



**федеральное государственное
бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Тюменский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России)**

Программа заслушана и утверждена на
заседании ЦКМС
протокол № 7 от 15 мая 2019г.

Изменения и дополнения
утверждены на заседании ЦКМС
Протокол № 4 от 16 мая 2023 года

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по молодежной политике
и региональному развитию
_____ С.В. Соловьева
15.06.2023 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

Производственной (клинической) практики:
Базовая часть Б2.Б.01 (П) «Урология»
Специальность 31.08.68 Урология
(программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре)
Кафедра онкологии с курсом урологии
Год обучения: 1, 2
Семестр: 1, 2, 3, 4
Вид практики: производственная
Способ проведения практики: стационарная, выездная
Форма проведения практики: дискретная
Зачетные единицы: 58,5
Форма контроля (зачет): 1, 2, 4 семестр; (экзамен) 3 семестр
Всего: 2106 часов

Тюмень, 2023

Разработчики:

Кафедра онкологии с курсом урологии

Профессор кафедры, д.м.н., профессор Б.А. Бердичевский

Ассистент кафедры, д.м.н., В.Б. Бердичевский

Рабочая программа обсуждена на заседании кафедры онкологии с курсом урологии (протокол № 16 от «10» мая 2019 г.)

Рабочая программа составлена в соответствии с требованиями Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования – подготовка кадров высшей квалификации по программам по специальности 31.08.68 Урология, утверждённого приказом Минобрнауки России от 26.08.2014 г. № 1111; Профессионального стандарта «Врач-уролог», утверждённого приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 14.03.2018 г. № 137н.

Согласование и утверждение

№	Подразделение или коллегиальный орган	Ответственное лицо	ФИО	Виза	Дата, протокол (при наличии)
1	Методический совет по последипломному образованию	Председатель методического совета	Жмуров В.А.	Согласовано	14.05.2019, № 6
2	Центральный координационный методический совет	Председатель ЦКМС	Фролова О.И.	Согласовано	15.05.2019, № 7

Актуализация

№	Подразделение или коллегиальный орган	Ответственное лицо	ФИО	Виза	Дата, протокол (при наличии)
1	Методический совет по последипломному образованию	Председатель методического совета	Жмуров В.А.	Согласовано	16.05.2023, № 4
2	Центральный координационный методический совет	Председатель ЦКМС	Василькова Т. Н.	Согласовано	17.05.2023, № 9

1. Цели освоения дисциплины

Целью производственной практики по специальности 31.08.68 «Урология» является углубление теоретических знаний и повышение практической подготовки выпускника медицинского ВУЗа; подготовка высококвалифицированного специалиста, владеющего углубленными современными теоретическими знаниями и объемом практических навыков.

Задачами производственной практики являются:

1. Для ординаторов первого года обучения:

1. Формирование общекультурных компетенций врача – уролога, необходимых в профессиональной деятельности (культура речи, ведение дискуссий и полемики, способность к сотрудничеству и разрешению конфликтов, толерантность).
2. Овладеть способностью и готовностью соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые аспекты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну.
3. Овладеть навыками обследования больного с урологической патологией, способностью выявлять основные симптомы и синдромы заболеваний, назначать лабораторные и инструментальные методы обследования, и умением их анализировать.
4. Овладеть алгоритмом постановки диагноза с учетом МКБ.
5. Научиться выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний у урологических больных и использовать методики их немедленного устранения, осуществлять противошоковые мероприятия.
6. Овладеть алгоритмом назначения лечения в соответствии с поставленным диагнозом.
7. Овладеть проведением экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы.
8. Научиться определять показания к различным реабилитационным мероприятиям при урологических заболеваниях.
9. Овладеть ведением и использованием документации, принятой в здравоохранении РФ.
10. Овладеть знаниями организационной структуры и анализа управленческой и экономической деятельности медицинских организаций различных типов.

Для ординаторов второго года обучения:

1. Воспитать у врача – уролога способность и готовность использовать методы управления, организовывать работу исполнителей в рамках своей профессиональной компетенции.
2. Путем активной работы с больными способствовать трансформации полученных в начале обучения умений в навыки.

2. Перечень компетенций, осваиваемых в процессе освоения дисциплины

Процесс прохождения производственной практики по специальности 31.08.68 «Урология» направлен на формирование у обучающегося следующих компетенций:

- 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;
- ПК-2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными;
- 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;
- ПК- 6 - готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании урологической медицинской помощи-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;

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

- ДПК -1 - готовность к определению тактики ведения пациентов, нуждающихся в гинекологической, хирургической, помощи, оказанию неотложной гинекологической и хирургической помощи

Задачи первого года обучения – сформировать у обучающихся компетенции, включающие в себя способность/готовность:

- выстраивать корректные и доверительные взаимоотношения с пациентом и его окружением;
 - уметь курировать пациентов;
 - владеть клиническим подходом к пациенту;
 - владеть объективными методами обследования пациентов;
 - уметь выявлять специфические жалобы и собирать анамнез;
 - владеть методами ведения медицинской документации (истории болезни, амбулаторные карты, выписные эпикризы);
 - уметь составлять индивидуальный алгоритм (план) диагностики, включающий общие клинические и специальные методы исследований;
 - уметь определить комплекс необходимых диагностических исследований и участвовать в них;
 - владеть методами проведения рентгенологической диагностики – обзорная, экскреторная урография, ретроградные исследования и владеть навыками прочтения результатов исследований.
 - владеть навыками прочтения ультразвуковых исследований при урологических заболеваниях.
 - уметь интерпретировать результаты лабораторных исследований при метаболических нарушениях, воспалительных заболеваниях и общеклинических исследованиях и оценить полученные данные для постановки клинического диагноза;
-
- диагностировать заболевание;
 - определять объем и последовательность диагностических процедур, освоить базовые клинические и лабораторно-инструментальные методы обследования пациента особенно в случаях, требующих неотложной или интенсивной медицинской помощи;
 - определять объем и последовательность терапевтических, хирургических и организационных мероприятий (стационарирование, амбулаторное лечение, консультативный прием или постановка на учет);
 - пользоваться методикой подбора адекватной терапии;
 - оформлять медицинскую документацию: истории болезни, амбулаторные карты, направления на медико-социальную экспертизу (далее – МСЭ), статистические талоны, рецептурные бланки;
 - уметь оказать первую врачебную помощь при острых состояниях;
 - владеть навыками выполнения перевязок у хирургических пациентов;
 - владеть методами катетеризации мочевого пузыря;
 - уметь выполнять цистоскопию и катетеризацию мочеточников;
 - владеть ассистенцией на небольших операциях;
 - владеть проведением урофлоуметрии и интерпретации полученных результатов;
 - владеть методами инфузионной терапии и гемотрансфузии;

- уметь создавать алгоритмы антибактериальной терапии при урологических инфекциях;
- владеть дифференциальной диагностикой почечной колики от других острых заболеваний;
- владеть методами ведения пациентов с дренажными системами: уретральные и мочеточниковые катетеры, стенты, нефростомы, «страховые» дренажи, назогастральные зонды и др.;
- владеть схемой дифференциальной диагностики аденомы и рака простаты;
- владеть методами деблокады мочевого пузыря при острой задержке мочи.
- уметь диагностировать острый и хронический простатит;
- уметь проводить лечение острых и хронических пиелонефритов, простатитов, циститов, уретритов, эпидидимитов и орхитов;
- владеть методами консервативного лечения недержания мочи.

Задачи второго года обучения – сформировать у обучающихся компетенции, включающие в себя способность/готовность:

- к применению клинического мышления, дифференцируя общие и специфические признаки заболевания;
- определять показания к госпитализации, организовать ее в соответствии с состоянием пациента; провести дифференциальную диагностику, обосновать клинический диагноз;
- разрабатывать схему, план и тактику ведения пациента в сложных клинических случаях, обосновать дифференциальный диагноз, показания и противопоказания к назначению фармакотерапии; разработать план подготовки больного к терапии, определить соматические противопоказания;
- определять необходимость специальных методов исследования (лабораторных, функциональных, рентгенологических, эндоскопических, радиоизотопных, сонографических, медико-генетических), организовать их выполнение и уметь интерпретировать их результаты;
- уметь использовать данные, полученные от консультантов, для уточнения диагноза;
- владеть методами пальцевого исследования прямой кишки, опросниками (шкалы симптомов) в урологии и андрологии компьютерная томография (плоскостная, мультиспиральная), простатэктомии;
- использовать методики распознавания и лечения неотложных состояний: острая сердечная и дыхательная недостаточность; желудочно-кишечное кровотечение; непроходимость кишечника; прободение полого органа;
- уметь оценить эффективность проведенных лечебно-профилактических мероприятий;
- владеть комплексом противорецидивных мероприятий;
- владеть методами дренирования (пункции, цистостомии) мочевого пузыря;
- владеть методами дифференциальной диагностики вне- и внутрибрюшных разрывов мочевого пузыря;
- уметь диагностировать травмы уретры;
- уметь интерпретировать КТ, МСКТ и МРТ при основных урологических заболеваниях;
- владеть методами дифференциальной диагностики метаболических кальциевых, мочекислых камней и вторичных инфекционных (фосфатных) мочевого камней;
- владеть презентацией пациентов на клинических разборах и других конференциях;
- уметь создавать алгоритмы по диагностике основного и сопутствующего заболевания перед операцией;
- выполнять не сложные операции – эпидидимотомия, циркумцизию, орхидэктомию, цистостомия, нефростомия, вскрытие абсцессов простаты, операции при водянке оболочек яичка, стентирование мочеточников, мультифокальная биопсия простаты;

- владеть методами ведения послеоперационных пациентов;
- составлять выписные эпикризы урологическим пациентам;
- владеть самостоятельным приемом урологических пациентов в поликлинике;
- решать экспертные вопросы, касающиеся трудоспособности и профессиональной деятельности пациента, оформлять должным образом листы временной нетрудоспособности.

3. Структура дисциплины

Продолжительность практики – 2268 часов (63 зач. единицы)

Способы проведения производственной (клинической) практики: стационарная.

Место проведения практики: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Тюменской области "Областная клиническая больница №2", г.Тюмень, ул. Мельникайте 75, ОКБ №1, ТООД

№	Наименование раздела практики	Место прохождения практики	Продолжительность циклов		Формируемые компетенции	Форма контроля
			ЗЕТ	Часы		
Первый год обучения						
Первый семестр			15	540		
1	Симуляционный курс	Центр освоения практических	3	108	ПК-5; ПК-6,	Зачет
		умений и навыков				
2	Стационарная урологическая практика	ГБУЗ ТО ОКБ №2. Урологическое отделение	10	360	ПК 1, 5, 6 ДПК 1	Зачет
3	Амбулаторная урологическая практика	Поликлиника ГБУЗ ОКБ № 2	2	72	ПК 1, 2 5, 6,8 ДПК 1	
Второй семестр			16,5	594		
1	Стационарная урологическая практика:	ГБУЗ ТО ОКБ №2. Урологическое отделение	16,5	594	ПК 1, 5, 6 ДПК 1	Зачет
	плановая урологическая помощь,	ГБУЗ ТО ОКБ №2. Урологическое отделение				

		ОАО «МСЧ				
Второй год обучения						
Третий семестр			15	540		
1	Стационарная урологическая помощь Неотложная урология	ГБУЗ ТО ОКБ №2. Урологическое отделение ГБУЗ ТО ОКБ №2. Урологическое отделение, приёмное отделение	13	468	ПК 1, 5, 6 ДПК 1	Зачет
2	Амбулаторная урологическая практика	Поликлиника ГБУЗ ОКБ № 2	2	72	ПК 1, 2 5, 6,8 ДПК 1	
Четвертый семестр			16,5	594		
1	Стационарная урологическая помощь Дисциплины вариативной части (Онкология, хирургия, травматология) Дисциплины по выбору Плановая урология	ГБУЗ ТО ОКБ №2. Урологическое отделение Травматологическое отделен ГБУЗ ТО ООД, отделение травматологии, хирургии 1,2 «ОКБ, 2» ОКБ 1 ГБУЗ ТО ОКБ №2. Урологическое отделение	16,5	594	ПК 1, 5, 6 ДПК 1	Зачет

4. Содержание программы практики

4.1 Симуляционный курс

Наименование дисциплин (модулей) и	Тип и вид симулятора	Формируемые профессиональные	Форма
------------------------------------	----------------------	------------------------------	-------

тем		умения и навыки	контроля
Раздел 1. Общехирургические (мануальные) навыки в урологии			
Тема 1 Отработка обще урологических технические навыки в урологии	Симулятор оценки наложения шва Торс для отработки хирургических навыков Тренажёр катетеризация мочевого пузыря Фантом перикардиоцентеза и плеврального дренажа VirtuЧест Имитаторы биологических тканей Манекен Nursing Anne с системой дистанционного управления Simrad (обследование и ведение поперационного периода. Тренажер для отработки навыков трахеотомии Операционные микроскопы – для освоения навыков выполнения микрохирургических операций	Отработка базовых мануальных урологических навыков	Дифферен цирован ный зачет
Раздел 2. Оказание неотложной помощи.			
Тема.1 Оказание неотложной помощи при остановке сердца	Манекен-тренажер Оживленная Анна - 5. Тренажер Оживленный ребенок - 2. Учебный автоматический дефибриллятор Имитатор пациента Simman Манекен-тренажер Оживленная Анна ALS Skilltrainer Манекен-тренажер UltimateHurt	Навык восстановления сердечной деятельности Реанимационные мероприятия	Зачет

	Тренажер для интубации трахеи у детей до года (LaerdalMedical AS, Норвегия) Комплект для проведения ручной ИВЛ LaerdalSiliconeResuscitators для взрослых		
Тема.2 Оказание неотложной помощи при остановке дыхания	Манекен-тренажер Поперхнувшийся Чарли Манекен-тренажер Оживленная Анна - 5. Тренажер Оживленный ребенок - 2. Тренажер, имитирующий ребенка 6 лет, для отработки навыков СЛР	Навык восстановления дыхательной деятельности	Зачет
Тема 3 Экстренная помощь при анафилактическом шоке	Ситуационная задача.	Алгоритм оказания помощи	Зачет
Раздел 3 Организационные вопросы урологической работы	Работа в АРМ врача (в электронной истории болезни)	Ведение медицинской документации в электронном виде. Работа с базами данных	Зачет
Раздел 4. Клиническая диагностика в хирургии			
Тема1 Дифференциальная диагностика в урологии	Ситуационные задачи;	Последовательность диагностических и лечебных действий	Дифференцированный зачет
Тема 2 Тактические решения в урологии	Ситуационные гипотетические задачи;	Последовательность диагностических и лечебных действий	Дифференцированный зачет

4.2. Стационарная урологическая помощь

1. Профилактическая деятельность:

№	Знания, умения и навыки, освоение которых необходимо для практической деятельности врача уролога
----------	---

	Знания	Умения	Навыки
1	Основные принципы асептики и антисептики в хирургии	Оценка факторов риска инфекционных осложнений в урологии Планирование адекватных режимов антибактериальной профилактики Особенности санэпидрежима в урологических отделениях общего и специального профиля, в операционном блоке и диагностических кабинетах;	Использование средств индивидуальной защиты Обработка рук перед выполнением операций и инвазивных процедур Обработка операционного поля Хирургическая обработка ран Перевязки Проведение инвазивных процедур
2	Основы рационального питания и принципы диетотерапии в урологической клинике	Спланировать рациональную схему питания при основных урологических заболеваниях	Назначить лечебное питание с учетом диагноза, сроков послеоперационного периода и возможных осложнений
3	Профилактика наиболее распространенных урологических заболеваний.	Оценка факторов риска основных урологических заболеваний	Обоснование рациональной урологической тактики ведения пациента с учетом индивидуальных факторов риска

2. Диагностическая деятельность:

№	Знания, умения и навыки, освоение которых необходимо для практической деятельности врача врача-уролога		
	Знания	Умения	Навыки
1	Диагностика наиболее распространенных урологических заболеваний в стационаре и поликлинике	Получение информации о развитии и течении заболевания Применение объективных методов обследования больного, выявление общих и специфических признаков урологического заболевания Проведение дифференциальной диагностики урологических заболеваний с хирургической	Оценка тяжести состояния больного Составить дифференцированный план обследования больного, проводить его коррекцию в динамике.

		гинекологической и др. патологией Формулировка и обоснование клинического диагноза	
2	Общие и специальные методы исследования в урологии	Определить показания и последовательность применения специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, эндоскопических, функциональных),	Интерпретировать и анализировать результаты клинических и лабораторно- инструментальных методов исследования

3. Лечебная деятельность:

№	Знания, умения и навыки, освоение которых необходимо для практической деятельности врача хирурга		
	Знания	Умения	Навыки
1	Лечение больных урологическими заболеваниями в стационаре	Определение показаний к госпитализации больного. Определение показаний к экстренной, срочной или плановой операции. Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение больных Определить показания, план и содержание консервативного лечения	Организация госпитализации в соответствии с состоянием пациента Составить план лечения больного, проводить его коррекцию в динамике. Разработать план подготовки больного к экстренной, срочной или плановой операции. Владеть урологическими приемами и манипуляциями Выполнение перевязок, снятие швов, Основы инфузионной терапии в урологии Основы фармакотерапии в

			урологии
2.	Лечение больных с урологическими заболеваниями в поликлинике	Принципы лечения амбулаторных больных с урологической патологией. Основы организации и проведения диспансеризации урологических больных	Владеть амбулаторными урологическими приемами и манипуляциями Выполнение перевязок, снятие швов Формирование диспансерных групп
2	Оказание экстренной и неотложной медицинской урологической , помощи	Определение необходимости, объема и последовательности лечебных, в том числе, реанимационных мероприятий;	Оказание срочной помощи при неотложных состояниях
3	Выполнение типичных урологических операций и манипуляций	Способы и техника урологических операций	Выполнить хирургическое вмешательство при основных урологических заболеваниях Ассистировать на операциях
4	Принципы, приемы и методы обезболивания в урологии	Выбрать адекватный метод обезболивания	Методы местной анестезии Алгоритм обследования и подготовки пациента к наркозу
5	Принципы современной гемотрансфузиологии.	Определить показания к гемотрансфузии Оформить необходимую сопроводительную документацию	Определить группу крови Оформить добровольное информированное согласие (отказ) пациента на гемотрансфузию. Провести переливание

			крови Выявить возможные трансфузионные осложнения и провести необходимые лечебно-профилактические мероприятия.
--	--	--	--

4. Реабилитационная деятельность:

№	Знания, умения и навыки, освоение которых необходимо для практической деятельности врача уролога		
	Знания	Умения	Навыки
1	Реабилитация больных с наиболее распространенными урологическими заболеваниями	Выявление факторов риска развития урологического заболевания Определение показаний и противопоказаний к санаторно-курортному лечению Проведение экспертизы трудоспособности в урологии	Представление пациентов на ВК Оформление документации для проведения экспертизы Оформление санаторно-курортной карты

5. Психолого-педагогическая деятельность:

№	Знания, умения и навыки, освоение которых необходимо для практической деятельности врача га
---	---

	Знания	Умения	Навыки
1	Санитарно-просветительная работа	Организация и планирование просветительской работы	Навыки межличностного общения Подготовка презентаций, сан. бюллетеней.

6. Организационно-управленческая деятельность:

№	Знания, умения и навыки, освоение которых необходимо для практической деятельности врача сосудистого хирурга		
	Знания	Умения	Навыки
1	Основы законодательства по охране здоровья населения	Соблюдение законодательных норм в практической работе	Планирование и осуществление функции врача уролога в соответствии с законодательными нормами
2	Организационная структура и принципы организации урологической помощи больным с урологической патологией	Организовать госпитализацию и лечение больного в соответствии с организационной структурой стационара	Выбрать оптимальную организационную форму лечения пациента
3	Принципы врачебной этики и деонтологии.	Соблюдение деонтологических и морально-этических норм в практической работе	Планирование и осуществление функции врача-уролога в соответствии с деонтологическими и морально-этическими нормами
4	Техника безопасности при	Соблюдение правил техники	Планирование и осуществление функции

	работе с аппаратурой, хирургическим инструментарием	безопасности в практической работы	врача-уролога в соответствии с требованиями техники безопасности
5	Организация документооборота в урологии	Ведение медицинской документации	Оформить историю болезни, отказ в госпитализации Оформить лист назначения, температурный лист Оформить выписной, посмертный эпикриз Оформить амбулаторную карту и медицинскую документацию урологического отделения и операционно-перевязочного блока поликлиники

7. Научно-исследовательская деятельность:

№	Знания, умения и навыки, освоение которых необходимо для практической деятельности врача хирурга		
	Знания	Умения	Навыки
1	Анализ основных показателей деятельности лечебно-профилактического учреждения	Анализировать результаты собственной деятельности для предупреждения интраоперационных ошибок и осложнений	Доклад собственных исследований на клинических, патолого-анатомических конференциях Оформление результатов в научных статьях

5. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

№	Наименование согласно библиографическим требованиям	Количество экземпляров	
		На кафедре	В библиотеке
	Основная литература		
1.	Лопаткин, Н.А., ред. Урология : учебник. - 6-е изд., перераб. и доп.-М. : ГЭОТАР-Медиа,2005		30
2.	Лопаткин, Н.А., ред. Урология : учебник. - 5-е изд., перераб. и доп.-М. : ГЭОТАР-Медиа,2004		.30
3.	Лопаткин, Н.А., ред Урология : учебник. - 6-е изд, перераб. и доп.-М. : ГЭОТАР-Медиа,2007		7
	Дополнительная литература (Д.Л.)		
1.	<i>Люлько, А.В., ред Неотложная урология и нефрология / Под ред. А.В.Люлько-Киев : Здоровье,1996</i>		3
2.	<i>Мирошников, В.М.Урология : учеб. пособие.- Ростов н/Д : Феникс,2006</i>		2
3.	<i>Справочник уролога. [Электронный ресурс]-М. : Равновесие,2006</i>		2

4.	Пушкарь, Д.Ю., ред. Урология : учебник-М. : ГЭОТАР- Медиа,2013		1
5.	Аляев, Ю.Г., ред.Урология : учебник.-М. : МИА,2005		4

Литература по смежным дисциплинам

Травматология

1.	Котельников, Г.П., Краснов, А.Ф., Мирошниченко, В.Ф.Травматология и ортопедия : учебник с компакт-диск-М. : ГЭОТАР-Медиа,2006	Котельников, Г.П., Краснов, А.Ф., Мирошниченко, В.Ф.	Травматология и ортопедия : учебник с компакт-диск-М.	М. : ГЭОТАР-Медиа	2006	Гриф	18 экз
2.	Котельников, Г.П., Краснов, А.Ф., Мирошниченко, В.Ф.Травматология :	Котельников, Г.П., Краснов, А.Ф., Мирошниченко, В.Ф.	Травматология : учебник.	М.: МИА	2009	Гриф	7 экз
3.	Шаповалова, В.М., ред. Травматология и ортопедия : учебник.-СПб. :	Шаповалова, В.М., ред.	Травматология и ортопедия : учебник.	СПб. : Фолиант	2004	Гриф	21 экз
4.	Котельников, Г.П., ред., Миронов, С.П., ред. Травматология. Национальное руководство. + CD-ROM.	Котельников, Г.П., ред., Миронов, С.П., ред.	Травматология. Национальное руководство. + CD-ROM.	М. : Гэотар-Медиа	2008	Гриф	2 экз
5.	Миронов, С.П., ред., Котельников, Г.П., ред. Ортопедия.	Миронов, С.П., ред., Котельников, Г.П., ред.	Ортопедия. Национальное руководство	М. : Гэотар-Медиа	2013		1 экз

	Национальное руководство-М. :	Г.П., ред.					
6.	Миронов, С.П., ред. Неотложная травматология: учеб. пособие. Пер. с англ.-М. : МИА, 2006	Миронов, С.П., ред.	Неотложная травматология: учеб. пособие. Пер. с англ.	М. : МИА	2006	Гр иф	2 экз
7.	Кавалерский, Г.М., ред. Травматология и ортопедия : учебник.-М. : Академия, 2005	Кавалерский, Г.М., ред.	Травматология и ортопедия : учебник.	М. : Академия	2005	Гр иф	2 экз
8.	Селезнева, С.А., ред., и др. Травматическая болезнь и ее осложнения-СПб.: Политехника, 2004	Селезнева, С.А., ред., и др.	Травматическая болезнь и ее осложнения	СПб.: Политехника	2004		3 экз
9.	Соколов, В.А. Множественные и сочетанные травмы : практическое рук-во для врачей-травматологов)-М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006	Соколов, В.А.	Множественные и сочетанные травмы : практическое рук-во для врачей-травматологов)	М. : ГЭОТАР-Медиа	2006		3 экз
10.	Гуманенко, Е.К., ред. Военно-полевая хирургия : учебник.-М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008	Гуманенко, Е.К., ред.	Военно-полевая хирургия : учебник.	М. : ГЭОТАР-Медиа	2008	Гр иф	15 экз
11.	Носков, С.М. Болезни суставов : учеб. пособие.- Ростов н/Д : Феникс, 2006	Носков, С.М.	Болезни суставов : учеб. пособие.	Ростов н/Д : Феникс	2006	Гр иф	6 экз
12.	Ефименко, Н.А., ред. Военно-полевая хирургия : учебник.-М.: Медицина, 2002	Ефименко, Н.А., ред.	Военно-полевая хирургия : учебник	М.: Медицина	2002	Гр иф	5 экз

Онкология

1.	Шайн, А.А. Онкология : учебник.-Тюмень, 2004	Шайн, А.А.	Онкология : учебник.	Тюмень	2004	Гр иф	30 экз
2.	Чиссов, В.И., Дарьялова, С.Л. Онкология : учебник с компакт-диск.-М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007	Чиссов, В.И., Дарьялова, С.Л.	Онкология : учебник с компакт-диск.	М. : ГЭОТАР-Медиа	2007	Гр иф	6 экз
3.	Давыдов, М.И., Ганцев, Ш.Х. Онкология : учебник.-М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010	Давыдов, М.И., Ганцев, Ш.Х.	Онкология : учебник.	М. : ГЭОТАР-Медиа	2010	Гр иф	5 экз
4.	Ганцев, Ш.Х. Онкология : учебник. - 2-е изд., испр. и доп.-М. : МИА, 2006	Ганцев, Ш.Х.	Онкология : учебник. - 2-е изд., испр. и доп.	М. : МИА	2006	Гр иф	2 экз
5.	Ганцев, Ш.Х. Руководство к практическим занятиям по онкологии : учеб. пособие.- М. : МИА, 2007	Ганцев, Ш.Х.	Руководство к практическим занятиям по онкологии : учеб. пособие.	М. : МИА	2007	Гр иф	10 экз

Дополнительная литература

6.	Вельшер, Л.З., Поляков, Б.И., Петерсон, С.Б. Клиническая онкология. Избранные лекции : учеб. пособие.	Вельшер, Л.З., Поляков, Б.И., Петерсон, С.Б.	Клиническая онкология. Избранные лекции : учеб. пособие.	М. : ГЭОТА Р-Медиа	2009	Гриф	1 экз
7.	Чиссов, В.И., ред. Атлас онкологических операций. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008	Чиссов, В.И., ред.	Атлас онкологических операций.	М. : ГЭОТА Р-Медиа	2008		2 экз
8.	Давыдов, М.И. , Ганцев, Ш. Х. Атлас по онкологии : учеб. пособие-М. : МИА, 2008	Давыдов, М.И. , Ганцев, Ш. Х.	Атлас по онкологии : учеб. пособие	М. : МИА	2008	Гриф	1 экз
9.	Кэссиди, Дж., ред. Справочник по онкологии. Пер. с англ.-М, : ГЭОТАР-Медиа, 2010	Кэссиди, Дж., ред.	Справочник по онкологии. Пер. с англ.	М, : ГЭОТА Р-Медиа	2010		5 экз
10.	Шайн, А.А. Общая онкология. : учеб. пособие : Т.1. (онкология для студентов и молодого врача)-Тюмень, 2003	Шайн, А.А.	Общая онкология. : учеб. пособие : Т.1. (онкология для студентов и молодого врача)	Тюмень	2003	Гриф	30 экз
11.	Шайн, А.А. Опухоли грудной клетки.: Т.2. (онкология для студентов и молодого врача)-Тюмень, 2001	Шайн, А.А.	Опухоли грудной клетки.: Т.2. (онкология для студентов и молодого врача)	Тюмень	2001		35 экз
12.	Шайн, А.А. Рак органов пищеварения. : учеб. пособие : Т.3. (онкология для студентов и молодого врача)-Тюмень, 2000	Шайн, А.А.	Рак органов пищеварения. : учеб. пособие : Т.3. (онкология для студентов и молодого врача)	Тюмень	2000		33 экз
13.	Шайн, А.А. Новообразования наружных локализаций. : учеб. пособие : Т.4. (онкология для студентов и молодого врача)-Тюмень, 2004	Шайн, А.А.	Новообразования наружных локализаций. : учеб. пособие : Т.4. (онкология для студентов и молодого врача)	Тюмень	2004	Гриф	33 экз
14.	Пальцев, М.А. Атлас патологии опухолей человека : учеб. пособие-М: Медицина, 2005	Пальцев, М.А.	Атлас патологии опухолей человека : учеб. пособие	М: Медицина	2005	Гриф	18 экз
15.	Чэбнэр, Б. Руководство по онкологии. Пер. с англ.-М. : МЕДпресс-информ, 2011	Чэбнэр, Б.	Руководство по онкологии. Пер. с англ.	М.: МЕДпресс-информ	2011		1 экз
16.	Харченко, В.П., ред., Рожков, Н.И. Маммология. Маммология.	Харченко, В.П., ред., Рожков,	Маммология. Национальное руководство. +	М. : ГЭОТА Р-	2009		1 экз

	Национальное руководство. + CD-ROM.	Н.И.Маммолог ия.	CD-ROM.	Медиа			
--	--	---------------------	---------	-------	--	--	--

6. Материально-техническое обеспечение дисциплины

№ п/п	Наименование дисциплин в соответствии с учебным планом	Наименование специализированных аудиторий, кабинетов, лабораторий и пр. с перечнем основного оборудования	Фактический адрес учебных кабинетов и объектов
1	2	3	4

1	Организация и обеспечение урологической помощи в Российской Федерации. Клиническая анатомия и физиология мочеполовых органов. Семиотика и методы диагностики в урологии. Общие методы консервативного лечения в урологии. Аномалии мочеполовых органов. Воспалительные заболевания.	Мультимедийный проектор «EpsonEMPS1/01382609», экран, учебная доска. компьютеры, мультимедийные проекторы «Epson», экран, учебные доски.	ОКБ №2 (аудитория 1, аудитория 2, отделение урологии, конференц-зал с проекционным оборудованием.). г. Тюмень Мельника 75
2	Мочекаменная болезнь Фтизиоурология. Травма мочеполовых органов. Онкоурология. Урогинекология. Андрология.	Мультимедийный проектор «EpsonEMPS1/01382609», экран, учебная доска. компьютеры, мультимедийные проекторы «Epson», экран, учебные доски.	ОКБ №2 (аудитория 1, аудитория 2, отделение урологии, конференц-зал с проекционным оборудованием.). г. Тюмень Мельника 75

3	Медицина катастроф и неотложные состояния (клиника, диагностика, медицинская помощь на догоспитальном этапе) Онкология Фтизиатрия ВИЧ-инфекция Психолого-педагогические аспекты в деятельности врача	Мультимедийный проектор «EpsonEMP51/01382609», экран, учебная доска. компьютеры, мультимедийные проекторы «Epson», экран, учебные доски.	ОКБ №2 (аудитория 1, аудитория 2, отделение урологии, конференц-зал с проекционным оборудованием.). г. Тюмень Мельника 75
4	Нормальная анатомия человека. Патологическая анатомия органов мочеполовой системы. Нормальная физиология мочеполовых органов. Патфизиология органов мочеполовой системы. Биохимия основных метаболических нарушений у человека.	Мультимедийный проектор «EpsonEMP51/01382609», экран, учебная доска. компьютеры, мультимедийные проекторы «Epson», экран, учебные доски.	ОКБ №2 (аудитория 1, аудитория 2, отделение урологии, конференц-зал с проекционным оборудованием.). г. Тюмень Мельника 75
5	Диагностическая эндоскопическая урология. Контактная литотрипсия.	Мультимедийный проектор «EpsonEMP51/01382609», экран, учебная доска. компьютеры, мультимедийные проекторы «Epson», экран, учебные доски.	ОКБ №2 (аудитория 1, аудитория 2, отделение урологии, конференц-зал с проекционным оборудованием.). г. Тюмень Мельника 75

Фонд оценочных средств по дисциплине

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. Содержание фруктозы в эякуляте равно:

а) 100 мг%

б) 150 мг%

в) 200 мг%

г) 250 мг%

д) 1000 мг%

3. Клубочковая фильтрация является

а) активным процессом

б) пассивным процессом

в) активным процессом в юкстамедуллярных нефронах

г) пассивным процессом только в юкстамедуллярных нефронах

д) сочетанием активных и пассивных процессов

4. Онкотическое давление плазмы:

а) повышает клубочковую фильтрацию

б) не повышает клубочковую фильтрацию

в) понижает клубочковую фильтрацию

г) повышает только в юкстамедуллярных нефронах

д) понижает только в кортикальных нефронах

5. Фильтрационное давление в клубочке составляет:

а) 10 мм.рт. ст.

б) 20 мм.рт. ст.

в) 30 мм.рт. ст.

г) 70 мм.рт. ст.

д) выше 100 мм.рт. ст.

6. Онкотическое давление плазмы в норме составляет

а) 10 мм.рт. ст.

б) 30 мм.рт. ст.

в) 40 мм.рт. ст.

г) 50 мм.рт. ст.

д) 60 мм.рт. ст.

7. Внутривисочное давление в норме равно:

а) 5 мм.рт. ст.

б) 15 мм.рт. ст.

в) 20 мм.рт. ст.

г) 30 мм.рт. ст.

д) 50 мм.рт. ст.

8. Фильтром для форменных элементов крови являются:

а) поры эндотелиального слоя

б) поры базальной мембраны

в) щелевидные мембраны

г) ножки подоцитов

д) щеточная кайма

9. Мочевина, креатинин, глюкоза фильтруются в клубочках:

а) полностью

б) частично

в) не фильтруются

- г) полностью фильтруется только глюкоза
- д) полностью фильтруется только креатинин

10. Фосфаты в виде NaH_2PO_4 :

- а) фильтруются в клубочках
- б) не фильтруются в клубочках**
- в) в зависимости от состояния клубочковой мембраны
- г) в зависимости от состояния эндотелия клубочков
- д) в зависимости от состояния и сохранности подоцитов

11. Реабсорбция бикарбонатов осуществляется в основном:

- а) в проксимальном канальце**
- б) в петле Генле
- в) в дистальном канальце
- г) в собирательной трубке
- д) в канальце Беллини

12. Действие осмотических диуретиков осуществляется:

- а) в проксимальном канальце**
- б) в восходящем отделе петли Генле
- в) в дистальном канальце
- г) по ходу всего нефрона
- д) в собирательной трубке

13. Под действием производных ренина происходит:

- а) сужение приносящей артериолы клубочка**
- б) расширение приносящей артериолы клубочка
- в) уменьшение размеров пор базальной мембраны
- г) гипертрофия сосудистых петлей клубочка
- д) уменьшение реабсорбции белка

14. Карбоксипептидаза способствует образованию:

- а) ангиотензиногена
- б) ангиотензинаI
- в) ангиотензинаII**
- г) простагландинов
- д) карбоангидразы

15. Образование ангиотензинаII происходит:

- а) в лёгких
- б) в сердце
- в) в почках
- г) в печени
- д) в лёгких и почках**

16. Реабсорбция белка осуществляется в:

- а) проксимальных канальцах**
- б) петляхГенле
- в) дистальных извитых канальцах
- г) собирательных трубочках
- д) канальцахБелини

17. Реабсорбция глюкозы осуществляютя в :

- а) проксимальных канальцах**
- б) петляхГенле
- в) дистальных канальцах
- г) собирательных трубочках
- д) на протяжении всего нефрона

18. Реабсорбция глюкозы осуществляется:

- а) активно
- б) пассивно

в) вторично активно

г) активно — в проксимальных канальцах, пассивно в дистальном

д) пассивно — в проксимальном канальце, активно в дистальном

19. Образование аммиака происходит в :

а) печени

б) стенке кишечника

в) в почках

г) селезенке

д) во всех перечисленных органах

20. В условиях метаболического ацидоза в здоровых почках:

а) повышается аммонийный коэффициент

б) понижается аммонийный коэффициент

в) повышается клиренс мочевины

г) повышается секреция калия

д) указанные показатели не меняются

21. Никтурия - это

а) увеличение кол-ва мочи, выделяемое в ночной период времени

б) учащение ночного мочеиспускания

в) перемещение основного диуреза с дневных часов на ночные

г) дневная олигурия

д) правильно а) и г)

22. Никтурия встречается при всех заболеваниях, кроме:

а) сердечной недостаточности

б) сахарного диабета

в) хронической почечной недостаточности

г) хронического гломерулонефрита

д) аденомы предстательной железы

23. Поллакиурия -это

а) увеличение диуреза

б) учащение мочеиспускания дневного и ночного

в) учащение ночного мочеиспускания

г) учащение дневного мочеиспускания

д) увеличение ночного диуреза

24. Поллакиурия не встречается

а) при цистоцеле

б) при камне верхней трети мочеточника

в) при неврастении

г) при истерии

25. Поллакиурия встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме

а) туберкулёза мочевого пузыря

б) цисталгии

в) камня мочевого пузыря

г) опухоли почки

26. Задержка мочеиспускания это:

а) отсутствие выделения мочи почками

б) невозможность самостоятельного опорожнения мочевого пузыря

в) отсутствие мочи в мочевом пузыре при катетеризации

г) отсутствие самостоятельного мочеиспускания в горизонтальном положении

д) парадоксальная ишурия

27. Задержка мочеиспускания встречается при всем перечисленном, кроме

- а) атрезии наружного сфинктера уретры
- б) нейрогенной дисфункции мочевого пузыря
- в) обтурации мочеточников**
- г) аденомы предстательной железы

28. *Задержка мочеиспускания встречается при всём перечисленном, кроме*

- а) рака предстательной железы
- б) острой почечной недостаточности**
- в) стриктуры уретры
- г) камня уретры
- д) фимоза

29. *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

30. *Диагностика ректокавального мочеточника основывается на данных*

- а) ретроградной уретерографии
- б) ультразвукового исследования
- в) сцинтиграфии
- г) правильно а) и б)**
- д) правильно б) и в)

31. *Стадиями нейромышечной дисплазии мочеточника являются все перечисленные, кроме*

- а) ахалазии
- б) гидрокаликоза и пиелэктазии**
- в) мегауретра
- г) гидроуретеронефроза
- д) правильно б) и г)

32. В диагностике нейромышечной дисплазии мочеточника наиболее информативными являются

- а) экскреторная урография
- б) ретроградная уретерография
- в) ультразвуковое исследование
- г) правильно а) и в)**
- д) правильно а) и б)

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

- а) динамическая нефросцинтиграфия
- б) аортография
- в) венокавография
- г) цистография
- д) урокинематография**

34. При нейромышечной дисплазии мочеточника в стадии субкомпенсации имеются следующие изменения

- а) частичная атрофия мышц
- б) отсутствие колебания давления
- в) сохраняются колебания внутримочеточникового давления
- г) правильно а) и б)
- д) правильно а) и в)**

35. Для стадии декомпенсации нейромышечной дисплазии мочеточника характерны

- а) атрофия мышц мочеточника
- б) гипертрофия мышечного слоя мочеточника
- в) колебания давления в мочеточнике отсутствуют
- г) правильно а) и в)**
- д) правильно б) и в)

36. Характерным клиническим симптомом эктопии устья мочеточника является

- а) недержание мочи

б) недержание мочи

в) сочетание нормального акта мочеиспускания с недержанием мочи

г) задержка мочи

д) содержание нормального акта мочеиспускания с недержанием мочи

37. Диагноз уретероцеле ставят на основании данных

а) ультразвукового исследования

б) экскреторной урографии

в) нисходящей цистографии

г) восходящей цистографии

д) правильно а) и в)

38. Диагноз уретероцеле ставят на основании данных

а) цистоскопии

б) нефросцинтиграфии

в) аортографии

г) только а) и б)

д) всего перечисленного

39. На экскреторных урограммах при утероцеле может определяться

а) дилатация мочеточника

б) дилатация чашечно-лоханочной системы

в) дефект наполнения контрастного вещества по нижнему контуру мочевого пузыря

г) булавовидное расширение дистального отдела мочеточника, заполненное контрастным веществом и окруженное ободком просветления

д) правильно а) и б)

40. Облитерирован мочеточник в нижней трети на протяжении 7 см, сделана нефростомия у больной 30 лет после кесарева сечения. В дальнейшем ей необходимы:

а) уретероцистостомия

б) нефрэктомия

в) уретерокутанеостомия

г) операция Боари

д) уретеросигмостомия

41. При парауретральной кисте размером 5 см. без нагноения, необходимо выполнить?

а) пунктирование кисты

б) иссечение кисты трансвагинально

в) электрокоагуляцию кисты

г) установка в кисту постоянного катетера-ирригатора

д) выписка под наблюдение уролога, гинеколога

42. У больного развился уретроректальный свищ после абсцесса простаты, существующий в течении 10 месяцев. Ему целесообразно:

а) произвести цистостомию как первый этап

б) установить противоестественный анус

в) проводить заживление свища на постоянном катетере

г) произвести пластику уретроректального свища промежностным доступом с цистостомией

д) произвести трансректальную электрокоагуляцию свища на постоянном катетере

43. У больного 35 лет хронический простатит (латентное течение), склероз шейки мочевого пузыря, остаточная моча – 100 мл. Ему показана:

а) цистостомия

б) простатэктомия

в) трансуретральная электрорезекция шейки пузыря

г) пункционная цистостомия

д) санаторно-курортное лечение, рассасывающая терапия

44. У больного 30 лет острый паренхиматозный простатит, выявленный трансректально, пальпаторно и методом УЗИ – абсцесс простаты. Ему показаны:

а) трансвезикальное (во время цистостомии) вскрытие абсцесса

б) промежностная пункция абсцесса

в) трансректальное вскрытие абсцесса

г) продолжение противовоспалительного лечения

д) пункция абсцесса и постоянная ирригация

45. У больного нагноение поясничной раны после пиелолитотомии

- а) увеличить дозу антибиотиков
- б) промывать рану раствором антибиотиков
- в) раскрыть рану с последующими перевязками 2 раза в сутки, тампоны с гипертоническим раствором хлористого натрия и сернокислой магнезии**
- г) тампоны на рану с мазью Вишневского

46. У больного стриктура ЛМС. Гидронефроз II стадии. Хронический пиелонефрит, активная фаза. Ему целесообразны:

- а) резекция ЛМС и лоханки, уретеропиелонеостомия, нефростомия
- б) пункционная нефростомия
- в) катетеризация лоханки постоянным катетером**
- г) вмешательства не производить**
- д) нефрэктомия

47. Неотложная помощь при острой травме уретры:

- а) Цистостомия**
- б) Первичный шов уретры
- в) Бужирование
- г) Пластика уретры по Хольцову
- д) Пластика уретры по Соловому

48. Диагностика травмы почки:

- а) Динамическая нефросцинтиграфия
- б) Радиоизотопная ренография
- в) Хромоцистоскопия
- г) Экскреторная урография**
- д) Пневморен

49) Для травмы почки характерна:

- а) Секреторная анурия
- б) острая задержка мочеиспускания
- в) Экскреторная анурия

г) Тотальная макрогематурия

д) Клиническая картина перитонита

50. Поликистоз почек встречается

а) в 1:200 аутопсий

б) в 1:300 аутопсий

в) в 1:350-400 аутопсий

г) в 1:600 аутопсий

д) в 1:800 аутопсий

51. Показаниями к оперативному лечению являются

а) длительная макрогематурия

б) нагноение кист

в) хронический пиелонефрит

г) правильно а) и б)

д) правильно а) и в)

52. Мультикистоз почки – это заболевание

а) одностороннее

б) двустороннее

в) врождённое

г) приобретённое

д) правильно а) и в)

53. Этиология мультикистоза почки связана

а) с отсутствием закладки экскреторного аппарата

б) с отсутствием соединения зачатков секреторного и экскреторного отделов почки в процессе эмбриогенеза

в) с неправильной закладкой секреторного аппарата почки

г) правильно а) и б)

д) правильно б) и в)

54. 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)**

55. Возможны следующие варианты мультикистоза почек

- а) мочеточник не изменён
- б) мочеточник атрофичен и слепо заканчивается не доходя до мочевого пузыря
- в) мочеточник соединяется с мочевым пузырём, но не слепо заканчивается в верхнем отделе
- г) мочеточник атрофичен
- д) правильно б) и в)**

56. Мультилокулярная киста почки - это

- а) однокамерная киста
- б) многокамерная киста
- в) несообщающаяся с лоханкой киста
- г) правильно а) и в)
- д) правильно б) и в)**

57. Лечение мультилокулярной кисты

- а) консервативное
- б) чрескожная пункция кисты
- в) нефрэктомия или резекция почки
- г) вылущивание всей кисты или иссечение наружных стенок с коагуляцией её внутри-паренхиматозных стенок и томпанадой их полостей паранефральной клетчаткой**
- д) пункция кисты и введение в неё склерозирующих растворов

58. Синонимами термина «губчатая почка» является все перечисленное кроме

- а) мультикистоз и поликистоз почки**

- б) мультикистоз мозгового вещества
- в) медуллярная губчатая почка
- г) кистозное расширение почечных пирамид
- д) врождённая кистозная дилатация собирательных канальцев почки

59. Губчатая почка характеризуется наличием большого числа мелких кист

- а) в корковом веществе почки
- б) в корковом и мозговом веществе почки
- в) в почечных пирамидах**
- г) в воротах почки
- д) в одном из полюсов почки

60. Для лечения синегнойной инфекции можно применить следующие препараты:

- а) Карбепенициллин
- б) Тетрациклин
- в) Трихопол
- г) Гентамицин
- д) Амикацин**

61. Активный в отношении бактериоидов препарат:

- а) линкомицин;
- б) моксалактам;
- в) нистатин;
- г) гентамицин;
- д) трихопол.**

62. Бактериологический метод исследования является ведущим в диагностике:

- а) дизентерии;**
- б) стафилококковых инфекций;
- в) эпидемического сыпного тифа;
- г) кишечной коли-инфекции;

д) синегнойной инфекции.

63. Основной механизм молекулярного действия хинолоновых антибиотиков:

а) ингибирование синтеза клеточной стенки;

б) нарушение синтеза белка;

в) нарушение синтеза ДНК;

г) нарушение функционирования цитоплазматической мембраны.

64. Основной механизм молекулярного действия аминогликозидов:

а) ингибирование синтеза клеточной стенки;

б) нарушение синтеза белка;

в) нарушение синтеза ДНК;

г) нарушение функционирования цитоплазматической мембраны.

65. Характер боли при остром паренхиматозном простатите:

а) постоянные ноющие;

б) приступообразные;

в) интенсивные вплоть до пульсирующих;

г) тупые;

д) острые.

66. 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.

67. Ложная протеинурия не характерна для:

а) туберкулеза почки;

б) пиелонефрита;

в) опухоли почки;

г) гломерулонефрита;

д) правильно б) и г).

68. Сухая уретроскопия применяется для осмотра:

- а) передней части уретры;
- б) задней уретры;
- в) семенного бугорка;
- г) правильно а) и б);**
- д) правильно все.

69. Наличие клеток Штернгаймера—Мальбина и активных лейкоцитов в осадке мочи характерно для:

- а) острого гломерулонефрита;
- б) хронического гломерулонефрита;
- в) острого пиелонефрита;**
- г) хронического пиелонефрита в стадии ремиссии;
- д) туберкулеза почки.

70. Наиболее частый источник инфицирования почек при туберкулезе:

- а) лимфатические узлы;
- б) кости;
- в) легкие и кишечник;**
- г) плевра;
- д) гортань.

71. Пути проникновения туберкулезной инфекции в почки:

- а) лимфогенный;
- б) гематогенный;
- в) континуитатный;
- г) уриногенный;
- д) все перечисленные.**

72. Проявление мочевого туберкулеза:

- а) болезненное мочеиспускание;
- б) частое мочеиспускание;
- в) стерильная пиурия;
- г) гематурия;

д) сочетание этих признаков.

73. Ранний симптом туберкулеза почки:

а) почечная колика;

б) гематурия;

в) пиурия;

г) частое мочеиспускание;

д) гидронефроз.

74. Абактериальная пиурия — признак:

а) острого гломерулонефрита;

б) острого пиелонефрита;

в) хронического пиелонефрита;

г) интерстициального нефрита;

д) туберкулеза почки.

75. Отличия туберкулеза почек от гематурической формы ХГН:

а) несоответственно низкая протеинурия при выраженных изменениях мочевого осадка (пиурия, гематурия);

б) дизурия;

в) выраженные отеки;

г) злокачественная гипертензия;

д) стойкая щелочная реакция мочи.

76. Прилейкоцитурии, стерильной моче и выявленной при УЗИ деформации почек можно заподозрить:

а) рак почки;

б) хронический пиелонефрит;

в) аномалию почек;

г) туберкулез почек;

д) подагрическую нефропатию.

77. Обследование пациента при наличии учащенного и болезненного мочеиспускания и макрогематурии следует начать с:

а) цистоскопии;

б) внутривенной урографии;

в) анализа мочи;

г) УЗИ почек, изотопной ренографии.

78. Ложная протеинурия не характерна для:

а) туберкулеза почки;

б) пиелонефрита;

в) опухоли почки;

г) гломерулонефрита;

д) правильно б) и г).

79. Показания к ретроградной пиелоуретерографии:

а) уратный камень почки или мочеточника;

б) папиллярная опухоль лоханки;

в) туберкулез почки;

г) все перечисленное;

д) только а) и б).

80. Синтез мочевой кислоты тормозит:

а) вольтарен;

б) ретаболил;

в) аллопуринол;

г) инсулин;

д) аспирин.

81. Симптом, наиболее информативный при приступе колики:

а) наличие гематурии;

б) наличие солей в осадке мочи;

в) протеинурия;

г) лейкоцитурия;

д) четкая взаимосвязь болевого синдрома и гематурии.

82. Наиболее частое осложнение дистанционной ударно-волновой литотрипсии:

а) острый пиелонефрит;

б) гематома;

- в) разрыв почки;
- г) почечная колика;
- д) макрогематурия.**

83. Противопоказание к дистанционной ударно-волновой литотрипсии:

- а) нефроптоз;
- б) микрогематурия;
- в) камень размером 1,5 см;
- г) поясничная дистопия почки;
- д) острый пиелонефрит.**

84. Среди осложнений подковообразной почки первое место занимает:

- а) мочекаменная болезнь;
- б) гидронефроз;**
- в) пиелонефрит;
- г) артериальная гипертензия;
- д) гематурия.

85. Для зубчатой почки характерно наличие мелких конкрементов в:

- а) чашечках;
- б) лоханках;
- в) полостях кист;
- г) мочеточнике;
- д) правильно а) и б).**

86. Характер боли при камне интрамурального отдела мочеточника, нарушающего уродинамику:

- а) ноющие;
- б) тупые;
- в) острые;
- г) приступообразные острые;**
- д) постоянные ноющие.

87. При камне интрамурального отдела мочеточника, нарушающего уродинамику, характерной локализацией и иррадиацией боли является:

- 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.**

88. Ультразвуковое сканирование позволяет выявлять уратные камни чашечек диаметром 1 см

- а) не позволяет;
- б) в 10—20% случаев;
- в) в 20—50% случаев;
- г) в 50—90% случаев;
- д) в 100% случаев.**

89. Ультразвуковое сканирование позволяет выявлять оксалатные камни чашечек диаметром 1 см

- а) не позволяет;
- б) в 10—20% случаев;
- в) в 20—50% случаев;
- г) в 50-90% случаев;
- д) в 100% случаев.**

90. При стенозе лоханочно-мочеточникового сегмента и нижнеполярном добавочном сосуде показано:

- а) вазопликация;
- б) пересечение сосудов и резекция нижнего сегмента почки;
- в) антевазальный уретеропиелoaнaстoмoз;**
- г) операция Фоли;
- д) операция Gulp de Weerd.

91. Показаниями к оперативному лечению гидронефроза являются все перечисленные, кроме:

- а) нефрогенной гипертензии;
- б) сморщивания почки;
- в) пиурии;
- г) боли, лишаящей больного трудоспособности;
- д) молодого возраста больного.**

92. Ультразвуковая визуализация мочеточника при гидронефрозе, вызванном стенозом ЛМС, возможна:

- а) во всех случаях;
- б) практически никогда;**
- в) при осмотре пациента в вертикальном положении;
- г) при опорожненном перед исследованием мочевом пузыре;
- д) правильно в) и г).

93. Толщина почечной паренхимы при гидронефрозе зависит от:

- а) размеров лоханки;
- б) размеров чашечек;
- в) длительности и выраженности процесса;**
- г) пола больного;
- д) возраста больного.

94. Установлено, что причиной гидронефроза является уретероцеле размерами 1х5 см. В данном случае целесообразно выполнить:

- а) иссечение уретероцеле на открытом пузыре;
- б) трансуретральную электроэксцизию на мочеточниковом катетере;
- в) баллонную дилатацию устья мочеточника;
- г) возможны варианты б) и в);**
- д) вмешательство не показано.

95. Уточнить диагноз и установить причину гидронефроза позволяют все перечисленные методы, кроме:

- а) УЗИ;**
- б) экскреторной урографии;
- в) уретероцистоскопии;
- г) ретроградной уретеропиелографии;
- Д)КТ.

96. Определяющим фактором в выборе метода лечения при гидронефрозе является:

- а) размер лоханки;
- б) сторона поражения;
- в) степень стеноза ЛМС;

г) пол больного;

д) функциональное состояние почки.

97. Показанием к нефрэктомии при гидронефрозе является:

а) стойкая нефрогенная артериальная гипертензия;

б) необратимая потеря функциональной активности почки;

в) наличие горизонтальных уровней при уретеропиелографии;

г) сочетание б) и в);

д) сочетание а) и б).

98. Метод дифференциальной диагностики нефроптоза и дистопии:

а) пальпация;

б) УЗИ;

в) ангиография;

г)КТ;

д) нефросцинтиграфия.

99. Осложнениями нефроптоза являются все перечисленные ниже, кроме:

а) артериальной гипертензии;

б) гематурии;

в) боли;

г) пиелонефрита;

д) туберкулеза почки.

100. Усиление боли в правой поясничной области во время менструации у больной гидронефрозом может свидетельствовать о:

а) наличии правостороннего аднексита;

б) нарушении гормонального обмена;

в) наличии синдрома "правой яичниковой вены";

г) нефроптозе справа.

Выберите один правильный ответ.

Раздел «Терапевтические аспекты»

**001. ФОРМИРОВАНИЕ СТЕРЕОТИПА ПОЛОВОГО ПОВЕДЕНИЯ
ПРОИСХОДИТ В**

1) парапубертатном периоде

2) препубертатном периоде

- 3) пубертатном периоде
- 4) инволюционном периоде
- 5) переходном периоде

002. ПОЛОВОЕ СОЗНАНИЕ ФОРМИРУЕТСЯ В

1) парапубертатном периоде

- 2) препубертатном периоде
- 3) пубертатном периоде
- 4) инволюционном периоде
- 5) переходном периоде

003. МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ПОЛ ЧЕЛОВЕКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

1) при рождении

- 2) в период полового созревания
- 3) при зачатии
- 4) в первый период сексуальности
- 5) на седьмой неделе внутриутробного развития

004. ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОЛ ЧЕЛОВЕКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1) при рождении
- 2) в период полового созревания

3) при зачатии

- 4) в первый период сексуальности
- 5) на седьмой неделе внутриутробного развития

005. СОЧЕТАНИЕ ЭКСЦЕССОВ С ПЕРИОДАМИ АБСТИНЕНЦИИ

ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) первого периода сексуальности
- 2) препубертатного периода
- 3) пубертатного периода
- 4) инволюционного периода

5) переходного периода

006. ПЛАТОНИЧЕСКОЕ ЛИБИДО ФОРМИРУЕТСЯ В

- 1) первый период сексуальности
- 2) препубертатный период

3) пубертатный период

- 4) инволюционный период
- 5) переходный период

007. ЭРОТИЧЕСКОЕ ЛИБИДО ФОРМИРУЕТСЯ В

- 1) первый период сексуальности
- 2) препубертатный период

3) пубертатный период

- 4) инволюционный период
- 5) переходный период

008. ПЕРИОД ЗРЕЛОЙ СЕКСУАЛЬНОСТИ СООТВЕТСТВУЕТ ВОЗРАСТУ

1) 26-55 лет

- 2) 12-18 лет
- 3) 16-26 лет
- 4) 51-70 лет
- 5) 1 - 7 лет

009. ДЛЯ ИНВОЛЮЦИОННОГО ПЕРИОДА ХАРАКТЕРЕН ВОЗРАСТ

- 1) 26-55 лет
- 2) 12-18 лет
- 3) 16-26 лет

4) 51-70 лет

- 5) 1 - 7 лет

010. ДЛЯ ИНВОЛЮЦИОННОГО ПЕРИОДА ХАРАКТЕРНО

1) снижение половой активности

- 2) формирование эротического либидо
- 3) формирование платонического либидо
- 4) формирование эротического либидо
- 5) вхождение в полосу условно физиологического ритма

011. ЗА МУЖСКОЙ ИЛИ ЖЕНСКИЙ ТИП ПОВЕДЕНИЯ «ОТВЕЧАЕТ»

- 1) генетический пол
- 2) гормональный пол
- 3) морфологический пол

4) церебральный пол

5) гонадный пол

012. УСЛОВНО ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ РИТМ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ В

1) первом периоде сексуальности

2) препубертатном периоде

3) пубертатном периоде

4) инволюционном периоде

5) переходном периоде

013. УСЛОВНО ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ РИТМ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

1) 26-55 лет

2) 12-18 лет

3) 16-26 лет

4) 51-70 лет

5) 1-7 лет

014. ЦЕНТР ЭРЕКЦИИ НАХОДИТСЯ В СПИННОМ МОЗГЕ И СООТВЕТСТВУЕТ СЛЕДУЮЩЕМУ СЕГМЕНТУ

1) L2-L4

2) S1-S3

3) Th12-L2

4) L1-L2

5) Th10 - Th12

015. ПЕРВАЯ ФАЗА ЭЯКУЛЯЦИИ – ВЫВЕДЕНИЕ СЕМЕНИ – СОВЕРШАЕТСЯ НЕПРОИЗВОЛЬНО ПОД ДЕЙСТВИЕМ ИМПУЛЬСОВ СЛЕДУЮЩИХ ИЗ СЕГМЕНТОВ СПИННОГО МОЗГА

1) L2-L4

2) S1-S3

3) Th12-L4

4) L1-L2

5) Th10 - Th12

016. СПЕРМА ПЕРЕД ВТОРОЙ ФАЗОЙ ЭЯКУЛЯЦИИ СКАПЛИВАЕТСЯ В

1) придатке яичка

2) семенных пузырьках

3) d. deferens

4) луковичном отделе уретры

5) висячем отделе уретры

017. ВТОРАЯ ФАЗА - ИЗГНАНИЯ ЭЯКУЛЯТА НАРУЖУ – ПРОИСХОДИТ ЗА СЧЕТ ПАРАСИМПАТИЧЕСКИХ ИМПУЛЬСОВ ВЫХОДЯЩИХ ИЗ СЕГМЕНТОВ

1) L2-L4

2) S2-S4

3) Th12-L4

4) L1-L2

5) Th10 - Th12

7

018. ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ПОЛОВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ ФОРМИРУЕТСЯ К

1) 2 годам

2) 4 годам

3) 7 годам

4) 10 годам

5) 12 годам

019. ДЛЯ КОПУЛЯТИВНОГО ЦИКЛА У МУЖЧИН ХАРАКТЕРНА ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ СТАДИЙ

1) эрекция, эякуляторная, фрикционная, рефрактерная

2) фрикционная, эрекция, эякуляторная, рефрактерная, психическая

3) психическая, эрекция, фрикционная, эякуляторная, рефрактерная

4) эрекция, психическая, эякуляторная, фрикционная, рефрактерная

5) психическая, фрикционная, рефрактерная эрекция, эякуляторная

020. ОСОЗНАНИЕ ЖЕНЩИНОЙ ЖЕЛАНИЯ БЛИЗОСТИ И ПРИНЯТИЯ

РЕШЕНИЯ ДЛЯ ЕЕ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ, ПРОИСХОДИТ В

1) секреторную стадию

2) сенсорную стадию

3) психическую стадию

4) оргастическую стадию

5) в стадию - спад возбуждения

021. ПОВЫШЕННАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ЭРОГЕННЫХ ЗОН У ЖЕНЩИН НАСТУПАЕТ В

1) секреторную стадию

2) сенсорную стадию

3) психическую стадию

4) оргастическую стадию

5) стадию копулятивного цикла - спад возбуждения

022. ДЛЯ КОПУЛЯТИВНОГО ЦИКЛА У ЖЕНЩИН ХАРАКТЕРНА ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ СТАДИЙ

1) психическая, сенсорная, секреторная, оргастическая

2) психическая, сенсорная, секреторная, оргастическая, спад возбуждения

3) психическая, секреторная оргастическая, сенсорная, спад возбуждения

8

4) сенсорная, секреторная, психическая, оргастическая, спад возбуждения

5) сенсорная, оргастическая, секреторная, психическая, спад возбуждения

023. ФОРМИРОВАНИЕМ «ОРГАСТИЧЕСКОЙ МАНЖЕТКИ» У ЖЕНЩИН ЗАВЕРШАЕТСЯ ОДНА ИЗ СТАДИЙ КОПУЛЯТИВНОГО ЦИКЛА

1) секреторная

2) сенсорная

3) психическая

4) оргастическая

5) спад возбуждения

024. АКТИВАЦИЯ ГЕНИТОСЕГМЕНТАРНОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ У ЖЕНЩИН ПРОИСХОДИТ В

1) секреторную стадию копулятивного цикла

2) сенсорную стадию копулятивного цикла

3) психическую стадию копулятивного цикла

4) оргастическую стадию копулятивного цикла

5) в стадию копулятивного цикла - спад возбуждения

025. К СУРРОГАТНЫМ ФОРМАМ ПОЛОВОЙ ЖИЗНИ ОТНОСИТСЯ

1) гетеросексуальный коитус

2) гомосексуальный коитус

3) маструбация

4) поллюция

5) фрустрация

026. К СУРРОГАТНЫМ ФОРМАМ ПОЛОВОЙ ЖИЗНИ ОТНОСИТСЯ

1) гетеросексуальный коитус

2) гомосексуальный коитус

3) петтинг

4) поллюция

5) фрустрация

027. К ВИКАРНЫМ ФОРМАМ ПОЛОВОЙ ЖИЗНИ ОТНОСИТСЯ

1) гетеросексуальный коитус

2) гомосексуальный коитус

3) петтинг

4) поллюции

5) фрустрация

028. К ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ФОРМАМ ПОЛОВОЙ ЖИЗНИ ОТНОСИТСЯ

1) гетеросексуальный коитус

2) гомосексуальный коитус

3) петтинг

4) поллюции

5) фрустрация

029. К ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫМ ФОРМАМ ПОЛОВОЙ ЖИЗНИ ОТНОСИТСЯ

1) платоническая любовь

2) гомосексуальный коитус

3) петтинг

4) поллюции

5) фрустрация

030. К ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫМ ФОРМАМ ПОЛОВОЙ ЖИЗНИ ОТНОСЯТСЯ

1) маструбация

2) гомосексуальный коитус

3) петтинг

4) поллюции

5) танцы

031. МИНИМАЛЬНЫЙ ОБЪЕМ ЯИЧКА У ЗДОРОВОГО МУЖЧИНЫ, СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ (2002) СОСТАВЛЯЕТ

1) 10 мл

2) 12 мл

3) 14 мл

4) 15 мл

5) 20 мл

032. ДОЛЯ ПОДВИЖНЫХ СПЕРМАТОЗОИДОВ В ГОЛОВКЕ ПРИДАТКА ЯИЧКА СОСТАВЛЯЕТ

1) 3%

2) 12%

3) 30%

4) 60%

5) 70%

033. ДОЛЯ ПОДВИЖНЫХ СПЕРМАТОЗОИДОВ В ПРОКСИМАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ТЕЛА ПРИДАТКА ЯИЧКА СОСТАВЛЯЕТ

1) 3%

2) 12%

3) 30%

4) 60%

5) 70%

10

034. ДОЛЯ ПОДВИЖНЫХ СПЕРМАТОЗОИДОВ В ДИСТАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ТЕЛА ПРИДАТКА ЯИЧКА СОСТАВЛЯЕТ

1) 3%

2) 12%

3) 30%

4) 60%

5) 70%

035. ДОЛЯ ПОДВИЖНЫХ СПЕРМАТОЗОИДОВ В ХВОСТЕ ПРИДАТКА ЯИЧКА СОСТАВЛЯЕТ

1) 3%

2) 12%

3) 30%

4) 60%

5) 70%

036. У ЧЕЛОВЕКА ЕЖЕДНЕВНО (В СРЕДНЕМ) ОБРАЗУЕТСЯ

1) 20 млн сперматозоидов

2) 40 млн сперматозоидов

3) 63 млн сперматозоидов

4) 123 млн сперматозоидов

5) 153 млн сперматозоидов

037. В КАЖДОМ ЯИЧКЕ НАХОДИТСЯ

1) 600-1200 семенных канальцев

2) 200-400 семенных канальцев

3) 1500-2000 семенных канальцев

4) 2000 - 2500 семенных канальцев

5) более 3000 семенных канальцев

038. ДЛЯ НАЧАЛА И ПОДДЕРЖАНИЯ СПЕРМАТОГЕНЕЗА В ПЕРВУЮ

ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМ

1) **ФСГ**

2) ЛГ

3) АКТГ

4) пролактин

5) эстрадиол

039. ИНГИБИН ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ В

1) клетках Лейдига

2) **клетках Сертоли**

3) сперматогенном эпителии

4) простате

5) семенных пузырьках

040. ВЫРАЖЕННАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ЭСТРОГЕНОВ У МУЖЧИН ПРИВОДИТ К

1) нарастанию мышечной массы

2) уменьшению жировой массы

3) нарастанию костной массы

4) **атрофии сперматогенного эпителия**

5) стимуляции сперматогенеза

041. КАКОЙ ГОРМОН КОНТРОЛИРУЕТ СИНТЕЗ ИНГИБИНА

1) тестостерон

2) **ФСГ**

3) ЛГ

4) пролактин

5) эстрадиол

042. ПОД ВЛИЯНИЕМ МЕДИКОМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ МОЖНО СОКРАТИТЬ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ СПЕРМАТОГЕНЕЗА

1) в два раза

2) на 20 дней

3) **нельзя**

4) на 10 дней

5) на 5 дней

043. ПРИ ГИНЕКОМАСТИИ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛИТЬ УРОВЕНЬ

1) ФСГ

2) **пролактина**

3) ЛГ

4) тестостерона

5) кортизола

044. ПРИ ГАЛАКТОРЕИ НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛИТЬ УРОВЕНЬ

1) ФСГ

2) тестостерона

3) ЛГ

4) **пролактина**

5) кортизола

045. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ ЭЯКУЛЯТА ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ В

1) **семенных пузырьках**

2) Куперовых железах

3) простате

4) яичках

5) придатке яичка

046. АНАЛИЗ СПЕРМЫ НОРМАЛЕН, НО ЗАЧАТИЕ СО ЗДОРОВОЙ ЖЕНЩИНОЙ В ЕСТЕСТВЕННЫХ УСЛОВИЯХ НЕВОЗМОЖНО ПРИ

1) **стволовой гипоспадии**

2) монорхизме

3) одностороннем крипторхизме

4) варикоцеле

5) односторонней гипоплазии яичка

047. В НОРМЕ ОТНОШЕНИЕ ТЕСТОСТЕРОНА И ЭСТРАДИОЛА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У МУЖЧИН СОСТАВЛЯЕТ

1) 1 : 5

2) 5 : 1

3) **10:1**

4) 1:10

5) 1:3

048. У ПАЦИЕНТА СТАРШЕ 45 ЛЕТ, ПОЛУЧАЮЩЕГО ЗАМЕСТИТЕЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ ТЕСТОСТЕРОНОМ, ПРЕЖДЕ ВСЕГО НАДО КОНТРОЛИРОВАТЬ

1) ОАК

2) тестостерона

3) эстрадиола

4) ПСА

5) ОАМ

049. ПОСТКОИТАЛЬНЫЙ ТЕСТ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ ЧЕРЕЗ

1) 1 час

2) 2 часа

3) 3 часа

4) 6 – 16 часов

5) 16 - 20 часов

050. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ХРОМОСОМНЫХ АНОМАЛИЙ У БЕСПЛОДНЫХ МУЖЧИН СОСТАВЛЯЕТ

1) 1 %

2) 2 %

3) 5 %

4) 10%

13

5) 50%

051. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОМОСОМНЫХ АНОМАЛИЙ У БОЛЬНЫХ С АЗОСПЕРМИЕЙ СОСТАВЛЯЕТ

1) 1 %

2) 2 %

3) 5 %

4) 16 %

5) 25 %

052. СКОЛЬКО СПЕРМАТИД НА ПОПЕРЕЧНОМ СРЕЗЕ СЕМЕННОГО КАНАЛЬЦА ДОЛЖНО БЫТЬ, ЧТОБЫ ГОВОРИТЬ О ГИПОСПЕРМАТОГЕНЕЗЕ

1) до 10 сперматид

2) до 20 сперматид

3) до 30 сперматид

4) до 40 сперматид

5) до 50 сперматид

053. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С АЗОСПЕРМИЕЙ СИНДРОМА «ТОЛЬКО КЛЕТКИ СЕРТОЛИ» СОСТАВЛЯЕТ

1) 5 – 10 %

2) 13- 15%

3) 25 – 30 %

4) 30 - 40%

5) 40-50 %

054. ПРИЧИНОЙ АНЭЯКУЛЯЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) повреждение шейки мочевого пузыря

2) «разрыв» нервных путей, контролирующих выделение спермы в заднюю уретру

3) воспалительный процесс в предстательной железе

4) последствия эпидидимита

5) везикулит

055. ПРИЧИНОЙ АНЭЯКУЛЯЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) повреждение шейки мочевого пузыря

2) поражение спинного мозга

3) воспалительный процесс в семенных пузырьках

4) последствия эпидидимита

5) стриктура уретры

14

056. ЭНДОКРИННЫЕ СИСТЕМЫ, ФУНКЦИОНИРУЮЩИЕ ПО

ПРИНЦИПУ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ

- 1) тиреотропин - тиреоидные гормоны
- 2) адренокортикотропный гормон - кортизол
- 3) ЛГ – тестостерон

4) ЛГ – овуляция

- 5) ФСГ – сперматогенный эпителий

057. В ПРОЦЕССЕ СОЗРЕВАНИЯ ФОЛЛИКУЛА ВЫДЕЛЯЮТ

- 1) три стадии**
- 2) четыре стадии
- 3) пять стадии
- 4) шесть стадии
- 5) десять стадии

058. НЕКРОЗ ГИПОФИЗА, КАК СЛЕДСТВИЕ МАССИВНОГО АКУШЕРСКОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ, РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ СИНДРОМЕ

- 1) Колмана

2) Шихена

- 3) Лоренса-Муна
- 4) Прадера Вили
- 5) Шершевского - Тернера

059. СПЕРМАТОЗОИДЫ ПРОНИКАЮТ В ПОЛОСТЬ МАТКИ ПОСЛЕ ПОЛОВОГО СНОШЕНИЯ ЧЕРЕЗ

- 1) 5 минут**
- 2) 10 минут
- 3) 30 – 60 минут
- 4) через 1- 2 часа
- 5) через 5 часов

060. СПЕРМАТОЗОИДЫ ПРОНИКАЮТ В МАТОЧНЫЕ ТРУБЫ ПОСЛЕ ПОЛОВОГО СНОШЕНИЯ ЧЕРЕЗ

- 1) 5 минут
- 2) 10 минут
- 3) 30 – 60 минут**
- 4) через 1- 2 часа
- 5) через 5 часов

15

061. СПЕРМАТОЗОИДЫ, ПОСЛЕ ПРОНИКНОВЕНИЯ В МАТКУ И ТРУБЫ, СОХРАНЯЮТ СПОСОБНОСТЬ К ОПЛОДОТВОРЕНИЮ В ТЕЧЕНИИ

- 1) 5 суток**
- 2) 10 суток
- 3) 30 – 60 минут
- 4) 6 - 12 часов
- 5) 24 - 48 часов

62. СПЕРМАТОЗОИДЫ В КРИПТАХ ШЕЕЧНОГО КАНАЛА СОХРАНЯЮТ СПОСОБНОСТЬ К ПРОДВИЖЕНИЮ В ТЕЧЕНИИ

- 1) 5 суток
- 2) 10 суток
- 3) 30 – 60 минут
- 4) 6 - 12 часов**
- 5) 24 - 48 часов

063. ОДНОЙ ГЕНЕРАЦИЕЙ СОЗРЕВАЮЩИХ УДЛИНЕННЫХ СПЕРМАТИД ПРЕДСТАВЛЕНА

- 1) I стадия сперматогенеза
- 2) II стадия сперматогенеза
- 3) III стадия сперматогенеза
- 4) V стадия сперматогенеза**
- 5) VI стадия сперматогенеза

064. НАЛИЧИЕМ РАННИХ (КРУГЛЫХ) И БОЛЕЕ ПОЗДНИХ (УДЛИНЕННЫХ) СПЕРМАТИД ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1) I стадии сперматогенеза**
- 2) II стадии сперматогенеза
- 3) IV стадии сперматогенеза
- 4) V стадии сперматогенеза

5) VI стадии сперматогенеза

065. НАЛИЧИЕ СОЗРЕВАЮЩИХ СПЕРМАТИД И ИХ ВЫДЕЛЕНИЯ В ПРОСВЕТ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

1) I стадии сперматогенеза

2) II стадии сперматогенеза

3) III стадии сперматогенеза

4) IV стадии сперматогенеза

5) VI стадии сперматогенеза

16

066. НАЛИЧИЕ ТОЛЬКО ОДНОЙ ГЕНЕРАЦИИ СПЕРМАТИД – ЗРЕЛЫЕ СПЕРМАТИДЫ, ВЫСВОБОЖДАЮЩИЕСЯ В ПРОСВЕТ КАНАЛЬЦА, ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

1) I стадии сперматогенеза

2) II стадии сперматогенеза

3) III стадии сперматогенеза

4) IV стадии сперматогенеза

5) V стадии сперматогенеза

067. ПЕРВИЧНЫМИ И ВТОРИЧНЫМИ СПЕРМАТОЦИТАМИ, ПОДВЕРГАЮЩИМИСЯ ПЕРВОМУ И ВТОРОМУ МЕЙОТИЧЕСКОМУ ДЕЛЕНИЮ, А ТАКЖЕ НАЛИЧИЕМ ВТОРИЧНЫХ СПЕРМАТОЦИТОВ В ИНТЕРФАЗЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1) I стадия сперматогенеза

2) III стадия сперматогенеза

3) IV стадия сперматогенеза

4) V стадия сперматогенеза

5) VI стадия сперматогенеза

068. ЧАСТОТА ЭЯКУЛЯЦИЙ ВЛИЯЕТ НА СКОРОСТЬ СПЕРМАТОГЕНЕЗА СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ

1) тормозит

2) ускоряет

3) подавляет

4) не влияет

5) стимулирует

069. САМАЯ РАСПРОСТРАНЕННАЯ ИНФЕКЦИЯ ПЕРЕДАЮЩАЯСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

1) хламидиоз

2) трихомониаз

3) уреаплазмоз

4) гонорея

5) сифилис

070. НА У-ХРОМОСОМЕ РАСПОЛОЖЕНО

1) 24 гена

2) 34 гена

3) 42 гена

4) 44 гена

5) 26 генов

071. ЗАБОЛЕВАНИЕ СЦЕПЛЕННОЕ С X-ХРОМОСОМОЙ, ПРИ КОТОРОМ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ СПИНАЛЬНАЯ И БУЛЬБАРНАЯ МЫШЕЧНАЯ СЛАБОСТЬ, НАЗЫВАЕТСЯ

1) синдром Колмана

2) синдром Клайнфельтера

3) болезнь Кеннеди

4) синдром Прадера Вили

5) синдрома Дель-Кастильо

072. ОЖИРЕНИЕ, ОЛИГОФРЕНИЯ, ИНФАЛЬТИВНАЯ ГИПОТОНΙΑ, ГИПОГОНАДОТРОПНЫЙ ГИПОГОНАДИЗМ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

1) синдрома Колмана

2) синдрома Клайнфельтера

3) болезни Кеннеди

4) синдрома Прадера Вили

5) синдрома Дель-Кастильо

073. СИНДРОМ, ДЛЯ КОТОРОГО ХАРАКТЕРНЫ ВЫРАЖЕННОЕ

НАРУШЕНИЕ ПОДВИЖНОСТИ СПЕРМАТОЗОИДОВ, ХРОНИЧЕСКИЙ
СИНУСИТ; БРОНХОЭКТАЗЫ, НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) синдром Колмана
- 2) синдром Клайнфельтера
- 3) болезнь Кеннеди
- 4) синдром Прадера Вили

5) синдром Картагенера

074. К ВРОЖДЕННЫМ ВИДАМ ГИПЕРГОНАДОТРОПНОГО
ГИПОГОНАДИЗМА ОТНОСЯТ

- 1) синдром Колмана
- 2) синдром Клайнфельтера**
- 3) синдром Лоренса-Муна

4) синдром Прадера Вили

5) гипопизарный нанизм

075. ПРОТОК ПРИДАТКА ОБРАЗУЮТ

1) 3-5 семявыносящих канальцев

2) 6-12 семявыносящих канальцев

3) 20-30 семявыносящих канальцев

4) 15- 20 семявыносящих канальцев

5) 25 - 30 семявыносящих канальцев

18

076. ИЗ МЮЛЛЕРОВА ПРОТОКА В МУЖСКОМ ОРГАНИЗМЕ
ФОРМИРУЕТСЯ

1) мужская маточка

2) придаток яичка

3) семявыносящий проток

4) уретра

5) семенные пузырьки

077. ИЗ МЮЛЛЕРОВА ПРОТОКА В ЖЕНСКОМ ОРГАНИЗМЕ
ФОРМИРУЕТСЯ

1) Бартолиновы железы

2) маточная труба

3) мочевого пузырь

4) уретра

5) яичник

078. ИЗ ВОЛЬФОВОГО ПРОТОКА В МУЖСКОМ ОРГАНИЗМЕ
ФОРМИРУЕТСЯ

1) мужская маточка

2) придаток яичка

3) половой член

4) уретра

5) мошонка

079. ИЗ ВОЛЬФОВОГО ПРОТОКА В МУЖСКОМ ОРГАНИЗМЕ
ФОРМИРУЕТСЯ

1) мужская маточка

2) мошонка

3) семявыносящий проток

4) уретра

5) мочевого пузырь

080. ИЗ МОЧЕПОЛОВОГО СИНУСА В МУЖСКОМ ОРГАНИЗМЕ
РАЗВИВАЕТСЯ

1) мужская маточка

2) сеть яичка

3) семявыносящий проток

4) мочевого пузырь

5) мошонка

081. МОНОРХИЗМ, ИСХОДЯ ИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ЭМБРИОГЕНЕЗА,
ЧАСТО СОЧЕТАЕТСЯ У МУЖЧИН С

1) аплазией почки

2) истинным гермафродитизмом

3) гидронефрозом

4) удвоением почки

5) ложным гермафродитизмом

082. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У МАЛЬЧИКОВ С ЭПИСПАДИЕЙ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) **70%**
- 2) 100%
- 3) 50 %
- 4) 40 %
- 5) 10 %

083. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ДЕВОЧЕК С ЭПИСПАДИЕЙ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 70%
- 2) **100%**
- 3) 50 %
- 4) 40%
- 5) 10%

084. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ВАРИКОЦЕЛЕ У МУЖЧИН СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 2-10%
- 2) 20-30%
- 3) 30-40%
- 4) **10-15 %**
- 5) до 1%

085. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ВАРИКОЦЕЛЕ У МУЖЧИН, СТРАДАЮЩИХ БЕСПЛОДИЕМ, СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 2-10%
- 2) 20-30%
- 3) **35-40 %**
- 4) 10-15%
- 5) до 1%

086. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЕСЯ ОСЛОЖНЕНИЕ ОПЕРАЦИИ ИВАНИССЕВИЧА

- 1) атрофия яичка
- 2) рецидивварикоцеле
- 3) **гидроцеле**
- 4) кровотечение
- 5) эпидидимит

087. ПРИ ОПЕРАЦИИ ИВАНИССЕВИЧА, СОПРОВОЖДАЮЩЕЙСЯ ЛИГИРОВАНИЕМ ЛИМФОТИЧЕСКИХ СОСУДОВ РАЗВИВАЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ ОСЛОЖНЕНИЕ

- 1) атрофия яичка
- 2) рецидивварикоцеле
- 3) **гидроцеле**
- 4) кровотечение
- 5) эпидидимит

Раздел «Хирургические аспекты»

088. ОПТИМАЛЬНЫЕ СРОКИ ВЫПОЛНЕНИЯ УРЕТРОПЛАСТИКИ ПРИ ГИПОСПАДИИ

- 1) 3-5 лет
- 2) **5-7 лет**
- 3) 9-11 лет
- 4) 12-13 лет
- 5) 14-15 лет

089. ПРИЧИНОЙ ВРОЖДЕННОГО ГИДРОНЕФРОЗА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ЧАШЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) пузырно-мочеточниковый рефлюкс
- 2) стриктура пиелоуретерального сегмента
- 3) **клапан пиелоуретерального сегмента**
- 4) аберрантный сосуд
- 5) камень мочеточника

090. ПРИ НОРМОТЕНЗИИ В ПОЧЕЧНОЙ ВЕНЕ У БОЛЬНОГО

ВАРИКОЦЕЛЕ III СТЕПЕНИ ЦЕЛЕСООБРАЗНА

1) операция Иваниссевича

2) рентгенэндоваскулярная окклюзия v. spermaticae internae

3) проксимальный тестикулосафенный венозный анастомоз

4) проксимальный тестикулоилиакальный венозный анастомоз

5) иссечение вен семенного канатика

091. СПОСОБ, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНО

ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ БРЮШНОЙ КРИПТОРХИЗМ И МОНОРХИЗМ

1) радиоизотопная сцинтиграфия

2) тестикулоангиография

3) компьютерная томография

4) лапароскопия

5) решающего способа нет, показан комплекс обследований

092. ЭКСТРОФИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

1) расхождением лонного сочленения

2) гипоспадий

3) вторичным камнеобразованием

4) хроническим пиелонефритом

5) ХПН

093. ЭКСТРОФИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

1) вторичным камнеобразованием

2) гипоспадий

3) тотальной эписпадией

4) хроническим пиелонефритом

5) ХПН

094. ПРИ ЭКСТРОФИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ОПТИМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

1) создание изолированного мочевого пузыря

2) пересадка изолированных мочеточников в сигмовидную кишку

3) реконструктивно-пластические операции, направленные на пластику передней стенки мочевого пузыря и брюшной стенки

4) пересадка мочеточников вместе с мочепузырным треугольником в сигмовидную кишку с антирефлюксной защитой

5) уретерокутанеостомия

095. ОТСУТСТВУЮЩАЯ В КЛАССИФИКАЦИИ ФОРМА ЭПИСПАДИИ

1) тотальная (полная)

2) эписпадия головки

3) эписпадия ствола полового члена

4) субсимфизарная

5) венечной борозды

096. ОПТИМАЛЬНЫЙ СРОК ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТОТАЛЬНОЙ ЭПИСПАДИИ В ВОЗРАСТЕ

1) до 1 года

2) 1-3 года

3) 4-5 лет

4) 6-8 лет

5) 9-15 лет

22

097. ОТСУТСТВУЮЩАЯ В КЛАССИФИКАЦИИ ФОРМА ГИПОСПАДИИ У МАЛЬЧИКОВ

1) венечной борозды (околовенечная)

2) «гипоспадия без гипоспадии»

3) стволовая

4) тотальная (полная)

5) мошоночная (промежностная)

098. ОПТИМАЛЬНЫЙ ВОЗРАСТ ВЫПОЛНЕНИЯ I ЭТАПА ПЛАСТИКИ ПО ПОВОДУ ГИПОСПАДИИ

1) новорожденные и грудные дети

2) 1-2 года

3) 3-4 года

4) 5-6 лет

5) 7-10 лет

099. ОПТИМАЛЬНЫЙ ВОЗРАСТ ВЫПОЛНЕНИЯ ПЛАСТИКИ УРЕТРЫ ПРИ ГИПОСПАДИИ

1) 3-5 лет

2) 6-7 лет

3) 9-10 лет

4) 12-14 лет

5) 13-15 лет

100. ОПТИМАЛЬНЫЙ ВОЗРАСТ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ МЕАТОТОМИИ ПРИ ГИПОСПАДИИ

1) 1-2 года

2) 3-5 лет

3) 6-8 лет

4) при установлении диагноза

5) в пубертатном периоде

101. ПРОГНОЗ ФЕРТИЛЬНОСТИ ПРИ ПАХОВОМ КРИПТОРХИЗМЕ ПРИ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СОХРАННОСТИ ПАРЕНХИМЫ ЯИЧКА, ЗАВИСИТ В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ

1) от генетического пола

2) от сроков выполнения операции

3) от степени морфологических нарушений стромы яичка

4) от тяжести нарушения кровоснабжения яичка

5) от сроков пребывания яичка в паховом канале

102. ПРОГНОЗ ФЕРТИЛЬНОСТИ ПРИ ПАХОВОМ КРИПТОРХИЗМЕ ПРИ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СОХРАННОСТИ ПАРЕНХИМЫ ЯИЧКА, ЗАВИСИТ В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ

1) от генетического пола

2) от сроков выполнения операции

3) от степени морфологической зрелости герминативного эпителия

4) от тяжести нарушения кровоснабжения яичка

5) от выраженности обструктивных изменений семявыносящих протоков

103. ОСНОВНОЙ ПРИНЦИП ОРХОПЕКСИИ

1) низведение яичка без натяжения элементов семенного канатика

2) надежная фиксация яичка к мясистой оболочке

3) пересечение мышцы, поднимающей яичко

4) создание условий для постоянной тракции и вытяжения

5) надежная фиксация к бедру

104. ДЛЯ ПАХОВОЙ РЕТЕНЦИИ ЯИЧКА (ПАХОВОГО КРИПТОРХИЗМА) ХАРАКТЕРНО

1) смещение яичка при пальпации в сторону бедра

2) умеренное смещение яичка при пальпации по ходу пахового канала

3) отсутствие яичка при пальпации

4) мошонка развита симметрично

5) яичко смещается к промежности

105. ДЛЯ ПАХОВОЙ РЕТЕНЦИИ ЯИЧКА (ПАХОВОГО КРИПТОРХИЗМА) ХАРАКТЕРНО

1) смещение яичка при пальпации в сторону бедра

2) смещение яичка при пальпации на промежность

3) отсутствие яичка при пальпации

4) недоразвитие соответствующей половины мошонки

5) яичко смещается при пальпации в сторону полового члена

106. ДЛЯ ПАХОВОЙ ЭКТОПИИ ЯИЧКА ХАРАКТЕРНО

1) яичко расположено под кожей и смещается по ходу пахового канала

2) яичко расположено под кожей и смещается в сторону бедра

3) яичко не пальпируется

4) яичко определяется на промежности

5) яичко периодически самостоятельно опускается в мошонку

107. ПРИЧИНОЙ БОЛЕЕ ЧАСТОГО ВОЗНИКНОВЕНИЯ

ИДИОПАТИЧЕСКОГО ВАРИКОЦЕЛЕ СЛЕВА ЯВЛЯЕТСЯ

1) врожденное отсутствие клапанов в яичковой вене

2) аорто-мезентериальный "пинцет"

3) стеноз почечной вены и почечная венная гипертензия

4) наличие артерио-венозной фистулы

5) кольцевидная почечная вена

108. РЕБЕНОК 1,5 ЛЕТ. ВЫШЕ ЯИЧКА ПАЛЬПИРУЕТСЯ ОКРУГЛОЕ

ОБРАЗОВАНИЕ ЭЛАСТИЧЕСКОЙ КОНСИСТЕНЦИИ,

БЕЗБОЛЕЗНЕННОЕ, НЕ СПАЯННОЕ С ОКРУЖАЮЩИМИ ТКАНЯМИ.

СИМПТОМ ДИАФАНОСКОПИИ (+). ВАШ ДИАГНОЗ

1) гидроцеле

2) крипторхизм

3) полиорхизм

4) фуникулоцеле

5) паховая грыжа

109. МАЛЬЧИК 13 ЛЕТ. ВНЕЗАПНО ПОЯВИЛАСЬ БОЛЬ В ПРАВОМ

ЯИЧКЕ. ПРИ ОСМОТРЕ: ОТЕК И ГИПЕРЕМИЯ МОШОНКИ.

ПАЛЬПАТОРНО: ЯИЧКО УВЕЛИЧЕНО, УПЛОТНЕНО, РЕЗКО

БОЛЕЗНЕННО. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН ДИАГНОЗ

1) острый орхит

2) спонтанное кровоизлияние в яичко

3) перекрут яичка

4) ущемленная паховая грыжа

5) острый эпидидимит

110. ТРАВМА МОШОНКИ У РЕБЕНКА. ПРИ ОСМОТРЕ: ВЫШЕ ЯИЧКА В

ТОЛЩЕ ТКАНЕЙ СЕМЕННОГО КАНАТИКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

ГЕМАТОМА. ЯИЧКО И ПРИДАТОК НЕ ИЗМЕНЕНЫ. ДАЛЬНЕЙШАЯ

ТАКТИКА

1) тепловые процедуры

2) компресс с мазью Вишневского

3) скрототомия и ревизия семенного канатика

4) суспензорий

5) физиолечение антибиотиками

111. ТРАВМА МОШОНКИ У РЕБЕНКА. ПРИ ОСМОТРЕ ВЫШЕ ЯИЧКА В

ТОЛЩЕ ТКАНЕЙ МОШОНКИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ

ГЕМАТОМА. ЯИЧКО И ПРИДАТОК, ПО ДАННЫМ УЗ-ИССЛЕДОВАНИЯ,

НЕ ИЗМЕНЕНЫ. ДАЛЬНЕЙШАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА

1) тепловые процедуры

2) компресс с мазью Вишневского

3) скрототомия, ревизия мошонки, опорожнение гематомы

4) суспензорий

5) физиолечение антибиотиками

112. ОПТИМАЛЬНЫМ ДОСТУПОМ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ КЛАПАНОВ

ЗАДНЕЙ УРЕТРЫ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1) надлобковый доступ

2) надлобковый доступ с рассечением лонного сочленения

3) промежностный доступ

4) трансуретральный доступ

5) позадилонный

113. РЕБЕНОК 3 ГОДА. ПАХОВАЯ ГРЫЖА В СОЧЕТАНИИ С

КРИПТОРХИЗМОМ, ВЫРАЖЕННЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ. СЛЕДУЕТ

НАЗНАЧИТЬ

1) гормональную терапию

2) оперативное лечение в плановом порядке

3) экстренное оперативное вмешательство

4) оперативное лечение в возрасте старше 5 лет

5) короткий курс гормональной терапии и оперативное лечение

114. МИНИМАЛЬНЫЙ СРОК, КОТОРЫЙ НЕОБХОДИМО ВЫДЕРЖАТЬ

МЕЖДУ ВЫПОЛНЕНИЕМ I-ГО И II-ГО ЭТАПОВ ОПЕРАЦИИ ПО

ПОВОДУ ГИПОСПАДИИ (ПРИ УСЛОВИИ ПОЗДНЕГО ВЫПОЛНЕНИЯ

ПЕРВОГО ЭТАПА), СОСТАВЛЯЕТ

1) не менее 1 месяца

2) не менее 3 месяцев

3) не менее 6 месяцев

4) до 1 года

5) до 2 лет

115. НЕНАПРЯЖЕННАЯ ВОДЯНКА ОБОЛОЧЕК ЯИЧКА У

ГОДОВОЛОГО МАЛЬЧИКА ВЕРОЯТНЕЕ ВСЕГО ОБУСЛОВЛЕНА

1) повышенным внутриутробным давлением

2) диспропорцией между кровеносной и лимфатической системами

3) травмой пахово-мошоночной области

4) незаращением вагинального отростка брюшины

5) инфекцией мочевых путей

116. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПОЛИОРХИЗМА ДОСТАТОЧНО

1) пальпации наружных мужских половых органов

2) перкуссии наружных мужских половых органов

3) данных осмотра, пальпации наружных мужских половых органов и лапароскопии

4) рентгенографии брюшной полости

5) диафаноскопии наружных мужских половых органов

117. СИНОРХИДИЗМ - ЭТО

1) перекрестная дистопия яичек

2) врожденное отсутствие яичек

3) внутрибрюшинное сращение яичек

4) наличие одного яичка

5) гипотрофия яичек

118. АНОРХИЗМ - ЭТО

1) двустороннее неопущение яичек

2) гермафродитизм

3) гонадная агенезия

4) врожденная гипоплазия яичек

5) синдром феминизирующих яичек

119. ЭКСТРОФИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

1) фимозом, меатостенозом

2) гипоспадиями, крипторгизмом

3) меатостенозом, стриктурой уретры

4) склерозом шейки мочевого пузыря

5) расхождением лонного сочленения, тотальной эписпадией

120. ПРИ ЭКСТРОФИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯВЛЯЮТСЯ

1) микро- и макрогематурия

2) мочевые диатезы

3) пиелонефрит и камни почек

4) артериальная гипертензия

5) хилурия

121. ПОЛОВОЙ ЧЛЕН ПРИ ГИПОСПАДИИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ

ГИПЕРТРОФИРОВАННОГО КЛИТОРА ПРИ ЛОЖНОМ ЖЕНСКОМ ГЕРМАФРОДИТИЗМЕ

1) отсутствием крайней плоти на волярной поверхности

2) крайняя плоть переходит с тыльной поверхности на волярную

3) крайняя плоть сохранена только на волярной поверхности

27

4) сколько-нибудь достоверных отличий нет; требуется

определение генетического пола

5) показан комплекс обследований для определения истинного пола

122. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ КЛАПАНА ЗАДНЕЙ УРЕТРЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1) восходящая уретрография

2) инфузионная урография

3) микционная цистоуретрография

4) цистоскопия

5) урофлоуметрия

123. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ В ДИАГНОСТИКЕ

КЛАПАНОВ ЗАДНЕЙ УРЕТРЫ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1) цистоскопия

2) уретроскопия

3) микционная цистоуретрография

4) микционная цистоуретрокинематография

5) полипозиционная цистография

124. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ОБСТРУКЦИИ
УРЕТРЫ КЛАПАНОМ ХАРАКТЕРНО В ВОЗРАСТЕ

1) новорожденности и грудном

2) 1-3 лет

3) 3-5 лет

4) 5-7 лет

5) старше 7 лет

125. НЕНАПРЯЖЕННАЯ ВОДЯНКА ОБОЛОЧЕК ЯИЧКА У МАЛЬЧИКА
1.5 ЛЕТ ОБУСЛОВЛЕНА

1) повышенным внутриутробным давлением

2) диспропорцией между кровеносной и лимфатической
системами

3) травмой пахово-мошоночной области

4) незаращением вагинального отростка брюшины

5) инфекцией мочевых путей

126. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО 2-Х ЛЕТ С НЕНАПРЯЖЕННОЙ ВОДЯНКОЙ
ОБОЛОЧЕК ЯИЧКА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

1) наблюдение в динамике

2) пункцию оболочек с эвакуацией жидкости

3) повторные пункции с введением гидрокортизона

4) оперативное лечение в плановом порядке

5) назначение гормональных препаратов

127. ЛОЖНАЯ РЕТЕНЦИЯ ЯИЧКА ОБУСЛОВЛЕНА

1) нарушением процессов опускания яичка в мошонку

2) гормональным дисбалансом

3) нарушением гормональной регуляции на уровне гипофиз
гипоталамус

4) повышением кремастерного рефлекса

5) антенатальной патологией

128. ДЛЯ ПЕРЕКРУТА ЯИЧКА ХАРАКТЕРНО

1) постепенное начало, слабо выраженный болевой синдром

2) внезапное начало, «светлый» промежуток, далее гиперемия
мошонки, постепенное нарастание отека

**3) внезапное начало, быстро нарастающий отек мошонки,
выраженный болевой синдром, гиперемия мошонки**

4) умеренная гиперемия и отек мошонки без болевого симптома

5) симптоматика зависит от возраста

129. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ ДИАФАНОСКОПИИ ХАРАКТЕРЕН

1) для опухоли яичка

2) для острого орхита

3) для водянки оболочек яичка

4) для пахово-мошоночной грыжи

5) для гематоцеле

130. ХРОНИЧЕСКИЙ ЦИСТИТ У МУЖЧИН ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА ЧАЩЕ
ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ

1) болезни Мариона

2) простатита

3) склероза предстательной железы

4) сахарного диабета

5) фимоза

131. ХРОНИЧЕСКИЙ ЦИСТИТ У МУЖЧИН ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА ЧАЩЕ
ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ ТАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК

1) меатостеноз

2) везикулит

3) стриктура уретры

4) сахарный диабет

5) болезнь Мариона

132. ОСЛОЖНЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА

1) гиперплазия (аденома) предстательной железы

2) склероз простаты

3) везикулит, цистит

4) карбункул

5) крауроз

133. СКРЫТАЯ ЛЕЙКОЦИТУРИЯ ВЫЯВЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ

1) клинического анализа мочи

2) метода Каковского - Аддиса

3) пробы Нечипоренко

4) преднизолонового теста

5) 3-х стаканной пробы

134. СКРЫТАЯ ЛЕЙКОЦИТУРИЯ ВЫЯВЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ

1) клинического анализа мочи

2) метода Каковского - Аддиса

3) пробы Нечипоренко

4) пирогеналового теста

5) 3-х стаканной пробы

135. ВОЗБУДИТЕЛЯМИ МОЧЕПОЛОВОГО ТРИХОМОНОЗА ЯВЛЯЮТСЯ

1) дрожжеподобные грибы

2) L-формы бактерий

3) простейшие класса жгутиковых

4) амёбы

5) вирусы

136. УРЕТРОГРАФИЯ ПОКАЗАНА ПРИ

1) остром уретрите

2) остром простатите и везикулите

3) подозрении на стриктуру уретры

4) торпидном течении уретрита

5) колликулите

137. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО УРЕТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

1) приапизм

2) геморрой

3) простатит

4) везикулит

5) баланопостит

138. БАЛАНОПОСТИТ - ЭТО ВОСПАЛЕНИЕ

1) семенных пузырьков

2) семенного бугорка

3) парауретральных желез

4) крайней плоти

5) кожи мошонки

139. БАЛАНОПОСТИТ - ЭТО ВОСПАЛЕНИЕ

1) семенных пузырьков

2) семенного бугорка

3) парауретральных желез

4) головки полового члена

5) кожи мошонки

140. КАВЕРНИТ - ЭТО

1) воспаление пещеристых тел полового члена

2) фибропластическая индурация полового члена

3) флеботромбоз кожи полового члена

4) воспаление спонгиозного тела уретры

5) крайней плоти полового члена

141. ПАРАФИМОЗ - ЭТО

1) сужение отверстия крайней плоти полового члена

2) ущемление головки полового члена суженным отверстием крайней плоти

3) воспаление пещеристого тела полового члена

4) воспаление вен полового члена

5) воспаление кожи мошонки

142. ПРИ ФИБРОПЛАСТИЧЕСКОЙ ИНДУРАЦИИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1) отсутствие эрекции
- 2) наличие бляшек хрящевой консистенции в белочной оболочке кавернозных тел полового члена**
- 3) гиперемия кожи полового члена
- 4) абсцедирование кавернозных тел
- 5) наличие бляшек хрящевой консистенции в спонгиозном теле полового члена

143. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИАПИЗМА СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ С

- 1) перемежающимися ночными эрекциями

2) кавернитом

- 3) гангреной Фурнье
- 4) пролонгированной эрекцией
- 5) болезнью Пейрони

144. ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТА ОТ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ В ТЕЧЕНИЕ 6 ЧАСОВ ПРИ ПРИАПИЗМЕ НЕОБХОДИМО ПРОИЗВЕСТИ

- 1) разрез белочной оболочки кавернозных тел полового члена
- 2) резекция пещеристых тел полового члена

3) наложение спонгио-кавернозного анастомоза

- 4) гофрирование белочной оболочки
- 5) эмускулинизацию

145. ДЛЯ ОСТРОГО ЭПИДИДИМИТА ХАРАКТЕРНО

1) повышение температуры тела с первых дней заболевания

- 2) повышение температуры тела на 3-4-е сутки заболевания
- 3) повышение температуры тела на 5-6-е сутки заболевания
- 4) нормальная температура тела в течение всего заболевания
- 5) пониженная температура тела в течение всего заболевания

146. ПОЯВЛЕНИЕ БОЛЕЙ В ПАХОВОЙ ОБЛАСТИ И В ЖИВОТЕ ПРИ ОСТРОМ ЭПИДИДИМИТЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ВОЗНИКНОВЕНИИ

- 1) простатита

2) фуникулита

- 3) острого аппендицита
- 4) колита
- 5) орхоэпидидимита

147. ОСТРЫЙ ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭПИДИДИМИТ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

1) перекрутом яичка и некрозом гидатид Морганы

- 2) простатитом, везикулитом, колликулитом
- 3) кавернитом, болезнью Пейрони
- 4) гангреной Фурнье
- 5) баланопоститом

148. ОСТРЫЙ ИНФЕКЦИОННЫЙ ОРХОЭПИДИДИМИТ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

- 1) простатитом

2) перекрутом яичка

- 3) кавернитом
- 4) колликулитом
- 5) кистой придатка

149. В ВОЗНИКНОВЕНИИ ПРОСТАТИТА ГЛАВНУЮ РОЛЬ ИГРАЮТ

- 1) хронические очаги инфекции
- 2) условия труда
- 3) общее состояние организма
- 4) ранее перенесенные болезни

5) инфекции, передающиеся половым путем

150. ИНФИЦИРОВАНИЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОИСХОДИТ

- 1) гематогенным путем
- 2) лимфогенным путем

3) восходящим путем

- 4) алиментарным
- 5) уриногенным

151. ОСЛОЖНЕНИЕМ ОСТРОГО ПРОСТАТИТА МОЖЕТ БЫТЬ

- 1) острый холецистит
- 2) уретрит
- 3) артрит

4) абсцесс предстательной железы

- 5) баланопостит

152. ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ТУБЕРКУЛЕЗА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) никтурия
- 2) олигурия
- 3) инициальная гематурия
- 4) боли в эпигастральной области

5) выделение гноя из уретры

153. К МЕСТНЫМ ИЗМЕНЕНИЯМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЯИЧКА И ЕГО ПРИДАТКА, ОТНОСЯТ

- 1) увеличение, уплотнение, болезненность придатка яичка, болезненность семенного канатика
- 2) реактивную водянку оболочек яичка
- 3) сращение придатка и яичка плотными спайками
- 4) утолщенный, болезненный семенной канатик

5) увеличение, уплотнение, бугристость хвоста придатка яичка, четкообразный семявыносящий проток

154. ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ПРИДАТКА ЯИЧКА ЧАЩЕ ВСЕГО ПОРАЖАЕТСЯ

- 1) тело придатка
- 2) **хвост придатка**
- 3) головка придатка
- 4) весь придаток

- 5) придаток и ткань яичка

155. ПРИ ОСТРО ВОЗНИКШЕМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ПРИДАТКА ЯИЧКА КАТЕГОРИЧЕСКИ ПРОТИВОПОКАЗАНО

- 1) покой
- 2) иммобилизации мошонки (суспензорий)
- 3) антибактериальной терапии

4) тепловые процедуры и физиотерапевтического лечения

- 5) блокада семенного канатика с антибиотиками

156. ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ПРИДАТКА ПРОИЗВОДЯТ

- 1) **эпидидимэктомию**
- 2) гемикастрацию
- 3) эпидидимэктомию с резекцией яичка
- 4) двустороннюю эпидидиэктомию
- 5) эпидидимэктомию с вазорезекцией с противоположной стороны

157. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО ПОСЛЕ БЕЗУСПЕШНОЙ КОНСЕРВАТИВНОЙ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ТЕРАПИИ ПРИДАТКА ЯИЧКА В ТЕЧЕНИЕ

- 1) 1 месяца
- 2) **2-х месяцев**
- 3) 3-х месяцев
- 4) 6-ти месяцев
- 5) 1 года

158. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ МОЧЕПОЛОВОГО ТРИХОМОНИАЗА ЯВЛЯЕТСЯ

1) микроскопия нативных и окрашенных препаратов уретрального отделяемого

- 2) культуральное исследование
- 3) иммунологические методы
- 4) микроскопия осадка средней порции мочи
- 5) кожно-аллергические пробы с бактериальными аутовакцинами

159. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ МОЧЕПОЛОВОГО ТРИХОМОНИАЗА ЯВЛЯЕТСЯ

1) микроскопия нативных и окрашенных препаратов секрета предстательной железы

- 2) культуральное исследование

- 3) иммунологические методы
- 4) микроскопия осадка средней порции мочи
- 5) кожно-аллергические пробы с бактериальными аутовакцинами

160. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ МОЧЕПОЛОВОГО ТРИХОМОНИАЗА ЯВЛЯЕТСЯ

1) микроскопия нативных и окрашенных препаратов спермы

- 2) культуральное исследование
- 3) иммунологические методы
- 4) микроскопия осадка средней порции мочи
- 5) кожно-аллергические пробы с бактериальными аутовакцинами

161. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ЗАДНЕГО УРЕТРИТА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) приапизм
- 2) геморрой

3) простатит

- 4) болезнь Пейрони
- 5) баланопостит

162. ВЕРОЯТНЫМ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ СПЕЦИФИЧЕСКОГО УРЕТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) колит
- 2) геморрой

3) артрит

- 4) везикулит
- 5) баланопостит

163. ПРИ УРЕТРАЛЬНОЙ ЛИХОРАДКЕ ПОКАЗАНА

1) интенсивная антибактериальная и инфузионная терапия

- 2) интенсивная антибактериальная и местная терапия
- 3) цистостомия с последующей антибактериальной и местной терапией
- 4) физиотерапевтические мероприятия
- 5) физиотерапевтическое лечение

164. ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ТЕРМИЧЕСКИХ, ХИМИЧЕСКИХ И ТРАВМАТИЧЕСКИХ УРЕТРИТАХ ПОКАЗАНО

- 1) установление постоянного катетера в сочетании с интенсивной антибактериальной терапией
- 2) интенсивная антибактериальная и местная терапия

3) цистостомия с последующей антибактериальной и местной терапией

- 4) лучевая терапия
- 5) физиотерапевтическое лечение

165. ФИБРОПЛАСТИЧЕСКАЯ ИНДУРАЦИЯ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) гиперемией кожи полового члена
- 2) наличием уплотнений в кавернозных телах полового члена
- 3) абсцедированием кавернозных тел
- 4) отсутствием эрекции

5) деформацией полового члена

166. ФИБРОПЛАСТИЧЕСКАЯ ИНДУРАЦИЯ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) гиперемией кожи полового члена
- 2) наличием уплотнений в кавернозных телах полового члена
- 3) абсцедированием кавернозных тел
- 4) отсутствием эрекции

5) болезненной эрекцией

167. ФИБРОПЛАСТИЧЕСКАЯ ИНДУРАЦИЯ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) гиперемией кожи полового члена
- 2) наличием уплотнений в кавернозных телах полового члена
- 3) абсцедированием кавернозных тел
- 4) отсутствием эрекции

5) наличием «бляшек» хрящевой консистенции в белочной

оболочке и кавернозных телах полового члена

168. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПРИАПИЗМА И ЭРЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) латеральное искривление полового члена
- 2) фимоз
- 3) гангрена Фурнье

4) отсутствие кровенаполнения спонгиозного тела уретры

- 5) отсутствие кровенаполнения одного из кавернозных тел

169. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ЭПИДИДИМООРХИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) травма органов мошонки
- 2) половые излишества
- 3) переохлаждение
- 4) расстройство мочеиспускания

5) грамотрицательные уропатогены

170. ПРИ АБСЦЕССЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОКАЗАНО

- 1) установление постоянного катетера антибактериальная терапия
- 2) инстилляции уретры антибактериальная терапия
- 3) интенсивная антибактериальная, инфузионная и детоксикационная терапия

4) вскрытие и дренирование полости абсцесса предстательной железы антибактериальная, инфузионная и детоксикационная терапия

- 5) трансуретральная резекция предстательной железы антибактериальная инфузионная и детоксикационная терапия

171. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВЕЗИКУЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) экскреторная урография
- 2) анализ секрета предстательной железы
- 3) уретроцистография

4) ультразвуковое исследование семенных пузырьков

- 5) микционная цистография

172. МОЛОДОЙ МУЖЧИНА ВО ВРЕМЯ БУРНОГО ПОЛОВОГО АКТА ОЩУТИЛ РЕЗКУЮ БОЛЬ В ОБЛАСТИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА. ЭРЕКЦИЯ ИСЧЕЗЛА. НА ГЛАЗАХ НАРОСЛА ГЕМАТОМА В ОБЛАСТИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА. ДИАГНОЗ И ДАЛЬНЕЙШАЯ ТАКТИКА

- 1) разрыв уретры – первичный шов уретры – эпицистостомия
- 2) перелом кавернозного тела – холод – антибиотики
- 3) острый кавернит – тепловые процедуры – антибиотики
- 4) перелом кавернозного тела – ушивание кавернозного тела

5) перелом кавернозного тела – ушивание кавернозного тела – антикоагулянты – антибиотики

173. ПОЛНЫЙ РАЗРЫВ УРЕТРЫ - ЭТО

- 1) разрыв слизистой оболочки
- 2) разрыв слизистой оболочки и кавернозного тела
- 3) интерстициальный разрыв
- 4) разрыв фиброзной оболочки и кавернозного тела

5) разрыв всех слоев уретры на ограниченном участке или по всей окружности

174. ОСНОВНОЙ СИМПТОМ ТРАВМЫ ПЕРЕДНЕЙ УРЕТРЫ

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

175. ЗАКРЫТАЯ ТРАВМА УРЕТРЫ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

- 1) повышением температуры тела
- 2) выделением крови из мочеиспускательного канала вне акта мочеиспускания
- 3) выделением мочи окрашенной кровью при мочеиспускании
- 4) наличием мочи в ране
- 5) вздутием живота

6) болью в области травмы с распространением в низ живота

176. ОСНОВНОЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ТРАВМЫ УРЕТРЫ

1) экскреторная урография

2) нисходящая цистоуретрография

3) восходящая уретроцистография

4) пневмоцистография

5) обзорная урография

177. ПРИ ДИАГНОСТИРОВАННОМ ПОВРЕЖДЕНИИ УРЕТРЫ, ОСЛОЖНЕННОМ УРОГЕМАТОМой, ПОКАЗАНО

1) цистостомия

2) установка постоянного катетера

3) цистостомия дренирование малого таза

4) цистостомия дренирование урогематомы через промежность
строгий постельный режим

5) цистостомия дренирование урогематомы проведение по уретре постоянного катетера

178. К РАННИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ТРАВМЫ УРЕТРЫ ОТНОСИТСЯ

1) уросепсис

2) стриктура уретры

3) флебиты таза и промежности, уросепсис

4) кровотечение

5) мочевые свищи

179. УРЕТРОРРАГИЯ ПРИ ТРАВМЕ ЛУКОВИЧНОГО ОТДЕЛА УРЕТРЫ МОЖЕТ ПРИНЯТЬ УГРОЖАЮЩИЙ ХАРАКТЕР В СЛУЧАЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ

1) слизистой уретры

2) пещеристых тел

3) предстательной железы

4) интерстиции уретры

5) уретроррагия при травме уретры никогда не принимает угрожающего характера

180. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ УШИБА ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ЯВЛЯЕТСЯ

1) разрыв белочной оболочки

2) нарастающая гематома в подкожной клетчатке

3) уретроррагия

4) боль при отсутствии гематомы

5) отек крайней плоти

181. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПОВРЕЖДЕНИЯ УРЕТРЫ ПРИ ТРАВМЕ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ЯВЛЯЕТСЯ

1) рези при мочеиспускании

2) задержка мочи

3) уретроррагия

4) вялая струя мочи

5) характерных признаков нет

182. ПОКАЗАНИЕ К АМПУТАЦИИ ПРИ ТРАВМЕ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

1) глубокое пересечение кавернозных тел и уретры

2) глубокие колото-резаные раны кавернозных тел

3) посттравматическая гангрена полового члена

4) травматический отрыв полового члена

5) глубокие укушенные раны кавернозных тел

183. ПРИ ЗАКРЫТОМ ПОВРЕЖДЕНИИ МОШОНКИ КРОВЬ (ГЕМАТОМА) РЕДКО СКАПЛИВАЕТСЯ

1) в мошоночном пространстве

2) снаружи влагалищной оболочки яичка

3) во влагалищной оболочке яичка

4) в перегородке мошонки

5) одинаково часто в любом перечисленном отделе

184. ПРИ ОСТРОЙ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ УРЕТРЫ КАТЕТЕРИЗАЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

1) показана не позднее 2-3 часов после травмы

2) показана спустя 6 часов после травмы

3) показана не позднее 12 часов после травмы

4) не показана совсем

5) показана при отсутствии признаков уретрита

185. МЕТОДОМ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОЙ ТРАВМЕ УРЕТРЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) цистостомия

2) первичный шов уретры

3) бужирование уретры

4) пластика уретры по Хольцову

5) пластика уретры по Соловову

186. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПОВРЕЖДЕНИЯ УРЕТРЫ НА УРЕТРОГРАММЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1) сдавление уретры без затеков контрастного вещества

2) заполнение контрастным веществом уретры без заполнения мочевого пузыря

3) наличие уретровенозных рефлюксов

4) затеки контрастного вещества за пределы просвета уретры

5) заполнение контрастным веществом уретры с заполнением мочевого пузыря, нижней трети мочеточников

187. РАННИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОВРЕЖДЕНИЯ УРЕТРЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1) мочевиные свищи

2) стриктура уретры

3) мочевиные затеки таза и промежности

4) бактериемический шок

5) уросепсис

188. РАННИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОВРЕЖДЕНИЯ УРЕТРЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1) мочевиные свищи

2) стриктура уретры

3) кровотечение

4) бактериемический шок

5) уросепсис

189. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ТРАВМ УРЕТРЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1) экскреторная урография

2) нисходящая цистоуретрография

3) восходящая уретроцистография

4) пневмоцистография

5) урофлоуметрия

190. ПРИ РАЗРЫВЕ ЛУКОВИЧНОГО ОТДЕЛА УРЕТРЫ ИСКЛЮЧЕН СИМПТОМ

1) уретроррагия

2) острая задержка мочи

3) пальпируемая на промежности урогематома

4) простаторея

5) гематома на промежности

191. ТРАВМА МОШОНКИ У МОЛОДОГО МУЖЧИНЫ. ПАЛЬПАТОРНО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ГЕМАТОМА НЕБОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ В ПРАВОЙ ПОЛОВИНЕ МОШОНКИ. ЯИЧКО И ПРИДАТОК НЕ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТСЯ. ДАЛЬНЕЙШАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА

1) суспензорий с мазью Вишневского

2) антибиотики

3) холод на мошонку

4) динамическое наблюдение

5) скротомия, ревизия яичка

192. НЕПРОНИКАЮЩИЙ РАЗРЫВ МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА – ЭТО

1) повреждение кавернозных тел полового члена

2) разрыв все слоев уретры по всей окружности

3) разрыв все слоев уретры на ограниченном участке

4) разрыв слизистой оболочки уретры

5) повреждение головки полового члена

193. РАДИКАЛЬНЫМ МЕТОДОМ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ

РАЗРЫВЕ УРЕТРЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1) цистостомия

2) первичный шов уретры

3) дренирование мочевого пузыря уретральным катетером уретры

4) пластика уретры по Хольцову

41

5) пластика уретры по Соловому

194. ПОСЛЕ УШИБА ЯИЧКА КРАЙНЕ МАЛОВЕРОЯТНО РАЗВИТИЕ

1) атрофии яичка

2) инфаркта яичка

3) невралгии

4) злокачественного перерождения

5) варикоцеле

195. ПРИ ПОСТРАВМАТИЧЕСКОЙ ГЕМАТОМЕ МОШОНКИ У ЮНОШИ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО

1) динамическое наблюдение

2) антибактериальная гемостатическая терапия

3) эксплоративнаяскрототомия, ревизия яичка, удаление сгустков крови, лигирование кровотокающего сосуда

4) постельный режим, холодные компрессы на область мошонки, ношение суспензория

5) ношение суспензория, физиолечение

196. МЕТОДОМ ПАЛЛИАТИВНОЙ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ РАЗРЫВЕ УРЕТРЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1) цистостомия установка катетера

2) первичный шов уретры

3) дренирование мочевого пузыря уретральным катетером

4) пластика уретры по Хольцову

5) пластика уретры по Соловому

197. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ЯВЛЯЕТСЯ

1) вывих, гематома

2) скальпирование, кровотечение

3) организовавшаяся гематома

4) ущемление полового члена

5) отрыв головки, перелом полового члена

198. ПРИ ПОСТРАВМАТИЧЕСКОМ ГЕМАТОЦЕЛЕ У МУЖЧИНЫ 45 ЛЕТ ПОКАЗАНО

1) динамическое наблюдение

2) холодные компрессы на мошонку антибиотики гемостатики

3) эксплоративнаяскрототомия, ревизия яичка, удаление сгустков крови, лигирование кровотокающего сосуда, при повреждении яичка: иссечение пролабирующей паренхимы яичка

4) ушивание белочной оболочки пункция гематоцеле гемостатики антибиотики

5) пункция гематоцеле холодные компрессы на мошонку гемостатики антибиотики

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

1) рак мочевого пузыря

2) хронический простатит

3) геморрой

4) аденома

5) фимоз

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

1) рак мочевого пузыря

2) хронический простатит

3) параректальный свищ

4) рак простаты

5) крауроз

201. ПОКАЗАНИЕМ К ОДНОМОМЕНТНОЙ ЧРЕСПУЗЫРНОЙ АДЕНОМЭКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) наличие аденомы 1-ой степени

2) наличие больших размеров аденомы 2 ст.

3) наличие уретерогидронефроз

4) наличие дивертикула мочевого пузыря

5) изнуряющая ноктурия

202. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ОТДАЛЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ РАКА ПРОСТАТЫ

1) в диафизах крупных трубчатых костей, ребрах, груди

2) в легких, печени, головном мозге

3) в костях таза, поясничного отдела позвоночника, шейке бедра

4) в печени, селезенке, кардиальном отделе желудка

5) в костях черепа, ребрах, груди

203. ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ БОЛЬНЫХ АДЕНОМОЙ ПРОСТАТЫ 3-ЕЙ СТАДИИ

1) спонтанный разрыв мочевого пузыря

2) ХПН

3) постренальная анурия + острый гнойный пиелонефрит

4) хронический обструктивный пиелонефрит + ХПН

5) острый необструктивный пиелонефрит

204. НЕОБХОДИМЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ТЕСТОМ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОПУХОЛЬ ЯИЧКА, ЯВЛЯЕТСЯ

1) реакция спермоагглюцинации

2) реакция спермоиммобилизации

3) определение хорионического гонадотропина (реакция Ашгейма-Цондека)

4) реакция иммунодиффузии по Манчини

5) реакция Е-розеткообразования

205. РАДИКАЛЬНАЯ ВНЕБРЮШИННАЯ ЛИМФАДЕНЭКТОМИЯ ПРИ ГЕРМИНОГЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ЯИЧЕК ПО АВТОРУ НОСИТ НАЗВАНИЕ ОПЕРАЦИИ

1) Янова

2) Мицубиси

3) Шевассю

4) Ашгейма-Цондека

5) Нагамацу

206. ЛОКАЛИЗАЦИЯ ЛИМФОГЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ЛЕВОГО ЯИЧКА

1) паракаважные лимфоузлы

2) парааортальные лимфоузлы

3) паховые лимфоузлы

4) лимфоузлы корня брыжейки

5) область ворот левой почки

207. ИЗ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ УРЕТРЫ У МУЖЧИН ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ

1) фиброма

2) остроконечная кондилома

3) карункул

4) полипы

5) папилломы

208. РАЗВИТИЮ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СПОСОБСТВУЮТ

1) хронический воспалительный процесс предстательной железы

2) гормональные нарушения в организме

3) наследственность

4) вирусная инфекция

5) половые излишества

209. НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТЕН ДЛЯ ЭКСКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ТИП РОСТА АДЕНОМАТОЗНЫХ УЗЛОВ

- 1) субвезикальный
- 2) интравезикальный
- 3) диффузный
- 4) субтригональный**
- 5) смешанный

210. ОСТРАЯ ЗАДЕРЖКА МОЧЕИСПУСКАНИЯ ПРИ АДЕНОМЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1) только в I стадии
- 2) только во II стадии
- 3) только в III стадии
- 4) в I и II стадиях

5) во всех стадиях

211. СТАДИЮ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОПРЕДЕЛЯЮТ

- 1) по величине (весу) аденомы предстательной железы
- 2) по степени нарушения функции почек (ХПН)

3) по степени утраты сократительной способности детрузора и количеству остаточной мочи

- 4) по имеющимся осложнениям (дивертикулез, камни мочевого пузыря, хронический пиелонефрит и др.)
- 5) по длительности заболевания

212. ПЕРЕД АДЕНОМЭКТОМИЕЙ ОБЯЗАТЕЛЬНО НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ МОЧИ

- 1) клинический анализ мочи
- 2) цитологическое исследование осадка мочи
- 3) посев мочи на флору и антибиограмму
- 4) посев мочи на ВК

5) урофлоуметрию

213. ПРИ ВЫБОРЕ ТИПА ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕОБХОДИМО ПРОИЗВЕСТИ

1) ультразвуковое исследование почек и мочевых путей

- 2) радиоизотопную ренографию
- 3) динамическую сцинтиграфию почек
- 4) сканирование костей таза и позвоночника
- 5) сканирование предстательной железы

214. РАННИЙ СИМПТОМ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ I СТАДИИ

1) ноктурия

- 2) азотемия
- 3) остаточной мочи >100 мл
- 4) резкая болезненность предстательной железы
- 5) боли в промежности

215. ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ДЛЯ III СТАДИИ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) затрудненное мочеиспускание

2) парадоксальная ишурия

- 3) остаточной мочи 300 мл
- 4) боли в промежности

- 5) предстательная железа каменистой плотности, безболезненная

216. АБСОЛЮТНОЕ ПОКАЗАНИЕ К ПРОВЕДЕНИЮ СРОЧНОЙ ОДНОМОМЕНТНОЙ АДЕНОМЭКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ ОСТРЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ, РАЗВИВШИЙСЯ НА ФОНЕ

- 1) аденомы предстательной железы I стадии
- 2) аденомы предстательной железы II стадии
- 3) аденомы предстательной железы III стадии, осложненной камнем мочевого пузыря

- 4) эндовезикального типа роста аденоматозных узлов

5) субтригональной локализацией аденомы со сдавлением мочеточников

217. ПОКАЗАНИЕМ К ЦИСТОСТОМИИ (I ЭТАП АДЕНОМЭКТОМИИ) ПРИ АДЕНОМЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) аденома II стадии

2) аденома, осложненная острым пиелонефритом

- 3) субтригональная локализация аденомы

- 4) пожилой возраст больного
 - 5) аденома и подозрение на рак предстательной железы
218. ВАЗОРЕЗЕКЦИЯ БОЛЬНЫМ СТАРШЕ 75 ЛЕТ, ПРИ АДЕНОМЭКТОМИИ ПОКАЗАНА

1) во всех случаях

- 2) при наличии воспалительного процесса (эпидидимит, простатит, уретрит)
- 3) при одномоментной чреспузырной аденомэктомии
- 4) при двухмоментной операции
- 5) при отсутствии воспалительных изменений в органах мочевой системы

219. РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

- 1) 10 лет и старше
- 2) 20 лет и старше
- 3) 30 лет и старше
- 4) 40 лет и старше

5) 50 лет и старше

220. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) осмотр и пальпация наружных половых органов
- 2) пальпация предстательной железы
- 3) цистоскопия

4) биопсия предстательной железы

- 5) биопсия костного мозга

221. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕОБХОДИМО РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- 1) лакунарная цистография в сочетании с ирригоскопией
- 2) осадочная пневмоцистография
- 3) лимфография
- 4) рентгенография костей таза и легких

5) рентгенография легких и костей таза

222. ПРИЗНАК РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СТАДИИ T2NOMO

- 1) задержка мочи, выраженная ноктурия
- 2) предстательная железа каменистой плотности без четких границ
- 3) недержание мочи

4) одна из долей очень плотная, бугристая, границы железы четкие

- 5) боли в области крестца

223. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ (СКРИНИНГ) РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- 1) исследование гормонального баланса
- 2) пальцевое ректальное исследование предстательной железы

47

- 3) рентгенографическое исследование костей скелета мужчин старше 50 лет

- 4) ультразвуковое исследование простаты с биопсией

5) ПСА

224. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНОГО ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКОЙ МОЧИ, КАТЕТЕРИЗИРУЕМОГО В ТЕЧЕНИЕ 3 СУТОК, НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНА

- 1) биопсия промежностным доступом
- 2) биопсия трансректальным доступом
- 3) трансуретральная электрорезекция

4) цистостомия с чреспузырной биопсией простаты

- 5) биопсия позадилобковым доступом

225. АНТИАНДРОГЕНАМИ (ПРЕПАРАТАМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРОСТАТЫ) ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) диэтилstilбестрол, бактисубтил

2) флутамид, флуцином

- 3) эстрадин, финастерид

4) фосфестрол, эстрадиол

5) трианол, норбактин

226. РАДИКАЛЬНАЯ ПРОСТАТЭКТОМИЯ ПРИ РАКЕ
ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЦЕЛЕСООБРАЗНА В СТАДИИ

1) T1N2Mo

2) T2NxMo

3) T3N1M1

4) T4N1M2

5) T1NoMo

227. РАДИКАЛЬНАЯ ПРОСТАТЭКТОМИЯ ПРИ РАКЕ
ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЦЕЛЕСООБРАЗНА В СТАДИИ

1) T1N2Mo

2) T2NxMo

3) T3N1M1

4) T4N1M2

5) T1NxMo

228. ПРИМЕНИМОЕ В ПОЗДНИХ СТАДИЯХ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ ПАЛЛИАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

1) вазорезекции, уретероцистостомии, гормональной,
химиотерапии

2) активном наблюдении, контроле уровня ПСА

3) уретероцистоанастомозировании, цистостомии

**4) троакарной цистостомии, чрескожной нефростомии,
гормональной, химиотерапии**

5) симптоматической терапии

229. ПРИЧИНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЮТСЯ

1) перенесенный гломерулонефрит

2) острый пиелонефрит

3) хронический пиелонефрит

4) уретерогидронефроз

5) метастазы

230. ОСТРАЯ ЗАДЕРЖКА МОЧИ. КАТЕТЕРИЗАЦИЯ МОЧЕВОГО
ПУЗЫРЯ В ТЕЧЕНИЕ 3 СУТОК. УСТАНОВЛЕН РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ T2NXMO. БОЛЬНОМУ ЦЕЛЕСООБРАЗНА

1) трансуретральная электрорезекция

2) цистостомия и чреспузырная биопсия простаты

3) промежностная биопсия простаты

4) позадилобковая биопсия предстательной железы

5) ТУР (при отсутствии сопутствующей патологии и
осложнений), эпицистостомия

231. ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ РАКОВАЯ ОПУХОЛЬ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ ЧАЩЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ

1) в ее краниальной части предстательной железы

2) в ее каудальной части предстательной железы

3) вблизи семенного бугорка

4) в периферической зоне предстательной железы

5) в центральной зоне, прилежащей к уретре

232. ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В СТАДИИ T4NXMO
ОСЛОЖНЕННОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ЗАДЕРЖКОЙ МОЧИ И
ГИДРОУРЕТЕРОНЕФРОЗОМ, ЛЕЧЕНИЕ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С

1) трансуретральной электрорезекции гормонотерапия

2) эпицистостомии антиандрогены

3) нефростомии гормонотерапия

4) эстрогенотерапии

5) применения антиандрогенов

233. К ФАКТОРАМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ ВОЗНИКНОВЕНИЮ
ОПУХОЛЕЙ ЯИЧКА, ОТНОСЯТСЯ

1) половое воздержание или половые излишества, онанизм

2) травма полового члена, костей таза

3) эпидидимит на почве вирусной или специфической инфекции

4) варикоцеле

5) крипторхизм, травма яичка

234. РАННИЕ СИМПТОМЫ ОПУХОЛИ ЯИЧКА

1) пальпируемое безболезненное уплотнение в яичке

- 2) увеличенные болезненные паховые лимфоузлы,
- 3) увеличенные забрюшинные лимфоузлы
- 4) гемоспермия
- 5) хронический приапизм

235. ПРИ ОПУХОЛИ ЯИЧКА ПРИМЕНЯЮТ ОПЕРАЦИИ

- 1) удаление паховых лимфоузлов, перевязку семенного канатика (только при герминогенных опухолях яичка)
- 2) удаление забрюшинных лимфоузлов
- 3) эмаскуляцию (удалении мошонки, полового члена и яичек)
- 4) орхэктомия

5) орхэпидидимэктомия забрюшинную лимфаденэктомию (только при негерминогенных опухолях яичка)

236. ИЗ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧКА К ХИМИО - И ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНА

1) семинома

- 2) хорионэпителиома
- 3) тератома
- 4) тератобластома
- 5) эмбриональная карцинома

237. ПРИ СЕМИНОМЕ В СТАДИИ Т3NXMO ПОКАЗАНА

- 1) дооперационная химио- и лучевая терапия
- 2) послеоперационная лучевая терапия
- 3) орхифуникулэктомия
- 4) операция Шевассю

5) орхэктомия, полихимиотерапия и лучевая терапия

238. ПРИ СЕМИНОМЕ В СТАДИИ Т2NXMO ПОКАЗАНА

- 1) дооперационная химио- и лучевая терапия
- 2) послеоперационная лучевая терапия
- 3) орхифуникулэктомия
- 4) операция Шевассю

5) орхифуникулэктомия, полихимиотерапия и лучевая терапия

239. ПРИ ТЕРАТОМЕ ЯИЧКА РАЗМЕРОМ 6 СМ В ДИАМЕТРЕ ПОКАЗАНЫ ВАРИАНТЫ ЛЕЧЕНИЯ

- 1) лучевая терапия
- 2) химиотерапия

3) орхифуникулэктомия

- 4) орхиэктомия, полихимио- и лучевая терапия
- 5) фуникулотомия

240. ПРИ ЭМБРИОНАЛЬНОМ РАКЕ ЯИЧКА В СТАДИИ Т2NXMO ПОКАЗАНЫ

- 1) послеоперационная полихимиотерапия
- 2) орхиэктомия послеоперационная лучевая терапия

3) орхифуникулэктомия операция Шевассюполихимиотерапия

- 4) орхиэктомияполихимиотерапия
- 5) орхэктомия послеоперационная лучевая терапия полихимиотерапия

241. ЮНОША 16 ЛЕТ. ВЫЯВЛЕНО ОТСУТСТВИЕ ЯИЧЕК В МОШОНКЕ И ПАХОВЫХ КАНАЛАХ. ЕВНУХОИДНОСТЬ. ЕМУ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- 1) динамическое наблюдение
- 2) гормональная терапия (хориогонадотропин, метилтестостерон)

3) ревизия брюшной полости, низведение яичек в мошонку, ЗГТ

- 4) двусторонняя орхиэктомия, ЗГТ
- 5) в лечении не нуждается

242. К ПРЕДРАКОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ОТНОСЯТ

- 1) болезнь Пейрони
- 2) короткую уздечку полового члена
- 3) хронический баланопостит
- 4) меатостеноз, крауроз

5) лейкоплакию, эритроплазиюКейра

243. ПРИ НЕВИРУСНЫХ ПАПИЛЛОМАХ ПРИМЕНЯЮТ

1) антибиотики

2) электрокоагуляцию

3) антибиотики в комбинации с лучевой терапией

4) резекцию уретры

5) динамическое наблюдение

244. ВОЗНИКНОВЕНИЮ РАКА ПОЛОВОГО ЧЛЕНА СПОСОБСТВУЮТ

1) хронический уретрит любой этиологии

2) применение противозачаточных средств с синтетическими
лубрикантами

3) хронические воспаления органов мошонки

4) хронический простатит

**5) хронические воспалительные заболевания препуциального
мешка любой этиологии**

245. ПРИ РАКЕ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА МЕТАСТАЗЫ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В
РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФОУЗЛАХ

1) тазовых и паравертебральных

2) парааортальных

3) тазовых и паракавальных

4) подвздошных и медиастинальных

5) паховых

246. ПРИ РАКЕ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА МЕТАСТАЗЫ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В
РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФОУЗЛАХ

1) тазовых и паравертебральных

2) парааортальных

3) паракавальных

4) подвздошных и медиастинальных

5) тазовых

247. ПРИ РАКЕ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА МЕТАСТАЗЫ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В
РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФОУЗЛАХ

1) тазовых и паравертебральных

2) парааортальных

3) паракавальных

4) подвздошных и медиастинальных

5) забрюшинных

248. ПРИ РАКЕ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА В СТАДИИ T1N0MO
ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

1) ампутацию полового члена

2) частичная ампутация головки полового члена

3) тотальная пенэктомия

4) операция Шевассю

5) химиотерапия

249. ПРИ РАКЕ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА В СТАДИИ T1N0MO
ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

1) ампутацию полового члена

2) частичная ампутация головки полового члена

3) тотальная пенэктомия

4) операция Шевассю

5) лучевая терапия

250. ПРИ РАКЕ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА T2-3NXMO ПРИМЕНЯЮТ

1) химиотерапию ампутацию полового члена

2) лучевую терапию операцию Шевассю

3) ампутацию полового члена операцию Дюкена

4) операцию Дюкена

5) операцию Шевассю

251. ПРИ РАКЕ ГОЛОВКИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА T3N0M1 (ЛЕГКИЕ)
ПОКАЗАНО

1) динамическое наблюдение

2) химиотерапия

3) лучевая терапия

4) ампутация полового члена химиотерапия

5) цистостомия ампутация полового члена

252. КОЛИЧЕСТВО ОСТАТОЧНОЙ МОЧИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО

ОПРЕДЕЛЯТЬ ВО ВРЕМЯ

- 1) уретрографии
- 2) уретеропиелографии

3) УЗИ мочевого пузыря после мочеиспускания

- 4) цистостомии
- 5) везикулографии

253. РАННИМ ХАРАКТЕРНЫМ ПАЛЬПАТОРНЫМ ПРИЗНАКОМ РАКА ПРОСТАТЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) равномерное увеличение предстательной железы
- 2) неоднородность консистенции предстательной железы
- 3) сглаженность срединной бороздки предстательной железы
- 4) нечеткость границ предстательной железы

5) "деревянистой" плотности участки в предстательной железе

254. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ МЕТАСТАЗОВ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1) кости таза

- 2) легкие
- 3) печень
- 4) регионарные лимфатические узлы
- 5) кости черепа

53

255. РАДИКАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) динамическое наблюдение
- 2) трансуретральная игольчатая абляция простаты

3) аденомэктомия (ТУР)

- 4) интерстициальная лазерная коагуляция простаты
- 5) бужирование уретры

256. ПРИ ГАНГРЕНЕ ФУРЬЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ВЫСЕВАЕТСЯ

- 1) стафилококки
- 2) стрептококки
- 3) кишечная палочка

4) клостридиальная флора

- 5) гонококк

257. ГАНГРЕНУ ФУРЬЕ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

- 1) эпидидимитом
- 2) анасаркой

3) рожей

- 4) фимозом
- 5) парафимозом

258. ГАНГРЕНА ФУРЬЕ МОЖЕТ ЯВИТЬСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ

- 1) парафимоза
- 2) баланопостита

3) гнилостного парапроктита

- 4) фуникулита
- 5) варикоцеле

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Тюменский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России)

ЛИСТ ДОПОЛНЕНИЙ И ИЗМЕНЕНИЙ

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА Б2.Б.01(П) ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ (КЛИНИЧЕСКОЙ) ПРАКТИКИ БАЗОВОЙ ЧАСТИ «УРОЛОГИЯ»

ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ –
уровень подготовки кадров высшей квалификации – программа ординатуры
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.68 «УРОЛОГИЯ»
на 2020-2021 учебный год

Дата внесения дополнений / изменений	Содержание	Должность, подпись лица, внёсшего запись
Протокол № 14 от 25.06.2020 заседания кафедры онкологии с курсом урологии	Внесены следующие дополнения и изменения в рабочую программу производственной (клинической) практики базовой части «Урология» основной профессиональной образовательной программы по специальности 31.08.68 «Урология» (уровень подготовки кадров высшей квалификации - ординатура): Раздел 1. Общие положения <i>Дополнено:</i> Способ проведения практики: стационарная, выездная. Форма проведения практики: дискретно. Форма отчетности по практике: - Дневник ординатора по специальности (блок 2. Практики), - Отчет о прохождении производственной (клинической) практики (приложение 1), - Индивидуальный план прохождения практики (в соответствии с индивидуальным планом и утвержденным графиком) с индивидуальным заданием ординатора в период прохождения практики (приложение 2). Документация ординатора оформляется по формам, утвержденным «Положение об организации и проведении практической подготовки обучающихся по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры (уровень подготовки кадров высшей квалификации) в Тюменском государственном медицинском университете» (протокол Ученого совета Университета № 5 от 20.12.2018, приказ ректора Университета от 26.12.2018 № 2043).	Заведующий кафедрой, д.м.н., профессор П.Б. Зотов  (подпись)

Раздел 3. Структура дисциплины

Дополнено:

Раздел «Сведения о местах прохождения производственной (клинической) практики ординаторов»:

Место проведения практики (наименование организации, адрес)	Реквизиты договора (номер, дата)
ГАУЗ ТО "Многопрофильный клинический медицинский центр "Медицинский город"	№ 9180086 от 20.04.2018
ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №2»	9180161 от 16.11.2018
АО МСЧ "Нефтяник"	№ 9180081 от 09.04.2018

Раздел 4. Содержание программы практики

Дополнено:

пунктом «Ординаторы в период прохождения практической подготовки выполняют:

- правила внутреннего распорядка, установленного в организации, осуществляющей деятельность в сфере охраны здоровья;
- правила противопожарной безопасности, правила охраны труда, техники безопасности и санитарно-эпидемиологические правила и гигиенические нормативы;
- условия эксплуатации используемого имущества;
- индивидуальные задания, предусмотренные программами практики;
- систематически ведут дневник по практике, который составляется ординатором совместно с руководителем практики;
- по окончании практики отчитываться о проделанной работе на заседании соответствующей кафедры, представляет отчет по практике и дневник».

Раздел 5. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

Внесены актуализированные изменения и дополнения:

в перечень рекомендуемой литературы (приложение 3)

- Основной литературы (О.Л.),
- Дополнительной литературы (Д.Л.),
- Нормативные документы (Н.Д.)

Раздел 6. Материально-техническое обеспечение практики

Внесены изменения:

в таблицу «Сведения о материально-техническом обеспечении дисциплины (модуля)» (приложение 4).

Раздел 6.1. Информационные технологии, используемые при проведении практики, включая перечень программного обеспечения и информационно-справочных и поисковых систем
Дополнено:

- Перечень лицензионного программного обеспечения (реквизиты подтверждающего документа):

- Электронная образовательная система (построена на основе системы управления обучением Moodle версии 3.1 (Moodle - свободное программное обеспечение, распространяемое на условиях лицензии GNU GPL (<https://docs.moodle.org/dev/License>);
- Система «КонсультантПлюс» (гражданско-правовой договор № 52000016 от 13.05.2020);
- Антиплагиат (лицензионный договор от 16.10.2019 № 1369//4190257), срок до 16.10.2020;
- Антивирусное программное обеспечение «Касперский» (Kaspersky Endpoint Security для бизнеса - Расширенный Russian Edition. 500-999 Node 1 year Educational Renewal License на 500 компьютеров, срок до 09.09.2020г.;
- MS Office Professional Plus, Версия 2010, Open License № 60304013, 60652886 (академические на 62 пользователя), бессрочные;
- MS Office Standard, Версия 2013, Open License № 63093080, 65244714, 68575048, 68790366 (академические на 138 пользователей), бессрочные;
- MS Office Professional Plus, Версия 2013, Open License № 61316818, 62547448, 62793849, 63134719, 63601179 (академические на 81 пользователя), бессрочные;
- MS Windows Professional, Версия XP, Тип лицензии неизвестен, № неизвестен, кол-во пользователей неизвестно, бессрочная;
- MS Windows Professional, Версия 7, Open License № 60304013, 60652886 (академические на 58 пользователей), бессрочные;
- MS Windows Professional, Версия 8, Open License № 61316818, 62589646, 62793849, 63093080, 63601179, 65244709, 65244714 (академические на 107 пользователей), бессрочные;
- MS Windows Professional, Версия 10, Open License № 66765493, 66840091, 67193584, 67568651, 67704304 (академические на 54 пользователя), бессрочные;
- Информационно-аналитическая система SCIENCE INDEX лицензионный договор 4190214 от 12.09.2019.

	<i>Внесены актуализированные изменения и дополнения:</i> - в таблицу «Перечень электронных информационных ресурсов библиотеки ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России» (приложение 5), - в перечень «Рекомендуемых сайтов» Министерство здравоохранения Российской Федерации. Официальный сайт. Режим доступа: http://www.rosminzdrav.ru, свободный. - Справочно-информационные система «Консультант плюс». Официальный сайт. Режим доступа: http://www.consultant.ru	
--	---	--

**Дополнения и изменения к рабочей программы производственной (клинической) практики базовой части «Урология» на 2020-2021 учебный год
РАССМОТРЕНЫ И УТВЕРЖДЕНЫ**

**На заседании Методического совета
института непрерывного профессионального развития,
протокол № ____ от _____.2020 года**

Председатель Методического совета НПР,
д.м.н., профессор

(подпись) В.А. Жмуров

**На заседании ЦКМС Тюменского ГМУ,
протокол № ____ от _____.2020 года**

Председатель ЦКМС,
Проректор по региональному развитию и НМО,
д.м.н., профессор

(подпись) О.И. Фролова

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Тюменский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России)

Кафедра _____

ОТЧЕТ
о прохождении производственной (клинической) практики
по образовательной программе высшего образования – программы ординатуры
по специальности _____.»

Ф.И.О. ординатора _____
год обучения _____ семестр _____

Объем практики: _____ час., _____ ЗЕ
Продолжительность практики (нед.): _____ недели
Способы и формы проведения практики: стационарная / выездная
Сроки прохождения практики: с « ____ » _____ 20__ г. по « ____ » _____ 20__ г.
Место прохождения практики: _____

Форма контроля: зачет / экзамен

Основное содержание практики: _____

Итоги прохождения практики: _____

Отметка о зачете/экзамене: _____

Ординатор _____
(Фамилия И.О.) (подпись) (расшифровка)

Руководитель практики от медицинской /фармацевтической/иной организации:

_____ (Фамилия И.О.) (подпись) (расшифровка)

Руководитель практики от образовательной организации:

_____ (Фамилия И.О.) (подпись) (расшифровка)

_____._____.20__ года

ИНДИВИДУЛЬНЫЙ ПЛАН ПРОХОЖДЕНИЯ ПРАКТИКИ
(в соответствии с индивидуальным планом и утвержденным графиком)

Фамилия Имя Отчество ординатора _____

год обучения _____

специальность _____

(шифр, наименование специальности)

Производственная (клиническая) практика: базовая часть / вариативная часть

Форма проведения практики: стационарная / выездная

Сроки прохождения практики: с ____ . ____ .20__ года по ____ . ____ .20__

год

Клиническая база практической подготовки (медицинская организация) _____

Руководитель практической подготовки (кафедра) _____

Руководитель практической подготовки (медицинская организация) _____

ИНДИВИДУЛЬНОЕ ЗАДАНИЕ ОРДИНАТОРА
в период прохождения практики

№ п/п	Виды профессиональной деятельности (в соответствии программой практики)	Формируемые профессиональные компетенции	Стационар / поликлиника (отделение)	Сроки прохождения	Зачет	Подпись руководителя практики

Ответственный за практику по ординатуре
 (кафедра)

____ . ____ .20__ год

 (подпись)

 (Ф.И.О.)

Согласовано:

Руководитель практической подготовки
 (медицинская организация)

____ . ____ .20__ год

 (подпись)

 (Ф.И.О.)

М.П.

оборотная сторона

СВЕДЕНИЯ О ПРОВЕДЕНИИ ИНСТРУКТАЖА

Фамилия Имя Отчество ординатора _____

год обучения _____

специальность _____

(шифр, наименование специальности)

Производственная (клиническая) практика: базовая часть / вариативная часть

Форма проведения практики: стационарная / выездная

Сроки прохождения практики: с ____ . ____ .20__ года по ____ . ____ .20__

год

Клиническая база практической подготовки (медицинская организация) _____

(наименование структурного подразделения медицинской организации, отделения)

ИНСТРУКТАЖ	Дата проведения инструктажа	Ф.И.О., должность лица, проводившего инструктаж	Подпись должность лица, проводившего инструктаж	Подпись ординатора о прохождении инструктажа
правила внутреннего трудового распорядка				
по охране труда				
по технике безопасности				
по пожарной безопасности				

Руководитель практической подготовки
(медицинская организация)

М.П.

(подпись)

(Ф.И.О.)

**5. Учебно-методическое и информационное обеспечение
производственной (клинической) практики**

Основная литература (О.Л.)

1. Урология: учебник / ред. П. В. Глыбочко, ред. Ю. Г. Аляев. - 3-е изд., испр. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 624 с. www.studmedlib.ru 2014
2. Урология: национальное руководство с приложением на компакт-диске / ред. Н. А. Лопаткин. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 1024 с. - <http://www.studmedlib.ru>

Дополнительная литература (Д.Л.)

1. Урология. Стандарты медицинской помощи. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 208 с. <http://www.studmedlib.ru>
2. Урология: учебник / ред. Д. Ю. Пушкарь. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 384 с.
3. Урология. От симптомов к диагнозу и лечению: иллюстрированное руководство / ред. П. В. Глыбочко, ред. Ю. Г. Аляев, ред. Н. А. Григорьев. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 148 с. www.studmedlib.ru
4. Урология: учебник / ред. С. Х. Аль-Шукри, ред. В. Н. Ткачук. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 480 с. www.studmedlib.ru

Нормативные документы (Н.Д.)

- Профессиональный стандарт «Врач-уролог», утвержденный приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 14.03.2018 №137н
- Приказ Минздрава России от 14.01.2019 № 4н «Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения».

Заведующий библиотекой

Т.А. Вайцель

Таблица – Сведения о материально-техническое обеспечение производственной (клинической) практики «Урология»

№ п/п	Наименование специальных* помещений и помещений для самостоятельной работы	Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы	Юридический адрес учебной базы в соответствии с лицензией на осуществление образовательной деятельности
1.	помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами, оснащенные специализированным оборудованием и (или) медицинскими изделиями и расходным материалом в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально: ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №2»	Типовой набор профессионального оборудования, медицинская техника (оборудование) в соответствии с приложением №4 договора об организации практической подготовки обучающихся (договор № 9180161 от 16.11.2018)	г. Тюмень, ул. Мельникайте 75
2.	помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами, оснащенные специализированным оборудованием и (или) медицинскими изделиями и расходным материалом в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально: ГАУЗ ТО "Многопрофильный клинический медицинский центр	Типовой набор профессионального оборудования, медицинская техника (оборудование) в соответствии с приложением №4 договора об организации практической подготовки обучающихся (договор № 9180086 от 20.04.2018)	г. Тюмень, Барнаульская улица, 32

	"Медицинский город"		
3	помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами, оснащенные специализированным оборудованием и (или) медицинскими изделиями и расходным материалом в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально: АО МСЧ "Нефтяник"	Типовой набор профессионального оборудования, медицинская техника и оборудование в соответствии с приложением №4 договора об организации практической подготовки обучающихся (договор № 9180081 от 09.04.2018)	г. Тюмень, ул. Ю. Семовских, 8/1
4	Помещения для самостоятельной работы: ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, главный учебный корпус, 8 этаж, аудитория №808	Специализированная мебель и оборудование на 20 посадочных мест; Мультимедийный проектор; Компьютерная техника с подключением к сети «Интернет» и обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду Университета (20 моноблоков)	625023, Тюменская область, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 54, №31, №33

Примечание:

*Специальные помещения (в соответствии с ФГОС ВО п.7.3 Требования к материально-техническому и учебно-методическому обеспечению программы ординатуры).

**Таблица – Перечень электронных информационных ресурсов библиотеки
ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России**

№ п / п	Наименование ресурса	Лицензиар (провайдер, разработчик)	Адрес доступа	№ договора (лицензии, свидетельства о регистрации)	Период использования	Число эл. документов в БД, в усл. ед. (экз., назв.)
1	«Консультант врача. Электронная медицинская библиотека»	ООО «Высшая школа организации и управления здравоохранением – Комплексный медицинский консалтинг»	www.rosmedlib.ru	№ 4200023 от 13.04.2020	21.04.2020 – 20.04.2021	1519 назв.
2	«Электронно-библиотечная система «Консультант студента» для ВО	ООО «Институт проблем управления здравоохранением»	www.studmedlib.ru	№ 4200024 от 13.04.2020	21.04.2020– 20.04.2021	2744 назв.
3	«Научная электронная библиотека eLIBRARY.RU»	ООО «РУНЭБ»	www.elibrary.ru	№ 10200011 от 13.02.2020	26.02.2020 – 26.02.2021	32 назв. + архив (более 5500 назв.)
4	Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ)	Первый Московский Государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова	www.femb.ru	8150066	Бессрочно	23558 назв.