

Документ подписан простой электронной подписью

Информация о владельце:

ФИО: Багрий Андрей Эдуардович

Должность: Проректор по последипломному образованию и региональному

развитию здравоохранения

Дата подписания: 21.03.2025 16:48:58

Уникальный программный ключ:

2b055d886c0fdf89a246ad89f315b2adcf9f223c

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет  
имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

УТВЕРЖДАЮ:

Проректор по последипломному  
образованию и региональному развитию  
здравоохранения



**ПРОГРАММА ВСТУПИТЕЛЬНОГО ИСПЫТАНИЯ ДЛЯ ПОСТУПАЮЩИХ  
НА ОБУЧЕНИЕ ПО ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ ПРОГРАММАМ ВЫСШЕГО  
ОБРАЗОВАНИЯ – ПРОГРАММАМ ОРДИНАТУРЫ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ  
31.08.68 УРОЛОГИЯ  
(2025 год приема)**

Донецк 2025

## **ВВОДНАЯ ЧАСТЬ**

Вступительное испытание проводится в два этапа, в один день:

- 1 этап – компьютерное тестирование (далее – тестирование),
- 2 этап – решение ситуационных задач.

Вступительные испытания проводятся в период с 12.08.2025 по 22.08.2025 (окончательная дата завершения этого периода может быть ранее 22.08.2025 и определяется расписанием вступительных испытаний).

Тестовые задания и ситуационные задачи готовятся и формируются профильной кафедрой (профильными кафедрами) по данной специальности ординатуры, они утверждаются проректором по последипломному образованию и региональному развитию здравоохранения Университета.

Тестирование проводится с использованием тестовых заданий, комплектуемых автоматически путем случайной выборки 60 тестовых заданий из соответствующей базы оценочных средств, формируемой Университетом.

### **1 этап – компьютерное тестирование**

Тестирование проводится с использованием 60 тестовых заданий, на решение которых отводится не более 60 минут.

Результат тестирования формируется автоматически с указанием количества правильных ответов тестовых заданий из расчёта, что один правильный ответ – это один балл (максимально возможное общее количество правильных ответов тестовых заданий – 60, соответственно – это составляет 60 баллов).

Минимальное количество баллов, подтверждающее успешное прохождение тестирования составляет 43 балла. Поступающий, набравший менее 43 баллов, не допускается ко второму этапу вступительного испытания – решению ситуационных задач и выбывает из дальнейшего конкурса.

### **2 этап – решение ситуационных задач**

На втором этапе вступительного испытания поступающему предлагается решить 4 ситуационные задачи, на решение которых отводится не более 60 минут.

Результат второго этапа вступительного испытания – решения ситуационных задач – формируется с указанием количества баллов за каждую из последних по принципу: от 0 до 10 баллов – за каждую задачу (по 2 балла за каждый правильный ответ из пяти вопросов). Таким образом, максимальное возможное количество баллов за 2 этап составляет 40 баллов.

Результат вступительного испытания отражается в протоколе заседания экзаменационной комиссии, подписываемом в день вступительного испытания.

Результат тестирования в баллах суммируется с баллами за решение ситуационных задач в баллах.

Соответственно, минимальное количество баллов, подтверждающее успешное прохождение вступительного испытания, составляет 70 баллов, а максимально возможное количество экзаменационных баллов составляет 100 баллов.

## ПЕРЕЧЕНЬ ТЕОРЕТИЧЕСКИХ ВОПРОСОВ

1.	Органы мочевой и мужской половой системы, их функциональное значение.
2.	Клиническая анатомия органов мочевой и мужской половой системы.
3.	Боли при заболевании мочеполовой системы.
4.	Дифференциальный диагноз почечной колики и острых хирургических заболеваний органов брюшной полости.
5.	Никтурия, ее диагностическое значение.
6.	Полиурия и поллажурия. При каких заболеваниях они наблюдаются?
7.	Недержание мочи, его виды.
8.	Острая задержка мочи.
9.	Хроническая задержка мочи.
10.	Анурия, ее виды.
11.	Причины анурии.
12.	Что такое «скрытая лейкоцитурия» и методы ее определения?
13.	Обзорная урография и ее интерпретация.
14.	Экскреторная урография, ее виды, методика выполнения.
15.	Ретроградная уретеропиелография, методика выполнения.
16.	Радиоизотопная ренография, методика выполнения, диагностическая значимость.
17.	Сканирование почек.
18.	Компьютерная томография, магнитно-резонансная томография.
19.	Ультразвуковая сонография.
20.	Урофлоуметрия, цистоманометрия.
21.	Аномалии почек.
22.	Аномалии мочеточников.
23.	Аномалии мочевого пузыря.
24.	Аномалии мочеиспускательного канала.
25.	Острый пиелонефрит, определение, классификация.
26.	Симптоматика острого серозного пиелонефрита.
27.	Диагностика и лечение острого пиелонефрита.
28.	Апостематозный нефрит: симптоматика, диагностика, лечение.
29.	Карбункул почки: симптоматика, диагностика, лечение.
30.	Абсцесс почки: симптоматика, диагностика, лечение.
31.	Пиелонефрит беременных: причины возникновения, клиника, диагностика, лечение.
32.	Бактеремический шок: стадии, симптоматика, диагностика, лечение.
33.	Этиология хронического пиелонефрита, симптоматика, диагностика, лечение.
34.	Пионефроз: симптоматика, диагностика, лечение.
35.	Нефрогенная гипертония: виды, причины, диагностика, лечение.
36.	Острый пиелонефрит: определение, пути проникновения инфекции, симптоматика, диагностика, лечение.
37.	Цистит: классификация, симптоматика, диагностика, лечение.
38.	Простатит: классификация, симптоматика, диагностика, лечение.
39.	Этиология и патогенез мочекаменной болезни.
40.	Клиническая картина камней почки.
41.	Методы диагностики камней почки.
42.	Современные методы лечения мочекаменной болезни.
43.	Коралловидные камни, их классификация.
44.	Камни мочеточников: симптоматика, диагностика, лечение.
45.	Камни мочевого пузыря: симптоматика, диагностика, лечение.
46.	Гидронефроз: стадии, симптоматика, диагностика, лечение.
47.	Классификация закрытых повреждений почек.
48.	Симптоматика, диагностика и лечение закрытых повреждений почек.

49.	Классификация открытых повреждений почек, симптоматика, диагностика, лечение.
50.	Повреждение мочеточников. Симптоматика, диагностика, лечение.
51.	Повреждение мочевого пузыря, виды, клинические проявления.
52.	Диагностика и лечение повреждений мочевого пузыря.
53.	Повреждение мочеиспускательного канала, симптоматика, диагностика, лечение.
54.	Повреждение яичек, виды, симптоматика, диагностика, лечение.
55.	Классификация опухолей почки.
56.	Местные и экстраренальные признаки опухоли паренхимы почки.
57.	Диагностика и лечение опухолей паренхимы почки.
58.	Рак почечной лоханки, симптоматика, диагностика, лечение.
59.	Этиология опухолей мочевого пузыря.
60.	Классификация опухолей мочевого пузыря.
61.	Клиника, диагностика и лечение опухолей мочевого пузыря.
62.	Современные малоинвазивные методы лечения опухолей мочевого пузыря.
63.	Гиперплазия предстательной железы, стадии заболевания.
64.	Симптоматика, диагностика и лечение гиперплазии предстательной железы.
65.	Виды оперативных вмешательств при лечении гиперплазии предстательной железы.
66.	Консервативное лечение гиперплазии предстательной железы.
67.	Стадии рака предстательной железы.
68.	Симптоматика, диагностика и лечение рака предстательной железы.
69.	Оперативное лечение рака предстательной железы.
70.	Консервативное лечение рака предстательной железы?
71.	Этиология, патогенез и классификация острой почечной недостаточности.
72.	Симптоматика, диагностика и лечение острой почечной недостаточности.
73.	Этиология, патогенез хронической почечной недостаточности.
74.	Стадии и формы клинического течения хронической почечной недостаточности.
75.	Диагностика и лечение хронической почечной недостаточности.
76.	Показания к выполнению гемодиализа.
77.	Трансплантация почки. Подготовка больного к операции, подбор донора.

### ОБРАЗЦЫ ВСТУПИТЕЛЬНЫХ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

- При выявлении карбункула в верхнем сегменте правой почки без расширения полостной системы показана
  - Консервативная терапия
  - Люмботомия, ревизия почки, нефростомия
  - Декапсуляция почки, иссечение карбункула
  - Перкутанная нефростомия
- Болевой синдром при почечной колике развивается вследствие \_\_\_\_\_
  - Миграции конкремента по мочевым путям
  - Спазма приносящих артериол нефрона
  - Дилатации выносящих артериол нефрона
  - Перерастяжения почечной капсулы
- При выявлении трабекулярности мочевого пузыря следует выполнить \_\_\_\_\_ для уточнения диагноза
  - Цистографию
  - Цистоскопию
  - Экскреторную урографию
  - Биопсию простаты
- При выявлении мелкоацинарной аденокарциномы, число Глисона - 2+4 следует выполнить
  - Трансуретральную резекцию простаты

- Б. Радикальную простатэктомию
  - В. Активное наблюдение
  - Г. Выжидательную тактику
5. При внутривенном введении индигокармина тампон, введенный во влагалище, окрашен в синий цвет. Что свидетельствует о
- А. Травме мочевого пузыря
  - Б. Уретровагинальном свище
  - В. Везиковагинальном свище
  - Г. Уретровагинальном свище
6. У пациента с гиповолемическим шоком на фоне \_\_\_\_\_ может развиваться острое повреждение почек.
- А. Снижения онкотического давления крови
  - Б. Централизации кровообращения
  - В. Повышения давления в нефронах
  - Г. Снижения среднего артериального давления
7. При выявлении камня нижней трети мочеточника до 0,6 см в диаметре с расширением мочеточника и полостной системы почки тактикой лечения является
- А. Уретеролитотомия
  - Б. Литолитическая терапия
  - В. Уретеролитоэкстракция
  - Г. Литокинетическая терапия
8. При признаках почечной колики в первую очередь выполняется
- А. Ультрасонография
  - Б. Ретроградная урография
  - В. Компьютерная томография
  - Г. Сканирование почек
9. При разрыве уретры в бульбозном отделе тактикой лечения является
- А. Установка уретрального катетера
  - Б. Троярная эпицистостомия
  - В. Первичный шов уретры
  - Г. Внутренняя оптическая уретротомия
10. При подозрении на перевязку мочеточника после оперативного лечения наиболее информативным методом исследования является
- А. Ультрасонография
  - Б. Ретроградная урография
  - В. Компьютерная томография
  - Г. Хромоцистоскопия
11. Сосудисто-нервные пучки межреберий, вступившие в толщу передней стенки живота, располагаются между
- А. Наружной и внутренней косыми мышцами живота
  - Б. Поперечной мышцей живота и внутрибрюшной фасцией
  - В. Внутренней косой и поперечной мышцами живота
  - Г. Поперечной фасцией живота и париетальной брюшиной
12. Пузырные артерии отходят от
- А. Нижней прямокишечной артерии
  - Б. Внутренней подвздошной артерии

- В. Артерии яичка  
Г. Запирательной артерии
13. Суммарный кровоток в почках составляет \_\_\_\_% минутного объема сердца  
А. 10  
Б. 20  
В. 30  
Г. 40
14. При остром паренхиматозном простатите боли  
А. Ноющие  
Б. Приступообразные  
В. Интенсивные  
Г. Тупые
15. Неудержание мочи – это  
А. Непроизвольное выделение мочи без позыва  
Б. Императивные позывы к мочеиспусканию  
В. Непроизвольное выделение мочи в результате императивного позыва  
Г. Непроизвольное выделение мочи в вертикальном положении
16. Индигокармин в норме выделяется из устьев мочеточников при внутривенном введении через \_\_\_\_\_ минут  
А. 15-20  
Б. 8-10  
В. 3-5  
Г. 1-2
17. К лекарственным препаратам, лечебный эффект которых не зависит от реакции мочи, относится  
А. Тетрациклин  
Б. Фуразолидон  
В. Канамицин  
Г. Сульфаниламиды
18. При бактериотоксическом шоке целесообразно экстренное внутривенное вливание  
А. Физиологического раствора хлористого натрия  
Б. Раствора глюкозы 5%  
В. Гемодеза  
Г. Полиглюкина и кортикостероидов
19. В плане подготовки к операции при коралловидном камне почки и хроническом пиелонефрите в активной фазе целесообразны  
А. Сульфаниламиды, нитрофураны за 2 недели до операции  
Б. Внутривенно плазма, кровь  
В. Желатиноль внутривенно  
Г. Цефалоспорин 2 поколения внутримышечно за 2-3 дня до операции
20. Закон Вейгерта-Мейера действует при удвоении  
А. Лоханки  
Б. Почки  
В. Мочевого пузыря  
Г. Мочеточника

21. Методом диагностики «закрытого» гидронефроза при резком снижении функции почки является
- А. Почечная ангиография
  - Б. Экскреторная урография
  - В. Ретроградная уретерография
  - Г. Пункционная антеградная пиелография
22. Причиной возникновения конгестивного простатита является
- А. Нейроциркулярное расстройство
  - Б. Некротические процессы в предстательной железе
  - В. Эндоуретральные инструментальные исследования
  - Г. Нарушение венозного оттока
23. Кристаллизация мочекислых (уратных) мочевиных камней происходит при \_\_\_ рН мочи
- А. 3,5
  - Б. 5,5
  - В. 7,0
  - Г. 7,5
24. При оксалатном камне лоханки почки 15\*16 мм без нарушения уродинамики оптимальным методом лечения является
- А. Литолиз
  - Б. Пункционная нефролитотомия
  - В. Пиелолитотомия
  - Г. Дистанционная ударно-волновая литотрипсия
25. Повреждение мочеточника чаще наблюдается в
- А. Верхней трети
  - Б. Средней трети
  - В. Нижней трети
  - Г. Интрамуральной части
26. Из перечисленных методов исследования наиболее информативна при повреждении почки
- А. Обзорная рентгенография почек и мочевых путей
  - Б. Экскреторная урография
  - В. Ретроградная уретеропиелография
  - Г. Абдоминальная аортография на фоне экскреторной урограммы
27. При внебрюшинной травме мочевого пузыря обязательным рентгенографическим исследованием является
- А. Ретроградная уретероцистография
  - Б. Уретрография
  - В. Цистоскопия
  - Г. Пневмоцистография
28. Количество вводимой в мочевой пузырь рентгеноконтрастной жидкости при цистографии по поводу травмы мочевого пузыря не должно превышать \_\_\_ мл
- А. 10-20
  - Б. 30-50
  - В. 100-150
  - Г. 200-300
29. При опухолях почки гематурия чаще наблюдается \_\_\_\_\_ гематурия
- А. Инициальная (начальная)

- Б. Тотальная
  - В. Терминальная (конечная)
  - Г. Скрытая
30. Морфологически рак уретры чаще
- А. Железистый
  - Б. Папиллярный
  - В. Плоскоклеточный
  - Г. Переходноклеточный

### ОБРАЗЦЫ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАНИЙ

1. Больной 68 лет поступил с жалобами на затруднение мочеиспускания естественным путем, режущие боли в надлобковой области. До этого в течении 3-х лет отмечал нарушение мочеиспускания, ослабление струи мочи, ноктурию, умеренные дизурические расстройства. К урологу не обращался. При осмотре над лоном пальпируется увеличенный мочевой пузырь. При ректальном осмотре предстательная железа увеличена в размерах, бороздка не определяется. Консистенция туго эластичная.

#### Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз пациенту
  2. Какие симптомы/синдромы у пациента свидетельствуют о наличии данной патологии?
  3. Какие исследования необходимо провести для установления клинического диагноза?
  4. Какие изменения данных лабораторно-инструментальных исследований характерны для данной патологии?
  5. Определите тактику лечения данного пациента
2. В урологическое отделение госпитализирована пациентка 39 лет с жалобами на: тупые, ноющие боли в поясничной области справа. Больной себя считает в течение 3-х дней, когда стала отмечать повышение температуры до 37.5-38.5°C с легким познабливанием и появлением болей в пояснице, преимущественно справа. В анамнезе указаний на урологическое заболевание нет. Незадолго до настоящего заболевания был гнойничок на коже, который больная удалила самостоятельно. Мочеиспускание не нарушено. Почки не пальпируются. Область правой почки при пальпации болезненна. Симптом Пастернацкого справа положительн. Напряжение мышц поясницы и передней брюшной стенки отсутствует.

#### Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз пациенту
  2. Какие симптомы/синдромы у пациента свидетельствуют о наличии данной патологии?
  3. Какие исследования необходимо провести для установления клинического диагноза?
  4. Какие изменения данных лабораторно-инструментальных исследований характерны для данной патологии?
  5. Определите тактику лечения данного пациента
3. В клинику в состоянии шока (АД – 70/40 мм рт. ст., пульс 120 ударов в минуту, бледность кожных покровов) доставлен больной Т. 29 лет, который упал со строительных лесов с высоты 2-го этажа. При осмотре состояние тяжелое, спутанное сознание, в правой поясничной области опухолевидное выбухание, кожные ссадины, самостоятельное мочеиспускание отсутствует. При пальпации болезненность и напряжение мышц в правой половине живота.

#### Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз пациенту

2. Какие симптомы/синдромы у пациента свидетельствуют о наличии данной патологии?
3. Какие исследования необходимо провести для установления клинического диагноза?
4. Какие изменения данных лабораторно-инструментальных исследований характерны для данной патологии?
5. Определите тактику лечения данного пациента

Зав.кафедрой урологии



Ю.Ю. Малинин