

*Приложение к рабочей программе*

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Владимирский филиал ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

## **ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

### **УРОЛОГИЯ**

Специальность: **31.05.01 ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО**

Кафедра: УРОЛОГИИ им.Е.В.Шахова

Форма обучения: **ОЧНАЯ**

**Владимир  
2023**

### 1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Урология» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Урология». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

### 2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине «Урология» используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тесты	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Собеседование	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимися на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.	Вопросы по темам/разделам дисциплины

### 3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
ОПК 4 ОПК 5 ПК-5, 7 и 8	Текущий	Тема 1. Семиотика и симптоматология урологических заболеваний. Инструментальные и лучевые методы обследования	Собеседование
ОПК 4 ОПК 5 ПК-5, 7 и 8	Текущий	Тема 2. Мочекаменная болезнь	Собеседование
ОПК 4 ОПК 5 ПК-5, 7 и 8	Текущий	Тема 3. Острый и хронический пиелонефрит.	Собеседование
ОПК 4 ОПК 5	Текущий	Тема 4. Опухоли верхних мочевыводящих путей	Собеседование

ОПК 4 ОПК 5 ПК-5, 7 и 8			
ОПК 4 ОПК 5 ПК-5, 7 и 8	Текущий	Тема 5. Опухоли мочевого пузыря, предстательной железы наружных половых органов. Гиперплазия простаты.	Собеседование
ОПК 4 ОПК 5 ПК-5, 7 и 8	Текущий	Тема 6. Аномалии развития мочеполовой системы.	Собеседование
ОПК 4 ОПК 5 ПК-5, 7 и 8	Текущий	Тема 7. Травма мочеполовых органов	Собеседование
ОПК 4 ОПК 5 ПК-5, 7 и 8	Промежуточный	Тема 1. Семиотика и симптоматология урологических заболеваний. Инструментальные и лучевые методы обследования. Тема 2. Мочекаменная болезнь. Тема 3. Острый и хронический пиелонефрит. Тема 4. Опухоли верхних мочевыводящих путей Тема 5. Опухоли мочевого пузыря, предстательной железы наружных половых органов. Гиперплазия простаты. Тема 6 Аномалии развития мочеполовой системы Тема 7 Травма мочеполовых органов	Тестовые задания

#### 4. Содержание оценочных средств текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: собеседования

#### Вопросы для собеседования по темам дисциплины для оценки компетенций

**ОПК 4, ОПК 5, ПК-5, 7 и 8**

##### **Семиотика и методы обследования в урологии**

1. Семиотика урологических заболеваний.
2. Почечная колика: этиология, патогенез, клиника.
3. Лабораторная диагностика урологических заболеваний.
4. Лучевая диагностика урологических заболеваний. Радиоизотопные методы.
5. Инструментальная диагностика урологических заболеваний.
6. Анурия. Классификация, дифференциальная диагностика.
7. Острая и хроническая задержка мочи, парадоксальная ишурия.

### **Воспалительные заболевания**

8. Общие принципы и особенности антибактериальной терапии урологических заболеваний.
9. Методы дренирования мочевыводящих путей при обструктивной уропатии. Показания, техника выполнения, осложнения.
10. Бактериотоксический и бактериемический шок при урологических заболеваниях.
11. Беременность и урологические заболевания.
12. Изменение мочевой системы при заболеваниях женских половых органов.
13. Острый пиелонефрит. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
14. Хронический пиелонефрит. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
15. Воспалительные заболевания почек и забрюшинной клетчатки. Болезнь Ормонда.
16. Воспалительные заболевания мочевого пузыря и уретры.
17. Простатит. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
18. Орхит, эпидидимит, везикулит. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.

### **Мочекаменная болезнь**

19. Мочекаменная болезнь. Этиология, патогенез, клиника и диагностика.
20. Мочекаменная болезнь. Консервативное лечение: Литолитическая и литокинетическая терапия, лечебная физкультура и физиотерапия.
21. Метафилактика: Диетотерапия. Санаторно-курортное лечение урологических больных.
22. .
23. Мочекаменная болезнь. Оперативные методы лечения: контактная и дистанционная литотрипсия, литоэкстракция

### **Опухоли**

24. Опухоли паренхимы почек.
25. Опухоли лоханки и мочеточника.
26. Опухоли мочевого пузыря и уретры.
27. Опухоли предстательной железы.
28. Опухоли наружных мужских половых органов.

29. Гиперплазия простаты. Этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение.
30. Дифференциальная диагностика заболеваний простаты и способы ранней верификации рака.
31. Малоинвазивные методики лечения в онкоурологии.

#### **Аномалии развития**

1. Эмбриогенез мочеполовых органов. Аномалии почек.
2. Эмбриогенез мочеполовых органов Аномалии мочеточников.
3. Эмбриогенез мочеполовых органов. Аномалии мочевого пузыря и уретры.
4. Эмбриогенез и аномалии мужских половых органов.

#### **Травма**

5. Травма почек и мочеточников.
6. Травма мочевого пузыря.
7. Травма уретры. Травма мужских половых органов.
8. Ятрогенные повреждения мочеполовых органов.
9. Осложнения внутрипросветных вмешательств. Методы предупреждения. Лечение.
10. Стриктуры уретры.
11. Мочеполовые свищи.

#### **5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации**

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета

5.1 Перечень контрольных заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: тесты по разделам дисциплины: тестовые задания.

5.1.1. Тестовые вопросы с вариантами ответов к зачёту по дисциплине «Урология».

<b>Тестовые задания с вариантами ответов</b>	<b>Код компетенции (согласно РПД)</b>
--	---

Раздел 1. Семиотика и симптоматология урологических заболеваний.	
<p><b>1. АУТОРЕГУЛЯЦИЯ ПОЧЕЧНОГО КРОВотоКА ПРЕКРАЩАЕТСЯ ПРИ СНИЖЕНИИ СИСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ</b></p> <p>1) до 60-70 мм рт. ст  2) до 100 мм рт. ст.  3) до 80-90 мм рт. ст.  4) до 40-50 мм рт. ст.</p>	<p>ОПК 4  ОПК 5  ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>2. НАИБОЛЕЕ КОРОТКОЙ И НАИБОЛЕЕ УЗКОЙ МУЖСКАЯ УРЕТРА ЯВЛЯЕТСЯ</b></p> <p>1) в области перепончатой части мочеиспускательного канала  2) у места перехода мочевого пузыря в мочеиспускательный канал  3) в области наружного отверстия уретры  4) во всех указанных местах сужения уретры</p>	<p>ОПК 4  ОПК 5  ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>3. БЫСТРОЕ МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ КЛЕТОК ОПУХОЛИ ЯИЧКА ВОЗМОЖНО</b></p> <p>1) в поясничные лимфатические узлы  2) в поверхностные и глубокие паховые лимфатические узлы  3) во внутренние подвздошные лимфатические узлы  4) в общие подвздошные лимфатические узлы</p>	<p>ОПК 4  ОПК 5  ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>4. ПРИ КАМНЕ ИНТРАМУРАЛЬНОГО ОТДЕЛА МОЧЕТОЧНИКА, НАРУШАЮЩЕГО УРОДИНАМИКУ, БОЛИ НОСЯТ ХАРАКТЕР</b></p> <p>1) приступообразных острых  2) ноющих  3) тупых  4) острых</p>	<p>ОПК 4  ОПК 5  ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>5. ДИЗУРИЯ – ЭТО</b></p> <p>1) частое, болезненное мочеиспускание  2) частое мочеиспускание  3) затрудненное мочеиспускание</p>	<p>ОПК 4  ОПК 5  ПК 5, 7 и 8</p>

4) болезненное мочеиспускание	
<b>6. ПОЛЛАКИУРИЯ - ЭТО</b> 1) увеличение диуреза 2) учащение ночного мочеиспускания 3) частое безболезненное мочеиспускание дневного и ночного 4) учащение дневного мочеиспускания	ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8
<b>7. ПАРАДОКСАЛЬНАЯ ИШУРИЯ - ЭТО</b> 1) сочетание задержки мочеиспускания с недержанием мочи 2) хроническая задержка мочеиспускания 3) недержание мочи	ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8
<b>8. ОСЛОЖНЕНИЯМИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ          МОЧЕТОЧНИКОВ ЯВЛЯЮТСЯ</b> 1) перфорация мочеточника 2) перфорация лоханки 3) все перечисленное 4) обострение мочевого инфекции	ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8
<b>9. УЛЬТРАЗВУКОВОЕ СКАНИРОВАНИЕ          ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВЛЯТЬ ОКСАЛАТНЫЕ          КАМНИ ЧАШЕЧЕК ДИАМЕТРОМ 1 СМ</b> 1) не позволяет 2) в 100% случаев 3) в 10-20% случаев 4) в 50-90% случаев	ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8
<b>10.КЛУБОЧКОВАЯ ФИЛЬТРАЦИЯ          ЯВЛЯЕТСЯ</b> 1) пассивным процессом 2) активным процессом 3) активным процессом в юкстамедуллярных нефронах 4) сочетанием активных и пассивных процессов	ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8
<b>11.ДИЗУРИЯ ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМОМ          ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ          ЗАБОЛЕВАНИЯХ, КРОМЕ</b> 1) туберкулезамочевом пузыря	ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8

<p>2) опухоли почки 3) аденомы предстательной железы 4) цистита</p>	
<p><b>12.ЗАДЕРЖКА МОЧЕИСПУСКАНИЯ - ЭТО</b> 1) невозможность самостоятельного опорожнения мочевого пузыря 2) отсутствие выделения мочи почками 3) отсутствие мочи в мочевом пузыре при его катетеризации 4) отсутствие самостоятельного мочеиспускания в горизонтальном положении</p>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>13.ГЕМАТУРИЯ - ЭТО</b> 1) выделение крови с мочой 2) наличие в моче кровяного пигмента гемоглобина 3) выделение крови из мочеиспускательного канала 4) наличие в моче порфирина</p>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>14.ПОКАЗАНИЯМИ К УРОФЛОУМЕТРИИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ</b> 1) камня мочеточника 2) стриктуры уретры, клапана уретры 3) аденомы предстательной железы 4) нейрогенной дисфункции мочевого пузыря</p>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>15.ВИЗУАЛИЗАЦИЯ МОЧЕТОЧНИКОВ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ СКАНИРОВАНИИ ВОЗМОЖНА</b> 1) если они содержат мочу 2) во всех случаях 3) никогда 4) если они не расширены</p>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>16.ПРИ КАМНЕ ИНТРАМУРАЛЬНОГО ОТДЕЛА МОЧЕТОЧНИКА, НАРУШАЮЩЕГО УРОДИНАМИКУ, ЛОКАЛИЗАЦИЯ И ИРРАДИАЦИЯ БОЛЕЙ</b> 1) поясничная область с иррадиацией в паховую область, внутреннюю поверхность бедра и половые органы</p>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>



<ul style="list-style-type: none"> <li>2) поясничная область без иррадиации</li> <li>3) подреберье с иррадиацией под лопатку</li> <li>4) боковые отделы живота с иррадиацией в поясничную область</li> </ul>	
<p><b>17.ЗАДЕРЖКА МОЧЕИСПУСКАНИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННОМ, КРОМЕ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) обтурации мочеточников</li> <li>2) атрезии наружного отверстия уретры</li> <li>3) нейрогенной дисфункции мочевого пузыря</li> <li>4) аденомы предстательной железы</li> </ul>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>18.СТРАНГУРИЯ - ЭТО</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) затрудненное мочеиспускание по каплям</li> <li>2) мочеиспускание, сопровождающееся болью</li> <li>3) частое мочеиспускание</li> <li>4) сочетание и</li> </ul>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>19.НИКТУРИЯ - ЭТО</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) перемещение основного диуреза с дневных часов на ночные</li> <li>2) учащение ночного мочеиспускания</li> <li>3) дневнаяолигурия</li> <li>4) правильно 1) и 3)</li> </ul>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>20.ОЛИГУРИЯ - ЭТО</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) количество мочи менее 500 мл в сутки</li> <li>2) редкое мочеиспускание</li> <li>3) уменьшение количества мочи</li> <li>4) увеличение количества мочи</li> </ul>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>Раздел 2. Острый и хронический пиелонефрит. Воспалительные заболевания мочеполовой системы.</b></p>	
<p><b>1. ПРИ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПОРАЖАЮТСЯ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) чашечно-лоханочная система</li> <li>2) клубочки почки</li> <li>3) венозная система почки и интерстициальная ткань</li> <li>4) канальцы почки</li> </ul>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>

<p><b>2. АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) до нормализации температуры</li> <li>2) до исчезновения пиурии</li> <li>3) до исчезновения бактериурии</li> <li>4) до выписки больного из стационара</li> </ol>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>3. ИСХОДЫ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) хроническая почечная недостаточность</li> <li>2) пионефроз</li> <li>3) все перечисленное</li> <li>4) сморщенная почка</li> </ol>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>4. МИНИМАЛЬНАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ ВВОДИМОГО АНТИБИОТИКА У БОЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) в очаге воспаления почечной паренхимы</li> <li>2) в крови</li> <li>3) в тканях</li> <li>4) в чашечно-лоханочной системе</li> </ol>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>5. У БОЛЬНОЙ 34 ЛЕТ В ПРОЦЕССЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОБНАРУЖЕНО В ОСАДКЕ МОЧИ 25-30 ЛЕЙКОЦИТОВ В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ. ЖАЛОБ НЕ ПРЕДЪЯВЛЯЕТ. В АНАМНЕЗЕ УКАЗАНИЙ НА УРОЛОГИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ НЕТ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ</b></p> <p>-хронический пиелонефрит -хронический цистит - хронический уретрит пиелит</p>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>6. У БОЛЬНОГО 42 ЛЕТ ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ УСТАНОВЛЕНА ЛЕЙКОЦИТУРИЯ (ДО 35-40 ЛЕЙКОЦИТОВ В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ). ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ИСТОЧНИКА ЛЕЙКОЦИТУРИИ (УРЕТРА, ПРЕДСТАТЕЛЬНАЯ ЖЕЛЕЗА, ПОЧКИ ИЛИ МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ) ЕМУ НЕОБХОДИМО</b></p>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>

<p><b>ПРОВЕСТИ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) анализ мочи общий</li> <li>2) пробу Нечипоренко</li> <li>3) двухстаканную или трехстаканную пробу</li> <li>4) исследование мочи, полученной путем катетеризации мочевого пузыря</li> </ol>	
<p><b>7. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПАРАНЕФРАЛЬНОГО АБСЦЕССА ЯВЛЯЕТСЯ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ультразвуковое исследование</li> <li>2) обзорная рентгенография мочевых путей</li> <li>3) экскреторная урография</li> <li>4) изотопная ренография</li> </ol>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>8. ОСНОВНОЕ ЗНАЧЕНИЕ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ЦИСТИТА ПРИДАЕТСЯ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) инфекции</li> <li>2) местным расстройствам кровообращения</li> <li>3) физическим факторам или химическим факторам</li> <li>4) общим факторам</li> </ol>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>9. ДЛЯ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО ЦИСТИТА ХАРАКТЕРНА СЛЕДУЮЩАЯ ЦИСТОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) псевдополипоз слизистой оболочки мочевого пузыря</li> <li>2) язвы мочевого пузыря</li> <li>3) наличие бляшек белесого и желтого цвета на слизистой оболочке</li> <li>4) язва округлой формы на фоне неизменной слизистой оболочки мочевого пузыря</li> </ol>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>10. ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ ОСТРОГО УРЕТРИТА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гематурии и отека кожи мошонки</li> <li>2) болей при мочеиспускании</li> <li>3) гнойных выделений из уретры</li> <li>4) отека губок наружного отверстия уретры</li> </ol>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>11. БАЛАНОПОСТИТ - ЭТО ВОСПАЛЕНИЕ</b></p>	<p>ОПК 4</p>

<ol style="list-style-type: none"> <li>1) крайней плоти полового члена</li> <li>2) крайней плоти и головки полового члена</li> <li>3) головки полового члена</li> <li>4) парауретральных желез</li> </ol>	<p>ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>12.ЛЕЧЕНИЕ</b> <b>ОСТРОГО</b> <b>НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЭПИДИДИМИТА И</b> <b>ОРХИТА СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) с назначения антибактериальных препаратов ис новокаиновой блокады семенного канатика</li> <li>2) с назначения антибактериальных препаратов</li> <li>3) с новокаиновой блокады семенного канатика</li> <li>4) с оперативного лечения</li> </ol>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>13.ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ</b> <b>ФАКТОРАМИ</b> <b>В</b> <b>ВОЗНИКНОВЕНИИ</b> <b>ПРОСТАТИТА</b> <b>ЯВЛЯЮТСЯ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) бактерии и вирусы</li> <li>2) все перечисленное</li> <li>3) микоплазмы и хламидии</li> <li>4) трихомонады</li> </ol>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>14.ПРИЧИНАМИ</b> <b>ВОЗНИКНОВЕНИЯ</b> <b>КОНГЕСТИВНОГО</b> <b>ПРОСТАТИТА</b> <b>ЯВЛЯЮТСЯ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) нейроциркулярные расстройства</li> <li>2) нарушения венозного оттока</li> <li>3) эндоуретральные инструментальные исследования</li> <li>4) нерегулярная половая жизнь</li> </ol>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>15.НАИБОЛЕЕ</b> <b>ЧАСТЫМ</b> <b>ПУТЕМ</b> <b>ПРОНИКНОВЕНИЯ</b> <b>ИНФЕКЦИИ</b> <b>В</b> <b>МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ ЯВЛЯЕТСЯ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) нисходящий</li> <li>2) уретральный</li> <li>3) лимфогенный</li> <li>4) гематогенный</li> </ol>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>16.ДИАГНОСТИКА ЦИСТИТА ОСНОВАНА НА</b> <b>АНАЛИЗЕ ВСЕГО ПЕРЕЧИСЛЕННОГО,</b> <b>КРОМЕ</b></p>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>

<ol style="list-style-type: none"> <li>1) данных экскреторной урографии и уретроцистографии</li> <li>2) анамнестических данных и клинических проявлений</li> <li>3) данных микроскопии осадка мочи</li> <li>4) данных посева мочи</li> </ol>	
<p><b>17.ДЛЯ ЦИСТАЛГИИ ХАРАКТЕРНЫ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) учащенное, болезненное мочеиспускание, преимущественно в дневное время</li> <li>2) пиурия</li> <li>3) гематурия</li> <li>4) субфебрилитет</li> </ol>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>18.РЕНТГЕНОВСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА ПОКАЗАНО</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) при подозрении на стриктуру уретры</li> <li>2) при остром уретрите</li> <li>3) при простатите и везикулите</li> <li>4) при торпидном течении уретрита</li> </ol>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>19.ПРИ БАЛАНОПОСТИТЕ НАБЛЮДАЕТСЯ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) отек и гиперемия крайней плоти, эрозии и гнойные выделения на внутреннем листке крайней плоти и головке полового члена</li> <li>2) отек и гиперемия крайней плоти</li> <li>3) боли над лобком</li> <li>4) отек и гиперемия крайней плоти правильно, боли над лобком</li> </ol>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>20.ИНФИЦИРОВАНИЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВОЗНИКАЕТ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) всеми перечисленными путями</li> <li>2) гематогенным путем</li> <li>3) лимфогенным путем</li> <li>4) восходящим путем</li> </ol>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>

Раздел 3. Мочекаменная болезнь	
<p><b>1. БОЛЬНАЯ 65 ЛЕТ ПОСТУПИЛА ПО ПОВОДУ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА, КАМНЯ ЛОХАНКИ ПРАВОЙ ПОЧКИ РАЗМЕРАМИ 1.5-2 СМ. ВЫСОКАЯ ТЕМПЕРАТУРА С ПЕРИОДИЧЕСКИМИ ОЗНОБАМИ В ТЕЧЕНИЕ 10 ДНЕЙ. БОЛЬНОЙ НЕОБХОДИМЫ</b></p> <p>1) операция - ревизия почки, пиелолитотомия) операция - ревизия почки, пиелолитотомия</p> <p>2) плановое обследование</p> <p>3) катетеризация мочеточника</p> <p>4) интенсивная антибактериальная терапия</p>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>2. ОБРАЗОВАНИЮ ПОЧЕЧНЫХ КАМНЕЙ СПОСОБСТВУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ АНАТОМОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПОЧКАХ</b></p> <p>1) венозное полнокровие</p> <p>2) внутрипочечная лоханка и нарушение оттока лимфы из почки</p> <p>3) внепочечная лоханка</p> <p>4) ренальная артериальная гипертензия</p>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>3. ОБЗОРНАЯ И ЭКСКРЕТОРНАЯ УРОГРАФИЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫ</b></p> <p>1) во всех случаях</p> <p>2) при камнях лоханок обеих почек</p> <p>3) при коралловидном камне почки (обеих почек)</p> <p>4) при камне (урате) мочеточника</p>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>4 ПРИ ОКСАЛАТНОМ КАМНЕ ЛОХАНКИ ПОЧКИ 20-25 ММ БЕЗ НАРУШЕНИЯ УРОДИНАМИКИ РАЦИОНАЛЬНЕЕ ВСЕГО ПОКАЗАНО</b></p> <p>1) дистанционная ударно-волновая литотрипсия</p> <p>2) литолиз</p> <p>3) пиелолитотомия</p> <p>4) пункционная нефролитотомия</p>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>5. У БОЛЬНОЙ 40 ЛЕТ КАМЕНЬ ФОСФАТ 5-10 ММ НИЖНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА, В ТЕЧЕНИЕ 4-Х МЕСЯЦЕВ УМЕРЕННАЯ</b></p>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>

<p><b>УРЕТЕРЭКТАЗИЯ. ЕЙ ПОКАЗАНА</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ударно-волновая литотрипсия</li> <li>2) уретеролитоэкстракция</li> <li>3) литолиз</li> <li>4) консервативное лечение продолжать</li> </ol>	
<p><b>6. ПРИ КАМНЕ В УРЕТЕРОЦЕЛЕ РАЗМЕРАМИ 12-12 ММ И НЕ НАРУШЕННОЙ УРОДИНАМИКЕ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Рассечение уретероцеле трансуретрально электроножом (коагулятором) на мочеточниковом катетере, литоэкстракция</li> <li>2) вмешательство не производить</li> <li>3) иссечение уретероцеле трансвезикально</li> <li>4) ударно-волновая литотрипсия</li> </ol>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>7. У БОЛЬНОГО 55 ЛЕТ МНОЖЕСТВЕННЫЕ КАМНИ ПОЧКИ, ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ В АКТИВНОЙ ФАЗЕ, ВТОРИЧНО СМОРЩЕННАЯ ПОЧКА, АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ В ТЕЧЕНИЕ 2-Х ЛЕТ. ЕМУ ПОКАЗАНЫ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) противовоспалительная, гипотензивная терапия амбулаторно, длительнопиелолитотомия, нефростомия</li> <li>2) нефрэктомия</li> <li>3) пункционная нефростомия</li> <li>4) ударно-волновая литотрипсия</li> </ol>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>8. У БОЛЬНОЙ 30 ЛЕТ КАМЕНЬ НИЖНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА 5X9 ММ, НАРУШАЮЩИЙ УРОДИНАМИКУ. ЕЙ ПОКАЗАНЫ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) уретеролитоэкстракция</li> <li>2) консервативная терапия</li> <li>3) уретеролитотомия</li> <li>4) катетеризация мочеточника</li> </ol>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>9. К ФАКТОРАМ, НЕ ВЛИЯЮЩИМ НА ОБРАЗОВАНИЕ И РОСТ МОЧЕВЫХ КАМНЕЙ, ОТНОСЯТСЯ</b></p>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>

<ol style="list-style-type: none"> <li>1) уростаз</li> <li>2) высокая вязкость мочи</li> <li>3) отсутствие или низкий уровень защитных коллоидов в моче</li> <li>4) высокая концентрация натрия и креатинина в крови</li> </ol>	
<p><b>10. БОЛЬНОМУ 32 ГОДА. ПОСТУПИЛ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА, КАМНЯ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ПРАВОГО МОЧЕТОЧНИКА. БОЛЕН 10 ДНЕЙ. НА ЭКСКРЕТОРНЫХ УРОГРАММАХ ФУНКЦИЯ ПРАВОЙ ПОЧКИ ОТСУТСТВУЕТ В ТЕЧЕНИЕ 1.5 ЧАСОВ НАБЛЮДЕНИЯ. БОЛЬНОМУ НЕОБХОДИМЫ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) плановое обследование с целью уточнения функции почек</li> <li>2) катетеризация мочеточника</li> <li>3) уретеролитотомия</li> <li>4) срочная операция - ревизия правой почки, нефростомия и интенсивная антибактериальная терапия</li> </ol>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>11. У БОЛЬНОГО 62 ЛЕТ КАМЕНЬ ПРАВОГО МОЧЕТОЧНИКА, ОСТРЫЙ ПРАВОСТОРОННИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ, БАКТЕРИЕМИЧЕСКИЙ ШОК. ПРОВЕСТИ МОЧЕТОЧНИКОВЫЙ КАТЕТЕР ВЫШЕ КАМНЯ НЕ УДАЛОСЬ. В ЭТОМ СЛУЧАЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) проводить более интенсивную антибактериальную терапию</li> <li>2) провести эндолимфатическое введение антибиотиков</li> <li>3) продолжать интенсивную терапию, направленную на выведение больного из шока</li> <li>4) произвести операцию - ревизию почки, нефростомию</li> </ol>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>12. ДЛЯ КРИСТАЛЛИЗАЦИИ ЩАВЕЛЕВОКИСЛЫХ (ОКСАЛАТНЫХ) КАМНЕЙ ОПТИМАЛЬНОЙ PH МОЧИ ЯВЛЯЕТСЯ</b></p>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>



<ul style="list-style-type: none"> <li>1) 5.5</li> <li>2) 4.5</li> <li>3) 6.9</li> <li>4) 7.5</li> </ul>	
<p><b>13.ДЛЯ КРИСТАЛЛИЗАЦИИ МОЧЕКИСЛЫХ (УРАТНЫХ) МОЧЕВЫХ КАМНЕЙ ОПТИМАЛЬНОЙ PH МОЧИ ЯВЛЯЕТСЯ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) 5.5</li> <li>2) 7.0</li> <li>3) 4.5 и менее</li> <li>4) 7.5 и более</li> </ul>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>14.ПРОБА ПО ЗИМНИЦКОМУ ЦЕЛЕСООБРАЗНА</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) при коралловидных камнях почек</li> <li>2) при камне чашечки почки</li> <li>3) при камне лоханки почки, нарушающем уродинамику</li> <li>4) при камне лоханки почки без нарушения уродинамики</li> </ul>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>15.ПРИ КАМНЕ НИЖНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА 5X4 ММ, ОСЛОЖНЕННОМ ОСТРЫМ СЕРОЗНЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ, ПОКАЗАНА</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) уретеролитотомия</li> <li>2) нефростомия и декапсуляция почки</li> <li>3) катетеризация мочеточника, антибиотики широкого спектра действия</li> <li>4) уретеролитоэкстракция</li> </ul>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>16.ПРИ ЩЕЛОЧНОЙ РЕАКЦИИ МОЧИ МОГУТ ОБРАЗОВАТЬСЯ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) фосфатные камни</li> <li>2) мочекислые (уратные) камни</li> <li>3) цистиновые камни</li> <li>4) оксалатные камни</li> </ul>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>17.РАЗВИТИЮ ОКСАЛАТУРИИ СПОСОБСТВУЕТ ВСЕ, КРОМЕ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) цитратных препаратов (блемарен, уралит-У и</li> </ul>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>

<p>др.)</p> <p>2) дефицита в организме витамина B6</p> <p>3) дефицита в организме витамина D2</p> <p>4) хронических колитов</p>	
<p><b>18. КАМЕНЬ НИЖНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА 3 ММ, УРЕТЕРОПИЕЛОЭКТАЗИЯ (ВЫШЕ КАМНЯ). УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ</b></p> <p>1) прозерин подкожно</p> <p>2) спазмолитические средства</p> <p>3) водные нагрузки</p> <p>4) УВЧ и электростимуляция мочеточника</p>	<p>ОПК 4</p> <p>ОПК 5</p> <p>ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>19. У БОЛЬНОГО 50 ЛЕТ ПИОНЕФРОЗ СПРАВА И КОРАЛЛОВИДНЫЙ КАМЕНЬ СЛЕВА. ЕМУ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ</b></p> <p>1) нефрэктомию справа</p> <p>2) пиелолитотомию и нефростомию слева</p> <p>3) нефрэктомию справа, пиелолитотомию и нефростомию слева одновременно # ударно-волновую литотрипсию слева</p> <p>4) вмешательство не показано</p>	<p>ОПК 4</p> <p>ОПК 5</p> <p>ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>20. У БОЛЬНОГО 50 ЛЕТ КАМЕНЬ УРАТ (РЕНТГЕНОНЕГАТИВНЫЙ) 12X8 ММ ВЕРХНЕЙ (СРЕДНЕЙ) ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА, НАРУШАЮЩИЙ УРОДИНАМИКУ, ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ В СТАДИИ РЕМИССИИ. ЕМУ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ</b></p> <p>1) литолиз</p> <p>2) уретеролитотомию</p> <p>3) консервативное лечение</p> <p>4) уретеролитоэкстракцию</p>	<p>ОПК 4</p> <p>ОПК 5</p> <p>ПК 5, 7 и 8</p>
<p>Раздел 4. Аномалии развития мочеполовой системы.</p>	
<p><b>1. К ОСЛОЖНЕНИЯМ КРИПТОРХИЗМА ОТНОСЯТСЯ</b></p> <p>1) атрофия герминативного эпителия</p> <p>2) злокачественные опухоли</p> <p>3) ущемление не опустившегося яичка</p>	<p>ОПК 4</p> <p>ОПК 5</p> <p>ПК 5, 7 и 8</p>

<p>4) правильно все перечисленное 5) правильно 2) и 3)</p>	
<p><b>2. ПРИ ЭКСТРОФИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ОПТИМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ</b> 1) создание изолированного мочевого пузыря 2) пересадка изолированных мочеточников в сигмовидную кишку 3) реконструктивно-пластические операции, направленные на пластику передней стенки мочевого пузыря и брюшной стенки 4) пересадка мочеточников вместе с мочепузырным треугольником в сигмовидную кишку с антирефлюксной защитой 5) правильно 2) и 4)</p>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>3. ДЛЯ ДИВЕРТИКУЛА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМИ И ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ ЯВЛЯЮТСЯ</b> 1) задержка мочи, мочеиспускание в два приема 2) боль в поясничной области 3) повышение температуры и артериального давления 4) чувство тяжести внизу живота 5) правильно 1) и 4)</p>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>4. ВОЗМОЖНЫЕ ВАРИАНТЫ СРАЩЕНИЯ ПОЛЮСОВ В ПОДКОВООБРАЗНОЙ ПОЧКЕ</b> 1) посредством паренхиматозного перешейка нижних полюсов почки 2) посредством перешейка верхних полюсов почки 3) сращение только за счет фиброзной ткани 4) сращение полюсов перешейка позади аорты и нижней полой вены 5) ответы 1), 2), 3), 4) правильные</p>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>5. ПОКАЗАНИЯМИ К ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ СОЛИТАРНОЙ КИСТЫ ПОЧКИ ЯВЛЯЮТСЯ</b> 1) постоянные боли 2) гематурия 3) малигнизация стенки кисты 4) сочетание кисты и рака почки 5) все перечисленное</p>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>6. ПАТОГЕНЕЗ СОЛИТАРНОЙ КИСТЫ СВЯЗАН</b></p>	<p>ОПК 4 ОПК 5</p>

<ol style="list-style-type: none"> <li>1) с канальцевой окклюзией (врожденной или приобретенной)</li> <li>2) с ретенцией мочи</li> <li>3) с ишемией почечной ткани</li> <li>4) все перечисленное</li> <li>5) правильно 1) и 2)</li> </ol>	ПК 5, 7 и 8
<p><b>7. ГУБЧАТАЯ ПОЧКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ БОЛЬШОГО ЧИСЛА МЕЛКИХ КИСТ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) в корковом веществе почки</li> <li>2) в корковом и мозговом веществе почки</li> <li>3) в почечных пирамидах</li> <li>4) в воротах почки</li> <li>5) в одном из полюсов почки</li> </ol>	ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8
<p><b>8. УДВОЕНИЕ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ - ЭТО</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) разделение почки на два сегмента, имеющих отдельное кровоснабжение</li> <li>2) удвоение лоханки</li> <li>3) расщепление мочеточника</li> <li>4) удвоение мочеточника</li> <li>5) сочетание 2) и 4)</li> </ol>	ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8
<p><b>9. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ УДВОЕНИИ МОЧЕТОЧНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) пузырно-мочеточниковый рефлюкс</li> <li>2) недержание мочи вследствие эктопии устья мочеточника</li> <li>3) гидроуретеронефроз</li> <li>4) правильно 1) и 2)</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>	ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8
<p><b>10. ДИАГНОЗ УРЕТЕРОЦЕЛЕ СТАВЯТ НА ОСНОВАНИИ ДАННЫХ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ультразвукового исследования</li> <li>2) экскреторной урографии</li> <li>3) нисходящей цистографии</li> <li>4) восходящей цистографии</li> <li>5) правильно 1) и 3)</li> </ol>	ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8
<p><b>11. ПРИЧИНАМИ ВРОЖДЕННОГО ГИДРОНЕФРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) периуретерита</li> </ol>	ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8

<p>2) высокого отхождения мочеточника и клапана мочеточника</p> <p>3) рубцовой стриктуры мочеточника и нефроптоза</p> <p>4) нижнеполярного добавочного сосуда</p> <p>5) правильно 1) и 3)</p>	
<p><b>12.ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕ</b></p> <p>1) артериальная гипертензия</p> <p>2) венозная гипертензия</p> <p>3) пиелонефрит</p> <p>4) почечно-каменная болезнь</p> <p>5) гематурия</p>	<p>ОПК 4</p> <p>ОПК 5</p> <p>ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>13.БОЛЬНАЯ 37 ЛЕТ В ТЕЧЕНИЕ 2 ЛЕТ СТРАДАЕТ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, АД - 180/110 ММ РТ. СТ. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ЗАПОДОЗРЕН ВАЗОРЕНАЛЬНЫЙ ХАРАКТЕР ГИПЕРТЕНЗИИ С ПОРАЖЕНИЕМ АРТЕРИИ ПРАВОЙ ПОЧКИ. ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА ПРЕДПОЛАГАЕТСЯ ВЫПОЛНЕНИЕ ПОЧЕЧНОЙ АНГИОГРАФИИ. КАКУЮ ЛЕЧЕБНУЮ ТАКТИКУ ВЫ ИЗБЕРЕТЕ В СЛУЧАЕ ВЫЯВЛЕНИЯ СТЕНОЗА ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ?</b></p> <p>1) срочная операция: пластика почечной артерии</p> <p>2) баллонная дилатация стеноза почечной артерии</p> <p>3) срочная операция: нефрэктомия со стороны стеноза</p> <p>4) ничего не делать</p>	<p>ОПК 4</p> <p>ОПК 5</p> <p>ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>14.ОПТИМАЛЬНЫМ ВОЗРАСТОМ ДЛЯ НАЧАЛА ЛЕЧЕНИЯ КРИПТОРХИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ</b></p> <p>1) 8-10 месяцев</p> <p>2) 1 год</p> <p>3) 2 года</p> <p>4) 3-4 года</p> <p>5) 6 лет</p>	<p>ОПК 4</p> <p>ОПК 5</p> <p>ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>15.РАЗЛИЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ФОРМЫ ГИПОСПАДИИ, КРОМЕ</b></p> <p>1) головчатой</p>	<p>ОПК 4</p> <p>ОПК 5</p> <p>ПК 5, 7 и 8</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>2) стволовой</li> <li>3) тотальной</li> <li>4) мошоночной</li> </ul>	
<p><b>16.ПРИ ГИДРОНЕФРОТИЧЕСКОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ДОБАВОЧНЫМ НИЖНЕПОЛЯРНЫМ СОСУДОМ, ОСЛОЖНЕННОЙ ОСТРЫМ СЕРОЗНЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ, ЦЕЛЕСООБРАЗНА</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) операция по Culp de Weerd</li> <li>2) резекция лоханочно-мочеточникового сегмента с пиелoureteroанастомозом</li> <li>3) чрезкожная пункционная нефростомия</li> <li>4) операция по Фолею</li> <li>5) антевазальный пиелурстероанастомоз</li> </ul>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>17.ПРИ ВЫСОКОМ ОТХОЖДЕИИ МОЧЕТОЧНИКА ЦЕЛЕСООБРАЗНА ОПЕРАЦИЯ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) уретеролиза</li> <li>2) уретерокаликoанастомоза</li> <li>3) операция по Фолею</li> <li>4) операция по Альбаррану</li> <li>5) нефрэктомия</li> </ul>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>18.НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ГИДРОНЕФРОТИЧЕСКОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ПРИ ПОДКОВООБРАЗНОЙ ПОЧКЕ ЯВЛЯЕТСЯ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) расположение лоханки спереди почки и перегиб мочеточника через паренхиму почки</li> <li>2) врожденный стеноз лоханочно-мочеточникового соустья</li> <li>3) добавочный сосуд</li> <li>4) периуретерит</li> <li>5) клапаны мочеточника</li> </ul>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>19.ЭКТОПИРОВАННОЕ УСТЬЕ МОЧЕТОЧНИКА НЕ ОТКРЫВАЕТСЯ В ПРОИЗВОДНЫХ УРОГЕНИТАЛЬНОГО СИНУСА</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) при шеечно-пузырной эктопии</li> <li>2) при уретральной эктопии</li> </ul>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>

<p>3) при парауретральной (вестибулярной) эктопии 4) при маточной и влагалищной эктопии</p>	
<p><b>20. ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ЭКТОПИИ УСТЬЯ МОЧЕТОЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ</b></p> <p>1) недержание мочи 2) недержание мочи 3) сочетание нормального акта мочеиспускания с недержанием мочи 4) задержка мочи 5) сочетание нормального акта мочеиспускания с недержанием мочи</p>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>Раздел 5. Опухоли почки, мочеточника, мочевого пузыря, наружных половых органов.</b></p>	
<p><b>1. К ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ ПОЧЕЧНОЙ ПАРЕНХИМЫ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ОТНОСИТСЯ</b></p> <p>1) аденома 2) фиброма 3) миксома 4) лейомиома</p>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>2. У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПОЧКИ НАИБОЛЬШАЯ 5-ЛЕТНЯЯ ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПОСЛЕ НЕФРЭКТОМИИ НАБЛЮДАЕТСЯ, ЕСЛИ ПЕРВЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ОПУХОЛИ БЫЛО</b></p> <p>1) случайно выявлена на УЗИ 2) температура 3) гематурия 4) пальпируемая опухоль</p>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>3. ОПУХОЛИ ПОЧЕЧНОЙ ПАРЕНХИМЫ ВСТРЕЧАЮТСЯ</b></p> <p>1) у мужчин в 2 раза чаще, чем у женщин 2) у женщин в 2 раза чаще, чем у мужчин 3) у мужчин в 5 раз чаще, чем у женщин 4) частота заболеваний одинакова</p>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>

<p><b>4. ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ В ОДНОМ ИЗ ПОЛЮСОВ ЕДИНСТВЕННОЙ ПОЧКИ СЛЕДУЕТ ПРЕДПРИНЯТЬ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) нефрэктомию</li> <li>2) резекцию почки</li> <li>3) наблюдение за больным</li> <li>4) иссечение опухоли</li> </ol>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>5. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ОПУХОЛЬЮ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 6 МЕСЯЦЕВ ДО 5 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) светлоклеточный рак</li> <li>2) тератома</li> <li>3) саркома</li> <li>4) опухоль Вильмса</li> </ol>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>6. БОЛЬНОЙ МУЖЧИНА 56 ЛЕТ ОБРАТИЛСЯ К УРОЛОГУ ПОЛИКЛИНИКИ С ЖАЛОБАМИ НА ВНЕЗАПНОЕ ПОЯВЛЕНИЕ КРОВИ В МОЧЕ. СЕГОДНЯ УТРОМ В МОЧЕ БЫЛИ ЧЕРВЕОБРАЗНЫЕ СГУСТКИ КРОВИ. ГЕМАТУРИЯ ПРОДОЛЖАЕТСЯ. ДРУГИХ ЖАЛОБ НЕТ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) геморрагический цистит</li> <li>2) опухоль мочевого пузыря</li> <li>3) мочекаменная болезнь</li> <li>4) опухоль почки</li> </ol>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>7. ОСТРУЮ ЗАДЕРЖКУ МОЧЕИСПУСКАНИЯ ПРИ АДЕНОМЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВЫЗЫВАЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ФАКТОРЫ, КРОМЕ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) спазма сфинктера мочевого пузыря и нарушения иннервации</li> <li>2) венозного застоя (конгестия) в малом тазу</li> <li>3) деформации и сдавления уретры аденомой простаты</li> <li>4) отека слизистой уретры и простаты</li> </ol>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>8. СТАДИЮ АДЕНОМЫ ПРОСТАТЫ</b></p>	<p>ОПК 4</p>



<p><b>ОПРЕДЕЛЯЮТ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) по степени утраты сократительной способности детрузора и количеству остаточной мочи</li> <li>2) по величине аденомы предстательной железы</li> <li>3) по степени нарушения функции почек</li> <li>4) по имеющимся осложнениям (камни мочевого пузыря, хронический пиелонефрит и др.)</li> </ol>	<p>ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>9. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ДОСТОВЕРНЫЙ ДИАГНОЗ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОЗВОЛЯЮТ ПОСТАВИТЬ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) биопсия предстательной железы</li> <li>2) пальпация предстательной железы</li> <li>3) биопсия костного мозга</li> <li>4) исследование крови на ПСА</li> </ol>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>10.ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКОМ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СТАДИИ T2НОМО ЯВЛЯЕТСЯ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) предстательная железа каменистой плотности без четких границ</li> <li>2) недержание мочи</li> <li>3) предстательная железа увеличена, безболезненна, тугоэластической консистенции, одна из долей очень плотная, бугристая, границы железы четкие</li> <li>4) боли в области крестца</li> </ol>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>11.ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ АНУРИИ И ГИДРОУРЕТЕРОНЕФРОЗА У БОЛЬНОГО РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОКАЗАНЫ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) нефростомия</li> <li>2) цистостомия</li> <li>3) трансуретральнаяэлектрорезекция</li> <li>4) уретероцистостомия</li> </ol>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>12.НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ПОЧЕК ПРИДАЕТСЯ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гормональному дисбалансу</li> </ol>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>2) порокам развития почек и мочевых путей</li> <li>3) хроническому воспалительному процессу в почечной паренхиме</li> <li>4) травме почки</li> </ul>	
<p><b>13.ПРИ ВЫБОРЕ ТИПА ОПЕРАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕОБХОДИМО ПРОИЗВЕСТИ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) ультразвуковое исследование почек и мочевых путей</li> <li>2) сканирование почек</li> <li>3) динамическуюсцинтиграфию почек</li> <li>4) сканирование костей таза и позвоночника</li> </ul>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>14.ДЛЯ I СТАДИИ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ХАРАКТЕРНЫ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) затрудненное мочеиспускание</li> <li>2) азотемия</li> <li>3) остаточной мочи 100 мл</li> <li>4) предстательная железа увеличена, напряжена, болезненна</li> </ul>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>15.ДЛЯ II СТАДИИ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) частого мочеиспускания ночью</li> <li>2) остаточной мочи 100 мл</li> <li>3) острой задержки мочи</li> <li>4) недержания мочи</li> </ul>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>16.ДЛЯ III СТАДИИ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ХАРАКТЕРНЫ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) парадоксальная ишурия</li> <li>2) затрудненное мочеиспускание</li> <li>3) остаточной мочи 300 мл</li> <li>4) боли в промежности</li> </ul>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>17.ПРИ СЕМИНОМЕ В СТАДИИ T1-2N0M0 ПОКАЗАНА</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) орхиэктомия с химиотерапией после операции</li> </ul>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>

<p>2) операция Дюкена 3) химиотерапия до операции 4) лучевая терапия до операции</p>	
<p><b>18. ПРИ ТЕРАТОМЕ ЯИЧКА РАЗМЕРОМ 6 СМ В ДИАМЕТРЕ ПОКАЗАНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ЛЕЧЕНИЯ</b></p> <p>1) лучевая терапия 2) орхиэктомия 3) химиотерапия 4) комбинированное лечение орхиэктомия, полихимио- и лучевая терапия</p>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>19. УРЕТРОСКОПИЯ ПРИ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМАХ И ПАПИЛЛОМАХ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА</b></p> <p>1) совершенно необходима 2) не показана 3) показана при вирусных кондиломах 4) показана при невирусных кондиломах</p>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>20. ПРИ ОПУХОЛЯХ ПОЧКИ ГЕМАТУРИЯ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ</b></p> <p>1) терминальная (конечная) 2) инициальная (начальная) 3) тотальная 4) микрогематурия</p>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>Раздел 6. Травма мочеполовых органов</b></p>	
<p><b>1. ПРИ ТРАВМЕ ПОЧКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОВРЕЖДАЮТСЯ</b></p> <p>1) нижний полюс 2) передняя поверхность 3) задняя поверхность 4) сосудистая ножка</p>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>2. СРОЧНОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ПОЧКИ ПОКАЗАНО</b></p> <p>1) при анемии 2) при пиурии 3) при высокой температуре</p>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>

4) при шоке	
<p><b>3. ПРИ ТЯЖЕЛОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ПОЧКИ, ОПРЕДЕЛИВ ПАЛЬПАТОРНО НАЛИЧИЕ КОНТРАЛАТЕРАЛЬНОЙ ПОЧКИ, ХИРУРГ</b></p> <p>1) имеет право выполнить нефрэктомия  2) имеет право, если только почка обычных размеров  3) имеет право, если только почка подвижна  4) не имеет право выполнить нефрэктомия</p>	<p>ОПК 4  ОПК 5  ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>4. ПРИ ТРАВМЕ ПОЧКИ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО В СЛУЧАЕ</b></p> <p>1) при макрогематурии  2) когда на экскреторной урограмме отсутствует выделение поврежденной почкой рентгеноконтрастного вещества  3) при нормальной функции контралатеральной почки  4) профузной гематурии со сгустками при нарастании забрюшинной гематомы</p>	<p>ОПК 4  ОПК 5  ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>5. В СЛУЧАЕ РАЗВИТИЯ УРОСЕПСИСА ПРИ ОТКРЫТОЙ ТРАВМЕ ПОЧКИ ЛЕЧЕНИЕ ДОЛЖНО БЫТЬ</b></p> <p>1) консервативное - дезинтоксикационное и антибактериальное  2) оперативное - нефрэктомия  3) оперативное - дренирование забрюшинного пространства  4) оперативное- декапсуляция почки</p>	<p>ОПК 4  ОПК 5  ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>6. ПРИ КОМБИНИРОВАННЫХ РАНЕНИЯХ ПОЧКИ ЛЕЧЕНИЕ НЕОБХОДИМО НАЧИНАТЬ С ОПЕРАЦИИ</b></p> <p>1) лапаротомии  2) люмботомии  3) нефрэктомии  4) нефростомии</p>	
<p><b>7. ДЛЯ ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ПОЧКИ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНИТЬ</b></p>	<p>ОПК 4  ОПК 5</p>

<ol style="list-style-type: none"> <li>1) обзорную рентгенографию почек и мочевых путей</li> <li>2) радиоизотопную урографию и брюшную аортографию</li> <li>3) хромоцистоскопию</li> <li>4) экскреторную урографию и ультразвуковое исследование</li> </ol>	ПК 5, 7 и 8
<p><b>8. К ОСОБЕННОСТЯМ ПЕРИТОНИТА ПРИ ВНУТРИБРЮШНОЙ ТРАВМЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ОТНОСИТСЯ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) длительное отсутствие симптомов раздражения брюшины</li> <li>2) резкая выраженность симптомов раздражения брюшины</li> <li>3) тошнота, рвота</li> <li>4) выраженный метеоризм</li> </ol>	ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8
<p><b>9. ПРИ ТРАВМЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ДЛЯ УШИВАНИЯ ДЕФЕКТА НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗЕН</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) двухрядный шов кетгутом</li> <li>2) однорядный шов кетгутом</li> <li>3) трехрядный шов кетгутом</li> <li>4) двухрядный шов шелком</li> </ol>	ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8
<p><b>10. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ТРАВМ УРЕТРЫ ЯВЛЯЕТСЯ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) экскреторная урография</li> <li>2) нисходящая цистоуретрография</li> <li>3) восходящая уретроцистография</li> <li>4) пневмоцистография</li> </ol>	ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8
<p><b>11. ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ТРАВМЫ УРЕТРЫ НА УРЕТРОГРАММЕ ЯВЛЯЮТСЯ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) заполнение контрастным веществом только уретры с затеком контрастного вещества</li> <li>2) сдавление уретры без затеков контрастного вещества</li> <li>3) затеки контрастного вещества</li> <li>4) заполнение контрастным веществом только уретры без заполнения мочевого пузыря</li> </ol>	ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8

<p><b>12.ОСНОВНЫМ ВИДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РАЗРЫВЕ УРЕТРЫ И ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ТАЗА ЯВЛЯЮТСЯ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) первичный шов уретры</li> <li>2) цистостомия</li> <li>3) цистостома + дренирование урогематомы таза</li> <li>4) постоянный катетер + дренирование урогематомы</li> </ol>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>13.ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА УРЕТРЕ ПРИ СТРИКТУРАХ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНЯТЬ ПОСЛЕ ТРАВМЫ ЧЕРЕЗ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 6 месяцев</li> <li>2) 3 месяца</li> <li>3) 4 месяца</li> <li>4) 5 месяцев</li> </ol>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>14.ПРИ ПРЯМОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА И ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ ЧАЩЕ ПОВРЕЖДАЕТСЯ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) почечная лоханка</li> <li>2) мочеточник</li> <li>3) почка</li> <li>4) сосуды почки</li> </ol>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>15.ПРИ ТРАВМЕ ЖИВОТА ИЛИ ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ БОЛЬ И МИКРОГЕМАТУРИЯ ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЗНАКАМИ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) сотрясения почки (ушиб)</li> <li>2) субкапсульного разрыва почки</li> <li>3) двухфазногосубкапсульного разрыва почки (1 фаз)</li> <li>4) всего перечисленного</li> </ol>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>16.ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ (ОТРЫВЕ) СОСУДОВ ПОЧКИ НЕ НАБЛЮДАЕТСЯ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гематурия</li> <li>2) шок</li> <li>3) анемия</li> <li>4) падение артериального давления</li> </ol>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>17.ВЫВИХ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ВОЗМОЖЕН</b></p>	<p>ОПК 4</p>

<ol style="list-style-type: none"> <li>1) в состоянии эрекции</li> <li>2) при переломе костей таза</li> <li>3) вне эрекции</li> <li>4) при ударе в паховую область вне эрекции</li> </ol>	<p>ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>18.ХАРАКТЕРНЫМИ РЕТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧКИ ПО ДАННЫМ ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАММЫ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) четкойнефрограммы с ореолом "разрежения" вокруг тени почки</li> <li>2) сглаженности тени края поясничной мышцы</li> <li>3) перелома поперечного отростка позвонка и ребра</li> <li>4) аэроколии</li> </ol>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>19.ДЛЯ СУБКАПСУЛЯРНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЧКИ НЕ ХАРАКТЕРНЫ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) боль</li> <li>2) гематурия</li> <li>3) забрюшинная гематома</li> <li>4) быстропроходящий шок</li> </ol>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>
<p><b>20.СИМПТОМАМИ ВНЕБРЮШИННОГО РАЗРЫВА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЮТСЯ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) пастозность тканей над предстательной железой при пальцевом ректальном исследовании и притупление перкуторного звука в надлобковой области без четких границ</li> <li>2) наличиерентгеноконтрастной жидкости в брюшной полости при цистографии</li> <li>3) симптом "Ваньки-встаньки"</li> <li>4) одномоментное выделение большого количества жидкости (до 2 л и больше) при катетеризации мочевого пузыря</li> </ol>	<p>ОПК 4 ОПК 5 ПК 5, 7 и 8</p>

**Ответы на тесты:**

**Раздел 1**

1) 1; 2) 1; 3) 2; 4) 1; 5) 1; 6)3; 7) 1; 8) 3;  
9)2; 10) 1; 11) 2; 12) 1; 13) 1; 14) 1; 15) 3;  
16) 1; 17) 1; 18) 4; 19) 4; 20) 1.

#### Раздел 2

1) 3; 2) 1; 3) 3; 4) 1; 5) 1; 6)3; 7) 1; 8) 1;  
9)2; 10) 1; 11) 2; 12) 1; 13) 2; 14) 2; 15) 2;  
16) 1; 17) 1; 18) 1; 19) 1; 20) 1

#### Раздел 3

1) 1; 2) 2; 3) 1; 4) 1; 5) 2; 6)1; 7) 2; 8) 1;  
9)4; 10) 4; 11) 4; 12) 1; 13) 3; 14) 1; 15) 3;  
16) 1; 17) 1; 18) 2; 19) 1; 20) 4

#### Раздел 4

1) 4; 2) 5; 3) 5; 4) 5; 5) 5; 6)4; 7) 3; 8) 5;  
9)5; 10) 5; 11) 5; 12) 3; 13) 2; 14) 5; 15) 3;  
16) 3; 17) 3; 18) 1; 19) 4; 20) 3

#### Раздел 5

1) 1; 2) 1; 3) 1; 4) 2; 5) 4; 6)4; 7) 1; 8) 1;  
9)1; 10) 3; 11) 1; 12) 1; 13) 1; 14) 1; 15) 4;  
16) 1; 17) 1; 18) 2; 19) 1; 20) 3

#### Раздел 6

1) 2; 2) 1; 3) 4; 4) 4; 5) 2; 6)1; 7) 4; 8) 1;  
9)1; 10) 3; 11) 1; 12) 3; 13) 1; 14) 3; 15) 1;  
16) 1; 17) 1; 18) 1; 19) 3; 20) 1

### 6. Критерии оценивания результатов обучения

Для зачета:

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены несущественные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены несущественные ошибки.



Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Средний/высокий

Для тестирования:

100-90% - Отлично - Оценка «5» баллов

89-80% - Хорошо - Оценка «4» балла

79-70% - Удовлетворительно - Оценка «3» балла

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2» балла

Полный комплект оценочных средств для дисциплины «Урология» представлен на портале СДО Приволжского исследовательского медицинского университета – <https://sdo.pimunn.net/course/view.php?id=1016>

Разработчик(и):

Зав. кафедрой урологии, доктор медицинских наук, профессор

Крупин В.Н.

Профессор кафедры урологии, доктор медицинских наук

Стрельцова О.С.

Ассистент кафедры урологии кандидат медицинских наук

Крупин А.В

Дата «30» января 2023 г.