доклада на конференцию (реферативную, клиническую).
3. Учебно-исследовательская работа по научной тематике кафедры.
4. Подготовка письменных аналитических работ.
5. Подготовка и защита рефератов.
6. Подготовка литературных обзоров.

6. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины «Урология»

Основная литература:

1. Урология : нац. руководство / Ассоц. мед. о-в по качеству ; И. И. Абдуллин и др. ; под ред. Н. А. Лопаткина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009 (наличие в библиотеке Центра)
2. Урология: нац. рук. / под ред. Н. А. Лопаткина. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013 (наличие в библиотеке Центра)
3. Онкоурология: нац. рук. / [Б. Я. Алексеев и др.] ; под ред. В. И. Чиссова и [др.]. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 688 с. : ил. (наличие в библиотеке Центра)
4. Разин М. П. Детская урология – андрология: [учеб. пособие] / М. П. Разин, В. Н. Галкин, Н. К. Сухих. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 128 с. (наличие в библиотеке Центра)
5. Атлас по детской урологии / Т. Н. Куликова, П. В. Глыбочко, Д. А. Морозов [и др.]. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 160 с. : ил. (наличие в библиотеке Центра)

Дополнительная литература:

1. Урология: [учеб. для высш. проф. образования] / [Н. А. Лопаткин, А. А. Камалов, О. И. Аполихин и др.] ; под ред. Н. А. Лопаткина. – 7-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 860 с. : ил. (наличие в библиотеке Центра)
2. Урология : [учебник для высшего профессионального образования] / [Д. Ю. Пушкарь, А. В. Зайцев, А. С. Сегал и др.] ; под ред. Д. Ю. Пушкаря. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 380 с. (наличие в библиотеке Центра)

3. Урология [Текст] : [учебник для высшего профессионального образования] / [Х. М. Али, Ю. Г. Аляев, Г. Н. Акопян и др.] ; под ред. П. В. Глыбочко, Ю. Г. Аляева. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 618 с. (наличие в библиотеке Центра)
4. Урология, 2007 : клинич. рекомендации / Рос. о-во урологов ; гл. ред. Н. А. Лопаткин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. (наличие в библиотеке Центра)
5. Урология : учеб. пособие / Е. Б. Мазо и др. ; под ред. Е. Б. Мазо ; Рос. гос. мед. ун-т. - М. : РГМУ, 2007. (наличие в библиотеке Центра)
6. Форбс Ч. Клиническая медицина: цв. атлас и учеб. / Ч. Д. Форбс, У. Ф. Джексон. – Москва, Логосфера, 2009. – 528 с. : ил. – URL : http://books-up.ru.
7. Ма, О. Дж. Ультразвуковое исследование в неотложной медицине / О. Дж. Ма, Дж. Р. Матиэр, М. Блэйвес. – 2-е изд. (эл.). – Москва : БИНОМ. Лаб. знаний, 2013. – 560 с. – (Неотложная медицина). (наличие в библиотеке Центра)
8. Лоран, О. Б. Воспалительные заболевания органов мочевой системы [Текст] : актуальные вопросы : учебное пособие для врачей. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : МИА, 2011. - 91 с. (наличие в библиотеке Центра)
9. Диагностика и лечение инфекций мочевых путей в работе участкового врача и врача общей практики : учебно-методическое пособие / Российский государственный медицинский университет, Кафедра терапии и семейной медицины ФУВ ; сост. Г. Е. Ройтберг и др. - Москва : ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, 2009. (наличие в библиотеке Центра)
10. Белый, Л. Е. Неотложная урология [Текст] : руководство для врачей. - Москва : МИА, 2011. - 468 с.
11. Плановая хирургия, урология : учеб.-метод. пособие / Рос. гос. мед. ун-т, Каф. дет. хирургии ; [Л. Б. Меновщикова, С. Л. Коварский, С. Г. Врублевский и др. ; под ред. А. В. Гераськина, Т. Н. Кобзевой]. - М. : РГМУ, 2010. (наличие в библиотеке Центра)
12. Лазерная терапия в урологии / М. Л. Муфагед, Л. П. Иванченко, С. В. Москвин и др. - Москва ; Тверь : Триада, 2007. (наличие в библиотеке Центра)
13. Иванченко, Л. П. Лазерная терапия в урологии / Л. П. Иванченко, А. С. Коздоба, С. В. Москвин. - Москва : Триада, 2009. (наличие в библиотеке Центра)
14. Детская хирургия. Диагностика и интенсивная терапия неотложных состояний детского возраста : [учеб.-метод. пособие для лечеб. фак.] / Российский гос. мед. ун-т, Каф. дет. хирургии ; [С. Л. Коварский, Л. Б. Меновщикова, С. Г. Врублевский и др. ; под ред. А. В. Гераськина, Т. Н. Кобзевой]. - Москва : РГМУ, 2010. (наличие в библиотеке Центра)
15. Гиперактивный мочевой пузырь у детей : учебно-методическое пособие / Российский государственный медицинский университет, Кафедра детской хирургии ; под ред. А. В. Гераськина. - Москва : ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, 2009. (наличие в библиотеке Центра)

Клинические рекомендации:

N00-N99

1.Хроническая болезнь почек, 2025г.

2.Мочекаменная болезнь, 2024г.

3.Камни нижних отделов мочевых путей, 2024г.

4.Почечная колика, 2024г.

5.Киста почки, 2024г.
6.Цистит у женщин, 2024г.
7.Нейрогенная дисфункция нижних мочевыводящих путей, 2025г.
8.Стриктура уретры, 2024г.
9.Урогенитальные свищи, 2024г.
10.Негонококковый (неспецифический) уретрит у мужчин, 2024г.
11.Острый пиелонефрит, 2024г.
12.Недержание мочи, 2024г.
13.Доброкачественная гиперплазия предстательной железы, 2024г.
14.Мужское бесплодие, 2025г.
15.Баланопостит, 2025г.
16.Эректльная дисфункция, 2025г.

7. Материально-техническое обеспечение дисциплины «Урология»

Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

1. Официальный сайт ФГБУ «НМИЦ ТИО им. ак. В.И. Шумакова» Минздрава России: адрес ресурса – https://transpl.ru, на котором содержатся сведения об образовательной организации и ее подразделениях, локальные нормативные акты, сведения о реализуемых образовательных программах, их учебно-методическом и материально-техническом обеспечении, а также справочная, оперативная и иная информация. Через официальный сайт обеспечивается доступ всех участников образовательного процесса к различным сервисам и ссылкам, в том числе к Электронному образовательному порталу ФГБУ «НМИЦ ТИО им. ак. В.И. Шумакова» Минздрава России (https://edu.transpl.ru).

Перечень профессиональных баз данных и информационных справочных систем

2. https://www.garant.ru Гарант.ру – справочно-правовая система по законодательству Российской Федерации;
3. https://www.elibrary.ru – национальная библиографическая база данных научного цитирования;

ФГБУ «НМИЦ ТИО им. ак. В.И. Шумакова» Минздрава России располагает материально-технической базой, обеспечивающей успешное проведение всех видов теоретической и практической подготовки, предусмотренных учебным планом.

Материально-техническая база включает в себя:

– специализированные аудитории, оснащенные мультимедийным оборудованием;

– компьютерный класс, в котором установлено лицензионное профессиональное оборудование и предоставляется выход в сеть Интернет, а также к Электронному образовательному порталу ФГБУ «НМИЦ ТИО им. ак. В.И. Шумакова» Минздрава России (https://edu.transpl.ru).

Программное обеспечение:

- MICROSOFT WINDOWS 7, 10;
- Astra Linux, AltLinux, RedOS
- Р7-офис, МойОфис
- OFFICE 2007, 2010;
- Антивирус Касперского (Kaspersky Endpoint Security);
- Антивирус DrWeb
- Гарант (справочно-правовая система);
- Vinteo;
- Adobe Reader;
- Google Chrome, Mozilla Firefox, Yandex Browser;
- 7-Zip.

Приложение 1

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ПО ДИСЦИПЛИНЕ

«УРОЛОГИЯ»

Специальность
31.08.68 Урология

Направленность (профиль) программы
Урология

Уровень высшего образования
подготовка кадров высшей квалификации по программе ординатуры

Москва, 2026

РАЗДЕЛ 1. ОРГАНИЗАЦИЯ УРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

1. Общественное здравоохранение является наукой, изучающей
а) здоровье населения
б) социальные факторы, влияющие на здоровье населения
в) экономические факторы, влияющие на здоровье человека
г) природные факторы и влияние окружающей среды
+д) все перечисленное

2. Показателями здоровья населения являются все перечисленные, кроме
а) трудовой активности населения
б) заболеваемости
в) демографических показателей
г) физического развития населения
+д) обеспеченности врачами

3. Материально-техническую базу здравоохранения составляют
а) сеть учреждений здравоохранения
б) коечный фонд
в) оснащенность аппаратурой
г) укомплектованность врачебными кадрами
+д) все перечисленное

4. О качестве лечения в стационаре свидетельствует все перечисленное, кроме:
а) средней продолжительности пребывания на койке
б) летальности
в) процента расхождения клинических и
патологоанатомических диагнозов
г) числа осложнений
+д) числа больных, переведенных в специализированные отделы

5. Наиболее важными статистическими показателями, по которым можно оценить работу амбулаторно-поликлинического учреждения, являются все перечисленные, кроме
+а) интенсивности потока больных (посетителей)
б) длительности ожидания больных
в) показателей (простоя) специалистов
г) числа обслуживаемого контингента
д) длительности (времени) обслуживания посетителей

6. Основными тенденциями развития стационарной медицинской помощи являются все перечисленные ниже, кроме
а) внедрения принципа этапности
б) возрастания значимости преемственности в работе стационара и других медицинских учреждений
в) возрастания стоимости основных фондов медицинских учреждений и расходов
на содержание больных
г) сокращения коечного фонда
+д) все перечисленное

7.Основным и ведущим звеном в системе стационарной медицинской помощи урологическому

больному является
а) санаторий-профилакторий
б) диспансер
в) национальный медицинский исследовательский центр
+г) урологическое отделение многопрофильной больницы
д) дневной стационар при поликлинике

8. Заболеваемость можно изучить по данным всех перечисленных ниже показателей, кроме
а) обращаемости населения в медицинские учреждения
+б) деятельности КЭК и МСЭК
в) профилактических осмотров и диспансерного наблюдения
г) причин смерти

9. Заболеваемость населения определяет
+а) совокупность всех заболеваний в данном году
б) количество посещений в данном году
в) распространенность заболеваний в данном году
г) общее количество обращений в данном году
д) количество вновь возникших заболеваний

10. Экспертиза временной нетрудоспособности трудящихся до 14 дней осуществляются
+а) врачом
б) заведующим отделением
в) врачебной комиссией
г) каждым из перечисленных
д) все ответы верны

11. Резервами рационального использования коечного фонда является все перечисленное, кроме
а) более полного обследования больных на догоспитальном этапе
б) организации дневных стационаров
в) уменьшения случаев дублирования обследования
г) снижения повторной госпитализации
+д) поздней выписки больного

12. Для расчета показателя «Оборот койки» необходимы данные
1) общее число коек
2) среднее число дней занятости койки в году
3) нормы нагрузки врачебной должности в стационаре
4) среднее число дней пребывания больного на койке
5) показатель отбора на койку к числу обращений (в %)
+а) правильно 1 и 2
б) правильно 3 и 4
в) правильно 4 и 5
г) правильно1 и 5
д) правильно 2 и 4

13. К качественным показателям деятельности стационара относятся все перечисленные, кроме
а) летальности
б) среднего койко-дня
в) хирургической активности
г) процента расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов

+д) количество средств, затраченных на медикаменты

14. Необходимость и сроки временного перевода на другую работу по болезни рабочего или служащего определяют

а) профсоюзные органы
б) КЭК
в) заведующий отделением
+г) МСЭК
д) правильно б) и г)

15. Решающее значение в медицинской и профессиональной реабилитации работающего в неблагоприятных условиях труда имеют

а) перевод больного на другую работу
б) своевременное освобождение от работы в неблагоприятных условиях труда
в) выдача листка нетрудоспособности
г) направление на МСЭК
+д) все перечисленное

16. Листок временной нетрудоспособности выдается при:

а) острых заболеваниях
б) обострениях хронического заболевания
в) травмах
г) ничего из перечисленного
+д) всех перечисленных причинах

17. Больничный лист при хронических заболеваниях выдается

а) в случае выраженного обострения
б) при нарушении функции больного органа
в) при общем тяжелом состоянии больного
г) ни в одном из перечисленных случаев
+д) в любом из перечисленных случаев

18. Право на получение больничного листка при временной утрате нетрудоспособности имеют

+а) все трудящиеся
б) только те трудящиеся, на которых распространяется государственное социальное страхование
в) только те, которые работают постоянно
г) те, которые работают временно или на сезонных работах
д) верно Б и В

19. Если человек заболел во время командировки, больничный лист выдается

+а) медицинским учреждением по месту командировки
б) выдается только справка о заболевании
в) со дня возвращения из командировки
г) все утверждения верные
д) все утверждения неверные

20. Чаще всего временная нетрудоспособность обусловлена

а) острым заболеванием
б) обострением хронического заболевания
в) травмой
г) всем перечисленным

+д) верно А и В

21. Направление на МСЭК и установление группы инвалидности производится на основе
+а) оценки состояния здоровья больного
б) условий труда больного
в) оценки медицинского и социального фактора
г) всего перечисленного
д) верно А и В

22. Если трудоспособность больного восстановилась во время лечения в стационаре, больничный лист закрывают
а) в день обращения больного к врачу в поликлинику
+б) в день выписки из стационара
в) через 3 дня после выписки
г) вопрос решается индивидуально

23. Экспертизой нетрудоспособности в лечебно-профилактических учреждений здравоохранения занимаются
а) лечащий врач
б) заведующий отделением
в) заместитель главного врача по экспертизе временной нетрудоспособности
г) главный врач
+д) все перечисленные

24. Основными факторами окружающей среды, оказывающими влияние на здоровье населения, являются
а) состояние окружающей среды (воздух, водоснабжение, озеленение и др.)
б) условия труда
в) питание
г) условия воспитания и обучения детей и подростков
+д) все перечисленное

25. Диспансеризация включает
а) активное выявление больных
б) диспансерный учет
в) систематическое наблюдение
г) патронаж
+д) все верно

26. Оптимальное число дней работы койки в году в городских больницах составляет в среднем
а) 240-300 дней
+б) 300-330 дней
в) 330-340 дней
г) 340-350 дней
д) 350-360 дней

27. Развитию неотложной урологической помощи способствуют
а) работа больниц скорой помощи
б) функционирование специальных бригад
в) работа отделений планово-экстренной медицинской помощи в виде консультаций
г) санитарная авиация
+д) все перечисленное

28. При первом обращении больного лечащий врач может выдать больничный лист на срок

а) до выздоровления
б) до 3 дней
в) до 7 дней
г) до 10 дней
+д) до 14 дней

29. Применение клинико-статистического метода возможно для

а) поиска новых методов лечения
б) определения эффективности действия лекарственных веществ
в) анализа эффективности оперативных вмешательств
г) оценки эффективности оперативных вмешательств
+д) всего перечисленного

30. Деонтология – наука о долге врача и среднего медицинского персонала, который состоит в том, чтобы

а) обеспечить наилучшее лечение
б) создать благоприятную обстановку для выздоровления больного
в) установить доверительные отношения: больной – врач, врач – больной, врач – родственники больного, врачи – между собой
+г) все перечисленное

31. Этические нормы врача определяются всем, кроме

а) умений и навыков
+б) законов и приказов
в) этнических особенностей региона
г) моральной ответственности перед обществом

32. Если существует большой риск операции, которая является единственным шансом помочь больному, то уролог должен

а) отказаться от операции
б) принять решение оперировать больного
в) созвать консилиум для решения вопроса об операции
г) предупредить больного о сложности операции и степени риска
+д) правильно в) и г)

РАЗДЕЛ 2. КЛИНИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ МОЧЕПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

1. Анатомическое строение почки.
2. Топографическая анатомия забрюшинного пространства.
3. Синтопия мочеточника.
4. Филиология мочеобразования: клубочковая фильтрация и канальциевая реобсорбция.
5. Анатомическое строение мочевого пузыря.
6. Функция мочевого пузыря.
7. Физиологические механизмы удержания мочи и мочеиспускания
8. Строение предстательной железы и семенных пузырьков.
9. Строение и функция придаточных половых желез.
10. Строение сменного канатика.
11. Топографическая анатомия пахового канала у мужчины
12. Топографическая анатомия пахового канала у женщин.
13. Мочеполовая диафрагма: строение, топографическая анатомия, различия у мужчин и женщин.
15. Анатомическое строение яичка и придатка.
16. Топографическая анатомия органов мошонки.

РАЗДЕЛ 3. СЕМИОТИКА И МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ

1. При камне интрамурального отдела мочеточника, нарушающего уродинамику, боли носят характер:
А. Ноющих
Б. Тупых
В. Острых
+Г. Приступообразных острых
Д. Постоянных ноющих

2. При камне интрамурального отдела мочеточника нарушающего уродинамику, локализация и иррадиация болей:
А. Поясничная область без иррадиации
Б. Подреберье с иррадиацией под лопатку
В. Боковые отделы живота с иррадиацией в поясничную область
Г. Паховая область с иррадиацией в бедро
+Д. Поясничная область с иррадиацией в паховую область, внутреннюю поверхность бедра и половые органы

3. При остром паренхиматозном простатите боли:
+А. Постоянные ноющие
Б. Приступообразные
В. Интенсивные, вплоть до пульсирующих
Г. Тупые
Д. Острые

4. При остром паренхиматозном простатите боли локализуются
А. Над лоном
Б. В поясничной области
В. В пояснично-крестцовом отделе позвоночника
+ Г. В промежности и крестце
Д. В промежности

5. Дизурия — это:
А. Частое мочеиспускание
Б. Частое, болезненное мочеиспускание
+В. Затрудненное мочеиспускание
Г. Болезненное мочеиспускание
Д. Правильно Б и В

6. Дизурия встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме:
А. Туберкулеза
Б. Доброкачественной гиперплазии предстательной железы
+ В. Паренхиматозной опухоли почки, размером до 2-х см.
Г. Цистита
Д. Мочекаменной болезни

7. Дизурия встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме:
А. Камня мочеточника
Б. Опухоли мочевого пузыря
В. Камня мочевого пузыря
Г. Цистита
+Д. Опухоли мочеточника

9. Странгурия — это:
А. Затрудненное мочеиспускание по каплям
Б. Мочеиспускание, сопровождающееся болью
В. Частое мочеиспускание
+ Г. Сочетание А и Б
Д. Сочетание Б и В

9. Странгурия встречается при всех перечисленных заболеваниях кроме:
А. Инородных тел уретры
Б. Камня мочевого пузыря
+В. Камня мочеточника
Г. Острого простатита
Д. Доброкачественной гиперплазии предстательной железы

10. Странгурия встречается при:
А. Раке предстательной железы
Б. Интерстициальном цистите
В. Выраженном фимозе
Г. Частичном повреждении уретры
+Д. Всем перечисленном

11. Никтурия — это:
А. Увеличение количества мочи, выделяемого в ночной период времени
Б. Учащение ночного мочеиспускания
В. Перемещение основного диуреза с дневных часов на ночные
Г. Дневная олигурия
+Д. Правильно А и В

12. Никтурия встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме:
А. Сердечной недостаточности
Б. Сахарного диабета

В. Хронической почечной недостаточности
Г. Хронического гломерулонефрита.
+Д. Доброкачественной гиперплазии предстательной железы

13. Поллакиурия — это:
А. Увеличение диуреза
+Б. Учащение мочеиспускания дневного и ночного
В. Учащение ночного мочеиспускания
Г. Учащение дневного мочеиспускания
Д. Увеличение ночного диуреза

14. Поллакиурия не характерна для:
+А. Цистоцеле
Б. Камне в/з мочеточника
В. Неврастении
Г. Истерии
Д. Раке предстательной железы

15. Поллакиурия встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме:
А. Туберкулеза мочевого пузыря
Б. Цисталгии
В. Камня мочевого пузыря
+Г. Опухоли почки
Д. Опухоли мочевого пузыря

16. Олигурия — это:
А. Запаздывающее мочеотделение
Б. Редкое мочеиспускание
В. Уменьшение количества мочи
Г. Увеличение количества мочи
+ Д. Количество мочи не более 500 мл в течение 24 часов или менее 0,5 мл/кг/час

17. Олигурия встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме:
А. Микседемы
Б. Гломерулонефрита
В. Сердечной недостаточности
+Г. Опухоли почки
Д. Обильной рвоты

18. Секреторная анурия — это:
А. Отсутствие мочи в мочевом пузыре
Б. Отсутствие выделения мочи почками
В. Отсутствие самостоятельного мочеиспускания
+Г. Правильно А и Б
Д. Невозможность самостоятельного опорожнения мочевого пузыря

19. Ренопривная анурия встречается при:**
А. Аплазии почек
Б. Отсутствии мочи в первые 24 часа жизни новорожденного
В. Удалении единственной почки
Г. Правильно Б и В
+Д. Правильно А и В

20. Преренальная анурия встречается при:

А. Сердечной недостаточности

Б. Отравлении ядами и лекарственными препаратами

В. Обильных кровопотерях

+Г. Правильно А и В

Д. Правильно А и Г

21. Ренальная анурия встречается при:

А. Хроническом пиелонефрите

Б. Хроническом гломерулонефрите

В. Тромбозе или эмболии почечных сосудов

+ Г. Правильно А и Б

Д. Правильно Б и В

22. Полиурия встречается при:

А. Острой почечной недостаточности

Б. Хронической почечной недостаточности

В. Сахарном диабете

Г. Канальцевых нефропатиях

+Д. Всем перечисленном

23. Полиурия не встречается при всем перечисленном, кроме:

А. После аллотрансплантацни почки

+ Б. При туберкулезе почки

В. После ликвидации препятствия в мочевых путях

Г. Поражения межуточной доли гипофиза

Д. Применении петлевых диуретиков

24. Задержка мочеиспускания — это:

А. Отсутствие выделения мочи почками

+Б. Невозможность самостоятельного опорожнения мочевого пузыря

В. Отсутствие мочи в мочевом пузыре при его катетеризации

Г. Отсутствие самостоятельного мочеиспускания в горизонтальном сложении

Д. Парадоксальная ишурия

25. Задержка мочеиспускания встречается при всем перечисленном, кроме:

А. Атрезии наружного отверстия уретры

Б. Нейрогенной дисфункции мочевого пузыря

+В. Обтурации мочеточников

Г. Доброкачественной гиперплазии предстательной железы

Д. Рака предстательной железы

26. Задержка мочеиспускания не характерна для:

А. Рака предстательной железы

+Б. Острой почечной недостаточности

В. Стриктуры уретры

Г. Камня уретры

Д. Фимоза

27. Парадоксальная ишурия это:

А. Невозможность самостоятельного мочеиспускания

Б. Хроническая задержка мочеиспускания

+В. Сочетание задержки мочеиспускания с недержанием мочи

Г. Недержание мочи
Д. Сочетание задержки мочеиспускания с неудержанием мочи

28. Неудержание мочи — это:
А. Непроизвольное выделение мочи без позыва Б. Императивные позывы к мочеиспусканию
+В. Непроизвольное выделение мочи в результате императивного позыва
Г. Непроизвольное выделение мочи
Д. Непроизвольное выделение мочи в вертикальном положении

29. Недержание мочи —это:
А. Непроизвольное выделение мочи
Б. Непроизвольное выделение мочи в результате императивного позыва к мочеиспусканию
В. Отсутствие позывов к мочеиспусканию
Г. Непроизвольное выделение мочи без позывов к мочеиспусканию +Д. Правильно Аи Г

30. Реакция мочи (pH) в норме:
А. В пределах 3,0-5,0
Б. В пределах 5,0-6,0 .
+ В. В пределах 5,0-7,0
Г. В пределах 7,0-9,0
Д. В пределах 2,0-4,0

31. Истинная (почечная) протеинурия не встречается при:
А. Гломерулонефрите
Б. Опухоли почки
В. Амилоидозе
Г. Мочекаменной болезни
+ Д. Правильно Б и Г

32. Истинная (почечная) протеинурия встречается:
А. При нефропатии беременных
Б. При амилоидозе почек
В.У новорожденных
Г. Парапротеинемиях
+Д. Во всех перечисленных случаях

33. Ложная протеинурия не характерна для:
А Туберкулеза почки
Б. При амилоидозе почек
В. Опухоли почки
Г. Гломерулонефрита
+Д. Правильно Б и Г

34. Ложная протеинурия характерна для:
А. Опухоли мочевого пузыря
Б. Мочекаменной болезни
В. Форникального кровотечения
+ Г. Всего перечисленного
Д. Только Б и В

35. Гематурия — это:
А. Наличие в моче кровяного пигмента гемоглобина.

Б. Выделение крови из мочеиспускательного канала
+В. Наличие видимого количества крови в моче
Г. Наличие в моче порфирина
Д. Эритроцитурия

36. Терминальная гематурия встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме:
А. Камней или опухолей шейки мочевого пузыря |
Б. Варикозного расширения вен в области шейки мочевого пузыря
+В. Хронического гломерулонефрита
Г. Колликулита
Д. Острого цистита

37. Уретроррагия наблюдается при всех перечисленных заболеваниях, кроме:
А. Хронического уретрита
Б. Доброкачественной гиперплазии предстательной железы и камня мочевого пузыря
В. Опухоли уретры
Г. Травмы уретры
+Д. Правильный ответ А и Б

38. О лейкоцитурии принято говорить при содержании лейкоцитов в поле зрения микроскопа:
А. Более 2
+Б. Более 4
В. Более 6
Г. Более 8
Д. Более 10

39. О лейкоцитурии принято говорить при содержании лейкоцитов в мл мочи:
А. Более 500
Б. Более 1000
+В. Более 2000
Г. Более 4000 '
Д. Более 6000

40. Пневматурия встречается при:
А. Почечно-кишечных свищах
Б. Пузырно-влагалищных свищах
В. Пузырно-кишечных свищах
Г. Воспалительном процессе в почке, вызванном газообразующей флорой
+Д. Всем перечисленном

41. Противопоказания к катетеризации мочевого пузыря:
А. Острый уретрит, простатит и эпидидимит
Б. Хронический простатит и стриктура уретры
В. Внутрибрюшной разрыв мочевого пузыря
Г. Свежее повреждение уретры
+Д. Правильно А и Г

42. Показаниями к катетеризации мочеточников являются все перечисленные, кроме:
А Раздельное получение мочи из каждой почки
Б. Проведение ретроградной пиелографии и уретерографии
В. Обтурационной анурии
Г. Дифференциальной диагностики секреторной и обтурационной анурии
+Д. Секреторной анурии

43. Осложнениями катетеризации мочеточников являются:
А. Перфорация мочеточника
Б. Перфорация лоханки
В. Обострение мочевой инфекции
Г. Правильно А и Б
+Д. Все перечисленное

44. Осложнениями бужирования уретры являются все перечисленные, исключая:
А. Уретральную лихорадку
Б. Острый простатит и эпидидимит
В. Уретроррагию
+Г. Форникальное кровотечение
Д. Формирование ложного хода уретры

45. Противопоказаниями к бужированию уретры являются все перечисленные, кроме:
+А. Доброкачественной гиперплазии предстательной железы
Б. Острого эпидидимита
Б. Острого цистита и простатита
Г. Хронического простатита и цистита
Д. Острого уретрита

46. Для проведения цистоскопии необходимо:
А.Проходимость уретры
Б. Емкость мочевого пузыря более 75 мл
В. Прозрачная среда в полости мочевого пузыря
Г. Правильно А и Б
+Д. Все перечисленное

47. Показаниями к уретроскопии являются:
А. Хронические воспалительные заболевания уретры
Б. Опухоли уретры
В. Колликулит
Г. Правильно А и Б
+Д. Все перечисленное

48. Сухая уретроскопия применяется для осмотра:
+А. Передней части уретры
Б. Задней уретры
В. Семенного бугорка
Г. Правильно А и Б
Д. Правильно все

49. Показаниями к урофлоуметрии являются все перечисленные кроме:
А. Стриктуры уретры, клапана уретры
Б. Доброкачественной гиперплазии предстательной железы
В. Рака предстательной железы
+ Г. Острого простатита
Д. Нейрогенной дисфункции мочевого пузыря

50. На характер урофлоурограммы влияет:
А. Функциональное состояние детрузора
Б. Проходимости уретры

В. Нарушение проходимости пузырно-уретрального сегмента
Г. Правильно А и В
+Д. Все перечисленное

51. Урофлоуметрия нецелесообразна при:
А. Экстрофии мочевого пузыря
Б. Пузырно-влагалищном свище, пузырно-ректальном свище
В. Наличии цистостомы
Г. Всем перечисленном
+Д. Только А и Б

52. Урофлоуметрический индекс (средняя объемная скорость мочеиспускания) **в норме равен**:
А. 4-5 мл/сек
Б. 6-8 -»-
+В. 10-20 -»-
Г. 15-45 -»-
Д. 60-70 -»-

РАЗДЕЛ 4. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ РАЦИОНАЛЬНОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

1. Принципы лечения неосложненных воспалительных заболеваний нижних мочевых путей у женщин
2. Принципы лечения осложненных воспалительных заболеваний мочевых путей
3. Принципы лечения неосложненного пиелонефрита
4. Классификация пиелонефрита
5. Классификация цистита
6. Терапия негонококковых уретритов
7. Лечение неинфекционных уретритов.
8. Воспалительные заболевания придаточных половых желез и их лечение
9. Профилактика воспалительных заболеваний почек и мочевых путей
10. Принципы рациональной антибактериальной терапии при воспалительных заболеваниях почек
11. Показания к консервативной терапии и современный лечебные алгоритмы при воспалительных заболеваниях предстательной железы
12. Возможности консервативной терапии при почечной колике.
13. Лечение осложнений мочекаменной болезни
14. Показания и противопоказания к литолитической терапии
15. Консервативное лечение мочекаменной болезни при беременности
16. Лечение инфекционных осложнения при уролитиазе
17. Современная патогенетическая терапия доброкачественной гиперплазия предстательной железы
18. Симптоматическая терапия доброкачественной гиперплазии предстательной железы
19. Заместительная гормональная терапия андрогенодефицита.
20. Не медикаментозные методы лечения эректильной дисфункции
21. Медикаментозные методы лечения эректильной дисфункции

22. Консервативное лечение гиперактивного мочевого пузыря.
23. Лечение недостаточности функции детрузора.

РАЗДЕЛ 5. НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В УРОЛОГИИ

1. Причины почечной колики и механизмы ее развития.
2. Дифференциальная диагностика почечной колики и острых хирургических заболеваний брюшной полости
3. Способы купирования почечной колики
4. Виды гематурии
5. Дифференциальная диагностика гематурии и уретрорагии
6. Алгоритм обследования пациентов с гематурией
7. Этиологические причины острой задержки мочеиспускания
8. Отличия острой задержки мочеиспускания от анурии
9. Анурия и острое почечное повреждение
10. Виды анурии
11. Этиологические причины анурии
12. Дифференциальная диагностика видов анурии
13. Дифференциальная диагностика перекрута яичка и острого орхита
14. Механизмы повреждения почек.
15. Классификация травм почек
16. Рентгенологические методы и их значения в диагностики травм почек
17. Показания к оперативному лечению травм почек
18. Показания к оперативному лечению травмы мочевого пузыря
19. Методы диагностики травмы мочевого пузыря
20. Этиология и патогенез приапизма
21. Методы консервативного лечения приапизма
22. Методы оперативного лечения приапизма
23. Острая задержка мочеиспускания (этиология, патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения)
24. Повреждение мочеполовых органов в акушерской и гинекологической практике
25. Принципы рациональной антибактериальной терапии острых воспалительных заболеваний органов мочеполовой системы
26. Острая мошонка
27. Острое повреждение почек
28. Показания к проведению заместительной почечной терапии при остром почечном повреждении

РАЗДЕЛ 6. АНОМАЛИИ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ У МУЖЧИН И МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН

1. Классификация аномалии почек и верхних мочевых путей.
2. Врождённая аномалия сосудов почек.
3. Аномалия структуры почек
4. Поликистозная болезнь почек
5. Аномалия расположения почек
6. Аномалии сращения
7. Аномалия верхних мочевыводящих путей.
8. Рефлюксная болезнь почек.
9. Гидронефроз и утетерогидронефроз
10. Аномалия левой почечной вены
11. Ретроковальный мочеточник
12. Аномалии мочевого пузыря.
13. Экстрафии мочевого пузыря.
14. Клапан задней уретры.
15. Классификация гипоспадии уретры и методы хирургической коррекции.
16. Эписпадия уретры.
17. Анорхизм.
18. Крипторхизм и метод хирургического лечения.
19. Фимоз и парафимоз
20. Водянка оболочек яичка.
21. Варикозное расширение вен семенного канатика и связь с с врожденными аномалиями сосудов почек.

РАЗДЕЛ 7. НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ У МУЖЧИН И МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН

1. В секрете предстательной железы в норме содержатся:
А. Лейкоциты (не более 10), единичные эритроциты
Б. Макрофаги и амилоидные тельца
В. Лецитиновые зерна
Г. Эпителиальные и гигантские клетки
+Д. Правильно А и В

2. Наиболее часто вызывают пиелонефрит:
+а) Кишечная палочка
б) Протей
в) Палочка сине-зеленого гноя
г) Стафилококк
д) Энтерококк

3. Острый гематогенный пиелонефрит в неизмененных почках вызывает:
а) Протей
б) Кишечная палочка
в) Палочка сине-зеленого гноя

г) Энтерококк
+д) Стафилококк плазмокоагулирующий

4. Факторами, способствующими возникновению острого пиелонефрита, являются:
а) Пузырно-мочеточниковый рефлюкс
б) Переохлаждение
в) Нарушение пассажа мочи и оттока венозной крови из почки
г) Бактериурия
+д) Все перечисленное

5. При гематогенном остром пиелонефрите в первую очередь поражаются:
а) Чашечно-лоханочная система
б) Клубочки почки
в) Канальцы почки
+г) Венозная система почки и интерстициальная ткань
д) Все перечисленное

6. Изменения в почке при остром гнойном пиелонефрите характеризуются:
а) Нарушением проницаемости сосудов
б) Лейкоцитарной инфильтрацией межуточной ткани
в) Скоплением микробов в межуточной ткани
г) Деструкцией почечной ткани (канальцев и клубочков)
+д) Всем перечисленным

7. Основным ультразвуковым признаком острого серозного пиелонефрита является:
а) Очаговое утолщение паренхимы
+б) Увеличение размеров почки
в) Неоднородность паренхимы
г) Ограничение подвижности почки при дыхании
д) Наличие ореола разряжения вокруг почки

8. Минимальное количество лейкоцитов в осадке мочи у женщин, указывающее на наличие лейкоцитурии, составляет:
а) 2-3 лейкоцитов в поле зрения
+б) Больше 4 лейкоцитов в поле зрения
в) Больше 10 лейкоцитов в поле зрения
г) Лейкоциты не должны обнаруживаться
д) Лейкоциты покрывают все поля зрения

9. К исходам хронического пиелонефрита относят:
а) Артериальную гипертензию
б) Пионефроз
в) Хроническую почечную недостаточность
г) Вторично сморщенную почку
+д) Правильно Б и Г

10. В поликлинику обратилась больная 37 лет с жалобами на общую слабость, ноющие боли в пояснице справа. Два часа назад перенесла приступ правосторонней почечной колики, сопровождающийся повышением температуры до 38,5, с ознобом, с последующим быстрым снижением температуры, проливным потом и исчезновением болей в пояснице. В момент осмотра симптом Пастернацкого слабо положителен справа, почки не пальпируются, мочеиспускание не нарушено. Моча прозрачная, температура тела 37,2 С. Наиболее вероятный диагноз:

а) Состояние после приступа правосторонней почечной колики
б) Острый гнойный пиелонефрит
в) Пиелит
г) Острый гематогенный пиелонефрит
+д) Камень правого мочеточника, острый серозный пиелонефрит

11. Тактика врача поликлиники при камне мочеточника, остром серозном пиелонефрите заключается в:
а) Назначении амбулаторных исследований
+б) Срочной госпитализации
в) Госпитализации в плановом порядке
г) Динамическом наблюдении на дому
д) Назначении амбулаторного лечения

12. При подозрении на карбункул левой почки, температуре тела 38,8- 38,5 С, длительности заболевания 6 дней, наиболее целесообразно выполнять исследования в следующей очередности:
1.Изотопная ренография
2.Анализ мочи и крови
3.Ультразвуковое исследование
4.Динамическая нефросцинтиграфия
5.Рентгеновская компьютерная томография с контрастированием
6.Экскреторная урография
7.Ретроградная пиелография
а) Правильно 1,2,3,4,5,6 и 7
+б) Правильно 2,3,5, 4
в) Правильно 2,4,1,3,7,5 и 6
г) Правильно 2,1,5,4,5,7 и 3
д) Правильно 6,2,3,7

13. При обследовании пациента 64 лет выявлен карбункул нижнего полюса левой почки 2-3 см. Пассаж мочи и функция почек не изменены. Болен 3 дня, не лечился. Выберите оптимальный вариант лечения из предложенных
+а) Срочную операцию – ревизию левой почки, иссечение или рассечение карбункула, нефростомию, дренирование паранефрального пространства
б) Плановую операцию – ревизию почки, иссечение или рассечение карбункула, дренирование паранефрального пространства, антибактериальную терапию
в) Нефростомию
г) Чрескожную пункцию карбункула, антибактериальную терапию
д) Нефрэктомию

14. При остром гнойном пиелонефрите и камне лоханки правой почки размерами 1,5х2 см., высокой температуре с периодическими ознобами в течение 10 дней. Наиболее показано:
+а) Пункционная нефростомия, антибактериальная терапия.
б) Катетеризация мочеточника
в) Интенсивная антибактериальная терапия
г) Дистанционная литотрипсия
д) Операция – ревизия почки, пиелолитотомия, нефростомия

15. Больному 32 года. Поступил по поводу острого гнойного пиелонефрита, камня нижней трети правого мочеточника. Болен 10 дней. Больному показано:
а) Плановое обследование с целью уточнения
б) Установка мочеточникового стента

в) Уретеролитотомия
+г) Нефростомия, антибактериальная терапия
д) Интенсивная антибактериальная терапия без операции

16. При абсцессе нижнего полюса правой почки размерами 4х4 см. наиболее показано:
а) Интенсивная антибактериальная терапия
б) Нефрэктомия
+в) Вскрытие и дренирование абсцесса или чрескожная пункция и дренирование полости абсцесса
г) Резекция нижнего полюса почки
д) Декапсуляция почки, нефростомия

17. Беременность 20 недель. Правосторонний острый серозный пиелонефрит. Эктазия лоханки и правого мочеточника до тазового отдела. Данных на конкременты нет. Лечение больной целесообразно начать с:
а) Правосторонней нефрэктомии
б) Прерывания беременности
в) Катетеризации мочеточника
г) Чрескожной пункционной нефростомии
+д) Постоянного пребывания больной на противоположном боку, антибактериальной терапии

18. К осложнениям острого пиелнефрита относят:
а) Некроз почечных сосочков,
б) Паранефрит
в) Сепсис
г) Острое почечное повреждение
+д) Все перечисленное

19. Оценка эффективности и коррекция антибактериальной терапии при остром пиелонефрите необходимо провести не позднее … от начала терапии:
а) 12 часов
б) 24 часа
в) 36 часов
г) 48 часов
д) 72 часов

20. Антибактериальную терапию при остром пиелонефрите следует проводить:
а) 14 дней
б) До исчезновения пиурии
в) До исчезновения бактериурии
г) До выписки больного из стационара
+д) До нормализации клинико-лабораторных показателей

21. Основным методом диагностики эмфизематозного пилонефрита является:
а) Ультразвуковой
б) Радионуклидный
+в) Рентгенологический
г) Бактериологический
д) Эндоскопический

22. Количество поваренной соли, которое следует употреблять больному острым пилонефритом:
а) Бессолевая диета
+б) Ограниченное количество
в) Обычное количество

г) Повышенное количество
д) Большое количество

23. Дифференциальную диагностику при первичном ксантогранулематозном пиелонефрите необходимо проводить с:
а) Карбункулом почки
б) Раком почки
в) Кистой почки
+г) Правильно А и Б
д) Правильно Б и В

24. При камне правого мочеточника, остром правостороннем пиелонефрите, бактериемическом шоке, и невозможности проведения мочеточникового катетер или стента целесообразно:
а) Проводить более интенсивную антибактериальную терапию
б) Назначить внутривенное введение антибиотиков
в) Провести эндолимфатическое введение антибиотиков
+ г) Провести операцию – нефростомию на фоне продолжающейся противошоковой терапии
д) Продолжать интенсивную терапию, направленную на выведение больного из шока

25. Наиболее значимыми факторами риска развития пиелонефрита у беременных являются:
а) Сдавление мочеточников увеличенной маткой
б) Дилатация мочеточников за счет гормональных изменений
в) Понижение реактивности организма
г) Правильно А и Б
+д) Бессимптомная бактериурия

26. Симптом Ходсона при хроническом пиелонефрите основан на:
а) Изменении тонуса чашечек
б) Изменении тонуса почечной лоханки
в) Увеличении почки
+г) Очаговости и полиморфности воспалительных изменений в почке
д) Нарушении функции почки

27.У женщины 34 лет в процессе диспансеризации обнаружено в осадке мочи 25-30 лейкоцитов в поле зрения. Жалоб не предъявляет. В анамнезе указаний на урологическое заболевание нет. Чем наиболее вероятно обусловлено данное изменение анализа мочи.
а) Хронический пиелонефрит
б) Хронический цистит
в) Хронический уретрит
+г) Бессимптомная бактериурия
д) Хронический аднексит

28. У пациента 42 лет при диспансеризации обнаружена лейкоцитурия (до 35-40 лейкоцитов в поле зрения). Для выявления источника лейкоцитурии (уретра, предстательная железа, почки и мочевой пузырь) исследование нужно начинать с:
а) Бактериологического анализа мочи
+б) Двухстаканной пробы
в) Пробы Нечипоренко
г) Исследования мочи, полученной путем катетеризации мочевого пузыря
д) Проведения провокационного преднизолонового теста

29. При тяжелом остром гнойном пиелонефрите и азотемии (12-18 ммоль/л) при неизменной

контрлатеральной почке нефрэктомия:
+ а) Возможна и целесообразная
б) Возможна
в) Невозможна
г) Возможна только при проведении гемодиализа
д) Возможна только при проведении гемосорбции

30. Хронический тубуло-интерстициальный нефрит необходимо дифференцировать со следующими заболеваниями почек:
а) Мочеполовым туберкулезом
б) Гипоплазией
в) Гломерулонефритом
г) Первично сморщенной почкой
+д) Всем перечисленным

31. Основное значение в возникновении цистита придается:
а) Местным расстройствам кровообращения
б) Физическим факторам
+в) Инфекции
г) Химическим факторам
д) Общим факторам

32. Дифференциальную диагностику цистита у женщин следует проводить с:
а) Пиелонефритом
б) Туберкулезом и опухолью мочевого пузыря
в) Эндометриозом мочевого пузыря
г) Колитом, андекситом
+д) Правильно А, Б и В

33. Наиболее частым путем проникновения инфекции в мочевой пузырь является:
+а) Уретральный, восходящий
б) Нисходящий
в) Лимфогенный
г) Гематогенный
д) Контактный

34. Основными симптомами острого цистита являются все перечисленные, кроме:
а) Поллакиурии
+б) Полиурии
в) Терминальной гематурии
г) Болей при мочеиспускании
д) Пиурии

35. Диагностика острого цистита основана на анализе всего перечисленного, кроме:
а) Анамнестических данных
б) Данных микроскопии осадка мочи
в) Данных посева мочи
+г) Цистоскопии
д) Клинических проявлений

36. При остром цистите показаны:
а) Цистоскопия (в большинстве случаев)

+б) Цистоскопия (в исключительных случаях)
в) Катетеризация мочевого пузыря
г) Уретроскопия
д) Цистометрия

37. Для острого цистита характерна гематурия:
а) Тотальная с бесформенными сгустками
б) Инициальная
+в) Терминальная
г) Безболевая
д) Все вышеперечисленное

38. При остром цистите выделяют следующие формы:
а) Катаральный
б) Геморрагический
в) Грануляционный
г) Фибринозный и язвенный
+д) Правильно А, Б и Г

39. При хроническом цистите выделяют следующие формы:
а) Катаральный
б) Полипозный, кистозный
в) Язвенный, Инкрустирующий, некротический
+ г) Правильно А и В
д) Правильно А, Б и В

40. В развитии цистита этиологическую роль играют:
+а) Патогенные микроорганизмы
б) Микоплазмы
в) Вирусы
г) Хламидии
д) Все перечисленное

41. При острых циститах следует применять:
а) Диетотерапию
б) Инстилляции лечебных средств
+в) Антибактериальную терапию
г) Правильно А и В
д) Правильно А, Б. В

42. В основу лечения хронического цистита необходимо ставить:
+а) Антибактериальную терапию
б) Устранение причин, поддерживающих воспалительный процесс
в) Инстилляции лечебных средств
г) Диетотерапию
д) Применение спазмолитиков

43. Интерстициальный цистит характеризуется:
а) Стойким болевым симптомокомплексом
б) Отсутствием жалоб
в) Нарушением резервуарной функции мочевого пузыря
+г) Правильно А и В
д) Правильно Б и В

44. Характерными симптомами острого уретрита являются все перечисленные, кроме:
а) Болей при мочеиспускании
+б) Гематурии и отека кожи мошонки
в) Гнойных выделений из уретры
г) Отека губок наружного отверстия уретры
д) Учащенного мочеиспускания

45. Диагностика острого уретрита основывается на всем перечисленном, кроме:
а) Данных анамнеза и клиники
б) Результатов исследования осадка мочи
+в) Данных клинического анализа крови и исследования секрета предстательной железы
г) Посева и микроскопии гнойного отделяемого уретры

46. Уретрография показана:
а) При эпидидимите
б) При простатите
+в) При подозрении на кондиломатозный уретрит
г) Правильно А и Б
д) Правильно Б и В

47.Рентгеновское исследование мочеиспускательного канала показано:
а) При остром уретрите
б) При простатите и везикулите
+в) При подозрении на стриктуру уретры
г) При торпидном течении уретрита
д) Правильно А и Б

48. Дифференциальную диагностику острого уретрита следует проводить с:
а) Баланопоститом
б) Циститом
в) Простатитом
+ г) Всем перечисленным
д) Только Б и В

49. Дифференциальную диагностику баланопостита следует проводить с:
а) Пиелонефритом
б) Парапоктитом
в) Фимозом
г) Гангреной Фурнье
+д) Ни с одним из перечисленных

50. Наиболее частыми осложнениями хронического уретрита являются:
а) Колликулит
б) Геморрой
в) Простатит
г) Везикулит
+д) Правильно А, В. и Г

51. К частым осложнениям хронического уретрита относятся все перечисленные, кроме:
а) Простатита
б) Эпидидимита

в) Поражения уретральных желез
+г) Парапроктита
д) Орхита

52. При тяжелых термических, химических и травматических уретритах показано:
а) Установление постоянного катетера в сочетании с интенсивной антибактериальной терапией
б) Интенсивная антибактериальная и местная терапия
+в) Цистостомия с последующей интенсивной антибактериальной и местной терапией
г) Лучевая терапия
д) Физиотерапевтическое лечение

53. Баланопостит –это воспаление
а) Крайней плоти полового члена
б) Головки полового члена
в) Парауретральных желез
+г) Внутреннего листка крайней плоти и головки полового члена
д) Наружного листка крайней плоти и головки полового члена

54. Предрасполагающими факторами к возникновению баланопостита являются:
а) Сужение крайней плоти (фимоз)
б) Искривление полового члена
в) Сахарный диабет
г) Правильно А и Б
+д) Правильно А и В

55. Уретрит обусловленный инфекциями, передаваемыми половым путем – это
а) Обменный
б) Хламидийный
в) Гонорейный
г) Трихомонадный
+д) Правильно Б, В и Г

56. К неинфекционному уретриту относятся:
а) Аллергический
б) Травматический и обменный
в) Химический
г) Микотический
+д) Все, кроме Г

57. При баланопостите наблюдается:
а) Отек и гиперемия крайней плоти
б) Боли над лобком
в) Эрозии и гнойные выделения на внутреннем листке крайней плоти и головке полового члена
г) Правильно А и Б
+д) Правильно А и В

58. Дифференциальный диагноз баланопостита следует проводить с:
а) Сифилисом
б) Кавернитом

в) Рожистым воспалением
г) Правильно А и Б
+д) Правильно А и В

59. При баланопостите показано:
+а) Промывание крайней плоти и теплые ванночки дезинфицирующими растворами
б) Иссечение крайней плоти
в) Системная антибактериальная терапия
г) Правильно А и В
д) Правильно А и Б

60. Кавернит – это:
+а) Воспаление кавернозных тел полового члена
б) Фибропластическая индурация полового члена
в) Флеботромбоз кожи полового члена
г) Правильно А и Б
д) Правильно А и В

61. Лечение кавернита следует начинать с:
+а) Антибактериальной терапии
б) Наложения сафено-кавернозного или губчато-пещеристого анастомоза
в) Рассечения кавернозных тел
г) Правильно А и Б
д) Правильно А и В

62. Парафимоз –это:
а) Сужение отверстия крайней плоти полового члена
+б) Ущемление головки полового члена суженной крайней плотью
в) Воспаление кавернозного тела уретры и головки полового члена
г) Воспаление вен полового члена
д) Правильно В и Г

63. Лечение парафимоза заключается:
а) В попытке вправления полового члена
б) В иссечении крайней плоти
в) В наложении губчатого пещеристого анастомоза
г) В рассечении ущемляющего кольца
+д) Правильно А и Г

64. Инфекционный эпидидимит и орхит могут быть вызваны:
а) Бактериями и вирусами
б) Микоплазмами и хламидиями
в) Семенной гранулемой
+г) Правильно А и Б
д) Правильно все перечисленное

65. При остром эпидидимите придаток яичка:
а) Резко напряжен и болезненен
б) Увеличен
в) Атрофичен
+г) Правильно А и Б
д) Правильно А и В

66. +Появления болей в паховой области и в животе при остром эпидидимите свидетельствует о возникновении:
а) Деферентита
б) Фуникулита
в) Острого аппендицита
г) Колита
+д) Правильно А и Б

67. Острый инфекционный эпидидимит следует дифференцировать с:
а) Перекрутом и некрозом гидатид
б) Перекрутом яичка
в) Кавернитом
+г) Правильно А и Б
д) Правильно А и В

68. Этиологическими факторами в возникновении простатита являются:
а) Бактерии и вирусы
б) Микоплазмы и хламидии
в) Трихомонады
г) Микобактерии туберкулеза
+д) Все перечисленное

69. Для острого простатита характерно:
а) Равномерное увеличение предстательной железы
б) Каменистая консистенция предстательной железы
в) Резкая болезненность предстательной железы при пальпации
г) Уменьшение размеров предстательной железы
+д) Правильно А и В

70. Осложнениями острого простатита могут быть:
а) Острый аппендицит
б) Уретрит
в) Артрит
+г) Абсцесс предстательной железы
д) Правильно В и Г

71. Главными признаками абсцесса предстательной железы являются:
а) Резкая болезненность предстательной железы при пальпации
б) Уменьшение размеров предстательной железы
в) Наличие очагов размягчения и флюктуации
г) Симптомы раздражения брюшины
+д) Правильно А и В

72. При абсцедировании предстательной железы со стороны периферической крови наблюдаются:
а) Лимфопения
б) Полицитемия
в) Лейкоцитоз
г) Сдвиг лейкоцитарной формулы влево
+д) Правильно В и Г

73. При склерозе шейки мочевого пузыря, остаточной моче в количестве 100 мл, показано:
а) Цистостомия
б) Простатэктомия
+в) Трансуретральная электрорезекция шейки мочевого пузыря
г) Пункционная цистостомия
д) Санаторно-курортное лечение, рассасывающая терапия

Раздел 8. Фтизиоурология

1. Организация фтизиатрической службы в Российской Федерации
2. Понятие о первичном и вторичном туберкулёзе
3. Туберкулез почек.
4. Дифференциальная диагностика специфических и неспецифических воспалительных заболеваний почек.
5. Поликавернозный туберкулез почек.
6. Рентгенологическая диагностика туберкулеза почек.
7. Хирургическое лечение туберкулеза почек.
8. Хирургическое лечение постуберкулезных рубцовых стриктур мочеточника.
9. Туберкулез мочевого пузыря.
10. Хирургическое лечение туберкулеза мочевого пузыря.
11. Туберкулёз придачка яичка и яичка.
12. Туберкулез предстательной железы.
13. Диспансерное наблюдение пациентов с мочеполовым туберкулезом.
14. 15. Санаторно-курортное лечение мочеполового туберкулеза.

РАЗДЕЛ 9. МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

1. Наиболее высокая заболеваемость уролитиазом наблюдается в регионах с:
+А. Сухим жарким климатом
Б. Умеренным климатом средней полосы
В. Холодным заполярным климатом
Г. Тропическим влажным климатом
Д. Климатом морского побережья

2. К этиологическим факторам мочекаменной болезни относятся:
А. Нарушение фосфорно-кальциевого обмена
Б. Нарушение обмена щавелевой кислоты
В. Нарушение пуринового обмена
Г. Инфекцию мочевых путей
+Д. Все перечисленное

3. При щелочной реакции мочи преимущественно образуются:
А. Мочекислые (уратные) камни
Б. Цистиновые камни
+В. Фосфатные камни
Г. Оксалатные камни
Д. Камнеобразование не зависит от реакции мочи

4. Гиперкальцемия и гиперкальциурия способствуют образованию:

А. Цистиновых камней
Б. Мочекислых (уратных) камней
В. Оксалатных камней
Г. Фосфатных камней
+Д. Правильно В и Г

5. Снижение реабсорбции в канальцах почек мочевой кислоты может приводить к образованию:
А. Цистиновых мочевых солей
Б. Оксалатных мочевых солей
+В. Уратных (мочекислых) мочевых солей
Г. Фосфатных мочевых солей
Д. Любых из перечисленных

6. К факторам, не влияющим на образование мочевых камней, относятся:
+А. Высокая концентрация натрия и креатинина в крови и моче
Б. Уростаз
В. Высокая вязкость мочи
Г. Низкий уровень защитных коллоидов в моче
Д. Высокая концентрация щавелевой, мочевой кислоты, кальция в моче

7. Для кристаллизации уратных мочевых солей наиболее оптимальной pH мочи является:
А. 3,5
+Б. 5,5
В. 7,0
Г. 7,5
Д. 8,5

8. Для кристаллизации фосфатных солей наиболее оптимальной pH мочи является:
А. 4,0
Б. 5,7
В. 7,1
+Г. 8,8
Д. 8,9

9. Образованию и росту камней в мочевых путях способствуют все условия, кроме:
А. Уростаза
Б. Шовного материала (капрон) стенки лоханки
В. Высокой вязкости мочи
+Г. Высокого содержания в моче мочевины и креатинина
Д. Высокого содержания в моче мочевой и щавелевой кислот

10. К факторам риска камнеобразования не относятся:
А. Уратурия, оксалатурия
+Б. Высокое содержание мочевины и креатинина в крови
В. Высокое содержание в крови и в моче кальция, мочевой и щавелевой кислоты
Г. Лейкоцитурия и эритроцитурия
Д. Фосфатурия

11. К рентгеноконтрастным мочевым камням относятся все перечисленные, кроме:
А. Оксалатов
Б. Фосфатов
В. Смешанных

+Г. Уратов
Д. Уратов + оксалатов

12. К ренттенонегативным мочевым камням относятся:
А. Фосфаты
Б. Фосфаты + ураты
В. Ураты + оксалаты
+Г. Ураты
Д. Ураты + оксалаты + фосфаты

13. Для диагностики гиперпаратиреоза при кальциевых мочевых камнях следует применить все методы, кроме:
А. Определения ионизированного кальция в крови
Б. Ультразвукового сканирования парашитовидных желез
+В. Определения паратгормона в моче
Г. Определения паратгормона в крови
Д. Определения кальция в суточной моче

24. Выберите наиболее оптимальный вариант последовательности действий при экстренной диагностике острого обструктивного пиелонефрита:
1) Компьютерная рентгеновская томография
2) Ультразвуковое сканирование почек
3) Объективное обследование больного
4) Клинический анализ крови и мочи
5) Радиоизотопная ренография
6) Обзорная и экскреторная урография
7) Лечебно-диагностическая катетеризация мочеточника
А. 1,2,4,7
Б. 7,3,2,5
+В. 3,4,2,1
Г. 2,4,2,7
Д. 2,5,7,3

25. Компьютерная рентгеновская томография целесообразна:
А: При коралловидном камне почки
Б. При камнях лоханок обеих почек
В. При уратном (рентгенонегативном) камне лоханки почки
+Г. Во всех случаях
Д. Ни в одном случае

26. Ретроградная уретеропиелография при отсутствии возможности проведения спиральной компьютерной томографии наиболее целесообразна:
А. При камне (оксалате) лоханки, почки или мочеточника
+Б. При подозрении на камень (урат) мочеточника, лоханки или чашечки
В. При камне (фосфате) чашечки, лоханки или мочеточника
Г. Во всех случаях
Д. Ни в одном случае

25. Ультразвуковое сканирование почек целесообразно:

А. При подозрении на камень урат почки
Б. При коралловидном камне почки
В. При камне мочеточника
Г. Ни в одном случае
+ Д. Во всех случаях

26. У больного самостоятельно отходят уратные камни и соли. Выберите оптимальный вариант исследований из предложенных:
1) Общий анализ мочи, мочевая кислота суточной мочи
2) Трансаминаза крови
3) Мочевая кислота крови
4) Обзорная и экскреторная урография
5) Ультразвуковое исследование почек
6) Компьютерная рентгеновская томография
А. 1,3,4,5
+Б. 1,2,3,5,6
В.2,3,5,6
Г. Все виды исследований
Д. Все, кроме 2

27. У пациента самостоятельно отходят оксалатные камни и соли. Выберите необходимый вариант обследования:
1)Кальций крови и суточной мочи
2) Трансаминазы крови
3) Фосфор крови
4) Хлориды крови
5) Оксалаты (щавелевая кислота) суточной мочи
6) Белковые фракции крови
А. Все вышеперечисленные исследования
Б. 1,2,5,6
+В. 1,3,5
Г. 4,3,6
Д. 2,3,5,б

28. У пациента самостоятельно отходят фосфатные камни и соли. Выберите необходимый вариант обследования:
1) Кальций, фосфор крови
2) Кислая и щелочная фосфатазы крови
3) 3) Трансаминаза крови
4) Общий и бактериологический анализ мочи
5) Паратиреоидный гормон и кальцитонин крови
6) 6) Сканирование паращитовидных желез
А. 1,3,4,6
+Б. 1,2,4,6,
В. 2,4,5.7,8
Г. Все перечисленное
Д. 1,4,6,

29. У пациента камень нижней трети мочеточника 3 мм, урете-ропиелоэктазия выше камня. Выберите вариант из предложенных методов лечения:
А. Спазмолитические средства

Б. Стимулирующая мочеточник физиотерапия
в. Водные нагрузки: 1,5 л в день + фуросемид
Г. Верно А, Б
+Д. Верно А, Б, В

30. У пациента в поликлинике диагностирована почечная колика, температура 38,3'Св течение двух дней, ознобы. Ваши действия:
А.Лечить на дому антибиотиками
Б. Госпитализировать в терапевтическое отделение
В. Срочно госпитализировать в урологический стационар
Г. Срочно деблокировать почку
+Д. Правильно В и Г
Г. Меняется только состав камней
Д. Все кроме Г

РАЗДЕЛ 10. ТРАВМА МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ У МУЖЧИН И МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН

1. Какие повреждения почек чаще наблюдаются в мирное время?
А. Открытые
+Б. Закрытые
В. Сочетанные
Г. Ятрогенные
Д. Одинаково часто любые из перечисленных

2. Наиболее быстрым и информативным из предложенных методов при травме почек является:
А. Рентгеновская компьютерная томография без контрастирования
Б. Абдоминальная аортография
В. Экскреторная урография
Г. УЗИ
+Д. Рентгеновская компьютерная томография с контрастированием

3. Консервативное лечение при травме почки включает все, кроме:
А. Охранительный режим до 2 недель
Б. Гемостатическая терапия
+В. Десенсибилизирующая терапия
Г. Антибактериальная терапия
Д. Профилактику тромбоэмболических осложнений

4. При травме почки оперативное лечение не показано, при:
А. Размозжении почки
Б. Проникающем ранении почки
В. Отрыве почки
+Г. Субкапсулярной гематоме объемом 10 $см^3$
Д. Паранефральной гематоме объемом 300 $см^3$

5. Перекрыть почечный кровоток на 20 мин при резекции почки по поводу разрыва:
А. Допустимо при перфузии сосудов
+Б. Допустимо в условиях гипотермии
В. Допустимо при предварительной противоишемической защите
Г. Допустимо при всем перечисленном
Д. Недопустимо

6. При разрыве почки с повреждением чашечно-лоханочной системы органосохраняющую операцию необходимо закончить:
+А. Нефростомией
Б. Пиелостомией
В. Без дренирования лоханки
Г. Интубацией мочеточника
Д. Кольцевым дренированием лоханки

7. Причиной артериальной гипертензии после травмы почки может явиться все, кроме:
А. Гематома в области ворот почки, имбибирующая клетчатку почечного синуса
Б. «Целлофановая» почка – сдавление почечной паренхимы, организовавшейся околопочечной или субкапсулярной гематомой
В. Нефросклероз
Г. Посттравматическая киста почки объемом 30 см.
+Д. Отрыв почечной ножки

8. После травмы почки возможно развитие всего перечисленного, кроме:
А. Нефролитиаза
Б. Гидронефроза
В. Сморщенной почки
+Г. Опухоли
Д. Гнойного пиелонефрита

9. При сочетанных ранениях почки и органов брюшной полости необходимо начинать с операции:
+А. Лапаротомии
Б. Люмботомии
В. Нефрэктомии
Г. Нефростомии
Д. Ушивания разрыва почки

10. Повреждения мочеточника встречаются во всех перечисленных случаях, кроме:
+А. Тупой травмы поясничной области
Б. Инструментальных исследований
В. Попытки извлечения камня петлей
Г. Гинекологических операций
Д. Дистанционной литотрипсии

11. В акушерско-гинекологической практике повреждения мочеточника наблюдаются чаще всего:
А. Одновременно обоих мочеточников
+Б. В нижней трети
В. В средней трети
Г. В сочетании с травмой мочевого пузыря
Д. В верхней трети

12. При подозрении на перевязку мочеточника во время операции, для уточнения диагноза нужно произвести:
А. Обзорную рентгенографию почек и мочевых путей
Б. Экскреторную урографию
В. УЗИ почек
+Г. Хромоцистоскопию и катетеризацию мочеточников

Д. Рентгеновскую компьютерную томографию

13. Выявлена ятрогенная обструкция мочеточника спустя 24 часа после операции. Ваши действия:

+А. Чрезкожная пункционная нефростомия
Б. Открытая операционная пиелостомия
В. Интубация мочеточника
Г. Ревизия раны, первичная пластика мочеточника
Д. Консервативна терапия

14. Причина внутрибрюшинного разрыва мочевого пузыря при тупой травме живота:

А. Пустой мочевой пузырь
Б. Воспаленный мочевой пузырь
+В. Наполненный мочевой пузырь
Г. Атрофия стенки мочевого пузыря
Д. Воспалительное заболевание мочевого пузыря

15. Симптомами внутрибрюшинной травмы мочевого пузыря является все перечисленное, кроме:

А. Отсутствие в течение длительного периода мочеиспускания и позывов к нему
Б. Тимпанический звук над лоном при перкуссии передней брюшной стенки
+В. Пальпируемый над лоном переполненный мочевой пузырь
Г. Напряжение мышц передней брюшной стенки, отечность передней брюшной стенки
Д. Наличие свободной жидкости в брюшной полости.

16. При внебрюшинной травме мочевого пузыря обязательными исследованиями являются:

+А. Ретроградная цистография
Б. Уретрография
В. Цистоскопия
Г. Пневмоцистография
Д. Обзорная урография

17. Симптомами внебрюшинного разрыва мочевого пузыря являются:

А. Наличие рентгеноконтрастной жидкости в брюшной полости при цистографии
Б. Симптом «Ваньки - Встаньки»
+В. Пастозность тканей над предстательной железой при пальцевом ректальном исследовании и притупление перкуторного звука в надлобковой области без четких границ
Г. Одномоментное выделение большого количества жидкости (до 2 литров и более) при катетеризации мочевого пузыря
Д. Наличие свободного газа в брюшной полости

18. Окончательным методом исследования при подозрении на внебрюшинный разрыв мочевого пузыря является:

А. Экскреторная урография
Б. Катетеризация мочевого пузыря
+В. Восходящая цистография
Г. Проба Зельдовича
Д. Нисходящая цистография

19. Количество вводимой в мочевой пузырь рентгеноконтрастной жидкости при цистографии по поводу травмы мочевого пузыря должно быть не меньше:

А. 50 мл

Б. 150 мл.
В. 250 мл.
+Г. 350 мл.
Д. 450 мл.

20. При внутрибрюшинной травме мочевого пузыря следует применить:
А. Лед на живот
Б. Антибактериальные средства
В. Постоянный уретральный катетер
Г. Дренирование малого таза через запирательное отверстие
+Д. Лапаротомию и ушивание разрыва мочевого пузыря

21.Консервативное лечение больных с травмой мочевого пузыря не возможно при:
А. Неполном разрыве боковой стенки мочевого пузыря
+Б. Флегмоне варавезикальной клетчатки в результате внебрюшинного разрыва мочевого пузыря
В. Разрыве слизистой мочевого пузыря
Г. Разрыве внебрюшинной части мочевого пузыря на протяжении 1-2 см.
Д. Не полном разрыве шейки мочевого пузыря

22. К особенностям перитонита при внутрибрюшинной травме мочевого пузыря относится:
А. Резкая выраженность симптомов раздражения брюшины
Б. Тошнота, рвота
В. Выраженный метеоризм
Г. Высокая температура тела
+Д. Длительное отсутствие симптомов раздражения брюшины

23. Предпочтительным видом дренирования мочевого пузыря при его травме у мужчин является:
А. Самостоятельное мочеиспускание
+Б. Постоянный катетер
В. Катетеризация мочевого пузыря 2-3 раза в сутки
Г. Цистостомия
Д. Установка кольцевого дренажа

24. Дренирование малого таза по методу Буяльского-Мак-Уортера наиболее показано при:
А. Изолированной внутрибрюшинной травме мочевого пузыря
Б. Внутрибрюшной травме мочевого пузыря и большой забрюшинной гематоме
В. Внебрюшинном разрыве мочевого пузыря и обширной гематоме
Г. Полном отрыве шейки мочевого пузыря от уретры
+Д. Внебрюшинной травме мочевого пузыря и нагноении паравезикальной и тазовой клетчатки

25. Основными симптомами травм уретры является все перечисленное, кроме:
А. Инициальной гематурии
Б. Уретроррагии
В. Задержки мочеиспускания
Г. Промежностной гематомы
+Д. Терминальной гематурии

26. Диагностическая катетеризация при травме уретры:
А. Целесообразна
+Б. Нецелесообразна
В. Обязательна

Г. Только металлическим катетером
Д. Только эластичным катетером

РАЗДЕЛ 11. ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ И ПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ МУЖЧИН.

1. Злокачественные новообразования почек по международной классификации TNM.
2. Почечноклеточный рак, методы диагностики и лечения.
3. Морфологические формы рака почки.
4. Принципы радикальной нефрэктомии.
5. Органосохраняющие операции при раке почки
6. Доброкачественные новообразования почки, морфологические формы и методы диагностики.
7. Опухоль почечной лоханки. Методы диагностики и лечния.
8. Классификация TNM опухоли лоханки.
9. Дифференциальная диагностика новообразований лоханки.
10. Рак мочевого пузыря. Этиология, стадии, классификация по системе TNM.
11. Методы радикального лечения рака мочевого пузыря.
12. Паллиативная медицинская помощь при раке мочевого пузыря.
13. Внутрипузырная терапия рака мочевого пузыря.
14. Рак предстательной железы. Крассификация рака предстательной железы.
15. Диагностика рака предстательной железы.
16. Методы лечения рака предстательной железы.
17. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы.
18. Хирургическое лечение рака предстательной железы.
19. Паллиативная помощь при раке предстательной железы
20. Злокачественные новообразования яичка.
21. Новообразования полового члена и уретры.

РАЗДЕЛ 12. УРОГИНЕКОЛОГИЯ

1. Изменения со стороны мочевой системы при беременности.
2. Гестационный пиелонефрит.
3. Инфекции мочевой системы у женщины во время беременности.
4. Акушерская травма мочевой системы.
5. Травма мочевой системы при гинекологических вмешательствах.
6. Стрессовое недержание мочи у женщин. Методы консервативной терапии, показания к хирургическому лечению.
7. Операции при стрессовом недержании мочи у женщин.
8. Гиперактивный мочевой пузырь
9. Пузырно-влагалищные свищи.
10. Хирургическое лечение мочеполовых свищей

РАЗДЕЛ 13. АНДРОЛОГИЯ

1. Этиология и патогенез эректильной дисфункции.

2. Консервативная терапия при эректильной дисфункции
3. Показания к хирургическому лечению и методы хирургического лечения эректильной дисфункции
4. Гипогонадизм
5. Мужское бесплодие.
6. Болезнь Пейрони.
7. Приапизм, диагностика, методы первой помощи.
8. Воспалительные заболевания предстательной железы и придаточных половых желез.
9. Принципы консервативной терапии при доброкачественной гиперплазии предстательный железы.
10. Показания и методы хирургического лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы

РАЗДЕЛ 14. ОСНОВЫ НЕФРОЛОГИИ

1. Острое повреждение почек
2. Хроническая болезнь почек.
3. Принципы консервативной терапии при остром повреждении почек
4. Показание и методы заместительной почечной терапии при остром повреждении почек.
5. Заместительная почечная терапия при хронической болезни почек
6. Принципы гемо- и перитонеального диализов.
7. Методы внепочечного очищения крови
8. Временный, долговременный и постоянный сосудистые доступы для гемодиализа.
9. Коррекция анемии у пациентов с хронической болезнью почек
10. Ренальная остеодистрофия и методы коррекции.

РАЗДЕЛ 15. КЛИНИЧЕСКАЯ ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ И ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПОЧКИ

1. Нормативно-правовые акты в трансплантологии.
2. Презумпция согласия
3. Презумпция информированного согласия
4. Презумпция несогласия
5. Законы и приказы Российской Федерации по трансплантологии
6. Требования к центрам трансплантации
7. Диагностика смерти мозга
8. Прижизненное донорство
9. Противопоказание к прижизненному донорству
10. Посмертное донорство
11. Противопоказание к посмертному донорству
12. Понятие о субоптимальных донорах
13. Условия постановки диагноза смерти мозга.
14. Трансплантационная координация
15. Судебно-медицинская экспертиза при изъятии органов для трансплантации
16. Инфекционная безопасность и органное донорство
17. Мультиорганное донорство
18. Показания и противопоказания к трансплантации почки
19. Методика трансплантации почки.
20. Острая почечная недостаточность у пациентов с трансплантированной почкой

1) В Российской Федерации нормой волеизъявления гражданина в отношении посмертного донорства

является

a) презумпция согласия
b) презумпция информированного согласия
c) презумпция испрошенного согласия
d) презумпция несогласия

2) Основным документом Российской Федерации регламентирующий деятельность, связанную с донорством органов и (или) тканей и их трансплантацию.

a) ФЗ РФ N 323 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21 ноября 2011 г
b) ФЗ РФ N 4180-1"О трансплантации органов и (или) тканей человека" от 22.12.1992
c) Приказ Минздрава России от 31.10.2012 N 567н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "хирургия (трансплантация органов и (или) тканей человека)"
d) Постановление Правительства РФ от 20.09.2012 N 950 «Об утверждении Правил определения момента смерти человека, в том числе критериев и процедуры установления смерти человека, Правил прекращения реанимационных мероприятий и формы протокола установления смерти человека»

3) Вид трансплантации, не выполняемый детям на территории российской федерации.

a) Трансплантация почки.
b) Трансплантация печени.
c) Трансплантация поджелудочной железы
d) Трансплантация сердца

4) Пересадка клеток, тканей и органов называется

a) регенерация
b) имплантация
c) трансплантация
d) плацентация

5) Аллотрансплантация – это пересадка материала

a) между организмами разных видов
b) в пределах одного организма
c) между двумя организмами одного вида
d) в искусственную среду

6) Понятие «хроническая болезнь почек» определяется как

a) нозологическая форма
b) клинико – лабораторный синдром
c) наднозологическое понятие

7) Критерии хронической болезни почек:

a) стойкое снижение СКФ почек менее 60мл/мин/1,73м2
b) впервые выявленный нефритический мочевой синдром
c) снижение СКФ почек до 30 мл/мин/1,73м2

8) ХБП с4а3 соответствуют следующие показатели:

a) СКФ – 75мл/мин/1,73м2 альбуминурия 1200 мг/г
b) СКФ – 24мл/мин/1,73м2 альбуминурия 2300 мг/г
c) СКФ – 15мл/мин/1,73м2 альбуминурия 1500мг/г

9) ХБП с1а1 соответствуют следующие показатели:

a) СКФ – 75мл/мин/1,73м2 альбуминурия 1200 мг/г

b) СКФ – 94мл/мин/1,73м2 альбуминурия 230 мг/г
c) СКФ – 110 мл/мин/1,73м2 альбуминурия 20мг/г

10) ХБП с3Ба2 соответствуют следующие показатели:
a) СКФ – 75мл/мин/1,73м2 альбуминурия 1200 мг/г
b) СКФ – 40 мл/мин/1,73м2 альбуминурия 230 мг/г
c) СКФ – 11 мл/мин/1,73м2 альбуминурия 300мг/г

11) К биомаркеру почечной функции относится:
a) креатинин
b) нефриноген
c) подокаликсин
d) калибдиноген

12) Показанием к проведению острого гемодиализа является:

a) гиперазотемия
b) гиперурекимия
c) гиперхлоремия
d) гипермагнемия

13) Показанием к назначению эритропоэтинов у больных с хронической болезнью почек в 4-5 стадиях является снижение гемоглобина ниже:
a) 120 г/л
b) 115 г/л
c) 105 г/л
d) 100 г/л

14) Из инфекционных осложнений перитонеального диализа чаще всего встречается:

a) диализный перитонит
b) абсцедирование кожи
c) туннельная инфекция
d) септическая инфекция

15) При 3-х разовом гемодиализе минимальное значение eKt/V должно соответствовать:

a) 0,85
b) 0,90
c) 1,2
d) 1,4

16) Какое средство не используется при консервации донорского органа?
a) Кустодиол
b) UW-раствор
c) Euro-Collins - раствор
d) Формалин 1.5%

17) Какими сдвигами лабораторных данных сопровождается цитолиз при трансплантации печени?
a) Повышением уровня аминотрансфераз
b) Повышением уровня билирубина
c) Повышением уровня креатинина
d) Повышением уровня мочевины

18) Тканевая несовместимость – это
a) несоответствие органов по форме
b) несоответствие органов по размерам
c) несоответствие органов по функциям
d) иммунологическая несовместимость тканей донора и реципиента, приводящая к отторжению трансплантата

19) Что такое операция Сплит (Split) - трансплантация печени?
a) разделение донорской печени на части с целью пересадки двум и более реципиентам
b) пересадка печени на нетипичное для органа место
c) случай, когда реципиенту, страдающему амилоидозом, проводят ортотопическую пересадку донорской печени, а его печень пересаживают другому реципиенту
d) трансплантация фетальных гепатоцитов в паренхиму пораженной печени

20) Кто может являться донором при трансплантации печени?
a) Потенциальный донор с биологической смертью
b) Потенциальный донор со смертью мозга
c) Живой не родственный донор
d) Потенциальный донор с клинической смертью

ИТОГОВОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ.

1. Странгурия – это
А) Затрудненное мочеиспускание
Б) Мочеиспускание, сопровождающееся болью
В) Частое мочеиспускание
+Г) Сочетание А и Б
Д) Сочетание Б и В

2. Секреторная анурия — это
А) Отсутствие мочи в мочевом пузыре
Б) Отсутствие выделения мочи почками
В) Отсутствие самостоятельного мочеиспускания
+Г) Правильно А и Б
Д) Невозможность самостоятельного опорожнения мочевого пузыря

3. Задержка мочеиспускания – это
А) Отсутствие выделения мочи почками
+Б) Невозможность самостоятельного опорожнения мочевого пузыря
В) Отсутствие мочи в мочевом пузыре при его катетеризации
Г) Отсутствие самостоятельного мочеиспускания в горизонтальном положении
Д) парадоксальная ишурия

4. О лейкоцитурии принято говорить при содержании лейкоцитов в 1 мл мочи
А) более 500
Б) более 1000
+В) более 2000
Г) более 4000
Д) более 6000

5. В секрете предстательной железы в норме содержатся
А) лейкоциты (не более 10), единичные эритроциты
Б) макрофаги и амилоидные тельца

В) лецитиновые зерна
Г) эпителиальные и гигантские клетки
+Д) правильно А и В

6. При остром паренхиматозном простатите боли локализуются
А) над лоном
Б) в поясничной области
В) в пояснично-крестцовом отделе позвоночника
+Г) в промежности и крестце
Д) в промежности

7. Осложнениями катетеризации мочеточников являются
А) перфорация мочеточника
Б) перфорация лоханки
В) обострение мочевой инфекции
Г) правильно А и В
+Д) все перечисленное

8. Показаниями к уретроскопии являются
А) хронические воспалительные заболевания уретры
Б) опухоли уретры
В) колльпикулит
+Г) правильно А и Б
Д) все перечисленное

9. Показаниями к ретроградной пиелографии являются
А) уратный камень почки или мочеточника
Б) папиллярная опухоль лоханки
В) туберкулез почки
+Г) все перечисленное
Д) только

10. Ультразвуковые признаки рака почки
А) объемное образование округлой формы
Б) объемное образование овоидной формы
В) тонкостенное объемное образование гипоэхогенной структуры
+Г) объемное образование округлой формы солидной эхоструктуры
Д) гипоэхогенное объемное образование с капсулой 2-3 мм

11. Характерными рентгенологическими признаками тазовой и поясничной дистопии почки являются
А) ротация почки
Б) извитой, достаточной длины мочеточник
В) низко отходящая, короткая сосудистая ножка
Г) только А и Б
+Д) только А и В

12. Среди осложнений подковообразной почки первое место занимает
А) мочекаменная болезнь
+Б) гидронефроз
В) пиелонефрит
Г) артериальная гипертензия
Д) гематурия

13. Поликистоз почек – это заболевание
А) врожденное
Б) приобретенное
В) одностороннее
Г) двустороннее
+Д) правильно А и Г

14. Отличием мультикистоза от поликистоза почек является
А) одностороннее поражение
Б) двустороннее поражение
В) наследственный фактор значения не имеет
Г) наследственный фактор имеет значение
+Д) правильно А и В

15. Удвоение почки – это наличие
А) двух лоханок
Б) двух мочеточников
В) разделение почки на два сегмента, каждый и которых имеет
отдельное кровоснабжение
Г) расщепление мочеточника
+Д) правильно А и В

16. Закон Вейгерта-Мейера заключается
А) в перекрещивании мочеточников
Б) в расположении устья мочеточника, отходящего от верхней лоханки дистальнее устья мочеточника, отходящего от нижней лоханки
В) в дистальном расположении устья мочеточника, отходящего от нижней лоханки
+Г) правильно А и Б
Д) правильно А и В

17. Патоморфологической основой нейромышечной дисплазии мочеточника являются
А) нейрогенные нарушения мочевого пузыря
Б) уретероцеле
+В) нейромышечная дисплазия нижнего цистоида
Г) правильно А и Б
Д) правильно Б и В

18. Операция при нейромышечной дисплазии мочеточника должна отвечать следующим требованиям
А) быть антирефлюксной
Б) устранять инфравезикальную обструкцию
В) сокращать длину и диаметр мочеточника без нарушения целостности его нейромышечного аппарата
Г) правильно А и Б
+Д) правильно А и В

19. Раньше всего при гидронефротической трансформации возникают
+А) эктазия почечной лоханки
Б) эктазия лоханки или чашечек
В) эктазия чашечек
Г) уплощение почечных сосочков
Д) сужение почечной артерии

20. Причинами врожденного гидронефроза является все перечисленное, кроме:
А) периуретерита
Б) высокого отхождения мочеточника клапана мочеточника
В) рубцовой стриктуры мочеточника и нефроптоза
Г) нижнеполярного добавочного сосуда
+Д) правильно А и В

21. При гидронефротической трансформации, обусловленной добавочным нижнеполярным сосудом, осложненной острым серозным пиелонефритом, целесообразна
А) операция по CulpdeWeerd
Б) резекция лоханочно-мочеточникового сегмента
+В) чрезкожная пункционная нефростомия
Г) операция по Фолею
Д) антевазальный пиелоуретероанастомоз

22. Наиболее информативными рентгенологическими методами при нефроптозе являются
А) экскреторная урография с пробой Вальсальвы
Б) почечная артериографияв вертикальном положении больного
В) ретроградная уретеропиелография
Г) венокавография
+Д) правильно А и Б

23. Экстрофия мочевого пузыря сопровождается
А) расхождением лонного сочленения
Б) гипоспадией
В) тотальной эписпадией
Г) правильно А и Б
+Д) правильно А и В

24. Развитие приобретенной дисфункции мочевого пузыря возможно при всех перечисленных состояниях, кроме
А) приобретенного поражения головного мозга
Б) травматического повреждения позвоночника
В) травматического повреждения спинного мозга
+ Г) миелодисплазии
Д) после оперативных вмешательств –при атрезии прямой кишки и заднего прохода, ректоуретральных свищах, тератомах копчика

25. Различают все следующие формы гипоспадии, кроме
А) головчатой
Б) стволовой
+В) тотальной
Г) мошоночной

26. Показанием к удалению яичка при абдоминальной форме крипторхизма является
А) невозможность его низведения
Б) гипоплазия яичка
В) подозрение на опухоль яичка
+Г) правильно А и В
Д) правильно все перечисленное

27. Возможными осложнениями операции Иванисевича являются

А) водянка оболочек яичка
Б) резекция варикоцеле
В) тромбоз тестикулосафенного анастомоза
Г) кровотечение из раны вследствие несостоятельности венозного анастомоза
+Д) правильно А и Б

28. Факторами, способствующими возникновению острого пиелонефрита, являются
А) полиурия
Б) перегревание
+В) нарушение пассажа мочи и оттока венозной крови из почки
Г) нарушение притока артериальной крови в почке
Д) все перечисленное

29. При остром пиелонефрите с нарушением оттока мочи из почки отмечается следующая последовательность развития симптомов:
1. озноб
2. боли в области почки
3. высокая температура
4. обильный пот
5. слабость

А) правильно 1,2,3,4 и 5
Б) правильно 2,1,3,4 и 5
+В) правильно 1,3,4,5 и 2
Г) правильно 3,2,1,5 и 4
Д) правильно 5,1,3,2 и 4

30. Формой хронического пиелонефрита является
А) хроническая почечная недостаточность
+Б) пионефроз
В) IgA нефропатия
Г) первично сморщенная почка
Д) гидронефроз

31. Для хронического пиелонефрита наиболее характерны
+А) нарушение функции канальцев
Б) нарушение функции клубочков
В) нарушение функции чашечек
Г) нарушение фильтрационной функции почки
Д) нарушение функции почечной лоханки

32. Симптом Ходсона при хроническом пиелонефрите основан на
А) изменении тонуса чашечек
Б) изменении тонуса почечной лоханки
В) уменьшении размеров почки
+Г) очаговости и полиморфности воспалительных изменений в почке
Д) нарушении функции почки

33. Боли в пояснице при остром паранефрите
А) отсутствуют
Б) появляются в первый день заболевания
В) появляются спустя 1-3 дня после появления первых симптомов
+Г) появляются спустя 5 дней после появления первых симптомов
Д) появляются спустя 7 дней после появления первых симптомов

34. На обзорной урограмме при остром паранефрите наблюдаются
А) сколиоз позвоночника в сторону, противоположную поражению
Б) сколиоз позвоночника в сторону поражения
В) ротация позвоночника
Г) отсутствие контуров поясничной мышцы
+Д) правильно А и Г

35. Для лейкоплакии мочевого пузыря характерна следующая цистоскопическая картина
А) язвенные изменения слизистой оболочки пузыря
Б) псевдополипоз слизистой оболочки пузыря
В) инкрустация слизистой оболочки солями
+Г) наличие плоской белесой пластинки неправильной формы на слизистой оболочке пузыря
Д) буллезный отек слизистой оболочки

36. При ожоге мочевого пузыря спиртом рекомендуется все перечисленное, кроме
А) установления постоянного катетера или цистостомии
Б) промывания пузыря большим количеством индифферентной жидкости
+В) введения в мочевой пузырь жировой эмульсии
Г) приема анальгетиков или ректальных свечей с анальгетиками
Д) проводниковой анестезии

37. Диагностика острого парацистита основывается на всех исследованиях, кроме:
+А) радиоизотопной ренографии
Б) цистоскопии
В) цистографии
Г) ультразвукового санирования
Д) анамнеза и клинических симптомов

38. Венерический уретрит - это
А) обменный
Б) хламидийный
В) гонорейный
Г) трихомонадный
+Д) правильно Б, В и Г

39. Парафимоз – это
А) воспаление кавернозных тел полового члена
Б) фибропластическая индурация полового члена
+В) ущемление головки полового члена
Г) правильно А и Б
Д) правильно А и В

40. При фибропластической индурации полового члена наблюдаются
А) боли и искривление полового члена при эрекции
Б) бляшки хрящевой консистенции в белочной оболочке и кавернозных телах полового члена
В) абсцедирование кавернозных тел
+Г) правильно А и Б
Д) бляшки хрящевой консистенции в кавернозном теле уретры

41. При баланопостите наблюдается

А) отек и гиперемия крайней плоти
Б) боли над лобком
В) эрозии и гнойные выделения на внутреннем листке крайней плоти и полового члена
+Г) правильно А и В
Д) правильно Б и В

42. Уретрография показана
А) при эпидимите
Б) при простатите
+В) при подозрении на стриктуру уретры
Г) при торпидном течение уретрита
Д) правильно А и Б

43. Дифференциальную диагностику острого уретрита следует проводить
А) с баланопоститом
Б) с циститом
В) с простатитом
+Г) со всем перечисленным
Д) только Б и В

44. К рентгеноконтрастным типам камней относятся все перечисленные, кроме
А) оксалатов
Б) фосфатов
В) смешанных
+Г) уратов
Д) уратов и оксалатов

45. При оксалатном камне лоханки почки 20х25 мм без нарушения уродинамики рациональнее всего показано
А) дистанционная ударно-волновая литотрипсия
Б) литолиз
+В) перкутанная нефролитолапаксия
Г) нефролитотомия
Д) вмешательство не показано

46. У больного 40 лет коралловидный рентгеноконтрастный камень внутрипочечной лоханки, гидрокалиоз.
Лечение его включает
А) вмешательство его не производить
Б) нефролитотомию (секционную нефролитотомию), нефростомию
+В) нефролитолапаксия, нефростомия
Г) ударно-волновую литотрипсию
Д) литолиз

47. При уратном камне мочевого пузыря 30х25 мм и аденоме предстательной железы следует рекомендовать
А) литолиз
Б) цистолитотомию и цистостомию
В) ударно-волновую литотрипсию
+Г) цистолитотомию, аденомэктомию и цистостомию
Д) вмешательство не показано

48. При оксалатном или фосфатном камне 12х7 мм в средней трети мочеточника (почка функционирует) можно рекомендовать

А) литолиз
Б) ударно-волновую литотрипсию
+В) контактную уретеролитотрипсию
Г) правильно Б и В
Д) уретеролитоэкстракцию

49. У больного 45 лет множественные камни в расширенной нижней чашечке, шейка ее сужена, толщина паренхимы нижнего полюса до 4 мм. Функция почки сохранена. Ему следует рекомендовать

А) вмешательство не производить
Б) нефролитотомию
В) пиелолитотомию
+Г) резекцию нижнего полюса почки
Д) нефрэктомию

50. При камне 25х20 мм и лоханке смешанного типа наиболее целесообразна

А) задняя поперечная внутрисинусная пиелотитотомия
Б) передняя поперечная пиелолитотомия
В) нижняя продольная пиелолитотомия
Г) верхняя поперечная пиелолитотомия
+Д) перкутанная нефролитолапаксия

51. При уратном (рентгенонегативном) камне средней трети мочеточника, размером 15х9 мм, нарушающим уродинамику, показаны

А) литолиз
Б) установить мочеточниковый катетер
В) уретеролитотомия
Г) спазмолитическая терапия, электростимуляция мочеточника
+Д) стентирование мочеточника, при невозможности нефростомия

52. При постренальной анурии (камни мочеточников) показана экстренная помощь

А) внутривенно большие дозы лазикса
Б) двустороння катетеризация мочеточников
В) двусторонняя нефростомия одновременно
Г) ударно-волновая литотрипсия
+Д) равноценно В и Г

53. При камне лоханки 20х20 мм, остром гнойном пиелонефрите следует в первую очередь провести

А) антибактериальную терапию, внутривенную инфузионную терапию
Б) экстреную пиелолитотомию, нефростомию, декапсуляцию почки
+В) экстренную пункционную нефростомию
Г) катетеризацию мочеточника, лоханки контрелатеральной почки
Д) равноценные варианты А, Б и В

54. У больной 30 лет двусторонние коралловидные камни, хронический пиелонефрит в виде вторично сморщенных почек, уремия. Ей можно рекомендовать

+ А) гемодиализ, в перспективе двустороннюю нефрэктомию и трансплантацию почки
Б) пиелолитотомию, нефростомию последовательно с 2-х сторон
В) инфузионную противоазотемическую терапию
Г) катетеризацию мочеточников

Д) пункционную нефростомию

55. К повреждению почки предрасполагают все перечисленные заболевания, кроме
А) гидронефроза
Б) опухоли почек
В) туберкулеза
+Г) тазовой дистопии
Д) нефроптоза

56. Заподозрить урогематому в забрюшинном пространстве помогает
А) пальпация плотного образования в поясничной области
Б) отсутствие контуров наружного края поясничной мышцы на обзорном снимке почек и мочевых путей
В) напряжение мышц передней брюшной стенки и поясничной области на стороне пораженной почки
+Г) все перечисленные признаки
Д) ни один из перечисленных признаков

57. Наиболее информативными при повреждении почки являются
А) селективная почечная венография
Б) лапароскопия
В) ультразвуковое сканирование
Г) пневморетроперитонеум
+Д) компьютерная томография с контрастированием

58. У больного после открытой травмы почки возник мочевой свищ, что связано с ранением
А) околопочечной клетчатки
Б) коркового слоя почки
+В) мозгового слоя почки
Г) сосудов почки
Д) фиброзной капсулы почки

59) Для экспресс-диагностики закрытой травмы почки следует применить
А) обзорную рентгенографию почек и мочевых путей
Б) экскреторную урографию и ультразвуковое исследование
В) радиоизотопную ренографию и брюшную аортографию
Г) хромоцистоскопию
+Д) компьютерную томографию с контрастированием

60. При внебрюшинной травме мочевого пузыря обязательными рентгенографическими исследованиями являются
А) ретроградная уретроцистография
Б) уретрография
+В) цистография с тугим наполнением мочевого пузыря
Г) пневмоцистография
Д) обзорная урография

61. Перфорировать мембрану запирательного отверстия при дренировании малого таза по методу Буяльского-Мак Уортера следует
А) в верхнемедиальной части
Б) в нижнемедиальной части
В) в верхнелатеральной части
+Г) в нижнелатеральной части

Д) в любой из приведенных выше

62) К симптомам, характерным для повреждения висячей и промежностных частей уретры, относятся все перечисленные, кроме

А) начальной гематурии
Б) уретрограгии
В) отека и гематомы промежности, задержки мочи
Г) гематомы таза
+Д) правильно Б и В

63) Первичный шов уретры показан

А) при обширных повреждениях уретры
Б) при значительном расхождении концов уретры в обширной гематоме
+В) при полном разрыве уретры общем удовлетворительном состоянии и отсутствии урогематомы промежности
Г) то же, что и В + множественные переломы таза, шок
Д) при непроникающих разрывах уретры

64) Основные принципы операции Хольцова включают

А) радикальное иссечение рубцов и четкое сопоставление концов уретры
Б) предотвращение мочевой инфильтрации
В) использование инертного шовного материала
Г) соблюдение правил асептики
+Д) все перечисленное

65. Наиболее тяжелым повреждением полового члена является

А) вывих
Б) отрыв головки
В) перелом
Г) правильно А и Б
+Д) правильно Б и В

66. Показанием к ампутации полового члена при травме его является

А) глубокое пересечение кавернозных тел и уретры
Б) глубокие колото-резаные раны кавернозных тел
В) гангрена полового члена
Г) полное размозжение
+ Д) правильно В и Г

67. Вправление вывиха яичка возможно не позднее первых

+А) 3-х часов
Б) 12-ти часов
В) 1-х суток
Г) 2-х суток
Д) 3-х суток

68. Наиболее распространенной классификацией опухолей почечной паренхимы является классификация А) С.П. Федорова (1923)

Б) Н.А. Лопаткина и сотр. (1972)
+В) Международная классификация TNM
Г) С. Петковича (1996)
Д) Флокса и Кадецкого (1959)

69.При раке почки отсутствует
А) полицитемия
Б) артериальная гипертензия
В) гиперпирексия
Г) анемия
+Д) эозинофилия

70. При подозрении на опухоль почки обследование больного целесообразно начинать
А) с аортографии
Б) с экскреторной урографии
В) с радиоизотопной ренографии
+Г) с ультрасонографии
Д) с ретроградной уретеропиелографии

71. При злокачественной опухоли размерами 3 см в диаметре и локализующейся в одном из полюсов единственной почки следует предпринять
А) нефрэктомию
+Б) резекцию почки
В) наблюдение за больным
Г) иссечение опухоли
Д) эмболизацию сегментарной артерии

72. При эмбриональной опухоли почки у детей применяется
+А) хирургический метод лечения
Б) лучевая терапия
В) лекарственная терапия
Г) комплексное хирургическое и лучевое лечение
Д) комплексное лечение с использованием всех перечисленных методов

73. При папиллярном раке нижней трети мочеточника показаны
А) лучевая терапия
Б) химиотерапия
В) гормонотерапия
+Г) нефроуретерэктомия с резекцией мочевого пузыря
Д) диспансерное наблюдение

74. При подозрении на опухоль мочевого пузыря исследования следует начинать
А) с обзорной рентгенографии мочевых путей
Б) с компьютерной томографии
+В) с ультразвукового исследования
Г) с экскреторной урографии
Д) с цистоскопии

75. Глубину опухолевой инфильтрации стенки мочевого пузыря выявляют с помощью
А) нисходящей цистографии
Б) ретроградной цистографии
+В) трансвезикального ультразвукового сканирования
Г) тазовой артериографии
Д) правильно В и Г

76. Из доброкачественных опухолей уретры у мужчин чаще встречаются
А) фиброма
+Б) остроконечная кондилома

В) карбункулы
Г) полипы
Д) папилломы

77. Острую задержку мочеиспускания при аденоме предстательной железы вызываю все перечисленные факторы, кроме
А) венозного застоя (конгестия) в малом тазу
+Б) спазма сфинктера мочевого пузыря и нарушения иннервации
В) деформации и сдавления уретры аденомой простаты
Г) отека слизистой уретры и простаты
Д) внезапного снижения тонуса детрузора (передержка мочи)

78. Перед хирургическим лечением ДГПЖ необходимо выполнить следующие лабораторные исследования крови
А) клинический анализ крови
Б) протромбиновый индекс
В) определение группы крови и резус-фактора
Г) определение времени свертывания крови и кровотечения
+Д) все перечисленные

79. Для второй стадии ДГПЖ характерно все перечисленное, кроме
А) императивных позывов на мочеиспускание
Б) частого мочеиспускания ночью
В) остаточной мочи 100 мл
+Г) острой задержки мочи
Д) объем предстательной железы 25 мл.

80. **Рак в предстательной железе возникает в следствие**
А) вирусного заболевания
Б) гормональных нарушений
В) хронического воспаления
Г) аденомы
+Д) экзогенных канцерогенных веществ

81. Из перечисленных исследований достоверный диагноз рака предстательной железы позволяют поставить
А) осмотр и пальпация наружных половых органов
Б) пальпация предстательной железы
В) цистоскопия
+Г) биопсия предстательной железы
Д) биопсия костного мозга

91. Симптомами рака предстательной железы в стадии T4NxM2 являются
А) гематурия
Б) задержка мочеиспускания
В) боли в промежности
Г) боли в крестце
+Д) все перечисленное

92. Основной метода ранней диагностики рака предстательной железы
+А) исследование простатоспецифического антигена
Б) пальцевое ректальное исследование предстательной железы
В) рентгенографическое исследование костей скелета мужчин старше 50 лет

Г) ультразвуковое исследование простаты с биопсией
Д) правильно Б и Г

93.Радикальная простатэктомия при раке предстательной железы показана в стадии
А) T1N0M0
Б) T2NxM0
В) T3N0M1
Г) T4N1M2
+Д) правильно А и Б

94. Предраковыми заболеваниями полового члена следует считать
А) невирусные папилломы
Б) лейкоплакию
В) кожный рог
Г) эритоплазию Кейра
+Д) все перечисленное

95. При раке головки полового члена T3N0M1 (легкие) рекомендуется
А) динамическое наблюдение
Б) химиотерапия
В) лучевая терапия
+Г) ампутация полового члена+химиотерапия
Д) цистостомия+ампутация полового члена

96. Тонус верхних мочевых путей и уродинамики после родов у женщин нормализуется через
А) одну неделю
+Б) 2-4 недели
В) 2 месяца
Г) 4 месяца
Д) 6 месяцев

97. Оптимальные сроки для планового оперативного лечения мочекаменной болезни при беременности
А) 1-3 недели беременности
Б) 4-8 недель беременности
В) 9-12 недель беременности
Г) 14-18 недель беременности
+Д) 19-20 недель беременности

98. При повреждении мочеточника возможны следующие способы отведения мочи
А) нефростомия
Б) уретерокутанеостомия
В) мочеточниковый катетер
Г) стент
+Д) все перечисленное

Ситуационные задачи:

1.Женщина 34 лет с синдромом Кушинга

Женщина 34 лет в течение года поправилась на 18 кг, у нее появилась угревая сыпь, склонность к кровоподтекам, частые головные боли и эмоциональная лабильность.

Физикальное обследование. Температура 37°С; пульс 75 уд/мин; артериальное давление (АД) 180/90 мм рт. ст.; частота дыхания (ЧД) 30/мин. Привлекают внимание ожирение туловища, атрофия мышц, тяжелая угревая сыпь, многочисленные стрии на коже туловища.

Дополнительные исследования. Число лейкоцитов 7,6х109/л; гематокрит 0,38;число тромбоцитов 297х109/л. Na+ 137 мэкв/л; К+ 4,0 мэкв/л; СГ 125 мэкв/л.СО2 20 ммоль/л, азот мочевины крови 3,6 ммоль/л, креатинин 70,4 мкмоль/л,глюкоза 14,1 ммоль/л. Компьютерная томограмма (КТ) органов брюшной

полости и малого таза выявила опухоль размером 5 см в левой почке без признаков кальцификации и некроза, правый надпочечник атрофирован. Суточная экскреция свободного кортизола с мочой 100 мкг (норма 15–30 мкг/сут).

Вопрос. Что лежит в основе этого симптомокомплекса? Как следует расценивать этот симптомокомплекс? Какое показано лечение?

2.Мужчина 40 лет с кровянистыми выделениями из уретры

Мужчину 40 лет последние 2 недели беспокоят кровянисто-гнойные выделения из уретры в сочетании с болезненным, учащенным мочеиспусканием и императивными позывами к мочеиспусканию. Отмечается ночная поллакиурия до 4 раз за ночь. В анамнезе сведений о предшествующих инфекциях мочевых путей, инструментальных исследованиях мочевых путей и хирургических вмешательств нет. Подобные симптомы у него возникли впервые, и больной очень обеспокоен. Он не женат. За последние 6 месяцев у больного были половые контакты без презерватива с четырьмя женщинами.

Физикальное обследование. Пульс 72 уд/мин; АД 130/70 мм рт. ст. Со стороны сердца, легких, органов брюшной полости патологии не выявлено. Половые органы: крайняя плоть обрезана, гнойные выделения из уретры, пальпация полового члена безболезненна, яички нормального размера и плотности, слева определяется сперматоцеле. Ректальное исследование: признаков простатита и новообразований предстательной железы нет.

Дополнительные исследования. Окраска по Граму отделяемого из уретры выявила грамотрицательные кокки. Посев на среду Тайера-Мартина выявил Neisseria gonorrhoeae. Полимеразная цепная реакция выявила Chlamydia trachomatis. Посев мочи роста не выявил.

Вопрос. Какое следует назначить лечение? Какие меры профилактики надо порекомендовать

больному?

3. Женщина 22 лет с болью при мочеиспускании, учащенным мочеиспусканием и гематурией

У женщины 22 лет 2 суток назад возникли императивные позывы к мочеиспусканию, учащенное мочеиспускание и гематурия. Больную беспокоит боль при мочеиспускании. Подобные симптомы отмечались примерно 6 месяцев назад и прошли после приема антибиотиков. Боли в поясничной области и лихорадки нет. Каких-либо урологических вмешательств не было. Росла и развивалась нормально.

Физикальное обследование. Основные физиологические показатели в норме. Живот мягкий, умеренно болезненный в надлобковой области, объемных образований не выявлено. В поясничной области боли нет. Гинекологическое обследование: легкая гиперемия в области наружного отверстия уретры.

Дополнительные исследования. Число лейкоцитов 6,7х109/л, лейкоцитарная формула — в норме. Общий анализ мочи: множество лейкоцитов и эритроцитов, тест на нитриты отрицательный, pH 6,0, умеренное количество белка. Посев мочи: роста бактерий нет. При микроскопии осадка мочи определяются эпителиальные клетки с внутриядерными включениями.

Вопрос. Каков диагноз?

4.Мужчина 59 лет с инфекцией мочевых путей в сочетании с отеком, язвами и некрозом мошонки

Мужчина 59 лет, страдающий сахарным диабетом, доставлен в приемное отделение с жалобами на боль при мочеиспускании и внезапно возникший отек мошонки. Недавно он перенес обрезание крайней плоти по поводу рецидивирующего парафимоза. Родственники отмечают, что в течение последних 2 суток он вел себя странно. Например, называл свою жену, с которой прожил 30 лет, другим именем.

Физикальное обследование. Температура 38,9°С; пульс 110 уд/мин; ЧД 29/мин;АД 109/68 мм рт. ст. Половые органы: остатки крайней плоти гиперемированы, частичное расхождение краев раны; отек и гиперемия мошонки, сопровождающиеся неприятным запахом; при пальпации мошонки отмечаются боль и крепитация. Предстательная железа гладкая, мягкая, безболезненная.

Дополнительные исследования. Число лейкоцитов 16х109/л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево. Общий анализ мочи (по данным тест-полосок): положительные тесты на нитриты, эстеразу лейкоцитов и глюкозу. Микроскопия мочи: пиурия и бактриурия. Посев крови и мочи: не готовы.

Вопрос. Каков наиболее вероятный диагноз? Какое показано лечение?

5. Мужчина 61 года с язвой на головке полового члена

Мужчину 61 года в течение 8 месяцев беспокоит сыпь на головке полового члена. Первоначально очаг имел вид папулы с неровной поверхностью, которую посчитали бородавкой. Лечения не проводили. Со временем очаг стал изъязвляться и через 2-3 мес превратился в язву. Она медленно увеличивалась в размерах, при этом оставаясь безболезненной. Через 6 месяцев после начала заболевания больной заметил образования, похожие на шарики, в паховой области.

Физикальное обследование. Половые органы: язва овальной формы диаметром 2 см на головке полового члена. Поверхность язвы покрыта кровоточащими грануляциями, основание инфильтрированно, края плотные. Паховые лимфатические узлы увеличены и подвижны.

Дополнительные исследования. Общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, рентгенография грудной клетки: без патологии. Серологические реакции на сифилис (VDRL) отрицательные.

Вопрос. Какой диагноз может быть поставлен?

5. Мужчина 83 лет с объемным образованием в мошонке

Мужчина 83 лет обратился к врачу общей практики по поводу увеличения левого яичка. Со слов больного, яичко постепенно увеличивается в течение 1 месяца. К врачу он не обращался, поскольку боли не было. Симптомов нарушения мочеиспускания нет. Травмы, предшествующие заболевания мочевых путей и половых органов, больной отрицает. Больной сообщает, что похудел на 4 кг и стал спать до 12 ч в сутки. В анамнезе легкая артериальная гипертония.

Физикальное обследование. Половые органы: мошонка увеличена, отека и гиперемии мошонки нет; левое яичко значительно увеличено; правое яичко при пальпации нормальное; диаметр правого яичка 2 см, левого 6 см; придатки яичек и семенные канатики не изменены. Других изменений мочевых путей и половых органов не выявлено.

Дополнительные исследования. Гематокрит 41%, число лейкоцитов 12х109/л,число тромбоцитов 233х109/л, лейкоцитарная формула — в норме. Гемоглобин 137 г/л. Уровень а-фетопротеина, В-субъединицы хорионического гонадотропина и лактатдегидрогеназы в норме. Общий анализ мочи: без патологии. УЗИ мошонки: диффузное увеличение левого яичка, правое яичко нормальных размеров; паренхима гомогенная, опухоли нет; увеличения кровотока в яичках нет (см. рисунок ниже). Обзорная рентгенография грудной клетки и КТ органов брюшной полости: без патологии.

Вопрос. Какой диагноз?

6. Мужчина 53 лет с инициальной макрогематурией

Мужчина 53 лет предъявляет жалобы на наличие крови в моче. При этом он замечает кровь в начале мочеиспускания, затем моча становится прозрачной. Боли при мочеиспускании нет. Со слов

больного, за последние несколько месяцев струя мочи стала вялой.

Физикальное обследование.

Основные физиологические показатели в норме. Живот мягкий, паховые лимфатические узлы не изменены. Половые органы: яички опущены с двух сторон, опухолей нет; при пальпации определяется умеренно болезненное образование в бульбомембранозном отделе уретры.

Ректальное исследование:

гладкая предстательная железа массой 30 г.

Дополнительные исследования.

Общий анализ мочи: уровень эстеразы лейкоцитов и нитритов не увеличен. Число эритроцитов 5-10 в поле зрения, число

лейкоцитов 0-2 в поле зрени, бактерий нет. Общий анализ крови и уровень электролитов в норме. Уровень простатического специфического антигена: 1(норма 1-4):

Вопрос.

Какие дополнительные исследования необходимы в этом случае?

7. Мужчина 58 лет с узлом в предстательной железе

Мужчина 58 лет был направлен к урологу по поводу узла в предстательной железе. Узел в предстательной железе выявил врач общей практики, который назначил определение уровня простатического специфического антигена. В прошлом больной у уролога не обследовался. Симптомов воспаления и обструкции мочевых путей нет. Случаев гематурии и инфекций мочевых путей в прошлом не было. Больной страдает артериальной гипертонией и инсулинонезависимым сахарным диабетом.

Физикальное обследование. Ожирение средней степени. АД 138/84 мм рт. ст.,частота сердечных сокращений 70 уд/мин. Живот толстый, мягкий, безболезненный. Половые органы: крайняя плоть обрезана; яички без патологии. Ректальное исследование: предстательная железа (2+) 40 г с узлом в правой верхней части; узел плотный безболезненный диаметром 1 см.

Дополнительные исследования. Уровень простатического специфического антигена в сыворотке 7 нг/мл. Трансректальная биопсия предстательной железы в шести точках под контролем УЗИ: гистологические признаки аденокарциномы в одном биоптате с правой стороны; в других пробах гистологических изменений нет. Степень злокачественного новообразования по шкале Глисона составляет 3+3 (6).

Вопросы. Какой диагноз может быть поставлен? Какое обследование показано в дальнейшем?

7. Мужчина 83 лет с узлом в предстательной железе

Мужчина 83 лет обратился по поводу узла в предстательной железе, выявленного во время массового обследования. По профессии аудитор. У больного есть слабо выраженные симптомы

обструкции мочевых путей. Общие симптомы, включая боль в костях, отсутствуют. В остальном здоров, лекарственных средств не принимает. Наследственный анамнез по раку предстательной железы не отягощен. Родители дожили до 88 и 91 года.

Физикальное обследование. Температура 37°С, пульс 84 уд/мин, АД 110/70 мм рт. ст.

Половые органы: крайняя плоть обрезана; яички опущены, при пальпации безболезненные, объемных образований в яичках нет; предстательная железа с хорошо отграниченным безболезненным узлом диаметром 0,5 см в правой верхней части.

Дополнительные исследования. Общий анализ мочи: нитриты, эстераза лейкоцитов не определяются, кровь 1+. Микроскопия осадка мочи: число эритроцитов 0-2 в поле зрения, число лейкоцитов 0-2 в поле зрения. Посев мочи:отсутствие роста. Уровень в сыворотке простатического специфического антигена: 7 нг/мл.

Вопрос. Какой диагноз может быть поставлен?

8. Мужчина 63 лет с постепенным повышением уровня простатического специфического антигена в течение 3 лет

Мужчина 63 лет проходит ежегодное обследование у уролога, включающее ректальное исследование предстательной железы и определение уровня простатического специфического антигена. В прошлом при ректальном исследовании патологических изменений не было. Три года назад уровень простатического специфического антигена был 0,5 нг/мл; 2 года назад — 1,0 нг/мл; в прошлом году — 2,0 нг/мл. Боли в позвоночнике, костях и суставах нет. Отмечаются слабо выраженные симптомы обструкции мочевых путей. В остальном больной себя чувствует здоровым человеком, никаких лекарственных препаратов не принимает.

Физикальное обследование.

Основные физиологические показатели в норме. Живот мягкий, пальпируемых объемных образований нет. Лимфатические узлы не увеличены. Половые органы: без патологии. Ректальное исследование: предстательная железа 30 г без узлов и уплотнений.

Дополнительные исследования.

Уровень простатического специфического антигена 3 нг/мл.

Вопрос.

Свидетельствует ли медленное повышение уровня простатического специфического антигена в пользу рака предстательной железы?

9 Мужчина 26 лет с бесплодием и объемным образованием в мошонке

Женатый мужчина 26 лет обратился с жалобами на невозможность зачать ребенка в течении 15 месяцев. В остальном здоров. В анамнезе эндокринологических и урологических заболеваний нет. Детей нет. Женат в течение 2 лет на женщине 26 лет, которая здорова и никогда не была беременной.

Жена прошла полное гинекологическое обследования по поводу женского бесплодия, при этом патологии выявлено не было.

Физикальное обследование. Общее состояние удовлетворительное. Половые органы: крайняя плоть обрезана, половой член без патологии; яички пальпируются с двух сторон, слева вдоль семенного канатика пальпируется червеобразный конгломерат; правое яичко кажется нормальным, но при выполнении пробы Вальсальвы появляется гроздьевидное сплетение, подобное таковому, пальпируемому вдоль левого семенного канатика.

Дополнительные исследования. Уровень тестостерона, фолликулостимулирующего гормона, лютеинизирующего гормона в норме. Спермограмма: объем 2,4 мл (норма 1,5-5 мл), количество сперматозоидов — 12 млн клеток/мл (норма больше 20 млн клеток/мл), подвижность 20% (норма > 50%), морфология (измерена по строгим критериям Крюгера) 15% (норма > 14%).

Вопрос. Какой диагноз может быть поставлен?

10. Мужчина 72 лет с кистой почки

У мужчины 72 лет с артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца, перенесшего коронарное шунтирование, выявили пульсирующее образование в брюшной полости. Для исключения аневризмы брюшной аорты была сделана КТ, которая случайно выявила патологическое образование в левой почке. Больной отрицает боль в грудной клетке и животе, одышку при физической нагрузке и симптомы поражения мочевых путей. Принимает β-блокаторы и ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента.

Физикальное обследование. Без патологии.

Дополнительные исследования. Общий анализ крови, уровень электролитов, АМК, креатинина сыворотки в норме. Бихимические показатели функции печени: в норме. Общий анализ мочи: без патологии. Посев мочи: отсутствие роста микрофлоры. КТ органов брюшной полости (см. рисунок ниже); интенсивность образования не усилилась после введения контрастного вещества.

Вопрос. К какой категории по классификации Bosniak относится киста левой почки?

11. Мужчина 69 лет с солидной опухолью почки

Мужчину 69 лет в течение 3 суток беспокоит тотальная макрогематурия, не сопровождающаяся болью. В остальном здоров. Больной отрицает какие-либо заболевания, включая урологические. Похудания или других общих симптомов нет. Больной никогда не курил.

Физикальное обследование. Основные физиологические показатели в норме.

Внешний вид: выглядит здоровым, общее состояние удовлетворительное. Лимфатические узлы не увеличены. При аускультации легких патологических шумов не выявлено. Живот мягкий, объемных образований нет. Поясничная область: болезненности и объемных образований нет. Половые органы: без патологии. Ректальное исследование: без патологии.

Дополнительные исследования. Гематокрит 28%, число лейкоцитов и уровень электролитов в норме, гемоглобин 90 г/л. Бихимические показатели функции печени: в норме. Уровень кальция и АМК в норме; креатинин 88 мкмоль/л. Общий анализ мочи: эритроциты не поддаются подсчету. Посев мочи: отсутствие роста. Экскреторная урография: подозрение на опухоль левой почки. Цистоскопия: без патологии. КТ брюшной полости: см. рисунок ниже.

Вопрос. Какой диагноз может быть поставлен на основании клинической картины и данных КТ?

12. Мужчина 71 года с гипонатриемией после трансуретральной резекции предстательной железы

После неэффективной гормональной терапии по поводу аденомы предстательной железы мужчине 71 года была выполнена трансуретральная резекция предстательной железы. Операция длилась 90 мин, было использовано 14 литров орошающего раствора глицина. Масса железы составила 45 г. В палате больной стал беспокойным, возбужденным и дезориентированным, стал жаловаться на расплывчатость образов и тошноту.

Физикальное обследование. Температура 36,3°С; пульс 54 уд/мин; АД 90/50 мм рт. ст; частота дыханий 24/мин. Насыщение кислородом 92%. Психический статус: ориентирован только в личности. Сердечно-сосудистая система: брадикардия; шума трения перикарда и других патологических шумов нет. Аускультация легких: двусторонняя крепитация в нижних отделах. Живот: без патологии. Половые органы: через катетер Фоли выделяется моча вишневого цвета.

Дополнительные исследования. Гемоглобин 114 г/л (до операции 122 г/л). Электролиты: Na+ 120 мэкв/л (до операции 134 мэкв/л), К+ 4,5 мэкв/л. АМК 4,32 ммоль/л, креатинин 105,6 мкмоль/л. Осмолярность сыворотки 286 мОсмоль/кг H_2O.

Вопрос. О каком синдроме идет речь?

13.Мужчина 61 года с безболезненной язвой на головке полового члена

Мужчина 61 года жалуется на безболезненную язву на головке полового члена. Впервые он заметил ее 8 месяцев назад, за последнее время размер язвы значительно увеличился, появилось отделяемое белесоватого цвета. Других жалоб нет, из лекарственных препаратов принимает только «таблетки от давления». Половые контакты в течение 39 лет были только с женой.

Физикальное обследование. Внешний вид: избыточного питания, общее состояние удовлетворительное. Основные физиологические показатели в норме. Температура тела 37,6°С. Грудная клетка и живот: без патологии. Половые органы: фимоз, неглубокая плоская язва диаметром 3 см на левой дорсальной поверхности головки полового члена; выделений из уретры нет; в правой паховой области плотный безболезненный подвижный узел размером 1 см. Ректальное исследование: без патологии.

Дополнительные исследования. Общий анализ крови, биохимический анализ в норме. Посев мочи и мазка из уретры: отсутствие роста.

Вопрос. Какой диагноз может быть поставлен?

14. Женщина 45 лет с азотемией и двусторонними

объемными образованиями в боковых отделах живота

Женщина 45 лет с артериальной гипертонией поступила с жалобами на ощущение наполнения живота и двусторонние объемные образования в брюшной полости. Больная отрицает боль в пояснице, лихорадку, макрогематурию, нарушение функции кишечника и симптомы поражения мочевых путей.

При расспросе больная сообщила, что ее отец умер от инфаркта миокарда в возрасте 60 лет после гемодиализа в течение 3 лет. Ее сестра недавно перенесла операцию по поводу аневризмы мозговой артерии. Больная отрицает прием лекарственных препаратов, кроме гипотензивных.

Физикальное обследование.

Лихорадки нет, пульс 70 уд/мин, АД 145/95 мм рт. ст.

При аускультации легких патологических хрипов не выявлено. Тоны сердца ритмичные, ритм правильный, патологических шумов нет. Болезненность в реберно-позвоночных углах отсутствует. Кишечные шумы нормальные; живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный, определяются подвижные неправильной формы объемные образования ниже реберной дуги (одинаковые с двух сторон); мочевой пузырь не пальпируется. Гинекологическое обследование: без патологии.

Дополнительные исследования.

Общий анализ крови: норма. АМК 16,2 ммоль/л, креатинин 281,6 мкмоль/л. Общий анализ мочи: удельный вес 1001,5; других патологических изменений нет. УЗИ: двустороннее увеличение почек, паренхима замещена многочисленными кистами разных размеров, явного гидронефроза нет (хотя трудно оценить степень кистозных изменений); в печени — множественные мелкие кисты.

Вопрос. Каков диагноз? Какое единственное лечение показано в данном случае?

15. Женщина 52 лет со случайно выявленной опухолью надпочечника

Женщина 52 лет поступила в приемное отделение с острой болью в правом боку. Больная утверждает, что такой боли у нее никогда не было. Боль иррадиирует в пах. Лихорадки, озноба, гематурии и боли при мочеиспускании нет.

Физикальное обследование. Внешний вид: страдания от боли. Пульс 96 уд/мин; АД 160/100 мм рт. ст.; ЧД 18/мин. Тоны сердца ритмичные, ритм правильный. При аускультации легких хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Болезненность в правом реберно-позвоночном углу. При обследовании таза патологии не выявлено.

Дополнительные исследования. Число лейкоцитов 9,6х109/л; креатинин 105,6 мколь/л. Общий анализ мочи: pH 7,0, число эритроцитов 11–50 в поле зрения, число лейкоцитов 0 в поле зрения;

эстеразы лейкоцитов и нитритов не выявлено. КТ без контрастирования органов живота и таза: в дистальном отделе мочеточника камень размером 2 х 3 мм; солидная опухоль правого надпочечника размером 2 х 3 см.

Вопрос. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?

16.Женщина 42 лет с артериальной гипертонией и опухолью надпочечника

Женщина 42 лет с неотягощенным анамнезом обратилась с жалобами на мышечную слабость, полиурию и головную боль. Лихорадки, озноба, похудания, потливости ночью, приливов, боли при мочеиспускании и гематурии нет. Хирургических вмешательств не было. У больной были две беременности, протекавшие без особенностей и закончившиеся родами. Менструальный цикл нормальный. Лекарственных препаратов она не принимает, не курит, не употребляет алкоголь и наркотики.

Физикальное обследование. Температура 36,6°С, пульс 72 уд/мин, ЧД 12/мин, АД 170/100 мм рт. ст., в положении стоя не меняется. Общее состояние удовлетворительное. Офтальмологическое обследование: легкая ретинопатия. Ритм сердца правильный, частота сердечных сокращений в пределах нормы, патологических шумов нет. Живот при пальпации мягкий, патологических образований не определяется. Цианоза, симптома барабанных палочек и отеков нет.

Дополнительные исследования. Общий анализ крови без патологии. Na+ 147 ммоль/л; К+ 3,2 ммоль/л; бикарбонаты ммоль/л. Функция щитовидной железы в норме. Общий анализ мочи: pH 7,0, удельный вес 1010, следы белка, пиурии и гематурии нет. ЭКГ: нормальный синусовый ритм, зубцы Т и Q без патологических изменений.

Вопрос. Каков предполагаемый диагноз?

17. Мужчина 22 лет с макрогематурией после аварии на мотоцикле

Мужчина 22 лет доставлен с травмой в приемное отделение после аварии на мотоцикле. Как выяснилось, мужчина ехал со скоростью около 50 км/ч и был сбит боковой стороной автомобиля, ехавшего с низкой скоростью. Мужчину выбросило из мотоцикла, и он ударился об опорную стену тазом и правым боком. Предшествующих заболеваний нет, никаких лекарственных препаратов не принимает. Сознания не терял, жалуется на боль в правой ноге, правом боку и тазу.

Физикальное обследование. Первичный осмотр. Внешний вид: тревожен; одежда с правой стороны разорвана; справа несколько ран и ушибов; дыхание не затруднено. Температура тела 36,6°С, ЧД 20/мин, пульс 120 уд/мин; АД 120/82 мм рт. ст. Оценка состояния по шкале комы Глазго: 15/15. Вторичный осмотр. Сердечно-сосудистая система: тахикардии, патологических шумов, шума трения перикарда нет. Аускультация легких: без патологии. Живот мягкий, безболезненный, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Поясничная область справа: кровоподтек, болезненность при

пальпации.

Таз: нестабильный, кровоподтек на правой верхней части бедра. Половые органы: из отверстия уретры выделяется кровь, на трусах видны следы окрашенной кровью мочи. Ректальное исследование: пальпация предстательной железы затруднена.

Дополнительные исследования. Первичная рентгенография грудной клетки, таза и шейных позвонков: перелом правой ветви лобковой кости, перелом 12-го ребра, нормальные шейные позвонки. Других данных нет.

Вопрос. О каком заболевании идет речь? Какие два визуализирующие исследования необходимы?

18. Женщина 21 года с огнестрельным ранением живота и макрогематурией

Женщина 21 года проступила в приемное отделение с огнестрельным ранением правой средней части живота. Как выяснилось, она случайно выстрелила себе в живот из мелкокалиберного пистолета. Анамнез не отягощен, лекарственных средств не принимает, аллергии нет.

Физикальное обследование. Первичный осмотр. Внешний вид: больная встревожена, бледна, кровь на рубашке в области живота. Температура тела 36,4°С, пульс 130 уд/мин; АД 90/60 мм рт. ст., ЧД 30/мин. Оценка состояния по шкале комы Глазго: 13/15. Вторичный осмотр. АД 100/74 мм рт. ст.; пульс 110 уд/мин.

Аускультация сердца: патологических шумов и шума трения перикарда нет. Аускультация грудной клетки: патологических шумов нет. Живот мягкий, диффузная болезненность, положительный симптом Щеткина-Блюмберга;в правой половине живота небольшое входное отверстие. Периферический пульс в норме. Спина: выходное отверстие в правой половине; кровоподтек в правой поясничной области. Ректальное исследование: без патологии.

Дополнительные исследования. При катетеризации катетером Фоли получено 150 мл мочи с примесью крови. Обзорная рентгенография грудной клетки: без патологии. Других данных нет.

Вопрос. Какое исследование необходимо выполнить в первую очередь?

19. Женщина 44 лет с недержанием мочи после экстирпации матки

Женщина 44 лет жалуется на постоянные выделения из влагалища, возникшие через 2 недели после экстирпации матки по поводу фибромы матки. В остальном здорова, лекарственных препаратов не принимает.

Физикальное обследование. Температура тела в норме; АД 120/70 мм рт. ст.; ЧД 22/мин. Внешний вид: здоровый. Живот: в нижней части хорошо заживший шрам, пересекающий срединную линию. Половые органы: неприятный запах, прозрачные выделения, мацерация кожи промежности; в области вульвы папулезная сыпь.

Дополнительные исследования. Общий анализ крови: в норме. Биохимический анализ крови: в норме. Общий анализ мочи: эритроциты 100 в поле зрения, лейкоциты 100 в поле зрения, дрожжевые грибы 3+. АМК 19,8 ммоль/л, креатинин 880 мкмоль/л. Посев мочи: выявлен кандидоз.

Вопрос. Чем могут быть обусловлены постоянные прозрачные выделения из влагалища после экстирпации матки?

20. Женщина 58 лет с субфебрильной температурой, недомоганием и болью в пояснице

Женщина 58 лет обратилась к терапевту по поводу субфебрильной температуры, недомогания и боли в пояснице справа, которые появились 1 нед назад. В течение последних нескольких месяцев она плохо себя чувствовала, аппетит был снижен. За 3 мес больная похудела на 3 кг. В анамнезе рецидивирующий цистит, по поводу которого она получала эмпирическую антимикробную терапию, проводилось инструментальное исследование мочевых путей. Больная отмечает, что у нее была непродолжительная тотальная макрогематурия. В остальном здорова. Из лекарственных препаратов принимает только парацетамол.

Физикальное обследование. Температура 38,1°С; пульс 100 уд/мин, правильный; остальные физиологические показатели в норме. При аускультации легких патологических шумов нет. Живот умеренно вздут, при пальпации мягкий, интенсивность кишечных шумов снижена. Болезненность в правом реберно-позвоночном углу.

Дополнительные исследования. Число лейкоцитов 12,4х109/л, гемоглобин 98 г/л, АМК 5,47 ммоль/л, креатинин сыворотки 114,4 мкмоль/л. Скорость оседания эритроцитов увеличена. Общий анализ мочи: активность эстеразы лейкоцитов и уровень нитритов увеличены, pH 8,0, гематурия, пиурия и бактериурия. Посев мочи: не готов.

Вопрос.

Каким термином можно охарактеризовать гистологическую картину на рисунке? Камни какого типа обычно образуются при этом заболевании?

21. Женщина 26 лет с императивными позывами к мочеиспусканию, учащенным мочеиспусканием и болью при мочеиспускании, возникшими в третий раз

Женщина 26 лет обратилась по поводу учащенного мочеиспускания, императивных позывов к мочеиспусканию, боли при мочеиспускании, возникшими в третий раз. Кроме того, в течение 1 года ее беспокоит ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря. Во время обострений лихорадки, озноба и боли в пояснице не было. Каждый раз антимикробной терапии в течение 3 суток было достаточно для разрешения симптомов. Со слов больной, во время одного из обострений у нее выявили инфекцию мочевых путей на основании результатов посева мочи. Со временем интервал между обострениями уменьшался. Больная живет половой жизнью и заметила, что обострения связаны с периодами более частых половых контактов. С момента начала половой жизни обострения

возникали минимум раз в год. С целью контрацепции она использует диафрагму со спермицидами.

Физикальное обследование. Общее состояние удовлетворительное. Основные физиологические показатели в норме. Вторичные половые признаки по женскому типу. Живот мягкий, слабо болезненный в надлобковой области. Половые органы развиты правильно; шейка матки и придатки метки при пальпации безболезненны; в уретре объемных образований или выделений нет.

Дополнительные исследования. Общий анализ мочи: увеличена активность эстеразы лейкоцитов и уровень нитритов, лейкоцитоз, эритроциты 5–10 в поле зрения, выраженная бактериурия.

Вопрос. Какое дальнейшее обследование показано в этом случае? Что можно сказать о течении заболевания у этой больной?

21. Женщина 22 лет с острой болью в пояснице справа и лихорадкой

У женщины 22 лет около 36 ч назад появилась лихорадка до 38,7°С и постоянная боль в пояснице справа. За несколько суток до появления боли у нее отмечалась боль при мочеиспускании и неприятный запах мочи. В течение последних 3 лет у больной ежегодно было до 3 эпизодов острого цистита, однако болей в пояснице не было. Тошноты, рвоты и озноба нет. По поводу настоящего заболевания принимала нитрофурантоин без эффекта.

Физикальное обследование. Общее состояние удовлетворительное. Температура 38,2°С; пульс 88 уд/мин, ЧД 20/мин, АД 126/78 мм рт. ст. Отмечается болезненность в правом реберно-позвоночном углу. В остальном — без особенностей.

Дополнительные исследования. Число лейкоцитов 14,3х109/л. Общий анализ мочи: pH 6,9, лейкоциты 50–100 в поле зрения, эритроциты 5-10 в поле зрения. Посев мочи: не готов.

Вопрос. О каком заболевании идет речь? Какое показано лечение? Нужна ли госпитализация?

23. Мужчина 74 лет с прерывистым мочеиспусканием и дискомфортом в животе

Мужчину 74 лет в течение последнего года беспокоят прерывистое мочеиспускание, и дискомфорт в нижней части живота. Больной отмечает, что при мочеиспускании струя мочи внезапно прекращается, а затем вновь появляется. Чувство дискомфорта внизу живота увеличивается в конце мочеиспускания и уменьшается в положении лежа на спине. Кроме того, его беспокоит никтурия (до 4 раз за ночь) и чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, сохраняющееся даже после повторного мочеиспускания. Два месяца назад проходил лечение по поводу инфекции мочевых путей, вызванной Escherichia coli (контрольного посева мочи после лечения не было сделано). В анамнезе каких-либо урологических вмешательств не было. Отмечается легкая артериальная гипертония, по поводу которой больной принимает блокаторы кальциевых каналов. Других заболеваний нет.

Физикальное обследование. Температура 37,2°С. Пальпируется мочевой пузырь (при пальпации у больного возникают позывы к мочеиспусканию). При ректальном исследовании масса

предстательной железы приблизительно 60 г, поверхность без уплотнений, бороздка сглажена.

Дополнительные исследования. Общий анализ мочи: эритроциты 50—100 в поле зрения, выраженная пиурия, бактериурия. Посев мочи: 10^5 колониеобразующих единиц Escherichia coli в 1 мл мочи. УЗИ органов брюшной полости: гидронефроза нет, в мочевом пузыре около 300 мл остаточной мочи, в мочевом пузыре — три подвижных дефекта наполнения с интенсивной тенью.

Вопрос. Какой диагноз может быть поставлен?

24. Женщина 21 года с императивными позывами к мочеиспусканию, учащенным и болезненным мочеиспусканием, которые возникли впервые

Женщина 21 года обратилась к урологу с жалобами на боль при мочеиспускании в течение 3 суток. Кроме того, ее беспокоят императивные позывы к мочеиспусканию (каждые 1—2 часа) и чувство неполного опорожнения мочевого пузыря. Больная отрицает подобные симптомы в прошлом. Хирургических вмешательств не было. Лихорадки, боли в пояснице и гематурии нет. Лекарственных препаратов она не принимает. Больная имеет одного полового партнера.

Физикальное обследование. Общее состояние удовлетворительное. Температура 36,8°С; пульс 72 уд/мин; ЧД 14/мин; АД 112/64 мм рт. ст. Живот при пальпации слабо болезненный в надлобковой области. Болезненности в реберно-поясничных углах нет. Гинекологическое обследование: высыпаний, болезненности при смещении шейки матки, увеличения и болезненности придатков нет.

Дополнительные исследования. Общий анализ мочи: эритроциты 0—5 в поле зрения, выраженная лейкоцитурия, бактериурия.

Вопрос. Какие данные анамнеза следует уточнить? Какое лечение необходимо назначить?

25. Женщина 48 лет с недержанием мочи

Женщина 48 лет обратилась по поводу недержания мочи. 5 лет назад она перенесла операцию по поводу недержания мочи при напряжении. Сначала результаты были хорошими. Однако в течение последнего года вновь появилось недержание мочи. Мочеиспускание происходит при кашле, чихании и подъеме тяжестей, в настоящее время требуется 1-2 прокладки в сутки. Кроме того, ее беспокоят императивные позывы к мочеиспусканию и учащенное мочеиспускание днем (каждые 2 ч). Неудержания мочи, никтурии, гематурии, боли при мочеиспускании, задержки мочи, выделения мочи после мочеиспускания или чувства неполного опорожнения мочевого пузыря нет. У больной четверо детей.

Начало последней менструации - 2 недели назад.

Больная отрицает инфекции мочевых путей, неврологические заболевания, операции на органах таза и сахарный диабет. Лекарственных препаратов не принимает. Домохозяйка, часть времени работает медсестрой. Суточный дневник мочеиспусканий, заполненный перед визитом к врачу, показал функциональный объем мочевого пузыря 350 мл, нормальное количество суточной мочи и три

случая недержания мочи при напряжении с выделением среднего количества мочи.

Физикальное обследование. Основные физиологические показатели в норме. Живот мягкий, объемных образований в брюшной полости и болезненности нет, отеков нет. Половые органы: без патологии, болезненности при смещении шейки матки нет, объемных образований придатков нет; легкое цистоцеле (степень 1), энтероцеле или ректоцеле нет; нормальное сокращение тазовых мышц. Прямая кишка: тонус наружного сфинктера заднего прохода в норме,промежуточная чувствительность с бульбокавернозным рефлексом. Остаточный объем после катетеризации 20 мл. Тест с тампоном: поворот на 45°.После наполнения мочевого пузыря до 200 мл при кашле отмечалось вытекание 5 мл мочи из уретры.

Дополнительные исследования. Общий анализ крови, уровень электролитов, АМК, креатинина сыворотки, глюкозы крови натощак в норме. Общий анализ мочи: лейкоциты 0-2 в поле зрения, эритроциты 0 в поле зрения, бактерии нет, редкие эпителиальные клетки. Посев мочи: отсутствие роста микрофлоры.

Вопрос. Какое минимальное обследование показано женщинам с недержанием мочи?

26. Мужчина 73 лет с недержанием мочи после радикальной простатэктомии

Мужчина 73 лет была сделана пункционная биопсия предстательной железы по поводу повышения уровня простатического специфического антигена (до 10,6 нг/мл) в отсутствие изменений предстательной железы при ректальном исследовании. Биопсия выявила рак предстательной железы в правой доле, степень по шкале Глисона 4+3. Сцинтиграфия костей метастазов не выявила. Больному была выполнена радикальная ретропубликальная простатэктомия. У больного не было импотенции, поэтому левый сосудисто-нервный пучок был сохранен. Патологическое исследование выявило гистологические признаки аденокарциномы, степень по шкале Глисона 4+3, занимающей почти 25% объема предстательной железы, без вовлечения капсулы и лимфатических узлов. Биопсия краев раны признаков рака не выявила. Катетер Фоли после операции был оставлен на 2 нед. С того времени больной отмечает постоянное недержание мочи. Днем больной носит зажим Каннингема, ночью — кондомный катетер. Акт мочеиспускания у него отсутствует, так как мочевой пузырь не наполняется. Больной не может вести половую жизнь из-за недержания мочи. Недержание мочи сохраняется уже в течение года, несмотря на выполнение упражнений Кегеля. Сейчас поступил для обследования. С момента операции уровень простатического специфического антигена не определяли.

Физикальное обследование. Внешний вид: в положении стоя моча свободно вытекает из наружного отверстия уретры. Основные физиологические показатели в норме. Живот мягкий. Объемных образований или болезненности нет; хорошо заживший рубец по средней линии после операции; мочевой пузырь не пальпируется. Половые органы: крайняя плоть удалена, повреждений нет,мошонка без патологии. Ректальное исследование: тонус сфинктера заднего прохода в норме, пустая предстательная ямка.

Дополнительные исследования. Общий анализ крови, уровень электролитов плазмы, АМК, креатинина сыворотки, глюкозы натощак без патологии. Общий анализ мочи: лейкоциты 0-2 в поле зрения, эритроциты 0 в поле зрения, бактериурии нет, редкие эпителиальные клетки. Посев мочи: отсутствие роста микрофлоры. Уровень простатического специфического антигена в сыворотке: < 0,2 нг/мл.

Вопрос. Что является наиболее важным фактором предотвращения недержания мочи после простатэктомии?

27. Мужчина 71 года с парадоксальной ишурией

Мужчина 71 года поступил в приемное отделение по поводу неспособности совершить мочеиспускание в течение последних 24 ч. При дополнительном распросе выяснилось, что за последние 6 мес у него наблюдалось ухудшение симптомов, включая учащенное мочеиспускание, никтурию, императивные позывы к мочеиспусканию и вялую струю мочи. В течение последних 2 недель отмечает недержание мочи. Страдает легкой артериальной гипертонией и аденомой предстательной железы. В настоящее время получает а-блокаторы. В приемном отделении больному был поставлен катетер Фоли, по которому выделилось 1100 мл прозрачной мочи.

Физикальное обследование. Температура 37,1°С, пульс 84 уд/мин, АД 180/95 мм рт. ст., ЧД 22/мин. Внешний вид: выглядит усталым и обеспокоенным. Живот: надлобковая область уплотнена и растянута. Половые органы без патологии. Ректальное исследование: предстательная железа 40 г, узловые образования не пальпируются; исследование кала на скрытую кровь отрицательно. Отек лодыжек.

Дополнительные исследования. Общий анализ крови в норме, АМК 17,3 ммоль/л, креатинин сыворотки 211,2 мкмоль/л. Посев мочи: отсутствие роста. Уровень простатического специфического антигена после ректального исследования: 18,6 нг/мл (норма 4—10 нг/мл). УЗИ почек: двусторонний гидронефроз.

Вопрос. Чем обусловлена обструкция мочевых путей у больного?

28. Мужчина 71 года с задержкой мочи

Мужчина 71 года обратился к терапевту с жалобами на невозможность нормального мочеиспускания в течение последних 24 ч. В анамнезе есть сведения об увеличении предстательной железы, по поводу которого он принимает теразозин в низких дозах. Больной отмечает недомогание, но лихорадки, озноба, дизурии и боли в пояснице нет. Страдает артериальной гипертонией, по поводу которой принимает дилтиазем.

Физикальное обследование. Температура 37,1°С, АД 176/92 мм рт. ст., пульс

76 уд/мин. Внешний вид: умеренный дискомфорт, в остальном здоров.

Живот в нижней части растянут, при пальпации надлобковой области ощущается дискомфорт.

Половые органы: крайняя плоть обрезана, несколько эритематозных очагов на мошонке и в левой паховой области. Ректальное исследование: немного снижен тонус сфинктера заднего прохода и бульбокавернозный рефлекс; предстательная железа умеренно увеличена, безболезненная, узлов нет.

Дополнительные исследования. Общий анализ крови в норме, креатинин сыворотки 149,6 мкмоль/л. При катетеризации катетером Фоли получено 2 л прозрачной мочи. Общий анализ мочи: pH в норме, следы эстеразы лейкоцитов, нитритов нет, эритроциты 6-10 в поле зрения, лейкоциты 0-5 в поле зрения, бактериурии нет. Посев мочи: отсутствие роста.

Вопрос. Какова вероятная причина задержки мочи у больного?

29. Женщина 21 года с болью в пояснице слева

Женщина 21 года с неотягощенным анамнезом предъявляет жалобы на боль в пояснице слева. Повышения температуры, ознобов, гематурии или предшествующих подобных эпизодов не было. Боль иррадиирует в левую паховую область. Мать и оба брата больной страдают мочекаменной болезнью.

Физикальное обследование. Температура 37,2°C, пульс 85 уд/мин, АД 150/80 мм рт. ст., ЧД 18/мин. Внешний вид: здоровый. Живот без особенностей, пальпируемых объемных образований нет. Спина: легкая болезненность в левом реберно-позвоночном углу. Половые органы в норме, грыж нет. Гинекологическое обследование и ректальное исследование: без патологии.

Дополнительные исследования. Общий анализ мочи: лейкоциты 0–5 в поле зрения, эритроциты 11–50 в поле зрения, pH 5,5. Посев мочи: отсутствие роста. Число лейкоцитов 11x109/л, гемоглобин и количество тромбоцитов в норме. Мочевина 2,52 ммоль/л, креатинин сыворотки 52,6 мкмоль/л. Уровень мочевой кислоты, кальция и фосфора в сыворотке в норме. При микроскопии утренней мочи выявляют гексагональные кристаллы (см. рисунок). Экскреторная урография: небольшой левосторонний гидронефроз; в левом лоханочно-мочеточниковом сегменте определяется камень размером 9 мм; в нижнем полюсе левой почки — камень размером 5 мм; в нижнем полюсе правой почки камень размером 4 мм, не вызывающий обструкцию.

Вопрос. Какой диагноз может быть поставлен?