

Государственная итоговая аттестация
Комплексный тестовый экзамен
по специальности ординатуры
31.08.68 «Урология»

ОБРАЗЕЦ

Вариант 1

1. Пациентка Е., 32 лет, находилась на стационарном лечении в урологическом отделении по поводу МКБ (камень правого мочеточника) в течении 14 дней. Каков порядок выдачи листка нетрудоспособности в данном случае?
- А. Листок нетрудоспособности выдается лечащим врачом вначале на 5 дней, затем еще на 5 дней, затем совместно с зав. отделением на оставшиеся 4 дня
- В. Листок нетрудоспособности выдается лечащим врачом самостоятельно на 10 дней, затем продлевается через ВКК до конца лечения
- С. Листок нетрудоспособности выдается при выписке из стационаре за подписью лечащего врача на весь срок пребывания в стационаре
- Д. Листок нетрудоспособности выдается при выписке из стационара за подписью главного врача или председателя ВКК
- Е. Листок нетрудоспособности выдается при выписке из стационара за подписью зав. отделением на весь срок пребывания в стационаре
2. В урологическом отделении стационара 60 коек. Число больных, выбывших из отделения за год, составило 1200, общее число проведенных койко-дней в отделении-6000. Рассчитайте оборот койки в данном отделении?
- А. 5
- В. 8
- С. 20
- Д. 100
- Е. 1200
3. Урологом городской поликлиники на амбулаторном приеме впервые у пациента Л. 19 лет был установлен диагноз гонореи. Какой специальный учетный документ должен быть заполнен в данной ситуации?
- А. Контрольная карта диспансерного наблюдения
- В. Медицинская карта пациента
- С. Экстренное извещение об острозаразном заболевании
- Д. Листок нетрудоспособности
- Е. Извещение в важнейшем неэпидемическом заболевании
4. Население административной территории нуждается во вторичной амбулаторно-поликлинической урологической помощи. Укажите, какие медицинские организации могут ее обеспечить?
- А. Многопрофильная городская больница, диспансер, районная больница
- В. Станция скорой помощи, амбулатория, городская больница
- С. Клиника НИИ, областная больница, женская консультация
- Д. Врачебная амбулатория, центральная районная больница
- Е. ЦПМСП, центральная районная больница
5. Пациент В. 57 лет обратился к урологу с жалобами на затруднённое мочеиспускание, слабую струю, боли в области промежности. При ультразвуковом исследовании почки без особенностей, визуализируется увеличенная предстательная железа, ткань которой повышенной эхогенности, остаточной мочи нет. Для уточнения диагноза выполнена урофлоуметрия. Какое анатомо-физиологическое нарушение мочевыводящих путей может оказать влияние на результат урофлоурограммы у пациента?
- А. Функциональное состояние почек
- В. Нарушение проходимости мочеточника
- С. Нарушение проходимости пузырно-уретрального сегмента
- Д. Нарушение проходимости семенных кантиков
- Е. Наличие единственно функционирующей почки
6. Пациент Р. 40 лет жалуется на периодически возникающие боли в пояснице слева. При пальпации проекция почек безболезненная, симптом Пастернацкого отрицательный. В общем анализе мочи – без патологии. При ультразвуковом исследовании выявлена простая киста почки. Выберите ультразвуковой признак простой кисты почки?
- А. Объемное образование округлой формы
- В. Объемное образование округлой формы гипоехогенной структуры
- С. Солидное (тканевое) образование округлой формы
- Д. Солидное образование округлой формы с ровными контурами
- Е. Объемное образование округлой формы, гипоехогенной структуры с феноменом дистального усиления эхосигнала
7. Пациенту Д. 25 лет выполнена радикальная

Государственная итоговая аттестация
Комплексный тестовый экзамен
по специальности ординатуры
31.08.68 «Урология»

ОБРАЗЕЦ

Вариант 1

нефроуретеротомия по поводу разрыва правой почки и мочеточника, полученные при ДТП. Состояние тяжелое, без сознания, АД 100/60 мм рт ст, послеоперационная рана без признаков воспаления, по дренажам светлое отделяемое. Учитывая тяжесть состояния к стандартной послеоперационной терапии принято решение добавить внутривенно раствор глюкозы. Как правильно рассчитать дозу инсулина (из расчета 1 единица на какое количество граммов сухого вещества глюкозы), которую следует добавить к инфузии пациенту?

- A. 1 единица на 1.0 глюкозы
- B. 1 единица на 2.0 глюкозы
- C. 1 единица на 4.0 глюкозы
- D. 1 единица на 6.0 глюкозы
- E. 1 единица на 8.0 глюкозы

8. Пациенту Д. 26 лет установлен диагноз правосторонний нефроптоз 2 степени. Планируется проведение нефропексии. Какая мышца глубокого отдела поясничной области используется при выполнении данной операции как почечное ложе?

- A. Квадратная мышца поясницы
- B. Мышца, выпрямляющая позвоночник
- C. Большая поясничная мышца
- D. Поперечная мышца живота
- E. Косая мышца живота

9. Пациентка Г. 60 лет обратилась к урологу. Установлен диагноз опухоль правой почки. Планируется выполнение правосторонней радикальной нефрэктомии. Укажите правильный порядок элементов почечной ножки спереди назад справа?

- A. Вена, артерия, мочеточник
- B. Артерия, вена, мочеточник
- C. Вена, мочеточник, артерия
- D. Мочеточник, вена, артерия
- E. Артерия, мочеточник, вена

10. Пациентка Г. 67 лет, нуждается в операции по поводу камня средней трети правого мочеточника единственной функционирующей правой почки. В анамнезе: инсульт 1 год назад. Уролог убежден, что, несмотря на риск, операцию произвести можно. Анестезиолог категорически возражает. Укажите, как из нижеперечисленного должен поступить врач в данном случае?

- A. Создать расширенный консилиум в составе

старшего в клинике, старшего анестезиолога, врачей-специалистов и принять соответствующее решение

- B. Принять единоличное решение об операции
- C. Предупредить родственников о риске необходимой операции
- D. Отложить операцию
- E. Попросить другого анестезиолога провести анестезию

11. Пациентка Н. 43 лет лечится в урологическом отделении с диагнозом острый серозный пиелонефрит. Назначен цефтриаксон 2 г/сут и гентамицин 160 мг/сут парэнтерально. На 2-е сутки состояние стабилизировалось, температуры нет. В анализе мочи сохраняется лейкоцитурия. Укажите оптимальный курс назначенной антибактериальной терапии для данной пациентки?

- A. 2 дня
- B. 5-6 дней
- C. 10-15 дней
- D. 15-20 дней
- E. более 20 дней

12. Пациентка Ю., 20 лет, предъявляет жалобы на повышение температуры тела до 39,3 С, боли в обеих поясничных областях, слабость, вялость. Накануне больная купалась в проруби, продрогла. Постепенно ухудшилось состояние, появились вышеуказанные жалобы. Госпитализирована в урологическое отделение с диагнозом апостематозный пиелонефрит. Назначено лечение: цефепим 2 г/сут в/в, метрогил 1 гр/сут в/в, левофлоксацин 1000 мг в/в. Спустя 2-е суток состояние без динамики, в общем анализе крови нарастает лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево до юных форм. Какова ваша тактика лечения данной пациентки?

- A. Замена антибактериальной терапии на меропенем в/в.
- B. Замена антибактериальной терапии на амикацин в/м и цiproфлоксацин в/в.
- C. Присоединение к лечению циклоферон в/м.
- D. Нефрэктомия
- E. Декапсуляция почки.

13. Пациент Ш., 33 лет, предъявляет жалобы повышение температуры тела до 38,5 С с ознобами, боли в левой поясничной области, тошноту, однократную рвоту, боли в мышцах. Так же

**Государственная итоговая аттестация
Комплексный тестовый экзамен
по специальности ординатуры
31.08.68 «Урология»**

ОБРАЗЕЦ

Вариант 1

отмечает появление пузырьков воздуха в моче. При глубокой пальпации болезненность в области левой почки. При ультразвуковом исследовании левая почка увеличена в размерах, чашечно-лоханочная система – без патологии, определяется наличие газов в околопочечной клетчатке. В общем анализе мочи- лейкоцитурия – 1/3 в п/з. Какой метод исследования следует выполнить для уточнения диагноза?

- A. Анализ мочи – двухстаканная проба
- B. Культуральный анализ мочи
- C. Компьютерная томография
- D. Сцинтиграфия.
- E. Ренография

14. Пациентка О. 29 лет жалуется на боли в правой поясничной области распирающего характера, повышение температуры тела до 37,7С, тошноту, слабость. Год назад перенесла острый пиелонефрит, периодически отмечала ноющие боли в поясничной области справа, а анализах мочи – без патологии. Настоящее обострение в течение 2-х дней, когда после переохлаждения возникли вышеуказанные жалобы. В общем анализе мочи удельный вес 1024, белок – следы, лейкоциты 20-25 в поле зрения, эритроциты – 2-3, бактерии ++. При ультразвуковом исследовании гипэхогенное образование в верхнем полюсе правой почки. Поставьте окончательный диагноз пациентке?

- A. Опухоль надпочечника
- B. Абсцесс верхнего полюса правой почки
- C. Опухоль правой почки
- D. Туберкулез правой почки
- E. Хронический паранефрит правой почки

15. Пациентка В. 48 лет, жалуется на повышение температуры тела до 38,5 – 39С, потрясающий озноб, боли в правой поясничной области, выраженную слабость. Болеет около 5 дней. Обследована: АД 100/60мм.рт.ст., ЧСС – 112 в мин. В общем анализе крови гемоглобин 98 г/л, эритроциты – 2.9 Т/л, лейкоциты 23 Г/л (палочкоядерный сдвиг влево до 12%), СОЭ – 56 мм/ч. При ультразвуковом исследовании левая почка: солевой диатез, чашечно-лоханочная система не расширена. Определяется расширение чашечно-лоханочной системы правой почки и мочеточника, в нижней трети мочеточника визуализируется камень до 1,4*0,9 см в диаметре, паренхима правой почки утолщена, множество мелких гипэхогенных очагов. Какую лечебную

тактику у данной пациентки Вы выберете?

- A. Чрескожная пункционная нефростомия
- B. Уретеролитотрипсия и установка стента
- C. Декапсуляция почки и нефростомия
- D. Нефроуретерэктомия справа
- E. Антибактериальная и спазмолитическая терапия

16. Пациент Г. 22 лет Поступил в урологическое отделение с диагнозом левосторонний гидронефроз 2 степени. Выполнена пластическая операция на лоханке с нефростомией. Спустя 2 часа после операции у пациента появились симптомы острейшего сепсиса. Определите тактику лечения?

- A. Цефтриаксон 2г/сут в/в и реополиглюкин 400 мл в/в
- B. Меронем 3г/сут в/в, инстиляции в почку жировых эмульсий и растительных масел
- C. Реополиглюкин 800 мл в/в, дексаметазон 8 мг в/в
- D. Нефрэктомия, цефтриаксон 4 г/сут в/м
- E. Полиоксидоний, вит С, Е, В1, В6 в/м

17. Пациентка Т. 42 лет наблюдается у уролога по поводу хронического цистита. Последние 2-3 месяца отмечает появление болей перед позывом к мочеиспусканию и при мочеиспускании в надлобковой области и в области промежности. Мочеиспускание малыми порциями, учащено: днем до 6-7 раз, ночью – 2-3 раза. В общем анализе мочи удельный вес 1018, белка нет, лейкоциты 6-8 в поле зрения, эритроциты 10-12 в поле зрения. Осмотрена гинекологом, невропатологом, проктологом – патологии, вызывающей болевой синдром у пациентки не выявлено. При УЗИ почек и мочевого пузыря патологии нет. При цистоскопии слизистая умеренно гиперемирована, дефектов слизистой оболочки и дополнительных образований не выявлено. Укажите, какое исследование следует выполнить пациентке для уточнения причины болевого синдрома?

- A. Компьютерную томографию с внутривенным контрастированием
- B. Микционную цистографию.
- C. Урофлоуметрию
- D. Анализ мочи на атипичные клетки по Парижской методике.
- E. Цистоскопию с гидробуживанием и прицельной биопсией

18. Пациент Н. 35 лет, наблюдается у уролога по

Государственная итоговая аттестация
Комплексный тестовый экзамен
по специальности ординатуры
31.08.68 «Урология»

ОБРАЗЕЦ

Вариант 1

поводу хронического цистoureтритa. Противорецидивную терапию не соблюдает. Последние месяц отмечает появление затрудненного мочеиспускания, самостоятельно принимал кардуру без эффекта. Накануне был в гостях, употреблял алкоголь и острую пищу. Утром моча выделяется по каплям. При осмотре живот мягкий, безболезненный. При УЗИ в мочевом пузыре 250 мл мочи, предстательной железы без особенностей. При цистоскопии под в/в анестезией выявлены признаки склероза шейки мочевого пузыря. Определите тактику лечения пациента?

- A. Проведение электростимуляции мочевого пузыря
- B. Консервативное лечение: противовоспалительная, рассасывающая терапия
- C. Выполнение троакарной цистостомии, как первого этапа лечения
- D. Бужирование задней уретры
- E. ТУР или клиновидная резекция шейки пузыря

19. Пациент Ш. 43 лет жалуется на в области промежности, частые болезненные мочеиспускания. Заболел остро после переохлаждения. Объективно состояние удовлетворительное, температура тела нормальная. При осмотре гиперемия наружного отверстия мочеиспускательного канала, гнойные выделения. При пальцевом ректальном исследовании – без особенностей. С помощью трехстаканной пробы проведена дифференциальная диагностика острого уретрита и острого уретропростатита. Какие результаты трехстаканной пробы у больного будут свидетельствовать об остром уретропростатите?

- A. Во всех 3 порциях лейкоцитурии нет
- B. Лейкоцитурия в первой порции.
- C. Лейкоцитурия в третьей порции.
- D. Лейкоцитурия в первой и третьей порции.
- E. Тотальная лейкоцитурия во всех трех порциях мочи.

20. Пациент Г. 32 лет жалуется на боли локализованные глубоко в тазу, в паховой области, ноющего характера, усиление ее при запорах. Боль также проявляется и после семяизвержения, продолжаясь 1-3 часа. Периодически имеет место гематоспермия. При пальцевом ректальном исследовании предстательная железа обычных пальпаторных свойств, рядом с железой пальпируется болезненной плотное образование. В общем анализе мочи лейкоцитурия, бактериурия. В

спермограмме повышено содержание лейкоцитов и эритроцитов. Поставьте диагноз пациенту?

- A. Рак семенного пузырька
- B. Камень предстательной железы
- C. ДГПЖ
- D. Хронический неспецифический простатит
- E. Везикулит.

21. Пациент К. 48 лет жалуется на частое болезненное мочеиспускание с императивными позывами, резкие давящие боли в области промежности, повышение температуры тела до 37,9С. Страдает хроническим простатитом с латентным течением, вышеуказанные жалобы появились после купания в холодной воде. При пальцевом ректальном исследовании и ультразвуковом исследовании был подтвержден диагноз: абсцесс предстательной железы. Определите тактику лечения пациента?:

- A. Трансвезикальное вскрытие абсцесса
- B. Промежностная пункция абсцесса
- C. Трансректальное вскрытие абсцесса
- D. Противовоспалительная терапия
- E. Пункция абсцесса и постоянная ирригация

22. Пациент Г. 18 лет обратилась к урологу с жалобами на резко возникшие боли в мошонке, повышение температуры тела до 38,6С. Заболел остро 3 суток назад после купания в водоеме. При осмотре правая половина мошонки увеличена в размерах, болезненная при пальпации, правый придаток увеличен, плотной консистенции. В общем анализе мочи удельный вес 1024, лейкоциты – все поле зрения, эритроциты 4-6 в поле зрения. Выставлен диагноз острого эпидидимита. Определите тактику лечения пациента?

- A. Удаление правого яичка и придатка.
- B. Согревающие компрессы, анальгетики.
- C. Новокаиновая блокада семенного канатика, антибактериальная терапия.
- D. Новокаиновая блокада семенного канатика, физиотерапевтическое лечение
- E. Удаление правого яичка и придатка, антибактериальная терапия

23. Пациентка П. ,58 лет обратилась к терапевту по поводу субфебрильной температуры, недомогания и боли в пояснице слева. Вышеуказанные жалобы появились неделю назад. В течение последних

Государственная итоговая аттестация
Комплексный тестовый экзамен
по специальности ординатуры
31.08.68 «Урология»

ОБРАЗЕЦ

Вариант 1

нескольких месяцев отмечает слабость, снижение аппетита, похудела на 4 кг. В анамнезе рецидивирующий цистит, по поводу которого она получала эмпирическую антимикробную терапию, проводилось инструментальное исследование мочевых путей. Больная отмечает, что у нее была непродолжительная тотальная макрогематурия. При осмотре: температура тела 38,1°C; пульс 100 уд/мин, живот умеренно вздут, при пальпации мягкий, интенсивность кишечных шумов снижена. болезненность в левом реберно-позвоночном углу. В общем анализе крови: лейкоциты 12,6x10⁹/л, гемоглобин 97 г/л; креатинин сыворотки крови 113,3 мкмоль/л. В общем анализе мочи гематурия, пиурия и бактериурия. С целью уточнения диагноза выполнена биопсия почки: конечная стадия хронического воспаления в почке, почечную паренхиму замещают макрофаги, нагруженные липидами (пенистые клетки). Каков ваш диагноз?

- A. Ксантогранулематозный пиелонефрит
- B. Эмфизематозный пиелонефрит
- C. Серозный пиелонефрит
- D. Апостематозный пиелонефрит
- E. Паранефрит.

24. Пациентка С. 44 лет обратился с жалобами на тупые боли в правой поясничной области, мочеиспускание с примесью крови.. Длительно наблюдается по поводу мочекаменной болезни, неоднократно самостоятельно отходили уратные конкременты. Уровень мочевой кислоты крови – 600 мкмоль/л. РН мочи – 5,3. При каком значении рН мочи у данной пациентки будет происходить камнеобразование?

- A. 7,5 и выше
- B. 5,0 и ниже
- C. 5,0-7,0
- D. . 3,5 и выше
- E. 3,5 и ниже

25. Пациентка В. 43 лет жалуется на боли в поясничной области, повышение температуры до 37,2С, слабость, частые мочеиспускания. В анамнезе мочекаменная болезнь почек. В общем анализе мочи - удельный вес 1012, лейкоциты 20-25 в поле зрения, эритроциты 10-15 в поле зрения. При ультразвуковом исследовании выявлен камень лоханки левой почки заполняющий все чашечки, деформация чашечно-лоханочной системы почки, истончение паренхимы почки до 0.5 см. Поставьте

диагноз пациентке?

- A. МКБ, коралловидный камень 2 степени, хронический пиелонефрит в стадии обострения
- B. МКБ, коралловидный камень 4 степени, хронический латентный пиелонефрит, гидронефротическая трансформация левой почки 3 степени
- C. МКБ, коралловидный камень 3 степени, хронический латентный пиелонефрит. Гидронефроз 2 степени слева
- D. МКБ, коралловидный камень 2 степени, хронический латентный пиелонефрит, гидронефроз 1 степени слева
- E. МКБ, коралловидный камень 1 степени, хронический пиелонефрит в стадии обострения

26. Пациент Р. 32 лет, через 3 часа после посещения фитнес-зала почувствовал боли в надлобковой области, самостоятельно помочиться не смог. Год назад при случайном обследовании выявлен камень мочевого пузыря. После этого периодически отмечал нарушения при мочеиспускании, которые проходили при перемене положения тела. Заподозрено перемещение камня из мочевого пузыря в уретру. Какое исследование поможет подтвердить диагноз?

- A. Урофлоуметрия
- B. Экскреторная урография
- C. Цистография
- D. Ультразвуковое исследование
- E. Компьютерная томография

27. Пациент Д. 34 лет доставлен в санпропускник с жалобами на тупые боли в правом боку, в анамнезе хронический калькулезный холецистит. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье и правом фланке. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный, симптом Пастернацкого слабоположительный справа. Какой эндоурологический метод исследования, позволит дифференцировать почечную колику от острых хирургических заболеваний брюшной полости у данного пациента?

- A. Цистоскопия
- B. Лапароскопия
- C. Ретроперитонеальная лапароскопия
забрюшинного пространства
- D. Ретроградная уретеротометрия
- E. Хромоцистоскопия

Государственная итоговая аттестация
Комплексный тестовый экзамен
по специальности ординатуры
31.08.68 «Урология»

ОБРАЗЕЦ

Вариант 1

28. У пациента В. 29 лет, неделю назад впервые был приступ почечной колики. Причиной почечной колики стал камень (рентгеннегативный) верхней трети правого мочеточника 0,5 мм. Болевой синдром был купирован, назначена литокинетическая терапия (диклофенак, тамсулозин). При контрольном осмотре состояние удовлетворительное, отмечает периодические тянущие боли в правой поясничной области с иррадиацией в правую подвздошную область. В общем анализе мочи и крови изменений не выявлено. При УЗИ камень опустился до нижней трети. Определите дальнейшую тактику лечения пациента?

- A. Продолжить назначенную терапию, контрольный осмотр через неделю
- B. К лечению добавить блемарен, контрольный осмотр через неделю
- C. К лечению добавить спазмалгон, контрольный осмотр через 2 недели
- D. К лечению добавить цефуроксим, контрольный осмотр через неделю
- E. Выполнить ургентную уретеролитоэкстракцию

29. Двое суток назад у пациента Р. 45 лет возникли острые боли в правой поясничной области, прекратилось мочеотделение, повысилась температура тела до 39°C. Левая почка удалена 5 лет назад. По данным ультрасонографии в лоханочно-мочеточниковом сегменте конкремент до 1 см в диаметре, уретеропиелокаликоектазия. Какая наиболее рациональная лечебная тактика в данном случае?

- A. Спазмолитическая и диуретическая терапия
- B. Удаление камня хирургическим путем
- C. Ударно-волновая дистанционная литотрипсия
- D. Инструментальное низведение камня (петлей)
- E. Дренирующая операция на почке

30. Пациент Л. 76 лет жалуется на постоянную, тупую боль в левой поясничной области иррадиацией в промежность, частое, болезненное мочеиспускание. Болеет 7 часов. Почка не пальпируется, в проекции левой почки – резкая болезненность, симптом поколачивания поясничной области слева положительный. При компьютерной томографии выявлен конкремент нижней трети левого мочеточника до 0,5 см в диаметре, расширение мочеточника. Возможно ли этому пациенту назначить литолитическую терапию?

- A. Да, так как конкремент 0,5 см
- B. Да, так как конкремент 0,5 см и имеется характерная клиника
- C. Нет, необходимо дообследование на предмет состава камня
- D. Нет, необходимо определить плотность конкремента, его состав
- E. Литолитическая терапия назначается в любом случае

31. Пациенту Р. 43 лет в условиях урологического отделения выполнена перкутанная нефролитотомия справа, установлен нефростомический дренаж для отхождения фрагментов конкремента. Послеоперационный период протекает гладко, жалоб пациент не предъявляет, температура тела 36,6°C. В общих анализах мочи и крови патологии не выявлено. Укажите, на какие сутки необходимо удалить нефростомический дренаж у данного пациента?

- A. На 1-2 сутки
- B. На 3-7 сутки
- C. На 8-10 сутки
- D. На 11-12 сутки
- E. На 13-14 сутки

32. Пациент М. 64 лет, длительно страдает МКБ. Несколько раз выполнялась ДУВЛ оксалатных конкрементов. По данным комплексного обследования выявлен рентгеннегативный камень правой почки 1,6*0,9 мм, начальные признаки гидронефротической трансформации правой почки. В общем анализе крови эритроциты 3,8 Т/л, в общем анализе мочи – лейкоцитурия все поле зрения. Мочевина и креатинин плазмы в норме. Какой наиболее целесообразный способ лечения данного больного?

- A. Нефростомия, контактная литотрипсия
- B. Антибактериальная терапия
- C. Катетеризация мочеточника
- D. ЧПНС
- E. Нефрэктомия.

33. Пациент П. 70 лет наблюдается у уролога по поводу аденомы простаты 2 ст, дивертикулеза мочевого пузыря. Обратился с жалобами на помутнение мочи, учащение мочеиспусканий, боли в надлобковой области. В общем анализе мочи удельный вес 1018, пиурия, оксалатурия. При ультразвуковом исследовании в просвете мочевого

**Государственная итоговая аттестация
Комплексный тестовый экзамен
по специальности ординатуры
31.08.68 «Урология»**

ОБРАЗЕЦ

Вариант 1

пузыря выявлен конкремент 2,5*1,8 см, в почках тени, подозрительные на конкремент не найдены. Определите тактику лечения пациента?

- A. Дренирование мочевого пузыря (1-й этап), антибиотикотерапия
- B. Позадилонная аденомэктомия, дивертикулэктомия и цистостомия
- C. Чрезпузырная аденомэктомия, цистостомия
- D. Цистостомия, антибактериальная терапия
- E. Оперативное лечение не показано, антибактериальная терапия

34. Пациенту Н. 48 лет с мочекаменной болезнью, хроническим латентным пиелонефритом рекомендован курс приема минеральных вод. По химической структуре камни – фосфаты. Какая из приведенных минеральных вод будет наиболее предпочтительно для данного пациента?

- A. Набеглави
- B. Сульфатный нарзан
- C. Дилижан
- D. Ессентуки №4
- E. Боржом

35. Пациентка Ю. 38 лет поступила в урологическое отделение с жалобами на боли в поясничной области справа, гематурию, дизурию. При ультразвуковом исследовании выявлен камень лоханки правой почки. При обзорной урографии – без патологии. В анализе мочи – уратурия. Что следует рекомендовать пациенту при уратурии?

- A. Назначение диеты, содержащей белковые продукты
- B. Назначение диеты, содержащей молочные продукты
- C. Сокращение приема жидкости менее 1 литра
- D. Блокаторы пуринового обмена
- E. Диурез менее 1 литра

36. Пациент Г. 39 лет, доставлен в отделение урологии бригадой скорой помощи с жалобами на боли в левой поясничной области, возникшей после падения в воду. Из анамнеза известно, что после травмы дважды была макрогематурия без сгустков. Состояние пациента удовлетворительное. В сознании, на вопросы отвечает. Артериальное давление и пульс в пределах нормы. Есть небольшая припухлость, кровоподтек и ссадины в левой поясничной области. Какое исследование необходимо выполнить больному для уточнения

диагноза?

- A. Обзорная и экскреторная урография
- B. Статическую нефросцинтиграфию
- C. МРТ забрюшинного пространства
- D. Диагностическая лапароскопия
- E. Доплерография сосудов почки

37. Пациент А. 24 лет urgently доставлен бригадой скорой помощи, по поводу боли в левой поясничной области, макрогематурия со сгустками. Из анамнеза известно, что два часа назад ему был нанесен удар в левую поясничную область. Положение больного вынужденное: имеет место выраженная левосторонний сколиоз, определяется припухлость в левой поясничной области. Пульс 100 уд/мин. Артериальное давление 70/40 мм/рт. ст. Признаков раздражения брюшины нет. На экскреторных урограммах правая почка обычных размеров, чашечно-лоханочная система не изменена. Пассаж рентгеноконтрастного вещества по мочеточнику не нарушен. Слева контрастное вещество в проекции почки и мочевых путей не определяется. Определите дальнейшую тактику лечения пациента?

- A. Люмботомия слева, нефрэктомия
- B. Гемостатическая терапия и дальнейшее наблюдение
- C. Десенсибилизирующая терапия
- D. Антибактериальная терапия
- E. Люмботомия слева, ревизия почки, остановка кровотечения

38 Пациент Ж. 23 лет, доставлен бригадой скорой помощи с изолированным, пристеночным ножевым ранением левого мочеточника давностью менее 6 часов. Данных за продолжающееся профузное кровотечение нет. В левой поясничной области, под двенадцатым ребром имеется резаная рана до трех сантиметров длиной, из которой выделяется моча. ЧСС 84/мин, АД 110/70 мм.рт.ст. В общем анализе крови эритроциты 3,9 Т/л, гемоглобин 113 г/л, лейкоциты 7,7 Г/л. В общем анализе мочи – эритроцитурия все поле зрения. Какая тактика лечения наиболее целесообразна у этого пациента?

- A. Катетеризация мочеточника
- B. Открытая нефростомия
- C. ЧПНС
- D. Ревизия и ушивание мочеточника, нефростомия.
- E. Стентирование мочеточника и первичная хирургическая обработка раны

**Государственная итоговая аттестация
Комплексный тестовый экзамен
по специальности ординатуры
31.08.68 «Урология»**

ОБРАЗЕЦ

Вариант 1

39. Пациентка М. 42 лет жалуется на наличие функционирующей нефростомы справа установленной по поводу ятрогенной травмы нижней трети правого мочеточника после экстирпации матки 14 дней назад. При осмотре общее удовлетворительное. В анализе крови лейкоциты -9,3 г/л, эритроциты -4,5 Т/л, гемоглобин -100 г/л. В анализе мочи удельный вес 1018, лейкоциты -2-3 в поле зрения, эритроциты -1-2 в поле зрения. По данным ренографии функция почек не нарушена. Какая дальнейшая тактика лечения данной пациентки?
- А. Уретероцистонеоанастомоз справа
 - В. Нефруретерэктомия справа
 - С. Выдерживать нефростому
 - Д. Пластика мочеточника кишечным аллотрансплантантом
 - Е. Стентирование правого мочеточника
40. Пациент Ф. 47 лет жалуется на боли в надлобковой области, невозможность самостоятельного мочеиспускания. Около шести часов тому назад получил тупую травму живота. Объективно общее состояние средней тяжести, бледен. Пульс 86 ударов в минуту, удовлетворительных свойств, артериальное давление 110/80 мм рт.ст. Почки не пальпируются, проекция их безболезненная. В надлобковой области пальпируется эластичное болезненное образование на 2 см выше лобковой кости, живот не вздут, участвует в акте дыхания. Симптомов раздражения брюшины нет. Простата при пальпации не изменена. Какой дополнительный метод исследования необходимо выполнить пациенту для уточнения характера повреждения?
- А. Проба Зельдовича
 - В. Нисходящая уретроцистография
 - С. Экскреторная урография
 - Д. Восходящая уретроцистография
 - Е. Ультразвуковое исследование мочевого пузыря
41. Пациент Б. 38 лет попал в автодорожную катастрофу. При обследовании множественные переломы костей таза, обширная гематома промежности, ложные позывы на мочеиспускание, акт мочеиспускания невозможен. По данным нисходящей цистографии – затекание контрастного вещества за пределы мочевого пузыря справа и слева. Какой наиболее вероятный диагноз у этого пациента?
- А. Отрыв шейки мочевого пузыря
 - В. Неполный разрыв мочевого пузыря
 - С. Тупая травма мочевого пузыря
 - Д. Ушиб мочевого пузыря
 - Е. Полный разрыв мочевого пузыря
42. Пациент С. 20 лет получил комбинированную травму с переломом костей таза. С момента травмы мочеиспускание отсутствует, в области лобка – гематома. Живот при пальпации мягкий, симптомы раздражения брюшины отсутствуют. При натуживании боль в промежности резко усиливается. Что предположительно явилось причиной задержки мочи у данного больного?
- А. Полный разрыв уретры
 - В. Деформация стенки канала
 - С. Сдавление уретры костными отломками
 - Д. Частичный разрыв уретры
 - Е. Сдавление уретры гематомой
43. Пациент З. 31 года поступил через 2 месяца после закрытой травмы уретры. При бужировании уретры обнаружено непреодолимое препятствие в перепончатом отделе. При уретерографии в этом же отделе выявлена стриктура протяженностью 3 мм. Выберите оптимальную тактику лечения этого больного?
- А. Бужирование уретры
 - В. Внутренняя оптическая уретротомия
 - С. Операция по Соловову
 - Д. Операция по Хольцову
 - Е. Катетеризация уретры
44. Пациент З. 29 лет обратился в приемное отделение с жалобами на увеличение и боли в правой половине мошонки. Травма промежности получена около часа назад, за это время отмечает резкое нарастание увеличения правой половины мошонки. При осмотре правая половина мошонки резко увеличена, синюшного цвета, яичко не дифференцируется. Пальпаторно определяется тестоватой консистенции резко болезненное образование в правой половине мошонки, флюктуация. Левое яичко не изменено. Какой метод исследования необходимо выполнить больному для определения тактики лечения?
- А. Уретрографию
 - В. УЗИ яичек и придатков
 - С. Уретроцистоскопию
 - Д. КТ мошонки

**Государственная итоговая аттестация
Комплексный тестовый экзамен
по специальности ординатуры
31.08.68 «Урология»**

ОБРАЗЕЦ

Вариант 1

Е. МРТ мошонки

45 Пациент Е. 34 лет, жалуется на увеличение левого яичка в размерах, незначительную болезненность в нем. Увеличение яичка отметил два месяца назад после ушиба промежности, самостоятельно принимал обезболивающие препараты. При пальпации: левое яичко увеличено за счет наличия дополнительного безболезненного образования хрящевидной консистенции, паховые лимфоузлы незначительно увеличены, безболезненны. При ультразвуковом исследовании органов мошонки левое яичко незначительно увеличено за счет наличия в нижнем полюсе образования до 2см в диаметре, придаток яичка не увеличен. Вены гроздевидного сплетения расширены, извиты. АФП – 28 нг/мл, ХГЧ – 19МЕ/мл, ЛДГ – 2200Ед/л. Какую лечебно-диагностическую тактику Вы выберете в данном случае?

- А. Операция Иванисевича
- В. Биопсия яичка
- С. Высокая орхфуникулэктомия
- Д. Химиотерапия
- Е. Резекция яичка.

46. У пациентки В. 27 лет, после родоразрешения с наложением акушерских щипцов по поводу головного предлежания появились жалобы на отсутствие мочеиспускания, боли в надлобковой области. Из наружного отдела уретры по каплям выделяется кровь. При ультразвуковом исследовании почек патологии нет. При нисходящей цистоуретрографии затекание контраста в парауретральных тканях. Укажите каков механизм травмы у пациентки?

- А. Разрыв уретры во время потуг
- В. Разрыв уретры во время схваток
- С. Разрыв уретры во время отхождения плаценты
- Д. Разрыв уретры во время прохождения плечика через тазовое кольцо
- Е. Разрыв уретры во время прохождения головки через тазовое кольцо

47. Пациенту К. 80 лет выполнена трансуретральная резекция опухоли мочевого пузыря. На 3-е сутки выявлено истечение мочи из после операционной раны, по дренажам выделяется до 700 мл мочи. По данным цистограммы – интенсивное затекание контрастного вещества за пределы мочевого

пузыря справа и слева, затекания контрастного вещества над контуром мочевого пузыря нет. Какой предварительный диагноз у пациента?

- А. Отрыв мочевого пузыря
- В. Внутривентриальный разрыв мочевого пузыря
- С. Размножение мочевого пузыря
- Д. Внебрюшинный разрыв мочевого пузыря
- Е. Отрыв уретры

48. Пациентка Р. 47 лет направлена к урологу для верификации диагноза. Длительно страдает артериальной гипертензией, лечилась самостоятельно. Неделю назад госпитализирована в терапевтическое отделение с гипертоническим кризом (повышение АД до 220/140 мм рт ст.). При активном расспросе выяснилось, что последние 2 года у пациентки полиурия, никтурия до 3 раз за ночь, частые головные боли. «Нормальным» артериальным давлением для себя считает 150/100 мм рт ст. При обследовании в отделении в общем анализе крови и мочи патологии не выявлено. При биохимическом исследовании выявлено повышение ренина плазмы крови в 4 раза, гипокалиемия. УЗИ почек выявило округлое образование диаметром до 1 см, расположенного в кортикальном слое правой почки. Укажите, какое исследование позволит уточнить морфологическую структуру данного образования?

- А. Нативная КТ забрюшинного пространства
- В. Мультипараметрическая МРТ забрюшинного пространства
- С. Чрезкожная биопсия почки
- Д. Диагностическая лапароскопия
- Е. Статическая нефросцинтиграфия

49. Пациент К., 55 лет, предъявляет жалобы на периодическую примесь крови в моче и тупые боли в правой поясничной области. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого положительный справа. По данным УЗИ: правая почка увеличена до 15,5×6,9 см за счет круглого мягкотканного образования 10,5×2,5 см., которое деформирует контур почки, но не деформирует чашечно-лоханочную систему почки и не выходит за пределы фасции Герота. По данным КТ с усилением: в правой почке определяется гиперденсивное образование 15,8×6,5 см, распространяющееся на клетчатку почечного синуса и почечную вену, увеличение ЛУ в области ворот правой почки до 1,5 см. Левая почка, левый надпочечник, печень и поджелудочная железа – без

Государственная итоговая аттестация
Комплексный тестовый экзамен
по специальности ординатуры
31.08.68 «Урология»

ОБРАЗЕЦ

Вариант 1

особенностей. Проведите стадирование опухолевого процесса у пациентки?

- A. Опухоль правой почки T1cN1Mx
- B. Опухоль правой почки T2bN1M1
- C. Опухоль правой почки T3NxMx
- D. Опухоль правой почки T3aN1M0
- E. Опухоль правой почки T3N1M1

50. Пациент Т. 64 лет обратился к урологу поликлиники с жалобами на болезненность в поясничной области, в левом фланке живота, периодическое наличие примеси крови в моче, общую слабость и недомогание. Вышеуказанные жалобы беспокоят в течение последних 6 месяцев. При осмотре: живот мягкий, безболезненный, симптом Пастернацкого положительный слева. В общем анализе крови гемоглобин 149г/л, эритроциты 4,72 Т/л, лейкоциты – 17 Г/л, СОЭ – 35 мм/ч. В общем анализе мочи: удельный вес 1018, лейкоциты 4-6 в поле зрения, эритроциты 10-12 в поле зрения, гиалиновые цилиндры. По данным УЗИ левая почка увеличена, пиелокаликоектазия, расширение мочеточника в нижней трети; правая почка – парапелвикальная киста верхнего полюса правой почки диаметром до 1,5 см; В проекции чашечно-лоханочной систем обеих почек гиперэхогенные линейные включения до 1 мм без акустической тени. Для уточнения диагноза выполнено КТ с усилением при котором выявлено увеличение левой почки за расширения чашечно-лоханочной системы, паренхима почки не истончена. В средней трети мочеточника определяется мягкотканное неправильной формы образование 1,2*0,6 см с экзофитным ростом в просвет мочеточника, расширение мочеточника выше и ниже уровня образования, периферические узлы не увеличены. Укажите какое исследование следует выполнить пациенту для уточнения диагноза?

- A. Уретероцистоскопию с прицельной биопсией
- B. Экскреторную урографию
- C. Антеградную пиелоуретероскопию
- D. Динамическую рефросцинтиграфию
- E. МРТ забрюшинного отдела с контрастированием

51. У пациента Г. 64 лет по данным компьютерной томографии с внутривенным контрастированием диагностирована опухоль нижней трети правого мочеточника размерами 2 см на 1,5 см,

паракавадные лимфоузлы не увеличены, печень, ипсилатеральная почка и надпочечники не изменены. В легких - диффузные изменения, метастатических очагов не выявлено. Выполнена уретероскопия с биопсией опухоли (гистологический ответ – высокодифференцированная переходноклеточная карцинома). Определите рациональную тактику лечения у данного пациента?

- A. Радикальная нефрэктомия
- B. Нефруретерэктомия с лимфаденэктомией
- C. Резекция мочеточника с его последующей пластикой
- D. Активное наблюдение (комплексное обследование у уролога 1 раз в год)
- E. Нефруретерэктомия и ТУР устья мочеточника

52. Пациентка Д. 36 лет наблюдается у уролога по поводу хронического часто рецидивирующего цистита. Последние 2-3 месяца отмечает появление болей перед позывом к мочеиспусканию и при мочеиспускании в надлобковой области и в области промежности. Мочеиспускание малыми порциями, учащено: днем до 6-7 раз, ночью – 2-3 раза. В общем анализе мочи удельный вес 1018, белка нет, лейкоциты 6-8 в поле зрения, эритроциты 10-12 в поле зрения. Осмотрена гинекологом, невропатологом, проктологом – патологии, вызывающей болевой синдром у пациентки не выявлено. При УЗИ почек и мочевого пузыря патологии нет. Для уточнения диагноза пациентке выполнена цистоскопия с бужированием: После бужирования на слизистой оболочке мочевого пузыря в области левой боковой стенки и дна обнаружены разрывы слизистой и подслизистого слоя и гломеруляции. Укажите, какой наиболее вероятный диагноз у пациентки?

- A. Хронический часто рецидивирующий цистит с уменьшением емкости мочевого пузыря
- B. Метапластические изменения слизистой на фоне хронического цистита
- C. Простая язва мочевого пузыря
- D. Интерстициальный цистит
- E. Неинвазивный рак мочевого пузыря

53. Пациент Л. 72 лет жалуется на частые, болезненные, затрудненные мочеиспускания, боль в промежности, примесь крови в моче около года. Общее состояние удовлетворительное. Предстательная железа имеет объем - 50 см³, остаточная моча отсутствует, при пальпации

**Государственная итоговая аттестация
Комплексный тестовый экзамен
по специальности ординатуры
31.08.68 «Урология»**

ОБРАЗЕЦ

Вариант 1

плотно-эластичной консистенции, безболезненная, без узлов, междолевая бороздка сглажена. В общем анализе мочи: удельный вес - 1020, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эритроциты - 50-60 в поле зрения. По данным цистоскопии определяется опухоль в области дна мочевого пузыря размерами 5 мм. Согласно данным биопсии: опухоль поражает стенку мочевого пузыря до подэпителиального слоя - T1, уротельальная карцинома низкой степени злокачественности. Определите тактику лечения пациента?

- A. Инстилляциии в мочевой пузырь интерферона
- B. Цисплатина
- C. Трансвезикальная электрорезекция опухоли мочевого пузыря
- D. Трансуретральная резекция в пределах здоровой ткани.
- E. Лучевая терапия

54. Пациент А. 57 лет жалуется на скудные серозные выделения из мочеиспускательного канала, боли и затрудненное при мочеиспускании. При ректальном обследовании простата безболезненная, обычных пальпаторных свойств. При пальпации полового члена в его средней части по ходу уретры определяется уплотнение, болезненное на ощупь. Паховые лимфоузлы не пальпируются. Выполнена уретроскопия: по задней поверхности уретры на расстоянии 4 см от меатуса определяется возвышающееся плотное образование на широком основании с изъязвленной поверхностью диаметром до 2 см, взята биопсия. Укажите дополнительные диагностические методы исследования, которые необходимо выполнить пациенту для подтверждения диагноза?

- A. Восходящая уретрография, цитологическое исследование мочи
- B. Общий анализ мочи, культуральный анализ мочи
- C. Урофлоуметрия, восходящая уретрография
- D. Цитологический анализ мочи, МРТ органов малого таза и полового члена
- E. Цистоскопия, УЗИ органов мочевой системы

55. Пациент В. 52 лет, обратился с жалобами на наличие болезненного образования, деформирующее тело полового члена. Опухоль рецидивировала после первоначальной попытки ее резекции 3 года назад (гистологическое заключение не представлено). При осмотре половой член увеличен в объеме, при пальпации в

стволе полового члена пальпируется плотное болезненное образование размером 11,0 x 7,5 см. По данным магнитно-резонансной томографии выявлено неомогенное образование, вовлекающее оба кавернозных тела, без признаков инвазии губчатого тела в режиме T2. Признаков паховой лимфаденопатии и отдаленного метастатического поражения на момент обследования не обнаружено. Выполнена биопсия образования. По результатам гистологического исследования выявлено наличие гемангиоперицитомы. Определите тактику лечения пациента?

- A. Пенэктомия
- B. Кавернозэктомия
- C. Резекция опухоли в пределах здоровых тканей
- D. Лучевая терапия
- E. Полихимиотерапия

56. Пациент П. 27 лет. Обратился к урологу для диагностики и лечения бесплодия. Жалобы на никтурию, с подросткового возраста мочится с натуживанием. В браке 6 лет, детей нет, жена обследована на фертильность прошла. В спермограмме – азооспермия. При ультразвуковом исследовании в предстательной железе выявлена киста Мюллерового протока диаметром 1,5 см. Определите тактику лечения пациента?

- A. Трансректальное дренирование кисты Мюллера
- B. Промежностное иссечение кисты Мюллера
- C. Трансуретральная резекция семявыносящих протоков
- D. Трансуретральная лазерная марсупиализация кисты Мюллера
- E. Массаж предстательной железы курсами 2 раза в год

57. К урологу на прием обратился пациент В. 72 лет с жалобами на затруднение при мочеиспускании, никтурию до 5 раз за ночь, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря после мочеиспускания. При пальцевом ректальном исследовании простата увеличена, в левой доле пальпируется плотное безболезненное образования, междолевая бороздка сглажена. При ТРУЗИ объем простаты составляет 80 см³, ткань диффузно-неоднородна, в левой доле визуализируется очаг повышенной эхогенности до 0,8 см в диаметре, остаточной мочи 120 мл. При УЗИ почек выявлена умеренное расширение чашечно-лоханочной системы обеих почек, толщина паренхимы 1,2 см. В общем анализе мочи следы белка, лейкоцитурия до

**Государственная итоговая аттестация
Комплексный тестовый экзамен
по специальности ординатуры
31.08.68 «Урология»**

ОБРАЗЕЦ

Вариант 1

½ поля зрения. PSA 8,45 нг/мл, соотношение свободного и общего PSA 18%. Определите необходимый объем диагностических исследований для уточнения диагноза у пациента?

- A. мрМРТ, культуральный анализ мочи, индекс PCA3 в моче
- B. мрКТ, 4-стаканная проба мочи, индекс плотности PSA
- C. Трансректальная биопсия простаты
- D. Везикулография, мрКТ
- E. Определение РНГ, культуральный анализ крови

58. Пациент Р. 32 лет обратился к урологу с жалобами на боли в мошонке, больше справа, гемоспермию. При осмотре правильного телосложения, вторичные половые признаки развиты удовлетворительно, мошонка не увеличена в размерах, пальпируются паховые ЛУ размером до 1,5 см. При пальпации левого яичка определяется уплотнение, несколько болезненное на ощупь, каменистой плотности, левый придаток уплотнен. Справа органы мошонки не изменены. Диагностирован эмбриональный рак левого яичка T2NxM0. Определите тактику лечения пациента?

- A. Орхидэктомия, адьювантная полихимиотерапия
- B. Орхидэктомия, адьювантная лучевая терапия
- C. Орхифуникулэктомия, операция Шевассю, неоадьювантная полихимиотерапия
- D. Орхидэктомия, неоадьювантная полихимиотерапия
- E. Орхидэктомия, адьювантная лучевая терапия, неоадьювантная полихимиотерапия

59. Пациенту Е., 29 лет выполнена орхофуникулэктомия с лапароскопической забрюшинной лимфаденэктомией, адьювантная полихимиотерапия по поводу злокачественной опухоли правого яичка T3N1M0S1. Как следует определять уровень опухолевых маркеров крови (АФП, ХГЧ, ЛДГ) с целью стадирования и определения прогностической группы у данного больного?

- A. До орхифуникулэктомии
- B. До и через 2 месяца после орхифуникулэктомии
- C. До и через 5–7 дней после орхифуникулэктомии
- D. Через 4–6 недель после орхифуникулэктомии
- E. В зависимости от состояния пациента

60. Пациент М. 18 лет жалуется на внезапно возникшие, приступообразные боли в обеих поясничных областях, повышение артериального давления, общую слабость, отеки брюшной полости и нижних конечностей. В общем анализе крови: Гемоглобин 105 г/л, Эритроциты - 3,4 Т/л, Лейкоциты - 10 Г/л. Общий анализ мочи – удельный вес – 1016, белок – 0,4 г/л, лейкоциты – 13-15 в поле зрения, эритроциты – 15-16 в поле зрения. По данным ультразвукового исследования: паренхима повышенной эхогенности с обеих сторон, неоднородная за счет гиперэхогенных включений и множественных диффузно расположенных мелких кист (2-4 мм) в корковом слое и субкапсулярно. Укажите диагноз в данном случае?

- A. Мультикистоз
- B. Поликистоз
- C. Простые кисты почек
- D. Солитарные кисты почек
- E. Туберкулез почки

61. Пациент Л. 27 лет направлен к урологу для дообследования и лечения. В анамнезе артериальная гипертензия с пубертатного возраста, последние 3 года трехкомпонентная антигипертензивная терапия малоэффективна. При ультразвуковом исследовании почек – правая почка уменьшена в размерах, кортико-медулярная дифференциация отсутствует. Для уточнения диагноза выполнена артериография сосудов почек, на которой выявлен стеноз правой почечной артерии, нефросклероз правой почки. Определите тактику лечения пациента?

- A. Нефрэктомия.
- B. Пластика почечной артерии
- C. Коррекция гипотензивной терапии, динамическое наблюдение
- D. Стентирование почечной артерии
- E. Резекция почки

62. У пациента Е. 12 лет, обратившегося с жалобами на тянущие боли в области поясницы, в общем анализе мочи выявлена лейкоцитурия до 20-30 в поле зрения и бактериурия. При ультразвуковом исследовании в левой почке визуализируются 8 чашечек округлой формы размером до 2,5 см в диаметре, строение лоханки не изменено, правая почка – без особенностей. Какой метод исследования необходимо выполнить для подтверждения диагноза данного пациента?

Государственная итоговая аттестация
Комплексный тестовый экзамен
по специальности ординатуры
31.08.68 «Урология»

ОБРАЗЕЦ

Вариант 1

- A. Экскреторная урография
- B. Инфузионная урография
- C. Ретроградная пиелография
- D. Динамическая сцинтиграфия
- E. Артериография

63. Во время ультразвукового обследования пациента Р. 35 лет по поводу интеркуррентных заболеваний органов брюшной полости установлено: размеры правой почки 152x70 мм, верхняя половина почки значительно меньше, чем нижняя. В каждой половине почки имеется отдельная чашечно-лоханочная система, причем в нижней она развита нормально, а в верхней недоразвита. Во время выполнения доплерографии установлено, что кровоснабжение почки осуществляется двумя почечными артериями. Во время экскреторной урографии установлено, что от каждой лоханки правой почки отходят мочеточки, которые расположены отдельно, заканчиваясь в мочевом пузыре самостоятельными устьями, что установлено при цистоскопии. Размеры левой почки 111x53 мм. По данным экскреторной урографии функции обеих почек сохранены. Определите тактику лечения пациентки?

- A. Динамическое наблюдение, курсы уросептиков 1 раз в год
- B. Цефуроксим 2г/сут в/м
- C. Нефрэктомия
- D. Нефроуретероэктомия
- E. Резекция почки

64. В подростковом возрасте во время обследования в военкомате пациенту Р. 27 лет был выставлен диагноз полного удвоения левого мочеточника. В течение последующих лет к врачу не обращался, чувствовал себя удовлетворительно. В настоящее время начали беспокоить тянущие боли в поясничной области, появилось двухфазное мочеиспускание. При ультразвуковом исследовании левая почка увеличена в объеме, паренхима ее истончена, чашечно-лоханочная система деформирована, мочеточник слева визуализируется на всем протяжении, шириной от 2,5 до 3,5 см. Какое осложнение развилось у данного пациента?

- A. Недержание мочи
- B. Мегауретер
- C. Гидроуретеронефроз

- D. Поликистоз
- E. Мегакаликоз

65. Пациентка А. 32 лет жалуется на покраснение и выраженную боль в околопупочной области, повышение температуры тела до 37,8°C. Через 3 - 4 дня после начала болезни появляются обильные гнойные выделения из пупка и состояние улучшается. Данные жалобы повторяются раз в 1 - 2 месяца и повторяются в течении последнего года. Какой Ваш окончательный диагноз?

- A. Эндометриоз
- B. Киста урахуса
- C. Оофолит
- D. Пупочная грыжа
- E. Грыжа белой линии живота.

66. Пациент А. 35 лет пожаловался на чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, примесь крови в моче. Данные жалобы беспокоят в течение недели. В общем анализе крови Гемоглобин 115 г/л, Эритроциты - 3,9 Т/л, Лейкоциты - 7,0 Г/л. Общий анализ мочи - удельный вес - 1017, белок - 0,03 г/л, лейкоциты - 20-25 в поле зрения, эритроциты - 10-12 в поле зрения. На ультразвуковом исследовании в проекции тела мочевого пузыря определяется округлое анэхогенное мешковидное выпячивание 10*8 см с перешейком в центре. Поставьте диагноз пациенту?

- A. Дивертикул мочевого пузыря
- B. Камень мочевого пузыря
- C. Тумор мочевого пузыря
- D. Стриктура уретры
- E. Камень нижней трети мочеточника

67. Пациент В. 18 лет пожаловался на невозможность выведения головки полового члена, дискомфорт в области головки. Данные жалобы беспокоят в течение нескольких лет. В общем анализе крови без особенностей. Общий анализ мочи - удельный вес - 1018, белок - 0,03 г/л, лейкоциты - 6-7 в поле зрения, эритроциты - 1-2 в поле зрения. Место болезни: головка полового члена не полностью обнажается, кожа над ним не изменена. Укажите наиболее оптимальный вариант лечения для данного пациента?

- A. Консервативный - мази на

Государственная итоговая аттестация
Комплексный тестовый экзамен
по специальности ординатуры
31.08.68 «Урология»

ОБРАЗЕЦ

Вариант 1

- противовоспалительной основе
- В. Консервативный – ванночки с перманганатом калия
- С. Хирургический – оперативное лечение в ургентном порядке - циркумцизио
- Д. Хирургический – оперативное лечение в плановом порядке - циркумцизио
- Е. Выжидательная тактика лечения
68. Пациент Р. 20 лет, жалуется на неполную эрекцию, затруднения и боли при половом акте, бывают разрывы в области уздечки полового члена. Ведет половую жизнь около 2 лет, нерегулярно. Холост. При разрывах в области уздечки полового члена прекращает половую жизнь. В последние полгода стал отмечать, что появилась боязнь полового акта, стала хуже эрекция. При осмотре выявлена короткая уздечка, которая тянет вниз головку полового члена, не позволяет члену распрямиться. Определите тактику лечения пациента?
- А. В оперативном лечении не нуждается, психотерапия
- В. Рассечение уздечки полового члена
- С. Иссечение уздечки полового члена
- Д. Удлинение уздечки полового члена
- Е. Использовать альтернативные варианты половой жизни
69. Участковым педиатром у врачу-урологу направлен пациент Т. 3 мес., с диагнозом эписпадия. При осмотре мошонка обычных размеров, пальпируются оба яичка, передняя стенка полового члена расщеплена до основания. В общем анализе мочи без патологии. Какая форма эписпадии имеет место в данном случае?
- А. Тотальная эписпадия
- В. Эписпадия головки
- С. Стволовая эписпадия
- Д. Субсимфизарная эписпадия
- Е. Клиторная эписпадия
70. При осмотре в военкомате у пациента Г. 18 лет выявлено отсутствие правого яичка в мошонке. Активных жалоб не предъявляет. Вторичные половые признаки развиты умеренно: оволосение в подмышечных впадинах и на лобке редкое, бреется 1 раз в неделю. При УЗИ брюшной полости и малого таза яичко не обнаружено, тестостерон 14,2 нмоль/л. Укажите, какой метод исследования позволит установить диагноз пациенту?
- А. Радиоизотопная сцинтиграфия
- В. Тестикулоангиография
- С. Компьютерная томография брюшной полости и малого таза
- Д. МРТ брюшной полости и органов малого таза
- Е. Диафаноскопия
71. Больной П. 30 лет обратился к урологу для обследования по поводу бесплодия. В анамнезе гипоплазия правого яичка с последующей орхидэктомией. Наблюдался у уролога и эндокринолога, признаков гипогонадизма выявлено не было. Какая тактика обследования данного больного?
- А. Исследование секрета простаты
- В. Определение уровня эстрогенов
- С. Исследование эякулята
- Д. Исследование содержимого семенных пузырьков
- Е. Исследование кровотока в яичках
72. Пациент В. 39 лет, находится на лечении гемодиализом в связи с развитием острого повреждения почек после употребления в пищу грибов неизвестного вида. Диурез 15 мл. Внезапно, появились острые боли в эпигастральную область с иррадиацией в левую подвздошную область. Боли усиливались. Положительный симптом Щёткина – Блюмберга. Что в данном случае наиболее точно будет свидетельствовать о наличии ОПП у больного?
- А. Повышение концентрации креатинина крови в динамике
- В. Повышение концентрации мочевины крови
- С. Повышение концентрации мочевины мочи
- Д. Повышение концентрации калия крови в динамике
- Е. Уровень скорости клубочковой фильтрации в динамике
73. Пациент Г. 70 лет, жалуется на общую слабость, недомогание, уменьшение суточного кол-ва мочи до 300 мл, выраженную потерю веса. Вышеописанные жалобы в течение двух дней.

Государственная итоговая аттестация
Комплексный тестовый экзамен
по специальности ординатуры
31.08.68 «Урология»

ОБРАЗЕЦ

Вариант 1

Пациент анорексичен. Температура 37 С, Пульс 105 ударов в минуту, частота дыханий – 20 в минуту, артериальное давление 160/80 мм рт.ст. Тоны сердца правильные, ритмичные. Живот мягкий безболезненный. Калий – 6,8 ммоль/л, Натрий – 120 ммоль/л. Креатинин в сыворотке крови- 250 мкмоль/л. В общем анализе мочи: Белок 0,17 г/л, Лейкоциты – 9-11 в поле зрения, эритроциты – 6-10 в поле зрения. Укажите абсолютное показание для срочного проведения гемодиализа при остром повреждении почек в данной ситуации?

- А. Анурия
- В. АД свыше 180/120 мм.рт.с.
- С. Повышение уровня калия в сыворотке крови до 7 ммоль/л
- Д. Повышение уровня креатинина сыворотки до 800 мкмоль/л
- Е. Развитие перикардита

74. Пациент К. 44 лет, находится на лечении в отделении урологии с диагнозом: МКБ, камень единственной левой почки, ОПП. Пациент жалуется на вялость, ухудшение памяти, отеки лица, нижних конечностей. Объективно: состояние средней тяжести, кожа бледная. Над легкими везикулярное дыхание. Деятельность сердца ритмичная. АД - 160/90 мм рт. ст. Суточный диурез - 250 мл. Мочевина 18,2 ммоль/л, креатинин 570 ммоль/л, К-6,5 ммоль/л. Укажите препарат, который используется для уменьшения гиперкалиемии при ОПП?

- А. Раствор 40% глюкозы
- В. Кальция глюконат 10% - 30,0
- С. Вит С. 5% 10 мл
- Д. Гемодез 800 мл в/в
- Е. Энтеросгель 50 мл внутрь

75. Пациент С. 83 лет, поступил в клинику в тяжелом состоянии. Жалуется на общую слабость, повышение температуры до 37,5 С, сухость кожных покровов. Данные жалобы в течение последних 3 месяцев. При осмотре артериальное давление 160/80 мм рт.ст. Пульс 85 ударов в минуту. Общий анализ крови без изменений. Биохимический анализ крови: креатинин 430 ммоль/л, мочевина – 27 ммоль/л. Скорость клубочковой фильтрации – 26 мл/мин. Общий анализ мочи: Удельный вес 1004, Белок –

0,54 г/л, Эритроциты все густо поле зрения, лейкоциты – 8-10 в поле зрения. Укажите стадию хронической болезни почек?

- А. ХБП I
- В. ХБП IIА
- С. . ХБП III
- Д. ХБП IV
- Е. ХБП V

76. Пациент 38 лет , жалобы на общую слабость, быструю утомляемость, снижение аппетита, тошноту, зуд кожных покровов, одышку при физической нагрузке, постоянные головные боли и отечность лица. Больным себя считает около года, но резкое ухудшение состояния последние 2 месяца. Объективно: состояние ср. тяжести, кожные покровы бледные, сухие, со следами расчесов, отеки лица, голеней. В легких дыхание везикулярное. АД 210/120 мм рт. ст. В общем анализе крови – анемия, в общем анализе мочи: белок – 0,1 г/л, плотность 1006, лейкоциты – 3-4 в п/зр, эритроциты – 5-8 в п/зр, единичные гиалиновые цилиндры. Креатинин крови – 915 мкмоль/л, мочевина – 24,2 мкмоль/л. Какая необходима дополнительная информация для формирования тактики лечения пациента?

- А. Объем суточного диуреза
- В. Суточное ЭКГ-мониторирование
- С. Биопсия почки
- Д. Экскреторная урография
- Е. Семейный анамнез

77. Студент Г. IV курса Университета обратился с просьбой оказать ему содействие в смене пола хирургическим путем. С раннего детского возраста ощущал себя девочкой. Никаким уговорам, что он мальчик, не поддавался. Во время детских игр брал на себя роль девочки, любил играть в куклы, изображать роль матери. Был огорчен тем, что у него появилась растительность на лице по мужскому типу. С ненавистью смотрел на свои мужские половые органы, как чуждые ему. Пытался применить тугое бинтование, чтобы замедлить их рост. Эротические сновидения сопровождалась иногда сексуальными контактами с юношами, в то время как девушки воспринимались как подруги — лица одноименного с ним пола. Иногда надевал бюстгальтер, имитируя наличие женской

Государственная итоговая аттестация
Комплексный тестовый экзамен
по специальности ординатуры
31.08.68 «Урология»

ОБРАЗЕЦ

Вариант 1

грудь. Рост 178 см, масса тела 84 кг, фигура мужская. Мужские половые органы развиты нормально. Поллюции с 15 лет. В эротических сновидениях фигурировали ласки мужчин. Половой жизнью не жил. Укажите, какие дальнейшие действия уролога в данной ситуации?

- A. Назначение антиандрогенной терапии
- B. Направление пациента на комиссию по трансгендерному переходу
- C. Консультация психиатра
- D. Назначение антиэстрогенной терапии
- E. Постановка пациента на диспансерный учет с диагнозом: F.64. Расстройства половой идентификации

78. Пациент О. 25 лет, инженер, холост, задержан органами правопорядка при попытке похитить женское белье, сушившееся на чердаке. Выяснилось, что полового возбуждения и возможность полового удовлетворения он достигает, прижимаясь к поношенному женскому белью, т. е. ранее соприкасавшемуся с женщиной. Новое женское белье его не интересует. Эти странности и послужили основанием для направления на консультацию. Признаков психического заболевания не обнаружено. Укажите, какой наиболее вероятный диагноз у пациента?

- A. Клептомания
- B. Сексуальная аддикция
- C. Эксгибиционизм
- D. Фетишизм
- E. Фетишистский трансвестизм

79. Пациент Т. 35 лет, жалуется на отсутствие эякуляции при наличии оргазма. «Сухой оргазм» отмечается как при половых актах, так и при мастурбации. Половая жизнь 2–3 раза в неделю. Эрекция нормальная. Продолжительность полового сношения 5-10 мин. Раньше оргазм сопровождался семяизвержением. «Сухой оргазм» отмечает около 2 лет. Пациент женат 10 лет. Ребенку 8 лет. Страдает сахарным диабетом 1 типа, гликозилированный гемоглобин 8,5. Урологической патологии не выявлено. Укажите, что необходимо выполнить пациенту для выявления причины «сухого оргазма»?

- A. Суточный анализ мочи с цитологическим

- исследованием осадка
- B. Определение гормонального фона
- C. Исследование секрета простаты
- D. Пункция придатков яичек и семенных канатиков с последующим исследованием содержимого
- E. Анализ мочи, собранной после мастурбационного оргазма

80. Пациент О. 52 лет обратился по поводу того, что у него во время полового акта эякуляция наступает после нескольких фрикций, то время как раньше возникала через несколько минут. Не может удовлетворить жену в половом отношении. Это состояние возникло постепенно за 2–3 мес без внешнего повода. Половая жизнь с 20 лет, женат с 26 лет. Невропатолог и психиатр нарушений не выявили. Повышенного питания, половые органы развиты нормально. При пальпации предстательной железы выявлено ее незначительное увеличение, в остальном – железа обычных пальпаторных свойств. В общем анализе мочи лейкоциты 8-10 в поле зрения, эритроциты 2-4 в поле зрения, бактерии++. Составьте план обследования пациента?

- A. Анализ сока простаты с бактериологическим исследованием, УЗИ простаты
- B. Культуральный анализ мочи, мазок из уретры на ЗППП
- C. Определение уровня PSA, ТРУЗИ
- D. Спермограмма, анализ сока простаты, гормональный фон
- E. Уретероцистоскопия, везикулография

81. Пациент Л. 32 лет, обратился к урологу с жалобами на бесплодный брак. Женат более 4 лет, супруга обследована у гинеколога-эндокринолога – патологии не выявлено. При осмотре: правильного телосложения, вторичные половые признаки развиты удовлетворительно. В анамнезе перенесенный двусторонний орхоэпидидимит в детском возрасте. Спермограмма (4 дня воздержания): объем эякулята 5 мл, pH 7,8, серо-молочного цвета, гомогенный. Общая концентрация сперматозоидов в эякуляте 480 млн/мл, из общей подвижность – 57% (из них 25% движутся на месте), жизнеспособность сперматозоидов составляет 65%, патологические формы – 97%,

Государственная итоговая аттестация
Комплексный тестовый экзамен
по специальности ординатуры
31.08.68 «Урология»

ОБРАЗЕЦ

Вариант 1

преимущественно за счет смешанной патологии тела, головки и хвоста. Незрелые клетки сперматогенеза <10%, содержание лейкоцитов и эритроцитов в пределах нормы, агглютинация отсутствует. MAR (IgA) <41% MAR (IgG)<30%. Оцените данные спермограммы у данного пациента?

- A. Олигозооспермия
- B. Астенотератоспермия
- C. Тератоазооспермия
- D. Тератоспермия
- E. Тератозооспермия

82. Больной Р. 29 лет обратился к урологу с жалобой на бесплодие. В браке 5 лет, детей нет. У жены от первого брака дочь, 8 лет. В анамнезе хронический орхоэпидидимит. Противорецидивную терапию не получает. В ходе обследования выявлено бесплодие, обтурационная форма (уровень обструкции – проксимальная часть семявыносящего протока), гормональный фон в норме. Определите тактику лечения пациента?

- A. Микрохирургическая вазовазостомия
- B. Микрохирургическая тубуловазостомия
- C. Трансуретральная резекция эякуляторных протоков
- D. ЭКО-ИКСИ
- E. Использование донорской спермы

83. Пациент Т. 58 лет, жалуется на ослабление эрекции. Половые акты 1 раз в неделю, с неполной эрекцией. Продолжительность полового акта 5–7 мин. Жена удовлетворена. Отмечает ослабление как адекватных, так и спонтанных эрекции при сохраненном половом влечении. Постепенное снижение эрекции стал отмечать в последние 3–5 лет, без видимых причин. Осмотрен невропатологом, эндокринологом – патологии не выявлено. На диспансерном учете у уролога не состоит. При пальпации предстательная железа и органы мошонки обычных свойств и положения. В общем анализ мочи- удельный вес 1018, лейкоциты 2-4 в поле зрения, эритроциты 0-1 в поле зрения, PSA 1,6 нг/мл. Определите тактику обследования пациента?

- A. Кавернография
- B. Диагностический тест с интракавернозным

- введением альпростадил
- C. КТ органов малого таза и наружных половых органов с в/в контрастированием
- D. Везикулография
- E. Спермограмма

84. Пациент Л. 30 лет жалуется на ускоренное семяизвержение (после 3–5 фрикций). При повторных половых, актах нарастание их продолжительности незначительное — до 10–15 фрикций. Ускоренное семяизвержение отмечено с самого начала половой жизни (18 лет), оно не зависит от самочувствия пациента или от каких-либо внешних влияний. Половая жизнь регулярная. Партнерша не удовлетворена. Отмечает склонность к учащенному мочеиспусканию и трудность подавления возникающих позывов к нему. В анамнезе — ночное недержание мочи до 14 лет. Эндокринной и урогенитальной патологии не выявлено. При неврологическом обследовании отмечены инверсия ахилловых рефлексогенных зон, патологические стопные рефлексы. Укажите, какой диагноз у пациента?

- A. Ситуативная преждевременная эякуляция
- B. Прологнированная эякуляция
- C. Относительная преждевременная эякуляция
- D. Абсолютная преждевременная эякуляция
- E. Преждевременная эякуляция при синдроме парацентральных долек

85. На прием врача общей практики обратился пациент 54 лет с жалобами на увеличение левой половины мошонки за счет безболезненного грушевидного образования эластической консистенции, с гладкой поверхностью. Считает себя больным в течение последнего года, когда после перенесенного эпидидимита начал впервые отмечать увеличение левой половины мошонки. Увеличение мошонки в размере в динамике нарастало. Состояние больного удовлетворительное. Живот мягкий, безболезненный, не вздут. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Почки не пальпируются. Мочеиспускание не затруднено. Диурез достаточный. Наружные половые органы развиты правильно, соответственно возрасту, правое яичко в мошонке, нормальных размеров. Левое яичко

Государственная итоговая аттестация
Комплексный тестовый экзамен
по специальности ординатуры
31.08.68 «Урология»

ОБРАЗЕЦ

Вариант 1

пальпаторно не определяется. Левая половина мошонки увеличена в размерах за счет безболезненного грушевидного образования эластической консистенции, размерами 15*9*6 см, с гладкой поверхностью. При осмотре per rectum простата нормальной формы, размеров и консистенции. Укажите наиболее вероятный диагноз у пациента?

- A. Варикоцеле
- B. Лимфоцеле
- C. Хронический деферентит
- D. Левосторонний хронический орхоэпидидимит
- E. Туберкулез левого яичка

86. Пациент И., 26 лет, поступил в урологическое отделение с диагнозом болезнь Пейрони. Из анамнеза известно, что в течение 6 месяцев отмечает наличие плотного образования по дорзальной поверхности в области дистальной трети полового члена. Прогрессивное искривление полового члена влево и вверх с ограничением половой жизни. Травмы полового члена, болезненность при эрекции, так и без нее отрицает. При осмотре: наружные половые органы по мужскому типу, развиты правильно. Половой член обычных размеров, головка полового члена выводится без затруднений, розового цвета, мацераций не выявлено, наружное отверстие уретры не изменено. По дорзальной поверхности в области головки полового члена пальпируется плотный фиброзный тяж с косым расположением, исходящим из правого кавернозного тела с переходом на левое, в области дистальной трети полового члена, безболезненный при пальпации. В состоянии тумисценции отмечается дорсолатеральная деформация полового члена влево (влево и вверх на 45 градусов). По данным доплерографии полового члена: в области дистальной трети полового члена по дорзальной поверхности, визуализируется очаг повышенной плотности с обедненным кровотоком (фиброзная индурация белочной оболочки), пенильные сосуды проходимы. Определите тактику лечения данного пациента?

- A. Колхицин, ношение пенильного экстендера
- B. Низкочастотная фокусированная УВТ
- C. Операция Несбита
- D. Заместительная корпоропластика

E. Кавернозэктомия, фаллопластика

87. Пациент Н. 58 лет, доставлен в урологическое отделение с диагнозом приапизм. На протяжении 6 часов ему проводилась консервативная терапия (охлаждение полового члена при помощи холодных грелок, пункция кавернозных тел, введение фенилэфрина), которая эффекта не оказала. Какова ваша тактика лечения данного пациента?

- A. Разрез белочной оболочки кавернозных тел полового члена
- B. Резекция пещеристых тел полового члена
- C. Наложение спонгио-кавернозного анастомоза
- D. Гофрирование белочной оболочки полового члена.
- E. Эмускулинизация

88. Пациент В. 45 лет обратился на прием к урологу с жалобами на увеличение полового члена со вчерашнего вечера. Из анамнеза: страдает гипертонической болезнью 1 ст., трое суток назад была травма промежности (ударился промежность о раму велосипеда), нарушений мочеиспускания и гематурии не отмечает. При осмотре половой член увеличен в размерах, направлен к животу, кожа слегка гиперемирована, крайняя плоть свободно смещается, на промежности и на коже мошонки синяки и ссадины. Кавернозные тела плотные при пальпации, слегка болезненные. При исследовании газового анализе крови из кавернозных тел – содержание кислорода и углекислого газа соответствует составу венозной крови. При доплерографии сосудов полового члена кровоток в кавернозных телах сохранен. Укажите патогенез развития приапизма у данного пациента?

- A. Нерегулируемый приток артериальной крови к кавернозным телам
- B. Нарушение оттока венозной крови от кавернозных тел
- C. Спазм артериальных сосудов с одновременной дилатацией венозных сосудов кавернозных тел
- D. Повышенный приток артериальной крови с одновременной дилатацией венозных сосудов кавернозных тел
- E. Сниженный приток артериальной крови с

**Государственная итоговая аттестация
Комплексный тестовый экзамен
по специальности ординатуры
31.08.68 «Урология»**

ОБРАЗЕЦ

Вариант 1

одновременной дилатацией венозных сосудов кавернозных тел

D. Иссечение слинга влагалищным доступом
E. Электростимуляция мышц промежности

89. В клинику обратилась мать с 12-летним ребенком, который предъявляет жалобы на затрудненное мочеиспускание, редкое мочеиспускание, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря. Ребенок вял, адинамичен. В общем анализе крови Гемоглобин 110 г/л, Эритроциты - 4,0 Т/л, Лейкоциты - 5,7 Г/л. Общий анализ мочи – удельный вес – 1017, белок – 0,03 г/л, лейкоциты – 6-7 в поле зрения, эритроциты – 0-1 в поле зрения. Данные ультразвукового исследования – почки обычной формы с четкими, ровными контурами. Чашечно-лоханочная система расширена слева. Мочевой пузырь обычной формы и наполнения, в нем до 250 мл остаточной мочи. По данным урофлуометрии скорость потока 10 мл/мин. Поставьте диагноз?

- A. Гиперактивный мочевой пузырь
- B. Моносимптомный энурез
- C. Гипоактивный мочевой пузырь
- D. Нейрогенный мочевой пузырь
- E. Болезнь Мариона

90. Пациентка Ж. 77 лет, проходит лечение у уролога с диагнозом гиперрефлекторный мочевой пузырь. Укажите, какой препарат предпочтителен для лечения гиперрефлекторного мочевого пузыря у пациентов данной возрастной категории?

- A. Солифенацин
- B. Толтеродин
- C. Троспия хлорид
- D. Гозерелин
- E. Оксibuтинин

91. Пациентка С. 55 лет предъявляет жалобы на дизурию после установки слинга. Выполнена уретроцистоскопия – имеется протрузия протеза в области шейки мочевого пузыря. Какова тактика лечения?

- A. Трансуретральная резекция участков протрузии
- B. Дибунол
- C. Ревизия мочевого пузыря и иссечение участков протрузии

92. Пациент Ф. 37 лет после проведения консервативной терапии по поводу стрессового недержания мочи предложено оперативное лечение. Какой метод лечения будет оптимальным в данном случае?

- A. Формирование уретрального слинга из прямой мышцы бедра
- B. Установка трансобтураторного слинга
- C. Формирование фасциального слинга
- D. Позадилонная кольпосуспензия
- E. Использование кожного лоскута для формирования уретральной петли

93. Пациент Р, 73 лет жалуется на учащение мочеиспусканий в дневное время. Болеет около трех лет. Общее состояние удовлетворительное. Предстательная железа увеличена безболезненная без узлов с четкими контурами плотноэластичная. Междолевая бороздка сглажена. При ультразвуковом исследовании простата объемом до 80 см³, паренхима ее однородная. Простатспецифический антиген общий 26 нг/мл. При мультифокальной биопсии имеется аденоматозная гиперплазия, ПИН высокой степени. Какую тактику лечения вы примените у этого пациента?

- A. Повторная биопсия простаты через 6 мес, PSA в динамике
- B. Трансуретральная резекция простаты
- C. Радикальная простатэктомия
- D. Позадилонная аденомэктомия
- E. Чреспузырная аденомэктомия

94. Пациент Д. 76 лет жалуется на частые, болезненные позывы к мочеиспусканию, непроизвольное выделение мочи каплями. При ультразвуковом исследовании объем простаты - 55 мл, в обеих долях множественные гипоехогенные образования диаметром до 0,3 см. Выставлен диагноз камни предстательной железы. Определите тактику лечения пациента?

- A. Кардура, лазеротерапия
- B. Массаж предстательной железы
- C. Ломефлоксацин
- D. Санитарно-курортное лечение

Государственная итоговая аттестация
Комплексный тестовый экзамен
по специальности ординатуры
31.08.68 «Урология»

ОБРАЗЕЦ

Вариант 1

Е. Простатэктомия

95. К урологу обратился пациент Н. 12 лет с жалобами на появление эпизодов ночного недержания мочи 2-3 раза в месяц. Эпизоды ночного недержания мочи появились 4 месяца назад после того, как на тренировке у мальчика на фоне полного мочевого пузыря возникло недержание мочи при кашле. Последние 2 недели днем эпизоды недержания мочи (малое количество) возникали при кашле, смехе и натуживании из-за чего тренировки пришлось оставить. В детстве до 8 лет отмечались эпизоды непроизвольного ночного мочеиспускания 3-4 раза в месяц, которые самостоятельно прекратились. Для утонения характера нарушения мочеиспускания пациенту предложено заполнения дневника «частота-объем» в течение 48 часов: частота мочеиспусканий составила 8-9 раз в течение дня, при этом их объем колебался от 40 до 80 мл, ночного мочеиспускания за этот период не было. Суточное потребление жидкости составило 750 мл. Оцените данные дневника «частота-объем» у данного пациента?

- А. Возрастная норма частоты и объема мочеиспусканий
- В. Увеличение частоты мочеиспусканий при нормальном их объеме
- С. Нормальная частота мочеиспусканий при сниженном объеме
- Д. Увеличение частоты мочеиспусканий при снижении их объема
- Е. Снижение частоты мочеиспусканий при снижении их объема

96. Пациенту Р. 7 лет после комплексного обследования выставлен диагноз: моносимптомный энурез с ночной полиурией. Ночное недержание мочи ежедневное, происходит примерно в 1-2 часа ночи, возможно 2-хкратное непроизвольное мочеиспускание в течение ночи. Определите тактику лечения пациента?

- А. Поведенческая терапия
- В. Использование ночного будильника
- С. ЛФК (гимнастика по Кеглю)
- Д. Десмопрессин (титрование дозы до эффективной)

Е. Оксibuтинин

97. В урологическое отделение доставлена пациентка И. 33 лет с жалобами на тазовую боль, которая усиливается при статических и физических нагрузках и уменьшается после ночного отдыха, нарушения менструального цикла. Объективно: больная раздражительна, наличие варикозных вен на нижних конечностях и в паховой области. Какая болезнь стала причиной развития хронических тазовых болей у пациентки?

- А. Травматическая невралгия
- В. Варикозная болезнь вен таза
- С. Эндометриоз мочевого пузыря
- Д. Пояснично-крестцовый радикулит
- Е. Невралгия копчикового сплетения

98. Пациентка Н., 62 года, обратилась с жалобами на ощущение инородного тела в области промежности, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря прямой кишки при дефекации (с необходимостью ручного пособия). 9 лет назад произведена лапаротомия, надвлагалищная ампутация матки с придатками по поводу миомы матки. Постхирургическая менопауза, МГТ не получает. В общем анализе мочи и крови патологии нет. УЗИ органов мочевой системы патологии не выявило. Выставлен диагноз: Выпадение женских половых органов. Ректоцеле III ст. Цистоцеле II ст. Постхирургическая менопауза. Выполнена забрюшинная влагалищная кольпопексия с передней кольпоррафией и леваторопластикой. Определите дальнейшую тактику лечения пациентки?

- А. Диспансерное наблюдение у уролога и гинеколога (комплексное обследование 2 раза в год).
- В. Диспансерное наблюдение у уролога и гинеколога (комплексное обследование 1 раз в год).
- С. Назначение уросептиков для профилактики инфекции мочевых путей 2 раза в год по 2 мес
- Д. Назначение уросептиков для профилактики инфекции мочевых путей 2 раза в год по 2 мес., гормонсодержащих вагинальных суппозиторий
- Е. Назначение гормонсодержащих вагинальных

Государственная итоговая аттестация
Комплексный тестовый экзамен
по специальности ординатуры
31.08.68 «Урология»

ОБРАЗЕЦ

Вариант 1

суппозиториев, профилактика воспалительных урогенитальных заболеваний

99. Пациентка Т. 32 лет жалуется на учащенные мочеиспускания, никтурию, частые позывы к мочеиспусканию. Данные жалобы беспокоят на протяжении последних 6-ти месяцев. В общем анализе мочи – без патологии. Анатомических изменений со стороны органов мочеполовой системы при обследовании не выявлено. Какой наиболее информативный метод дополнительного исследования может уточнить диагноз в данном случае?

- А. Экскреторная урография
- В. Уродинамическое исследование с цистометрией наполнения
- С. Компьютерная томография органов малого таза
- Д. Ультразвуковое исследование мочевого пузыря
- Е. Обзорная урограмма

100. Пациент Г. 32 лет предъявляет жалобы на частые мочеиспускания до 12 раз в сутки малыми порциями, императивные позывы к мочеиспусканию, никтурию до 6 раз. В общем анализе мочи удельный вес 1018, лейкоциты 2-4 в поле зрения, эритроциты 0-1 в поле зрения, оксалаты небольшое количество. Ультразвуковое исследование мочевых путей патологии не выявило. В анамнезе травма позвоночника (поясничный отдел). На основании комплексного обследования выставлен диагноз нейрогенного мочевого пузыря. Какая группа лекарственных средств является предпочтительной для лечения данного пациента?

- А. Альфа-адреноблокаторы
- В. Антимускариновые препараты
- С. Бета-адреноблокаторы
- Д. Ингибиторы АПФ
- Е. Блокаторы кальциевых каналов

101. В работе врачей поликлиники наблюдаются частые случаи несвоевременного в течение дня выполнения возложенных обязанностей, а также переноса на другое время или другие дни запланированных видов работы по причине несоответствия подлежащего объема работы существующему рабочему времени. Какие из

организационных мер могут наиболее прямо и адекватно содействовать устранению указанных недостатков?

- А. Закрепление функциональных обязанностей
- В. Составление почасовых сеток работы
- С. Жесткое планирование всех видов работы
- Д. Составление помесячных планов работы
- Е. Увеличение рабочего времени

102. В одном из урологических отделений, для оценки качества лечебного процесса в стационаре больницы было запланировано провести изучение пролеченных больных по историям болезни. Для этого были отобраны каждая 5-я история болезни выписавшихся пациентов. Каким способом были отобраны единицы наблюдения выборочного изучения качества лечебного процесса?

- А. Случайным
- В. Механическим
- С. Типологическим
- Д. Серийным
- Е. Когортным

103. Преподаватель кафедры урологии, прежде чем перейти к изучению нового материала, проверяет знания обучающихся, чтобы убедиться в том, что предыдущий учебный материал они усвоили правильно, и у них нет пробелов в знаниях. Какого принципа обучения придерживается преподаватель в своей педагогической деятельности?

- А. Принцип научности обучения
- В. Связь теории с практикой в обучении
- С. Систематичность и последовательность в обучении
- Д. Принцип наглядности обучения
- Е. Принцип прочности освоения содержания образования

104. Врач К. с целью своего профессионального развития выбрал одну из форм непрерывного медицинского образования, которая осуществляется в соответствии с основной профессиональной образовательной программой подготовки кадров высшей квалификации. Какую форму получения непрерывного медицинского образования выбрал врач К.?

**Государственная итоговая аттестация
Комплексный тестовый экзамен
по специальности ординатуры
31.08.68 «Урология»**

ОБРАЗЕЦ

Вариант 1

- A. Повышение квалификации
- B. Ординатура
- C. Профессиональная переподготовка
- D. Самообразование
- E. Тематическое усовершенствование

105. В отделении телегамматерапии произошла разгерметизация защитного кожуха источника. Определите и обоснуйте группу радиационной аварии.

- A. Первая, произойдет дополнительное только внешнее облучение
- B. Вторая, произойдет радиоактивное загрязнение производственной среды и внутреннее облучение персонала
- C. Вторая, радионуклиды из источника проникнут в окружающую среду
- D. Третья, будет иметь место внешнее и внутреннее облучение
- E. Четвертая, облучению подвергнется население

106. После применения противником ядерного оружия полковой медицинский пункт, где находилось 25 больных и 5 человек медицинского персонала, размещенный в герметизированном убежище объемом 650 м³, перешел на режим полной изоляции. Рассчитайте, сколько времени может работать данный медицинский пункт до достижения допустимого уровня содержания углекислоты.

- A. 18 часов
- B. 9 часов
- C. 24 часа
- D. 32 часа
- E. 48 часов

107. Какие рецепторы уротелия участвуют в распознавании патогенов?

- A. Толл-подобные рецепторы (TLR)
- B. Рецепторы фактора роста фибробластов (FGFR)
- C. Рецепторы фактора некроза опухоли
- D. Рецепторы межклеточной адгезии
- E. Рецептор эпидермального фактора роста (EGFR)

108. Ключевым эпителием органов

мочевыделительной системы является:

- A. Многослойный плоский неороговевающий
- B. Переходный
- C. Многослойный плоский ороговевающий
- D. Мерцательный
- E. Однослойный призматический каемчатый

109. У пациента О. 34 лет, находящегося на лечении в отделении по поводу хронической болезни почек, после очередной катетеризации мочевого пузыря, в моче выделился возбудитель *C. albicans*. Протекает как бессимптомная кандидурия, с клиническими проявлениями цистита. Назовите эффективные меры профилактики инфицирования?

- A. Закрытая дренажная система, антирефлюксные приспособления
- B. Регулярная замена катетеров
- C. Парентеральное питание
- D. Длительная катетеризация мочевого пузыря
- E. Частое использование катетеризации для контроля почасового диуреза

110. Из соскобов слизистой уретры пациента П. 20 лет с не гонорейным уретритом приготовлены препараты и окрашены по Романовскому. При микроскопии обнаружены вне- и внутриклеточно расположенные образования округлой формы фиолетового цвета, мелкого и крупного размеров. Какой этиологический фактор уретрита в данном случае имеет место?

- A. Урогенитальный хламидиоз
- B. Урогенитальный микоплазмоз
- C. Стафилококковый уретрит
- D. Стрептококковый уретрит
- E. Кандидозный уретрит

111. Пациент В., 38 лет обратился к урологу с жалобами на боль в правой поясничной области, дискомфорт при мочеиспускании. Считает себя больным в течение года, когда стал отмечать вышеперечисленные жалобы. В общем анализе крови: Эр-4,25 Т/л, Нв-141 г/л, Л-10.1 г/л. В общем анализе мочи: плотность 1015, булок 0,1 г/л, Л-15-20 в п/з, Эр-5-7 в п/з. По данным ультразвукового исследования выявлено уретероцеле справа. Планируется выполнение

Государственная итоговая аттестация
Комплексный тестовый экзамен
по специальности ординатуры
31.08.68 «Урология»

ОБРАЗЕЦ

Вариант 1

ТУР уретероцеле. Укажите, каким образом хирург будет рассекать уретероцеле?

- A. На 12 часов условного циферблата
- B. На 5 часов условного циферблата
- C. На 7 часов условного циферблата
- D. На 6 часов условного циферблата
- E. Одновременно на 12, 5, 7 часов условного циферблата

112. Пациент В. 63 лет поступил в отделение урологии для выполнения лапароскопической радикальной простатэктомии. У пациента рак простаты T1cN0M0, ISUP 1. Учитывая возраст и стадию заболевания пациента решено использовать нерв-сберегающую методику. Укажите, что позволяет в технике выполнения операции обеспечить сохранение нервно-сосудистых пучков простаты у данного пациента?

- A. Наложение пузырно-уретрального анастомоза по методике Montsouris
- B. Наложение пузырно-уретрального анастомоза по методике Creteil
- C. Диссекция с электрокоагуляцией артерий, питающих семенные пузырьки
- D. Диссекция с клипированием артерий, питающих семенные пузырьки, сохранение фасции Denonvilliers
- E. Сохранение фасции Denonvilliers

113. Пациенту Т., 33 лет в связи с гломерулонефритом и хроническим пиелонефритом назначен курантил, как дезагрегант. Какой механизм действия этого препарата позволяет использовать его с этой целью?

- A. Снижение уровня цАМФ в тромбоцитах
- B. Стимуляция простаглицлиновых рецепторов.
- C. Ингибция фосфодиэстеразы тромбоцитов.
- D. Ингибция синтеза тромбоксана A2
- E. Блокада гликопротеинов мембран тромбоцитов

114. У больного Л., 44 лет для лечения хронической инфекции мочевыводящих путей применяется нитрофурантоин. Почему этот препарат целесообразно использовать при этой патологии?

- A. Не концентрируется в моче, поэтому не имеет побочных действий
- B. Препарат экскретируется почками в активной неизменной форме
- C. Эффективен при грамм-негативной флоре
- D. Не метаболизируется в печени, поэтому сразу достигает высокой концентрации в ткани почек
- E. Не элиминируется почками, поэтому не имеет нефротоксичности

115. Пациент У. 75 лет доставлен бригадой скорой помощи в урологическое отделение с жалобами на боли в надлобковой области, отсутствие мочеиспускания в течение 8 часов. В течение последних 5 лет получал консервативное лечение (тамсулозин) по поводу доброкачественной гиперплазии простаты 2 ст. От оперативного лечения отказывался. Последнюю неделю отмечает появление прерывистой струи мочи, натуживание при мочеиспускании, периодическую гематурию. Лечился самостоятельно, принимал этамзилат. При осмотре состояние средней тяжести, живот умеренно болезненный над лобком, мочевого пузырь пальпируется на 1 см выше лобковой кости. При пальцевом ректальном обследовании простата увеличена, умеренная болезненность, полтно-эластической консистенции. При УЗИ мочевого пузырь переполнен, в его просвете визуализируются неправильной формы гиперэхогенные образования. Укажите необходимый объем неотложной помощи данному пациенту?

- A. Введение викасола, хлористого кальция
- B. Установка катетера Фолли в мочевого пузырь, орошение этамзилатом
- C. Экстренная цистотомия, удаление сгустков крови, аденомэктомия, эпицистостомия
- D. Отмывание сгустков крови по эвакуатору
- E. Троякарная цистостомия

116. Пациент П. 51 года urgently доставлен в приемное отделение с жалобами на отсутствие мочи в течение 72 часов. 10 лет назад была выполнена правосторонняя нефрэктомия по поводу отрыва почки (ДТП). 3 года назад выявлен камень единственной левой почки, от оперативного лечения отказался. Периодически

**Государственная итоговая аттестация
Комплексный тестовый экзамен
по специальности ординатуры
31.08.68 «Урология»**

ОБРАЗЕЦ

Вариант 1

отмечает тянущие боли в поясничной области. Трое суток назад возникла анурия, лечился самостоятельно: фуросемид, обильное питье. Состояние средней тяжести, заторможен, отеки ног, одутловатость лица. Креатинин в сыворотке крови – 640 мкмоль/л. При катетеризации мочевого пузыря мочи не получено. На нативной КТ выявлен камень средней трети левого мочеточника. Определите тактику лечения пациента?

- А. Фуросемид 240 мг в/в, водная нагрузка, инфузионная терапия
- В. Гемодиализ, инфузионная терапия
- С. Контактная литотрипсия, инфузионная и спазмолитическая терапия
- Д. ДУВЛТ камня мочеточника, инфузионная терапия
- Е. Пункционная нефростомия, инфузионная и дезинтоксикационная терапия с последующей ДУВЛТ

117. У пациентки Р. 32 лет находящейся на 23 неделе беременности, поступившей в урологическое отделение с жалобами на боли в правой поясничной области, иррадиирующие в правый фланк области, общую слабость. Считает себя больной на протяжении длительного времени. Отмечает усиление болей при пальпации правой поясничной и подвздошной области. Общий анализ мочи – удельный вес – 1018, белок – 0,02 г/л, лейкоциты – 4 в поле зрения, эритроциты – 1 в поле зрения. Ультразвуковое исследование почек: чашечно-лоханочные системы не расширены. В области верхнего полюса правой почки определяется округлое анэхогенное образование 11 см*6 см. По данным компьютерной томографии у больной нагноившаяся киста правой почки. Планируется оперативное лечение. Укажите тактику лечения пациентки в данной ситуации?

- А. Люмботомия, резекция почки
- В. Открытая операция – нефрэктомия
- С. Открытая операция – резекция почки
- Д. Лапароскопическое или ретроперинеоскопическое иссечение кисты
- Е. Чрезперкутанное прокалывание кисты под УЗИ контролем

118. Пациентка С. 30 лет, находясь на 19 неделе

беременности, обратилась к врачу для прохождения планового осмотра. При ультразвуковом исследовании выявлены одиночный камень левой почки диаметром до 1,2 см и множественные камни правой почки диаметром 0,3-0,4 см. В общем анализе мочи – без патологии. Какова тактика лечения пациентки?

- А. Динамическое наблюдение, профилактика развития пиелонефрита
- В. Профилактическое назначение нитроксилина
- С. Профилактическое назначение оспамокса
- Д. Двусторонняя нефростомия, контактная литотрипсия слева
- Е. Прерывание беременности

119. Пациентка Г. 47 лет направлена к урологу с диагнозом опухоль правой почки. Активных жалоб не предъявляет, при профилактическом УЗИ почек справа выявлено образование до 6 см в диаметре с ячеистой структурой и четкими контурами. В общем анализе крови и мочи патологии не выявлено. Для уточнения диагноза выполнена МРТ: в верхней трети правой почки по ее латеральному краю визуализируется округлое образование до 6 см в диаметре с тонкой гиподенсивной капсулой, лучше определяемой в T2 изображении. Структура образования неоднородна, преимущественно гиперденсивная с расходящимися от центра к периферии образования гиподенсивными лучами (T2 изображение). Укажите, для какого гистологического типа опухоли почки характерны данные МРТ у пациентки?

- А. Нефросаркома
- В. Медуллярный рак почки
- С. Онкоцитомы
- Д. Опухоль из интерстициальных клеток мозгового вещества
- Е. Гемангиобластома

120. У пациента П. 68 лет при УЗИ простаты в правой доле выявлено гиперэхогенное округлое образование размером 0,3*0,5 см, объем железы составляет 28 см³, остаточной мочи нет. Уровень PSA 5,6 нг/мл, соотношение общего и свободного PSA 12%. Для уточнения диагноза выполнено mpMPT с контрастным усилением. Выявленное образование соответствует градации

**Государственная итоговая аттестация
Комплексный тестовый экзамен
по специальности ординатуры
31.08.68 «Урология»**

ОБРАЗЕЦ

Вариант 1

3 PI-RADS. Оцените данные mpMPT у данного пациента?

- A. Клинически значимый рак предстательной железы крайне маловероятен
- B. Клинически значимый рак предстательной железы маловероятен
- C. Клинически значимый рак предстательной железы сомнителен
- D. Клинически значимый рак предстательной железы вероятен
- E. Клинически значимый рак предстательной железы подтвержден

**Государственная итоговая аттестация
Комплексный тестовый экзамен
по специальности ординатуры
31.08.68 «Урология»**

ОБРАЗЕЦ

Вариант 1

**Государственная итоговая аттестация
Комплексный тестовый экзамен
по специальности ординатуры
31.08.68 «Урология»**

ОБРАЗЕЦ

Вариант 1

3 PI-RADS. Оцените данные трМРТ у данного пациента?

- A. Клинически значимый рак предстательной железы крайне маловероятен
- B. Клинически значимый рак предстательной железы маловероятен
- C. Клинически значимый рак предстательной железы сомнителен
- D. Клинически значимый рак предстательной железы вероятен
- E. Клинически значимый рак предстательной железы подтвержден

Зав. кафедрой урологии,
д.м.н.



Ю.Ю. Малинин

«СОГЛАСОВНО»

Протокол № 6 заседания методической комиссии ФНМФО от 20 июня 2024 г.

Председатель методической комиссии
факультета непрерывного медицинского
и фармацевтического образования,
д.м.н., профессор



А.Э. Багрий

*Государственная итоговая аттестация
Комплексный тестовый экзамен
по специальности ординатуры
31.08.68 «Урология»*

ОБРАЗЕЦ

Вариант 1

Зав. кафедрой урологии,
д.м.н.

Ю.Ю. Малинин

«СОГЛАСОВНО»

Протокол № 6 заседания методической комиссии ФНМФО от 20 июня 2024 г.

Председатель методической комиссии
факультета непрерывного медицинского
и фармацевтического образования,
д.м.н., профессор

А.Э. Багрий

*Государственная итоговая аттестация
Комплексный тестовый экзамен
по специальности ординатуры
31.08.68 «Урология»*

ОБРАЗЕЦ

Вариант 1

Эталоны ответов

урология

Вариант №1

[1] С	[36] А	[73] С	
[2] С	[37] Е	[74] В	[103] С
[3] Е	[38] Е	[75] В	[104] В
[4] А	[39] D	[76] С	[105] А
[5] С	[40] D	[77] В	[106] А
[6] Е	[41] А	[78] D	[107] А
[7] С	[42] А	[79] Е	[108] В
[8] А	[43] В	[80] А	[109] А
[9] А	[44] В	[81] Е	[110] А
[10] А	[45] В	[82] А	[111] Е
[11] В	[46] Е	[83] В	[112] D
[12] А	[47] D	[84] Е	[113] С
[13] А	[48] С	[85] В	[114] А
[14] Е	[49] D	[86] D	[115] В
[15] С	[50] А	[87] С	[116] Е
[16] С	[51] Е	[88] А	[117] Е
[17] Е	[52] D	[89] С	[118] А
[18] Е	[53] D	[90] Е	[119] С
[19] D	[54] D	[91] А	[120] D
[20] Е	[55] А	[92] В	
[21] С	[56] D	[93] А	
[22] С	[57] А	[94] А	
[23] А	[58] С	[95] D	
[24] В	[59] С	[96] D	
[25] В	[60] Е	[97] А	
[26] D	[61] А	[98] Е	
[27] Е	[62] D	[99] В	
[28] С	[63] А	[100] В	
[29] Е	[64] С		
[30] А	[65] В		
[31] В	[66] А		
[32] А	[67] D		
[33] А	[68] В		
[34] В	[69] С		
[35] D	[70] С		
	[71] С		
	[72] Е		

базовые,
вариативные
дисциплины,
дисциплины по
выбору

Вариант №1

[101] А

[102] В